

Demande de subvention de recherche
Soumise au Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation

Dans le cadre du Programme 4.2.1 (Partenariat OPPQ-REPAR)

Titre du projet:

Développement et évaluation d'une activité de transfert de connaissance pour les physiothérapeutes visant à soutenir la participation aux activités physiques chez les enfants ayant un trouble développemental de la coordination

Demandeure principale :

Isabelle Demers, pht

Codemandeurs :

Désirée B. Maltais, pht, PhD

Marie-Eve Lamontagne, erg, PhD

Chantal Camden pht, PhD,

Hélène Moffet, pht, PhD,

Sylvain Turcotte, PhD,

Mars 2017

PROBLÉMATIQUE ET ÉTAT DES CONNAISSANCES ACTUELLES

Le trouble développemental de la coordination (TDC) (également appelé trouble de l'acquisition de la coordination, TAC) est un trouble du développement moteur qui touche 5-6 % des enfants d'âge scolaire [1]. Il est caractérisé par une acquisition et une exécution des habiletés de coordination motrice inférieures à celles des leurs pairs sans incapacité [1], ce qui entraîne une diminution du niveau d'activité physique toujours par rapport à leurs pairs sans incapacité [2]. Conséquemment, les enfants ayant un TDC démontrent des facteurs de risque pour les maladies cardio-métaboliques tels qu'une augmentation de l'indice de masse corporelle [3], de la circonférence de taille [3] et du niveau de graisse corporelle [4], ainsi qu'une diminution de l'endurance cardiorespiratoire [4]. Le niveau d'activité physique réduit a également un impact négatif sur leur sentiment d'auto-efficacité envers les activités physiques [5]. Afin de minimiser les risques des problèmes de santé à long terme, il est nécessaire de trouver des solutions pour favoriser une plus grande participation de ces jeunes dans les activités physiques.

Les physiothérapeutes travaillant en réadaptation auprès des enfants présentant un TDC ont une expertise unique en apprentissage moteur qui pourrait être mise à profit afin de mettre en place des stratégies pour favoriser l'intégration positive dans les activités physiques de ce groupe [6, 7]. De plus, pour soutenir l'adoption d'un mode de vie physiquement actif chez les enfants ayant un TDC, les physiothérapeutes doivent impérativement collaborer avec plusieurs acteurs des différents milieux de vie de l'enfant, dont les parents et les intervenants des milieux de l'éducation et communautaires. Cette collaboration est présentement limitée par l'absence d'outils communs validés et accessibles permettant à tous de travailler de concert à l'atteinte de cet objectif. Bien que des recommandations pour favoriser la participation dans les activités physiques existent dans la littérature scientifique [6, 8-14], sur les sites internet des centres de réadaptation [15] et des regroupements des chercheurs [16], ces recommandations n'ont pas été synthétisées, validées, ni formellement implantées.

Les données probantes pour favoriser l'intégration dans les activités physiques des enfants ayant un TDC sont difficiles à mettre en pratique de façon cohérente et uniforme par les différents acteurs concernés. En milieu scolaire, par exemple, 85% des enseignants mentionnent qu'un manque de connaissances limite l'intégration des enfants ayant un TDC dans une activité physique [17]. L'existence d'outils de transfert de connaissance permettant de soutenir les pratiques des parents et des différents intervenants travaillant auprès d'enfants ayant un TDC et d'un mécanisme de transfert efficace pour changer la pratique des physiothérapeutes serait un vecteur important d'amélioration de la qualité des services offerts aux enfants vivant avec un TDC. Cette amélioration pourrait avoir des conséquences positives sur la santé de ces jeunes.

BUT ET OBJECTIFS DU PROJET

Le but de ce projet est de soutenir les collaborations des physiothérapeutes avec les parents et les intervenants des milieux de l'éducation et communautaires afin qu'ils facilitent la participation des enfants ayant un TDC dans les activités physiques. Les objectifs sont : 1) développer un guide de pratique incluant des outils d'implantation favorisant l'intégration positive des enfants ayant un TDC dans les activités physiques, 2) implanter le guide de pratique auprès d'une cohorte de physiothérapeutes et 3) explorer l'efficacité de l'implantation du guide de pratique sur des déterminants de changement de pratique des physiothérapeutes qui interviennent auprès d'enfants ayant un TDC.

MÉTHODOLOGIE.

Cette étude privilégiera un devis mixte, incluant des méthodes standardisées de production et d'implantation d'un guide de pratique ainsi qu'un devis quasi-expérimental d'évaluation pragmatique de l'efficacité de l'implantation du guide.

Objectif 1. Développer un guide de pratique et des outils d'implantation associés. En nous basant sur le processus proposé par l'Institut National d'Excellence en Santé et en Services Sociaux [18], nous créerons un guide de pratique pour favoriser l'intégration positive dans les activités physiques des enfants ayant un TDC ainsi que des outils d'implantation associés. **Mois 1-4 :** La revue et synthèse de la littérature pertinente sera effectuée par Demers, Maltais et Camden avec l'implication des autres membres selon les besoins. Elle sera conduite selon les méthodes de la Collaboration Cochrane [19]. **Mois 4-5 :** Un groupe d'experts (n = 15), (parents d'enfants ayant un TDC, intervenants des milieux cliniques, de l'éducation et communautaires) sera constitué. Un échantillonnage de type « boule-de-neige » permettra de réunir ces experts. Les experts participeront à une réunion de consensus de 7,5 h. Trois semaines avant la réunion, ils recevront du matériel préparatoire (un feuillet d'information et de consentement, des instructions écrites du déroulement de la réunion, les tables de synthèse des évidences et les articles scientifiques originaux). Lamontagne animera la réunion avec le soutien de Demers. Lors de la réunion, les experts seront appelés à produire, en fonction des évidences recensées, des recommandations pour favoriser l'intégration positive dans les activités physiques des enfants ayant un TDC. La réunion se terminera quand des recommandations auront été produites pour chacun des grands thèmes identifiés lors de la revue de la littérature. **Mois 7-11 :** Une première version du guide de pratique répondant aux critères de qualité énoncés dans l'outil AGREE [20], sera créée et transmise aux experts par courriel. Les experts auront un mois pour valider et bonifier le contenu au besoin. Une deuxième et, au besoin, une troisième itération du guide sera produite intégrant leurs commentaires, et retournée pour validation. Pendant ce temps, des outils d'implantation (Guideline Implementation tools, *GItools*) [21], seront également développés par l'équipe de recherche et validés (contenu) par le comité d'experts selon le même processus utilisé pour la validation du guide de pratique. Les *GItools* sont « des informations incluses ou accompagnant les guides de pratiques, qui aident les utilisateurs à implanter les recommandations » (traduction libre) [22], et une récente revue Cochrane a démontré leur efficacité pour faciliter l'implantation de guides de pratique [23]. Les *GItools* incluent, par exemple, des modules de formation en ligne, des fiches-synthèses ou des listes à cocher, qui permettent aux utilisateurs de prendre rapidement connaissance des évidences scientifiques et d'obtenir des indications claires et concrètes pour leur application. Le développement des *GItools* s'appuiera sur le modèle théorique, « la Théorie du comportement planifié » (TCP) [24]. Cette approche est largement utilisée pour soutenir des changements de pratique chez les intervenants de la santé [25]. La TCP stipule que l'intention d'adopter un comportement est un déterminant proximal du comportement lui-même et que l'intention est déterminée par les attitudes envers le comportement, 2) les normes subjectives (la pression sociale perçue pour effectuer le comportement) et 3) le contrôle perçu (sentiment d'auto-efficacité à effectuer le comportement). Pour ce projet, le comportement ciblé que l'on présentera aux physiothérapeutes utilisant le guide de pratique et le *GItools* sera « En collaboration avec les parents et les autres intervenants des milieux de l'éducation et communautaires, lorsque j'interviens sur l'activité physique chez un enfant ayant un TDC, je mets en action, 80 % du temps, des stratégies pour favoriser l'intégration positive dans les activités physiques de l'enfant selon les recommandations du guide de pratique ». Pour soutenir ce comportement, les *GItools* seront

créés pour clairement démontrer : 1) les avantages de l'intégration positive des enfants ayant un TDC dans les activités physiques et de l'implantation des recommandations du guide de pratique (attitudes), 2) les personnes pertinentes soutenant le guide et son implantation (normes subjectives) et 3) les facilitateurs pour l'implantation des recommandations du guide (le contrôle perçu). Le guide de pratique et les outils résultants de l'étape 1 seront disponibles sur le site Web de la CAPSEA (Communauté Axée sur la Participation Sociale de l'Enfant et de l'Adolescent), un site Web accessible au grand public [26].

Objectif 2. Implanter le guide de pratique. Mois 12 : Puisqu'il est reconnu que les guides de pratique doivent faire l'objet de stratégies d'implantation actives afin d'être adoptés et utilisés par les utilisateurs [27, 28], nous développerons une activité de transfert de connaissance pour : 1) informer des physiothérapeutes du guide de pratique et de son contenu, et 2) outiller des physiothérapeutes dans l'implantation du guide (l'application du guide de pratique en collaboration avec les parents et les intervenants des milieux de l'éducation et communautaires). La stratégie de transfert de connaissance privilégiée sera la technique « *Train the Trainer* » (TTT) [29-31], où les champions (dans ce cas, les physiothérapeutes) sont entraînés afin de former et de supporter d'autres individus (les parents et les autres intervenants dans le contexte de ce projet) dans l'application des connaissances et compétences reçues [29, 31]. L'efficacité du TTT pour permettre l'adoption de guides de pratique a été démontrée [29, 31]. L'équipe de recherche développera un guide de formation TTT, et Demers donnera la formation. Lors de cette formation, les participants se verront expliquer le guide de pratique ainsi que les *GItools* associés. Ils seront notamment formés à interagir avec les parents et les autres intervenants pour assurer l'implantation commune des recommandations du guide de pratique, en utilisant un outil d'implantation spécifique aux physiothérapeutes (sous forme de listes d'action à cocher). Ils pourront l'expérimenter lors de jeux de rôle. L'approche de la TCP sera intégrée tout au long de la formation. Le comportement ciblé décrit ci-dessus sera (re)présenté. Les participants seront questionnés sur leurs attitudes (perceptions des avantages et désavantages) du comportement ciblé, sur les personnes pertinentes qui pourraient soutenir (ou qui pourraient ne pas soutenir) le comportement ciblé et sur les facilitateurs et barrières pour réaliser celui-ci. En groupe, durant la formation, les stratégies seront développées pour adresser les attitudes négatives, la pression potentielle des personnes ne soutenant pas le comportement ainsi que les barrières. Le contenu et déroulement de la formation seront validés par le comité d'experts en utilisant la même méthodologie qu'utilisée lors de la validation du contenu du guide de pratique et des *GItools*. Trente-deux (32) physiothérapeutes seront recrutés lors de la Journée annuelle de physiothérapie pédiatrique (mai 2018) et invités à participer gratuitement à cette formation TTT. Cette taille d'échantillon correspond au nombre maximum de physiothérapeutes qu'il nous semble réaliste de recruter. Selon nos expériences antérieures, nous prédisons que 20% des physiothérapeutes qui assisteront à la Journée annuelle en physiothérapie pédiatrique (n = 160) répondront aux critères d'inclusion et accepteront de participer au projet. Les critères d'inclusion seront : 1) avoir une pratique clinique en physiothérapie au Québec incluant des interventions de façon au moins occasionnelle auprès des enfants ayant un TDC (au minimum dix fois par année, basé sur notre expérience antérieure concernant les physiothérapeutes suivant des formations sur les enfants ayant un TDC); 2) avoir une bonne compréhension du français et 3) avoir accès à un ordinateur connecté à Internet. Les physiothérapeutes en congé durant la période de participation à l'étude seront exclus. La formation se déroulera en ligne sous forme de webinaire sur la plateforme Webex de Cisco en diffusion directe (la formation sera enregistrée et disponible aux participants par la suite). Des données sur l'utilisation seront collectées automatiquement par la

plateforme. Pour soutenir l'implantation du guide de pratique, un page Facebook de groupe fermé sera créée et soutenue par Demers (en consultation avec Moffet) pour faciliter la communication entre les participants ainsi qu'entre les participants et les membres de l'équipe de recherche [32] pendant les trois mois suivant la formation.

Objectif 3. Explorer l'efficacité de l'implantation du guide de pratique. Mois 12-15 : Nous réaliserons cet objectif en explorant l'effet de l'implantation du guide de pratique (objectif 2) sur les déterminants de l'intention des physiothérapeutes à effectuer le comportement ciblé (ainsi que sur l'intention elle-même). **Participants :** L'ensemble des physiothérapeutes (n=32) ayant été recrutés pour suivre la formation décrite à l'objectif 2 seront invités à participer à cette phase. **Procédure :** Deux semaines avant la formation, (à **T0**) les participants recevront un lien vers les formulaires d'information et de consentement, le guide de pratique, et cinq questionnaires électroniques (**Q1 à Q5**, décrits dans la section suivante). Il s'agit d'un questionnaire sociodémographique (**Q1**) et quatre questionnaires électroniques servant à évaluer l'efficacité de l'implantation du guide (**Q2 à Q5**). Les participants devront compléter en ligne des questionnaires (temps de passation 90 minutes maximum), ils participeront par la suite à la formation et complèteront de nouveau les mêmes questionnaires servant à évaluer l'efficacité de la formation. Tous les documents seront mis en ligne sur la plateforme LimeSurvey. Les participants devront signer électroniquement un formulaire de consentement avant d'avoir accès aux différents documents. Par la suite, ils devront réviser le guide de pratique puis remplir les questionnaires. Des rappels seront effectués aux participants 11 jours et 8 jours avant la formation. Un participant n'ayant pas complété les documents une semaine avant la formation ne pourra y participer ni avoir accès aux *Gltools* et sera exclu. La formation TTT sera tenue en respectant les principes de la TCP. Un registre sera également tenu afin de s'assurer de la fidélité de la stratégie d'implantation, par exemple, que les participants soient présents tout au long de la formation, qu'ils aient bien en main les outils d'implantation, qu'ils n'expérimentent pas de problème technique, *etc.* Immédiatement après la fin de la formation (**T1**), un deuxième lien sera envoyé aux participants, pour remplir de nouveau les quatre questionnaires évaluant l'efficacité de l'implantation du guide de pratique (**Q2 à Q5**) et pour remplir un questionnaire sur les détails de l'implantation du guide (**Q6**, décrit dans la section suivante). Pendant les trois mois suivant la formation, ce dernier questionnaire devra être rempli à chaque fois que le physiothérapeute rencontre un enfant ayant un TDC avec qui il implante de façon collaborative au moins une recommandation du guide. Enfin, un troisième temps de mesure (**T2**) sera réalisé trois mois après la formation où ils rempliront les quatre mêmes questionnaires (**Q2 à Q5**). Le questionnaire sur l'implantation du guide de pratique (**Q6**) sera également soumis à ce moment (**T2**). Des rappels téléphoniques seront réalisés au besoin. **Questionnaires :** Le questionnaire sociodémographique (**Q1**) comportera des items nous permettant à décrire les participants (ex. l'âge, le nombre d'année d'expérience, le contexte du travail). Le déterminant « *attitudes* » (**Q2**) sera analysé à l'aide d'un questionnaire adapté pour le projet par le comité d'experts. Il s'inspire d'un questionnaire existant et validé selon la méthode de Francis et coll.[33] pour les enfants ayant certaines similarités aux enfants ayant un TDC (les enfants ayant une déficience motrice cérébrale légère). Entre 10 et 15 items seront cotés sur une échelle Likert de 5 points. Le déterminant « *normes subjectives* » (**Q3**) sera évalué avec le « Questionnaire de réaction sur le développement professionnelle » [34] qui est validé (version française) pour mesurer ce déterminant [35]. L'alpha de Cronbach pour les 12 items du questionnaire varie de 0,77 à 0,85 [34]. Onze items sont cotés sur une échelle Likert de 7 points, et un item est coté sur une échelle de 5 points. Les cotes pour chaque question Likert sont transformées en pourcentage. Le déterminant

« *contrôle perçu* » (Q4) sera évalué avec la version française [36], du « General Self-Efficacy Scale » [37] modifiée pour cibler spécifiquement le comportement visé. Le questionnaire a été validé pour mesurer sa perception de sa capacité à faire face à des demandes stressantes ou difficiles [38]. Les réponses sont cotées sur une échelle Likert de 4 points. L'alpha de Cronbach pour les 10 items du questionnaire varie de 0,79 à 0,90 [37]. L'intention à faire le comportement ciblé (Q5) sera évaluée avec un item, qui sera coté sur une échelle Likert de 5. Pour chacun des questionnaires Q2 à Q5, la cotation globale sera la moyenne des cotes (ou des cotes transformées) des items, lorsqu'il y a plus d'un item. Afin de nous permettre de décrire les détails de l'implantation du guide, les participants rempliront à chaque rencontre pertinente, un questionnaire (Q6) sur : 1) les noms des acteurs impliqués (ex., parents, les intervenants des milieux de l'éducation et ou communautaires) et 2) les recommandations qui ont été mises de l'avant. **Analyses statistiques** : Le logiciel IBM SPSS, version 22 (IBM Corp., Armonk, N.Y., USA) seront utilisés. Pour explorer l'efficacité de l'implantation du guide de pratique, les valeurs pour les attitudes, les normes subjectives, le contrôle perçu et l'intention à réaliser le comportement ciblé seront comparées pour les trois temps de mesure (T0, T1, T2) en utilisant une ANOVA et, a posteriori, les tests de T appariés avec la correction de Bonferroni pour les comparaisons multiples. Si les données ne rencontrent pas les postulats des tests paramétriques, nous utiliserons les tests non-paramétriques équivalents. L'Alpha = .05. Dans le but d'éviter des conclusions basées sur une erreur de type 2, nous calculons la taille d'effet pour chaque analyse. Lorsque la valeur p n'est pas significative, mais la taille d'effet est moyenne ou plus grande ($\geq,5$) [39], les résultats seront considérés comme prometteurs et pourront faire l'objet de validations futures. Pour compléter l'exploration de l'efficacité de l'implantation du guide, nous explorerons la généralisabilité de nos résultats en déterminant l'association entre les changements (T0, T1 et T2) et de différentes co-variables. Nous réaliserons différentes corrélations (paramétriques ou non-paramétriques selon le cas) entre, par exemple, les changements (T0, T1, T2) et les années d'expérience du physiothérapeute, le contexte du travail et le nombre d'utilisateurs ayant un TDC.

FAISABILITÉ DU PROJET ET ROLES DES DEMANDEURS.

Notre équipe interdisciplinaire et interuniversitaire regroupe l'expertise nécessaire pour réaliser les objectifs de ce projet. La demandeuse principale, **I. Demers**, physiothérapeute clinicienne (CIUSSS-CN) et candidate au doctorat (U Laval), possède une expertise clinique et en recherche auprès de la clientèle TDC. Elle coordonnera le projet et participera à la réalisation de diverses étapes du projet. **D.B. Maltais**, physiothérapeute et professeure agrégée (U Laval), est experte en activité physique des enfants ayant des déficiences motrices. Elle assure la validité scientifique de tous les aspects du projet et soutiendra Demers dans toutes ses responsabilités. Grâce à son implication dans CAPSEA, elle facilitera également le lien entre les intervenants de milieux cliniques et communautaires (objectif 1). **M.-E. Lamontagne**, ergothérapeute et professeure adjointe (U Laval), est experte en développement de guides de pratique et d'outils d'implantation. Elle soutiendra la réalisation de l'objectif 1 et encadrera les aspects théoriques de la stratégie de transfert de connaissances utilisée dans l'objectif 2. **C. Camden**, physiothérapeute et professeure adjointe (U Sherbrooke) est experte dans les stratégies collaboratives de transfert de connaissances. **H. Moffet**, physiothérapeute et professeure titulaire (U Laval) est experte dans le développement et soutien des communautés de pratique virtuelles et en évaluation des interventions en physiothérapie. **S. Turcotte**, professeur titulaire (U Sherbrooke), est expert des changements de pratique auprès des éducateurs physiques et à la santé. Selon leurs expertises différentes, Camden, Moffet et Turcotte soutiendront Demers et Maltais dans la réalisation de la revue et synthèse de la littérature et le développement du guide de pratique et des outils

d'implantation. Moffet participera également au soutien de la page Facebook. Toute l'équipe participera à l'interprétation des résultats du projet, aux activités de transfert de connaissances et à la rédaction des manuscrits. La faisabilité du projet est aussi assurée par le soutien d'autres personnes clés (voir lettres en annexe); **S. Caron**, répondante professionnelle du CIUSSS-CN et responsable de la Journée annuelle de physiothérapie pédiatrique (soutien du milieu de travail de Demers et du projet, recrutement des physiothérapeutes pour l'objectif 3), **D. Labrecque**, personne ressource, Service régional de soutien et d'expertise en déficiences motrices (régions 03-12) (lien direct avec les intervenants en milieu scolaire pour l'objectif 1) et **F. Léger**, membre du CA de Association québécoise pour les enfants dyspraxiques (lien avec les parents d'enfants ayant un TDC pour l'objectif 1). **J. Leblond** (CIRRISS, voir le budget en annexe) assurera un soutien statistique (objectif 3). De plus, les outils technologiques nécessaires, comme LimeSurvey (objectifs 1 et 3), Webex (objectifs 2 et 3) et Facebook (objectif 2) sont offerts gratuitement par, respectivement l'U Laval et l'U Sherbrooke ou via internet.

PERTINENCE, RETOMBÉES CLINIQUES, BESOIN DE FINANCEMENT

Afin de diminuer le risque associé à certains problèmes de santé à long terme chez les enfants ayant un TDC, il est impératif de trouver des solutions pour augmenter leur participation dans les activités physiques. Le financement de ce projet permettra la réalisation d'un guide de pratique et des outils d'implantation pour favoriser l'intégration dans les activités physiques de ces jeunes, ainsi qu'une exploration de l'efficacité de l'implantation du guide. Les résultats de ce dernier seront utilisés pour mettre sur pied une étude de l'efficacité de plus grande envergure. Les retombées concrètes de ce projet ont le potentiel de contribuer à l'amélioration de la qualité des services offerts par les physiothérapeutes aux enfants ayant un TDC ainsi qu'à leurs parents et aux intervenants des milieux de l'éducation et communautaires. Nos résultats contribueront potentiellement à l'amélioration de la santé à long terme de ces jeunes. Enfin, l'amélioration de la qualité de services fournis par les physiothérapeutes rejoint les orientations de recherche l'OPPQ et la nature interinstitutionnelle et interdisciplinaire du projet ainsi que son maillage entre les chercheurs et les intervenants cliniques s'arriment clairement à celles du REPAR.

TRANSFERT DE CONNAISSANCE

Ce projet sera réalisé en collaboration avec des utilisateurs potentiels de connaissance, sous un mode intégré de transfert de connaissances qui assurera la pertinence et la meilleure diffusion du guide de pratique et des outils de l'implantation. Si la stratégie que nous proposons est démontrée efficace, elle pourra être vérifiée dans une étude de plus grande envergure puis mise de l'avant auprès de plusieurs autres cohortes de physiothérapeutes. Le guide de pratique et les outils d'implantation seront disponibles gratuitement sur la plateforme CAPSEA, et des communiqués seront envoyés dans les infolettres des différents CISSS (et CIUSSS) et des organismes professionnels pour promouvoir ces connaissances. Plusieurs présentations scientifiques sont de plus prévues afin de diffuser le guide de pratique ainsi que les outils d'implantation lors des congrès OPPQ ainsi qu'au congrès REPAR. Une conférence pour les parents est également prévue. Deux manuscrits, un sur la revue systématique (objectif 1) et un sur les résultats d'efficacité (objectif 3) seront soumis pour publication dans des revues scientifiques de renom (ex., « *Pediatric Exercise Medicine* ») et une diffusion des résultats est prévue dans la revue *Physio-Québec*.

ÉCHÉANCIER

Le projet se déroulera de mai 2017 à avril 2018. Les étapes, jusqu'à la fin de l'analyse des données (mois 15), se dérouleront selon les temps décrits dans la méthodologie. Les activités de transferts des connaissances auront lieu du mois 16 à 24.

Annexe 1

BUDGET

Ventilation et justifications

Item	Coût (\$)
Coordination du projet (Isabelle Demers) : - Recrutement - Préparation et gestion des divers formulaires - Coordination et participation à la revue systématique - Coordination de la réunion d'expert - Coordination et participation à la création du guide et des outils d'implantation - Création et co-gestion du site Facebook - Coordination et participation à l'évaluation de l'efficacité de l'implémentation du guide de pratique 3 h x 3 semaines/mois x 15 mois @ 45 \$/h = 6075 \$	6075
Co-animation de la réunion d'expert (objectif 1, Isabelle Demers) - une réunion de 6 h @ 45 \$/h = 270 \$	270
Formation des physiothérapeutes (objectif 2, Isabelle Demers) - une formation de 6 h @ 45 \$/h = 270 \$	270
Coordination des activités de transfert de connaissance (mois 16 au 24, Isabelle Demers) - 19.5 h x 45 \$/h = 878 \$	878
Compensations des participants Experts (objectif 1) - Compensation financière pour libération de travail et pour le stationnement : 6 h x 45\$/h x 15 experts = 4050 \$ + stationnement @ 10 h x 15 experts (150 \$) = 4200 \$ Physiothérapeutes (Objectifs 2 et 3) - 3 certificats cadeau (tirage) de 50 \$/certificat = 150 \$	4200 150
Soutien technique Production vidéo - 5 vidéos à 300 \$/vidéo = 1500 \$ Accès Webex (objectif 2) - gratuit par l'Université de Sherbrooke Accès Lime Survey (objectif 3) - gratuit par l'Université Laval	1500

Item	Coût (\$)
Soutien statistique (Jean Leblond) : - Réponses aux questions techniques - Suggestions et vérification des analyses - Production d'analyses avancées au besoin - 7.5 h x 50 \$/h	375
Divers Papeterie, photocopies, timbres, café et thé pour la réunion	500
Transfert des connaissances (présentation des résultats) Soutien technique pour production d'une affiche - 5 h x 30 \$/h = 150 \$ x 2 affiches = 300 Impression de deux affiches - 150 \$/affiche x 2 affiches = 300 Déplacements au congrès de l'OPPQ et du REPAR - 90 \$/voyage (aller-retour) x 2 voyages = 180	 300 300 180
Total	14998

Annexe 2

Références

1. Association, A.P., *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM V)*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
2. Beutum, M.N., R. Cordier, and A. Bundy, *Comparing activity patterns, biological, and family factors in children with and without developmental coordination disorder*. *Phys Occup Ther Pediatr*, 2013. **33**(2): p. 174-85.
3. Joshi, D., et al., *Relationship between BMI, waist circumference, physical activity and probable developmental coordination disorder over time*. *Hum Mov Sci*, 2015. **40**: p. 237-47.
4. Faught, B.E., et al., *Increased risk for coronary vascular disease in children with developmental coordination disorder*. *J Adolesc Health*, 2005. **37**(5): p. 376-80.
5. Cairney, J., et al., *Developmental coordination disorder, generalized self-efficacy toward physical activity, and participation in organized and free play activities*. *J Pediatr*, 2005. **147**(4): p. 515-20.
6. Blank R. , S.-E.B., POLATAJKO H, WILSON, *European Academy for Childhood Disability (EACD): Recommendations on the definition, diagnosis and intervention of developmental coordination disorder (long version)**. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 2012: p. 54-93.
7. Camden, C., et al., *Knowledge to practice in developmental coordination disorder: impact of an evidence-based online module on physical therapists' self-reported knowledge, skills, and practice*. *Physical & occupational therapy in pediatrics*, 2015. **35**(2): p. 195-210.
8. Blank, R., *Information for parents and teachers on the European Academy for Childhood Disability (EACD) recommendations on developmental coordination disorder*. *Dev Med Child Neurol*, 2012. **54**(11): p. e8-9.
9. Deconinck, F.J., et al., *Adaptations to Task Constraints in Catching by Boys with DCD*. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 2006. **23**: p. 14-30.
10. Donaldson, M., B. Blanksby, and N.P. Heard, *Progress in Precursor Skills and Front Crawl Swimming in Children With and Without Developmental Coordination Disorder*. *International Journal of Aquatic Research & Education*, 2010. **4**(390-408).
11. Fong, S.S., W.W. Tsang, and G.Y. Ng, *Taekwondo training improves sensory organization and balance control in children with developmental coordination disorder: a randomized controlled trial*. *Res Dev Disabil*, 2012. **33**(1): p. 85-95.
12. Missiuna, C., L. Rivard, and D. Bartlett, *Exploring Assessment Tools and the Target of Intervention for Children with Developmental Coordination Disorder*. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, 2006. **26**(1): p. 71-89.
13. Poulsen, A.A., et al., *Boys With Developmental Coordination Disorder: Loneliness and Team Sports Participation*. *The American Journal of Occupational Therapy*, 2007. **61**(4).
14. Whittall, J. and J.E. Clark, *Should we care that Johnny can't catch and Susie can't skip? What should we do about it?* Sport Information Resource Center, 2011.

15. IRDPQ, <https://www.irdpq.gc.ca/publications-de-lirdpq/publications-telechargeables>. 2017.
16. McMaster University, https://canchild.ca/en/diagnoses/developmental-coordination-disorder/related_resources. 2017.
17. Wilson, B.N., et al., *Awareness and knowledge of developmental co-ordination disorder among physicians, teachers and parents*. Child: Care, Health and Development, 2013. **39**(2): p. 296-300.
18. Beauchamp, S. and J. Duplantie, *Vers une méthode d'élaboration des guides de pratique dans le secteur des services sociaux*. 2012, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux: Québec.
19. Higgins, J.P. and J.J. Deeks, *Chapter 7: Selecting studies and collecting data*, in *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 (updated March 2011)*, G.S. Higgins JPT, Editor. 2011, The Cochrane Collaboration.
20. Brouwers, M.C., et al., *Development of the AGREE II, part 2: assessment of validity of items and tools to support application*. CMAJ, 2010. **182**(10): p. E472-8.
21. Gagliardi, A.R., M.C. Brouwers, and O.K. Bhattacharyya, *The development of guideline implementation tools: a qualitative study*. Canadian Medical Association Open Access Journal, 2015. **3**(1): p. E127-E133.
22. Gagliardi, A.R., M.C. Brouwers, and O. Bhattacharyya, *A framework of the desirable features of guideline implementation tools (GItools): Delphi survey and assessment of GItools*. Implement Sci, 2014. **9**: p. 98.
23. Flodgren, G., et al., *Tools developed and disseminated by guideline producers to promote the uptake of their guidelines*. The Cochrane Library, 2013.
24. Ajzen, I., *The theory of planned behavior*. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 1991. **50**(2): p. 179-211.
25. Godin, G., et al., *Healthcare professionals' intentions and behaviours: a systematic review of studies based on social cognitive theories*. Implement Sci, 2008. **3**: p. 36.
26. CIRRIIS, <http://www.cirris.ulaval.ca/fr/capsea>. 2017.
27. Davis, D.A. and A. Taylor-Vaisey, *Translating guidelines into practice: a systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines*. Canadian Medical Association Journal, 1997. **157**(4): p. 408-416.
28. Francke, A.L., et al., *Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review*. BMC Med Inform Decis Mak, 2008. **8**: p. 38.
29. Pearce, J., et al., *The most effective way of delivering a Train-the-Trainers program: A systematic review*. Journal of Continuing Education in the Health Professions, 2012. **32**(3): p. 215-226.
30. Pearce, J., et al., *Using a delphi process to develop an effective train-the-trainers program to train health and social care professionals throughout Europe*. Journal of traumatic stress, 2012. **25**(3): p. 337-343.
31. de Beurs, D.P., et al., *The effect of an e-learning supported Train-the-Trainer programme on implementation of suicide guidelines in mental health care*. Journal of Affective Disorders. **175**: p. 446-453.

32. Kim C, K.B., Choi HJ, et al, *Nationwide online social networking for cardiovascular care in Korea using Facebook*. Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA, 2014;(21(1):17-22).
33. Francis, J., et al., *Constructing questionnaires based on the theory of planned behaviour: A manual for health services researchers*. 2004, Centre for Health Services Research, University of Newcastle upon Tyne.
34. Légaré, F., et al., *Development of a simple 12-item theory-based instrument to assess the impact of continuing professional development on clinical behavioral intentions*. PloS one, 2014. **9**(3): p. e91013.
35. Camden C, F.V., Anaby D, Shikako-Thomas K, Gauthier-Boudreault C, Berbari J, Missiuna C. , *Can a community of practice improve physical therapists' self-perceived practice in developmental coordination disorder?* Phys Ther, (in press).
36. DUMONT, M., SCHWARZER, R. et JERUSALEM, M. . , *French Adaptation of the General Self-Efficacy Scale*. (2000). **Récupéré le 26 février 2017 du site de l'Université libre de Berlin : <http://userpage.fu-berlin.de/~health/french.htm>**.
37. Schwarzer, R., & Jerusalem, M. , *Generalized Self-Efficacy scale*. . In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs (pp. 35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON., (1995).
38. Luszczynska, A., U. Scholz, and R. Schwarzer, *The general self-efficacy scale: multicultural validation studies*. The Journal of psychology, 2005. **139**(5): p. 439-457.
39. Cohen, J., *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. (1988). **Routledge. ISBN 1-134-74270-3**.