IURDPM
Institut universitaire sur la réadaptation en déficience physique de Montréal

McGill

École de réadaptation
Faculté de médecine
Université de Montréal

CRIR
Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain

Pratique érudite en réadaptation : des indicateurs concrets pour passer à l'action

Conseil de recherches en sciences humaines du Canada
Social Sciences and Humanities Research Council of Canada

Canada

Aliki Thomas, erg. Ph.D. et Annie Rochette, erg. Ph.D.

Mardi 10 novembre 2026

Québec

Santé Québec Centre-Sud-de-l 'Île-de-Montréal – Universitaire

Déclaration de conflits d'intérêts

- ❑ À l'exception des financements mentionnés ici, je déclare n'avoir aucun autre conflit d'intérêts réel ou potentiel lié à cette présentation

Sources de financement

CRSH
Subvention de développement de partenariat





Pratique érudite

Au cœur même de la pratique
Une partie intégrante de qui nous sommes '*ethos*'
Un axe central de l'enseignement
Une manifestation concrète en pratique

Une compétence clé pour les ergothérapeutes et les physiothérapeutes :

- l'apprentissage continu pour améliorer la pratique
- l'enseignement à des publics variés
- l'intégration des données probantes dans la prise de décision et
- la production et le partage de connaissances pertinentes pour la pratique

Pratique érudite

Il s'agit d'un processus continu d'apprentissage et de développement qui repose sur la réflexion et le contexte, englobe différents rôles et activités, et s'appuie sur la collaboration entre les secteurs de l'éducation, de la pratique et de la réglementation/des politiques



Nos partenaires sont d'accord !

Au cours d'une année, nous avons tenu de nombreuses réunions, discussions et consultations



- CRIR, UdeM et McGill
- INESSS
- Santé Québec - Laval
- Santé Québec – Centre-Sud MTL
- Santé Québec – Centre-Ouest MTL
- ACPUE et CCPUP
- ACE et ACP
- ACORE et ACORP
- OEQ et OPPQ
- Patients partenaires

Cliniciens et cliniciennes,
formateurs et formatrices,
Étudiants et étudiantes,
décideurs politiques,
partenaires patients

Ce que nos partenaires voulaient / avaient besoin

Des « repères » (indicateurs) clairs permettant de définir ce qu'est *la pratique érudite* en ergothérapie et en physiothérapie :

- Comment nous réfléchissons, innovons et collaborons ?
- En quoi cela fait-il une différence pour les patient.e.s et leur entourage ?
- De quels soutiens avons-nous besoin pour la pérenniser ?

OBJECTIF DU PROJET



Rassembler des partenaires issus de l'enseignement, de la recherche, de la pratique et de la réglementation/politiques au Québec et partout au Canada afin d'élaborer un plan commun qui définisse ce qu'est la pratique érudite en ergothérapie et en physiothérapie, et comment la soutenir et la pérenniser au quotidien en réadaptation

PHASE 1

18 mois

Comprendre les points de vue et les rôles des partenaires des trois secteurs dans le soutien à la pratique érudite, ainsi que leurs besoins perçus, et les facteurs favorables et les obstacles à la pratique érudite

Élaboration d'objectifs et de stratégies communs pour soutenir la pratique érudite

Phase 2

~24 mois

Élaboration d'indicateurs de la pratique érudite fondés sur un consensus, destinés à être utilisés dans des contextes de pratique professionnelle

Phase 3

~6 mois

Évaluer la faisabilité de l'application des indicateurs de la pratique érudite dans les contextes de pratique professionnelle

Advances in Health Sciences Education
https://doi.org/10.1007/s10459-023-10298-9

RESEARCH

Creating synergies among education/research, practice, and policy environments to build capacity for the scholar role in occupational therapy and physiotherapy in the Canadian context

Sungha Kim[1,3] · Annie Rochette[2,3] · Sara Ahmed[1,3,4] · Philippe S. Archambault[1,3] · Claudine Auger[2,3,5] · Alex Battaglini[6,7] · Andrew R. Freeman[8,9] · Eva Kehayia[1,3] · Elizabeth Anne Kinsella[10] · Elinor Larney[11] · Lori Letts[12] · Peter Nugus[10] · Marie-Hélène Raymond[13] · Nancy M. Salbach[14,15] · Diana Sinnige[16] · Laurie Snider[1,3] · Bonnie Swaine[2,3,5] · Yannick Tousignant-Laflamme[17] · Aliki Thomas[1,3,10]

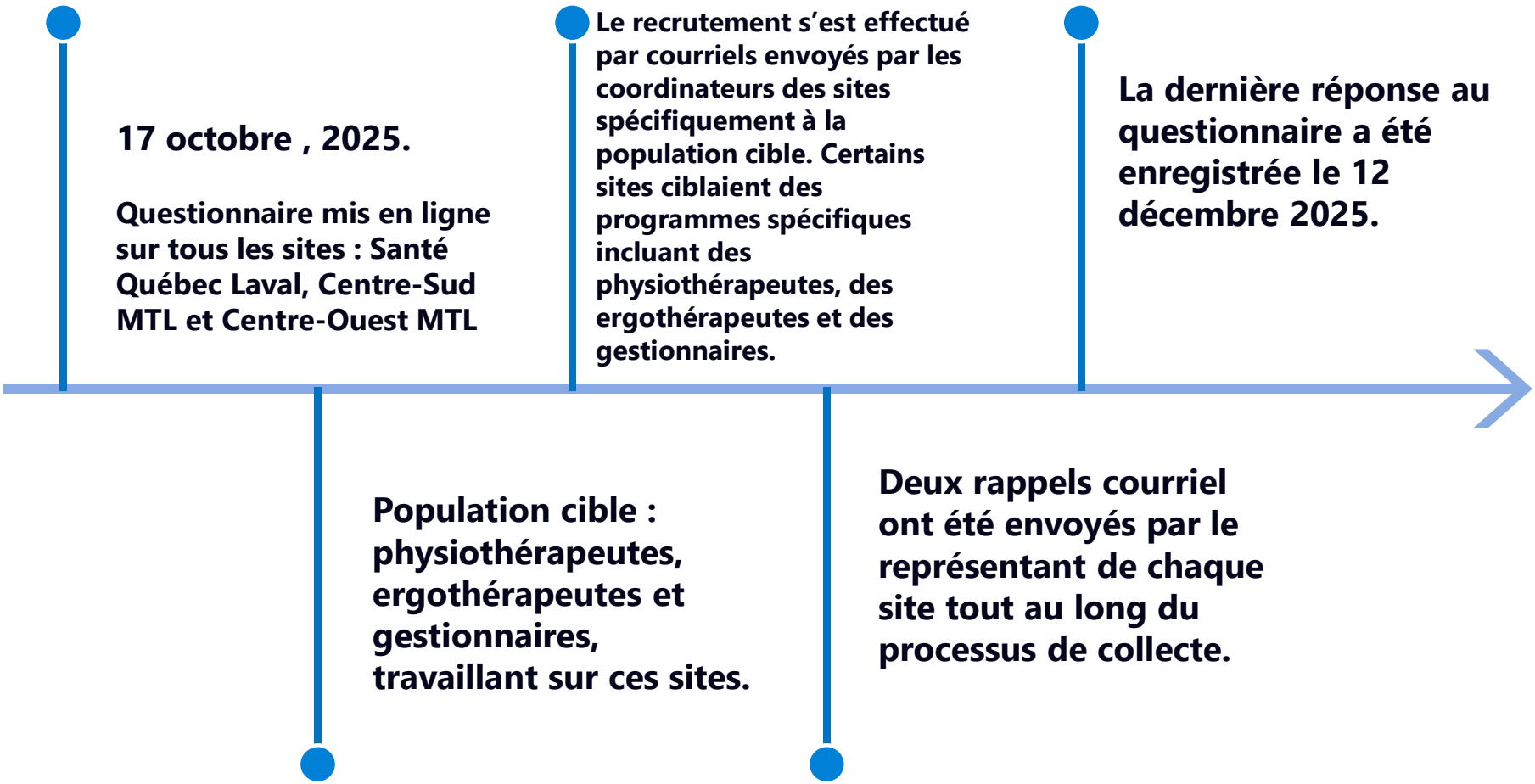
Received: 31 January 2023 / Accepted: 22 October 2023
© The Author(s), under exclusive licence to Springer Nature B.V. 2023

Aperçu des résultats de la phase 1

Phase 3

Ce projet vise à garantir que ce que vous *faites* déjà en tant que cliniciens consciencieux et réfléchis soit reconnu, soutenu et valorisé —
et non pas considéré comme invisible ou comme une « charge de travail supplémentaire ».

1. **Reconnaissance et visibilité**
2. **Influence et leadership**
3. **Soutien à la pratique**
4. **Fierté professionnelle et communauté**
5. **Contribution rapide et significative**


17 octobre , 2025.
Questionnaire mis en ligne sur tous les sites : Santé Québec Laval, Centre-Sud MTL et Centre-Ouest MTL
Le recrutement s'est effectué par courriels envoyés par les coordinateurs des sites spécifiquement à la population cible. Certains sites ciblaient des programmes spécifiques incluant des physiothérapeutes, des ergothérapeutes et des gestionnaires.
La dernière réponse au questionnaire a été enregistrée le 12 décembre 2025.
Population cible : physiothérapeutes, ergothérapeutes et gestionnaires, travaillant sur ces sites.
Deux rappels courriel ont été envoyés par le représentant de chaque site tout au long du processus de collecte.

Créer des synergies entre les secteurs de l'éducation, de la pratique et de la réglementation afin de catalyser le renforcement des capacités du rôle d'érudit en réadaptation

CRÉER DES SYNERGIES ENTRE L'ÉDUCATION, LA PRATIQUE ET LES ENVIRONNEMENTS POLITIQUES: INDICATEURS DU RÔLE DE LA PRATIQUE ÉRUDITE



Des indicateurs clairs et concis de la pratique érudite (PE) peuvent soutenir le développement et le suivi d'interventions, de programmes et/ou de stratégies visant à atteindre les jalons fondamentaux de la PE en réadaptation. Un indicateur est défini comme une caractéristique spécifique, mesurable et observable qui témoigne des progrès ou des changements réalisés par un programme ou une intervention vers l'atteinte d'un processus ou d'un résultat en soins de santé donné. Cette étude a utilisé une méthode Delphi en plusieurs rondes, en consultant des universitaires, des cliniciens, des organismes de réglementation et des gestionnaires, afin de raffiner un ensemble d'indicateurs. 34 indicateurs de la PE ont été évalués quant à leur degré d'accord en milieu clinique au moyen d'une enquête en ligne utilisant une échelle de Likert.

☐ Pas du tout d'accord ☐ Pas d'accord ☐ Neutre ☐ D'accord ☐ Tout à fait d'accord ☐ Je ne sais pas

Indicateurs de la pratique érudite (PÉ)
n = 34

Conditions – prérequis ou conditions essentielles

(réflexion, utilisation de données probantes, collaborer)

17 questions

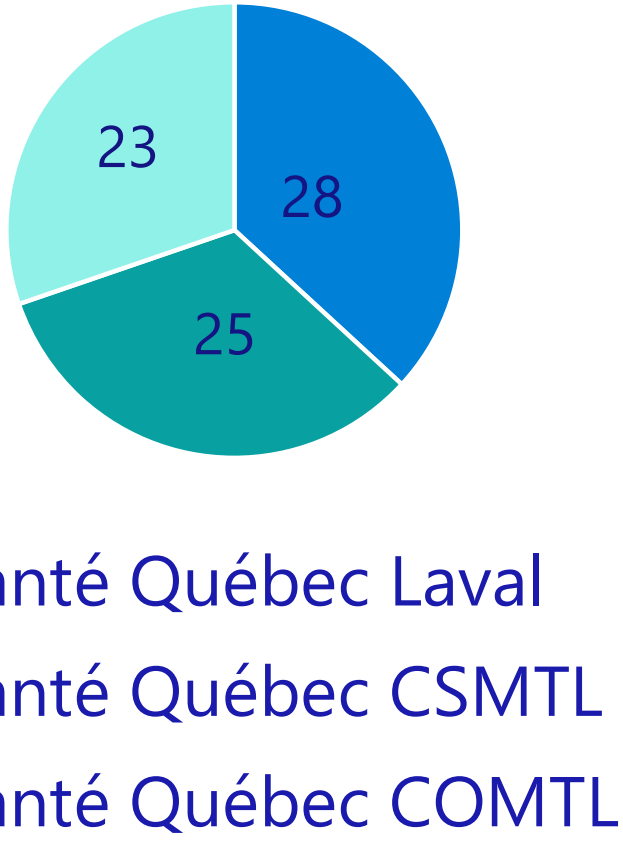
Éléments clés – composantes fondamentales (temps, mentorat, reconnaissance)

9 questions

Résultat – quel impact cela a-t-il (meilleure prise en charge, systèmes plus fluides)

8 questions

Nombre de réponses sur l'ensemble des sites n = 76



Résultats globaux de l'enquête – sur les 3 sites (% d'accord)

Top 5 (accord le plus élevé)	Les 5 derniers (accord le plus faible)
Indicateur 21 – Les praticiens s'engagent chaque année dans des activités de développement professionnel continue **(94 %)**	Indicateur 8 – Processus visant à favoriser les relations entre les parties prenantes internes et externes **(18 %)**
Indicateur 18 – Les praticiens sollicitent activement l'avis des clients **(91 %)**	Indicateur 23 – Les praticiens révisent chaque année les recommandations de pratique clinique **(34 %)**
Indicateur 26 – Les praticiens participent chaque année à des activités d'enseignement ou de mentorat **(89 %)**	Indicateur 9 – Processus visant à établir des partenariats en dehors des départements universitaires **(35 %)**
Indicateur 19 – Les praticiens appliquent les recommandations de pratique clinique **(86 %)**	Indicateur 13 – Processus visant à garantir du temps réservé aux activités de recherche **(35 %)**
Indicateur 11 – Processus visant à soutenir le développement professionnel des praticiens **(85 %)**	Indicateur 7 – Rôles de soutien (courtier de connaissances, leaders d'opinion ou de pratique) en place **(36 %)**

Rétroaction sur la complétion du questionnaire
Difficulté, clarté et pertinence

8 indicateurs ont été interprétés différemment selon les participants.

1, 2, 4, 5, 8, 9, 16, 17

« Peu clair »
« Trop vague »
« Je n'ai pas compris la question »

Ce que nous avons modifié

Formulation simplifiée
Suppression du jargon
Précision ajoutée

Meilleure lisibilité et interprétation plus cohérente

Création de la liste d'indicateurs de la pratique érudite



Qu’avons-nous appris ???

Message clé n° 1 :
La pratique érudite est déjà courante

Les indicateurs suscitant le plus grand consensus ne sont pas abstraits ; ils reflètent ce à quoi les cliniciens s'identifient déjà :

- s'engager dans le développement professionnel (94 %)
- solliciter le point de vue des patients (91–94 %)
- enseigner ou encadrer d'autres personnes (89 %)
- appliquer les recommandations de pratique clinique (86 %)

Les praticiens se considèrent comme des professionnels réfléchis, s'appuyant sur des données probantes et centrés sur le patient.

- C'est important, car de nombreux cliniciens, lorsqu'ils entendent parler de « pratique érudite », peuvent penser :

« C'est le monde universitaire. C'est de la recherche. Ce n'est pas moi. » Nos données indiquent le contraire!

La pratique érudite n'est pas un *extra* propre aux universités.
Elle est déjà ancrée dans la façon dont bon nombre d'entre vous réfléchissent, s'adaptent, enseignent et offrent les services de réadaptation.

Message clé n° 2 :
Le problème ne réside pas dans la motivation des cliniciens : il tient aux conditions du système

Niveau d'accord le plus faible :

- temps réservé aux activités de recherche (35 %)
- fonctions de soutien à la connaissance (36 %)
- partenariats externes (18 à 35 %)
- infrastructure favorisant le développement de relations (18 à 26 %)

Une tendance frappante : les cliniciens accordent de l'importance à la pratique érudite. Mais l'environnement ne la favorise pas toujours de manière fiable.

Le problème n'est pas que les cliniciens ne se soucient pas des données probantes, de la réflexion ou de l'amélioration.
C'est que les systèmes rendent souvent cela difficile à pérenniser.

Message clé n° 3 :
Nous récompensons les efforts individuels tout en sous-investissant dans les capacités collectives

Vous êtes d'accord avec :

- ✓ le développement personnel
- ✓ le mentorat
- ✓ l'application des données probantes

Mais vous n'êtes pas d'accord que les systèmes offrent :

- ✗ du temps réservé
- ✗ des fonctions de soutien formelles
- ✗ des partenariats intersectoriels
- ✗ une collaboration structurée

Nous comptons largement sur la bonne volonté et le professionnalisme des cliniciens plutôt que de concevoir des systèmes qui favorisent la pratique érudite.
Nous avons instauré des cultures qui valorisent les praticiens érudits, mais pas toujours des systèmes qui rendent la pratique érudite possible.

Message clé n° 4 :
L'approche centrée sur le client est un atout professionnel majeur

% d'accord élevé sur l'autonomisation des clients et de leurs familles dans la planification des soins.

Cela suggère que la pratique érudite ne se limite pas à l'utilisation des données probantes :

- raisonnement relationnel
- partenariat
- réactivité
- co-construction des soins et services

ce qui correspond à l'identité des ergothérapeutes et des physiothérapeutes.

La pratique érudite est humaine, relationnelle et centrée sur le patient, et non pas simplement technique.

Message clé n° 5 : La collaboration au-delà de nos murs reste insuffisamment développée

- Une conclusion plus provocante ?
- Très faible consensus sur :
  - les relations avec les parties prenantes externes
  - partenariats en dehors des départements universitaires
  - et des structures de collaboration plus larges

Les cliniciens peuvent bien travailler au sein d'équipes, mais l'intégration au sein d'un système plus large est relativement faible.

C'est important car la réadaptation moderne nécessite des liens avec :

les décideurs politiques, les organisations communautaires, les éducateurs, les organismes professionnels, les associations de patients, les structures d'accompagnement à la mise en œuvre

L'excellence dans la pratique ne peut pas rester cloisonnée.

Message clé n° 6 :
Le langage a son importance

- Les retours sur la clarté sont fascinants.
- Les participants ont relevé plusieurs éléments : des formulations vagues, un langage trop technique, des interprétations incohérentes
- Cela nous indique peut-être quelque chose de plus important :
  - si nous voulons que la pratique érudite prospère, nous avons besoin d'un langage que les cliniciens puissent réellement utiliser.

Si le concept n'est pas clair, sa mise en œuvre sera fragile.

La pratique érudite n'est peut-être pas l'ingrédient manquant

Ce que les cliniciens apportent déjà	Ce que le système devrait peut-être apporter
réflexion utilisation des données probantes formation partenariat avec le patient développement professionnel	temps structures de mentorat rôles de mise en œuvre infrastructure de partenariat reconnaissance

La question n'est plus de savoir si les ergothérapeutes et les physiothérapeutes sont des adeptes de la pratique érudite

La véritable question est peut-être :

Nos systèmes sont-ils prêts à soutenir le type de pratique auquel ils disent accorder de l'importance ?

Liste finale des indicateurs – français

CONDITIONS PRÉALABLES À LA PRATIQUE ÉRUDITE

1. Des processus sont en place pour faciliter l'utilisation des pratiques cliniques recommandées.
2. Des processus sont en place pour documenter l'utilisation des pratiques cliniques recommandées (ex. : gestion des dossiers).
3. Des processus sont en place pour recueillir les suggestions ou les rétroactions des parties prenantes (par exemple, les personnes cliniciennes en santé, la clientèle, les chercheurs) en vue d'améliorer la qualité des pratiques cliniques.
4. Des processus sont en place pour favoriser la participation des clients, des familles et des aidants dans la planification des soins.
5. Des processus sont en place pour définir des objectifs réalistes pour l'utilisation des pratiques cliniques recommandées.
6. Des procédures de collecte de données sont en place pour mesurer les effets de certaines procédures et politiques sur les environnements de pratique. Ces effets englobent les résultats pour les clients, l'utilisation des soins de santé, la performance et la satisfaction du personnel, l'efficacité des processus, la sécurité et d'autres facteurs pertinents.
7. Il y a en fonction des personnes qui agissent comme courtiers de connaissances, leaders d'opinion ou leaders de pratique avancées.
8. Des processus sont en place pour favoriser la collaboration entre tous les groupes concernés, y compris les parties prenantes internes (p. ex., les cliniciens et professionnels de la santé au sein de votre organisation) et les parties prenantes externes (p. ex., des organismes communautaires), afin de favoriser un consensus sur les meilleures pratiques.
9. Des processus sont en place pour favoriser les partenariats entre les contextes de pratique et les organismes externes (par exemple, les organismes de réglementation professionnelle, les ministères ou les associations locales) afin de créer des opportunités de développement professionnel et de recherche interdisciplinaires.
10. Des processus sont en place pour développer des partenariats entre les organisations et les établissements universitaires afin de faire progresser l'éducation et les carrières, de préparer les futurs ergothérapeutes et physiothérapeutes à la pratique, de fournir des mécanismes pour l'apprentissage continu et d'informer les programmes éducatifs interdisciplinaires ou multidisciplinaires.
11. Des processus et/ou des politiques sont en place pour soutenir le développement professionnel des personnes cliniciennes.
12. Des processus sont en place pour cultiver un milieu de travail favorable qui valorise et encourage la pratique érudite.
13. Des processus sont en place pour garantir la disponibilité de temps réservé pour l'engagement des personnes cliniciennes dans des activités érudites.
14. Des processus sont en place pour permettre aux personnes cliniciennes d'accéder à des ressources telles que des bases de données en ligne et des bibliothèques, ce qui permet de faciliter et d'améliorer leur pratique clinique.
15. Des processus sont en place pour aider les personnes cliniciennes à répondre aux exigences de développement professionnel établies par les Ordres professionnels.
16. Des processus sont en place pour réaliser un mandat organisationnel qui garantit la disponibilité de services de physiothérapie et d'ergothérapie fondés sur les données de la recherche, l'expertise clinique et les politiques de santé.
17. Des processus sont en place pour faciliter l'enseignement d'une manière compatible avec le système de santé apprenant (par exemple, la supervision clinique).

ÉLÉMENTS DE BASE DE LA PRATIQUE ÉRUDITE

18. Les personnes cliniciennes recherchent activement le point de vue de la clientèle.
19. Les personnes cliniciennes appliquent les lignes directrices en matière de pratique clinique.
20. Les personnes cliniciennes s'engagent au moins une fois par an dans une réflexion visant à améliorer leur pratique.
21. Les personnes cliniciennes s'engagent au moins une fois par an dans un processus de développement professionnel d'améliorer leur pratique et de garantir le maintien de leurs compétences.
22. Les personnes cliniciennes intègrent systématiquement les préférences de la clientèle dans leurs décisions cliniques que les données scientifiques et leur propre expérience professionnelle.
23. Les personnes cliniciennes révisent au moins une fois par an les lignes directrices en matière de pratique clinique afi d'informer des changements.
24. Les praticiens participent au moins une fois par an à des activités scientifiques, telles que l'amélioration de la qualité l'évaluation de programmes ou des projets de recherche avec des chercheurs ou d'autres professionnels.
25. Les personnes cliniciennes participent au moins une fois par an à des activités de mobilisation des connaissances, t que la diffusion de nouvelles informations au moyen de présentations, publications scientifiques ou de vulgarisation contenus.
26. Les personnes cliniciennes participent au moins une fois par an à des activités d'enseignement (par exemple, à des personnes étudiantes ou à des pairs), de mentorat formel et informel ou de supervision des personnes étudiantes et collègues novices.

RÉSULTATS D'UNE PRATIQUE ÉRUDITE

27. L'adoption d'une pratique érudite par les praticiens renforce leur sentiment d'autonomie (agentivité ou agencéité).
28. Lorsqu'une organisation met l'accent sur la pratique érudite, elle renforce le sentiment d'autonomie (c'est-à-dire l'age
29. Lorsque les praticiens adoptent une pratique érudite, les services fournis sont plus efficaces.
30. Lorsque l'organisation met l'accent sur la pratique érudite, les services fournis sont plus efficaces.
31. Lorsque les praticiens adoptent une pratique érudite, l'accès des clients aux ressources s'en trouve amélioré.When practitioners adopt a scholarly approach, it enhances clients' access to resources.
32. Lorsque l'organisation met l'accent sur la pratique érudite, elle améliore l'accès des clients aux ressources.
33. Lorsque les praticiens adoptent une pratique érudite, les clients obtiennent des services conformes à leurs attentes.
34. Lorsque l'organisation met l'accent sur la pratique érudite, les clients obtiennent des services conformes à leurs atte

Liste définitive des indicateurs – anglais

CONDITIONS FOR SCHOLARLY PRACTICE

1. Processes are in place to facilitate use of recommended clinical practices
2. Processes are in place to document the use of recommended clinical practices (ex. Charting).
3. Processes are in place to gather suggestions or feedback from interested parties for improving the quality of clinical practices.
4. Processes are in place to support the involvement of clients, families, and caregivers in care planning.
5. Processes are in place for developing realistic goals for the use of recommended clinical practices.
6. Data collection procedures are in place to measure the effects of certain procedures and policies on practice settings.
7. Supportive roles, such as knowledge brokers, opinion leaders, or advanced practice leaders, are in place.
8. Processes are in place to promote collaboration among all involved groups, including internal partners (e.g., clinicians and healthcare professionals within your organization) and external partners (e.g., community organizations), to foster consensus on best practices.
9. Processes are in place to support partnerships between practice settings and external organizations (e.g., professional regulatory bodies, ministries, or community groups) to create interdisciplinary professional development and research opportunities.
10. Processes are in place for developing partnerships between practice settings and academic institutions to advance education and careers, prepare future occupational therapists and physiotherapists for practice, provide mechanisms for lifelong learning, and inform the structure of interdisciplinary or multidisciplinary educational programs.
11. Processes and/or policies are in place to support practitioners' professional development.
12. Processes are in place to cultivate a supportive working environment that values and encourages scholarly practice.
13. Processes are in place to ensure the availability of protected time for practitioners' engagement in scholarly activities.
14. Processes are in place to provide practitioners with access to resources such as online databases and libraries, thus facilitating and enhancing their clinical practice.
15. Processes are in place to help practitioners to meet the professional development requirements established by regulatory organizations.
16. Processes are in place to achieve an organizational mandate that ensures the availability of physiotherapy and occupational therapy services informed by research evidence, clinical expertise, and health policies.
17. Processes are in place that facilitate teaching in manner consistent with the learning health system (e.g., clinical supervision).

CORE ELEMENTS FOR SCHOLARLY PRACTICE

18. Practitioners actively seek client perspectives.
19. Practitioners apply clinical practice guidelines.
20. Practitioners engage at least yearly in reflection to improve their practice.
21. Practitioners engage at least yearly in professional development to improve their practice and ensure continuing competence.
22. Practitioners consistently integrate client feedback into their clinical decisions, alongside scientific evidence and their own professional experience.
23. Practitioners review clinical practice guidelines at least yearly to inform changes.
24. Practitioners are involved at least yearly in scholarly activities, such as quality improvement, program evaluation, or research projects with researchers or other professionals.
25. Practitioners are involved at least yearly in knowledge mobilization activities, such as the dissemination of new information through presentations, scientific writings, or easily accessible content in lay language.
26. Practitioners are involved in teaching (e.g., students or peers), formal and informal mentoring, or supervising students and novice practitioners at least yearly.

OUTCOMES FOR SCHOLARLY PRACTICE

27. When practitioners adopt a scholarly approach, it enhances sense of autonomy (i.e., agency).
28. When an organization emphasizes scholarly practice, it enhances sense of autonomy (i.e., agency).
29. When practitioners adopt a scholarly approach, the services delivered are more effective.
30. When the organization emphasizes scholarly practice, the services delivered are more effective.
31. When practitioners adopt a scholarly approach, it enhances clients' access to resources.
32. When the organization emphasizes scholarly practice, it enhances clients' access to resources.
33. When practitioners adopt a scholarly approach, clients obtain services in line with their expectations.
34. When the organization emphasizes scholarly practice, clients obtain services in line with their expectations.

Remerciements

Équipe du projet :
Aliki Thomas
Annie Rochette
Andrew Freeman
Isabelle Simard
Nancy Salbach
Sara Ahmed
Sungha Kim
Marco Zaccagnini
Luke de Block – Santé Québec - Laval
Mary Lattas - Santé Québec Centre Ouest MTL
Haifa Akremi - Santé Québec Centre-Sud MTL

Équipe de développement des partenariats du CRSH

IURDPM
Institut universitaire sur la réadaptation en déficience physique de Montréal

CRIR
Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain

Projet réalisé grâce au soutien financier :

Conseil de recherches en sciences humaines du Canada
Social Sciences and Humanities Research Council of Canada
Canada

Partenaires universitaires

Université de Montréal
McGill
Université Laval
Université de Sherbrooke
University of Toronto
McMaster University
University of Calgary
The University of Queensland

Partenaires professsionnels

Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec
ACOTUP ACPUE
Ordre des ergothérapeutes du Québec
OEQ
ACE CAOT
National Physiotherapy Advisory Group
Groupe consultatif national en physiothérapie
NPAG GCNP

Partenaires des politiques et de la décision

INESSS
Santé et Services sociaux Québec

Partenaires cliniques

Santé Québec
de plusieurs régions du Québec


Questions