

Table des matières

L'ACE : VOTRE PARTENAIRE TOUT AU LONG DE VOTRE CARRIÈRE

Quoi de neuf?.....	3
Célébrons ensemble le 90 ^e anniversaire de l'ACE!.....	5
Janet Craik	

DES CONNAISSANCES À LA PRATIQUE

Des services pédiatriques centrés sur la famille : comment concrétiser cette vision?.....	8
Anna Murray-Labriola, Giovanni Arcuri, Lauren Silver, Andrea McMullan, Franzina Coutinho et Noemi Dahan-Oliel	

Favoriser le rétablissement : intégrer les composantes du retour dans la communauté dans les ressources destinées aux fournisseurs de soins de santé et aux personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral.....	11
Donna Cheung et Jocelyne McKellar	

Une collaboration essentielle : explorer la relation entre les aides-soignants et les ergothérapeutes dans les établissements de soins de longue durée.....	14
Lynda Wolf	

PARTAGE DE PERSPECTIVES

Superviser des étudiants dans un milieu de pratique spécialisé : un nouvel ergothérapeute de l'Alberta investit dans sa profession.....	16
Cori Schmitz et Jarett Stastny	

La simulation dans le cadre de la formation en ergothérapie.....	18
Jonathan Harris	

De l'usage de la communication verbale dans le domaine de l'habilitation : résultats et réflexions d'ergothérapeutes exerçant en milieu clinique.....	20
Jenny Hardy et Pam Jung	

INFLUENCER LA VIE DES GENS, LES COMMUNAUTÉS ET LES SYSTÈMES

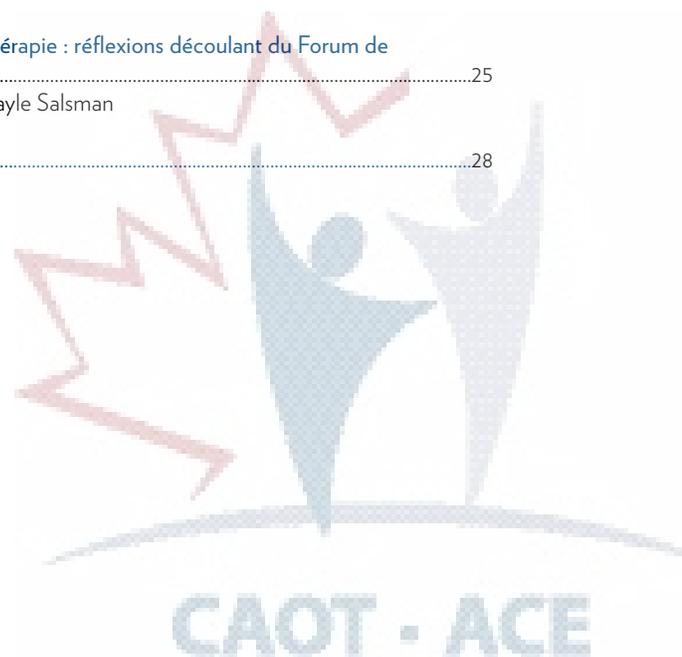
Des politiques engendrant la précarité : l'injustice occupationnelle envers les migrants forcés au Canada.....	23
Suzanne Huot	

Consolider les données probantes sur la rentabilité économique des services d'ergothérapie : réflexions découlant du Forum de 2015 de Occupational Therapy Canada.....	25
Andrew Freeman, Giovanna Boniface, Donna Collins, Lori Cyr, Marjorie Hackett et Gayle Salsman	

Recommandations pour favoriser la standardisation de la passation de l'Algo.....	28
Mélanie Ruest, Annick Bourget, Nathalie Delli-Colli et Manon Guay	



Mention de source de la photo en page couverture : Allan Klassen
Allan Klassen s'entraîne en vue de faire des courses de 100 milles. Il court sur des sentiers locaux, à toutes les saisons, peu importe les conditions météorologiques. Le simple fait de se retrouver en plein air et dans la nature lui donne de l'énergie, même lorsque le sol est recouvert d'un épais manteau de neige, comme sur cette photo, prise alors qu'il faisait son parcours d'entraînement à la course, à Edmonton.
Actualités ergothérapeutiques vous invite à soumettre des photos pour ses pages couvertures. Prière d'envoyer vos photos à : otnow@caot.ca.



Toute déclaration figurant dans les *Actualités ergothérapeutiques* est la seule responsabilité de l'auteur et, sauf avis contraire, ne représente pas la position officielle de l'ACE qui, de plus, n'assume aucune responsabilité envers une telle déclaration. Les *Actualités ergothérapeutiques*, une tribune consacrée à la discussion de questions qui touchent les ergothérapeutes, fait appel à votre participation.

Tous droits de rédaction réservés

Les *Actualités ergothérapeutiques* et l'ACE ne soutiennent pas nécessairement les annonces acceptées pour publication.

PRÉSIDENTE DE L'ACE

Lori Cyr, OT(C)

Directrice générale de l'ACE

Janet M. Craik, M.S., Erg. Aut. (Ont.), OT(C)

RETOURNER LES COLIS NON DISTRIBUABLES PORTANT UNE ADRESSE CANADIENNE À L'ADRESSE SUIVANTE:

Association canadienne des ergothérapeutes
100-34 chemin Colonnade,
Ottawa, Ontario K2E 7J6

Courriel: publications@caot.ca

INDEXAGE

Le périodique *Actualités ergothérapeutiques* est indexé par : ProQuest et OTDBase

PUBLICITÉ

Tél. : (613) 523-2268, poste 232
Courriel : advertising@caot.ca

ABONNEMENTS

Tél. : (613) 523-2268, poste 263
Courriel : subscriptions@caot.ca

DROIT D'AUTEUR

L'ACE détient le droit d'auteur des *Actualités ergothérapeutiques*. Une autorisation écrite de l'ACE doit être obtenue pour photocopier, reproduire ou réimprimer en partie ou en entier ce périodique, sauf avis contraire. Un tarif par page, par tableau ou par figure sera applicable pour fins commerciales. Les membres de l'ACE ou de l'ACPUE sont autorisés à photocopier jusqu'à 100 copies d'un article, si ces copies sont distribuées gratuitement à des étudiants ou des consommateurs à titre informatif.

Pour toute question concernant le droit d'auteur, communiquer à l'adresse suivante : copyright@caot.ca

Le périodique *Actualités ergothérapeutiques* est publié six fois par année (à tous les deux mois, à partir de janvier) par l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE).

RÉDACTRICE EN CHEF

Janna MacLachlan, Erg. Aut. (Ont.)
Tél. (613) 523-2268, poste 226, télécop. (613) 523-2552,
courriel : otnow@caot.ca

TRADUCTION

De Shakespeare à Molière, Services de traduction

CONCEPTION GRAPHIQUE ET MISE EN PAGE

JARcreative

CORRECTRICE D'ÉPREUVES

Claire Hurd, MSc (ergothérapie)

COMITÉ ÉDITORIAL DES ACTUALITÉS ERGOTHÉRAPIQUES

Présidente : Janna MacLachlan, Erg. Aut. (Ont.)
Patricia Dickson, M.Sc., Erg. Aut. (Ont.)
Emily Etcheverry, PhD, MEd. Erg. Aut. (MB.)
Heather Gillespie, OT
Tamara Germani, OT
Susan Mulholland, MSc Rehab, ergothérapie
Nadia Noble, Erg. Aut. (Ont.)
Heidi Cramm, PhD, Erg. Aut. (Ont.)
Sandra Hobson, MAEd, Erg., LLDS, FCAOT
Sumaira Mazhar, erg.
ex-officio : Helene Polatajko, PhD, Erg. Aut. (Ont.), FCAOT, FCAHS
ex-officio : Julie Lapointe, erg. Erg. Aut. (Ont), PhD

ÉDITEURS THÉMATIQUES

La santé des Autochtones et l'ergothérapie au Canada

Janet Jull, PhD, Erg. Aut.(Ont.),
Alison Gerlach, MSc, OT Reg (BC)

Liens internationaux

Andrew Freeman, PhD, erg.

Notre passé ergothérapeutique

Hadassah Rais, MSc (ergothérapie - psot-professionnelle),
Erg. Aut. (Ont.)

Réflexions sur la pratique privée

Flora To-Miles, ergothérapeute

Le sens de l'agir

Shanon Phelan, PhD, Erg. Aut.

La télésanté et la technologie d'assistance

Pam McCaskill, OT. Reg. (NB)

L'application des connaissances en ergothérapie

Heather Colquhoun, PhD, Erg. Aut. (Ont.)
Keiko Shikako-Thomas, PhD, erg.

Rehausser la pratique

Aînés : Sandra Hobson, MAEd, Erg., LLDS, FCAOT
Adultes : Patricia Dickson, M.Sc., Erg. Aut. (Ont.)
Enfants et adolescents : Gail Teachman, MSc, Erg. Aut. (Ont.)
Santé mentale : Regina Casey, PhD, M.A., OT
Pratique en milieu rural : Niki Kiepek, PhD, OT Reg.(NS)

Perspectives estudiantines :

Laura Hartman, PhD, Erg. Aut. (Ont.)
Christina Lamontagne, Erg. Aut. (Ont)

La RCE : des faits scientifiques pour votre pratique

Briana Zur, PhD, Erg, Aut. (Ont.)

Formation clinique et théorique

Catherine White, PhD, OT Reg. (NB, NS)

Compétences en gestion de la pratique et compétences professionnelles

Tiziana Bontempo, MSc (RHBS), Erg. Aut.(Ont.)

Tous les membres du comité éditorial et les éditeurs thématiques des *Actualités ergothérapeutiques* sont membres en règle de l'ACE

Quoi de neuf?



Trouve un ergo

Un nouvel outil de recherche offert par l'ACE!

L'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) a créé une nouvelle plate-forme pour aider les Canadiens à chercher et trouver un ergothérapeute. Le répertoire *Trouve un ergo* est un nouvel avantage offert exclusivement aux ergothérapeutes qui sont membres de l'ACE. Ce nouvel outil de recherche vous permet d'être repéré par des personnes qui font des demandes de consultation, des clients, des collègues et tous les Canadiens qui sont à la recherche de services d'ergothérapie spécifiques. Voici les principales caractéristiques du répertoire *Trouve un ergo* :

- format en ligne facile à utiliser et permettant d'effectuer des recherches
- carte interactive
- nombreux paramètres de recherche, dont le domaine de pratique, la ville et les coordonnées
- possibilité d'ajouter du contenu additionnel, p. ex., un logo, une photo, une courte biographie et des liens vers les médias sociaux
- quatre types d'inscription pour répondre aux besoins divers des ergothérapeutes canadiens

L'ACE vous invite à vous inscrire au répertoire *Trouve un ergo*, si ce n'est déjà fait. Pour en savoir davantage à propos de l'inscription, visitez le : www.caot.ca/findanOT. Ne ratez pas cette occasion de vous inscrire au répertoire! *Trouve un ergo* sera la meilleure ressource pour trouver et contacter un ergothérapeute au Canada.

Des nouvelles de l'ACE

Le 90^e anniversaire de l'ACE – L'année 2016 marque les 90 années consacrées par l'Association canadienne des ergothérapeutes à l'avancement de l'excellence en ergothérapie. L'ACE a eu l'immense bonheur de travailler avec des membres et des parties prenantes à travers le Canada pour accomplir cette mission. Il s'agit d'un jalon important à souligner et à célébrer! Tout au long de l'année 2016, l'ACE publiera plusieurs articles dans les *Actualités ergothérapeutiques*, pour souligner cet anniversaire. Le premier article de cette série est publié dans le présent numéro, à la page 5.

Tracer une nouvelle voie : les stratégies interprofessionnelles en gestion de la dysphagie – Cet atelier interprofessionnel novateur a été présenté à guichets fermés en octobre 2015 par l'ACE, Diététistes du Canada (DC) et Orthophonie et Audiologie Canada (OAC). L'atelier s'adressait aux praticiens chevronnés désirant rehausser leurs connaissances et compétences sur l'évaluation et le traitement de la dysphagie.

Forums à l'intention des membres de l'ACE - Janet Craik et Lori Cyr ont eu un automne très occupé en rencontrant des membres à travers le Canada. Elles ont eu le plaisir de tisser des liens avec des ergothérapeutes de l'Alberta, de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick, de l'Ontario, de l'Île-du-Prince-Édouard, du Québec et du Yukon. D'autres forums à l'intention des membres seront organisés en 2016 en Saskatchewan, au Manitoba et dans la région de Terre-Neuve/Labrador.

Forum ouvert à l'intention des membres, en compagnie de la présidente de l'ACE

– La présidente Lori Cyr, les membres du conseil d'administration et le personnel du bureau national de l'ACE invitent les membres à participer à un forum ouvert par l'intermédiaire du web qui aura lieu le 23 mars 2016, à midi, heure avancée de l'Est. Vous pouvez vous y inscrire d'ici le 16 mars 2016, au : http://www.caot.ca/CAOT_water_cooler_detail.asp?pageid=3969&eventsID=90.

Assemblée générale annuelle (AGA) – L'AGA de 2016 de l'ACE aura lieu le 30 mars 2016, à midi, heure avancée de l'Est. Participez à l'AGA par l'intermédiaire d'un webinaire, ou à l'un des sites prévus à travers le Canada. De plus amples renseignements seront affichés prochainement au : www.caot.ca/agm.

Initiative de technologie d'assistance mobile – La Marche des dix sous du Canada (MDSC) et l'ACE ont établi un partenariat pour l'Initiative de technologie d'assistance mobile. En effet, la MDSC et l'ACE créeront et lanceront un concours qui permettra à des personnes handicapées de faire une demande de financement pour se procurer une tablette intelligente dotée d'applications visant à rehausser leur autonomie. Pour en savoir davantage, prière de consulter le : <http://www.marchofdimers.ca/EN/events/special/Pages/Assistive-Mobile-Technology-Initiative.aspx>.

L'ACE reconnaît les monte escaliers Stannah



Jim Closs et Martin Stevenson montrant le sceau de reconnaissance de l'ACE.

L'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) a le plaisir de reconnaître officiellement les monte escaliers Siena, Starla, Sadler et Scout de la compagnie Stannah, en apposant son sceau de reconnaissance officiel. Les monte escaliers Stannah sont conçus pour les personnes ayant des problèmes de mobilité ou d'équilibre, ou dont l'énergie ou l'endurance est limitée. Les monte escaliers peuvent permettre aux gens de « vieillir chez soi » et d'éviter les conséquences financières et personnelles liées à un déménagement.

Le rapport de l'ACE sur les monte escaliers Stannah se trouve au : http://www.caot.ca/productrecognition/Stannah_PR_Report.pdf. Pour en savoir davantage au sujet du Programme de reconnaissance

de produits de l'ACE, prière de communiquer avec Diane Wessman à : dwessman@caot.ca ou de composer le (800) 434-2268, poste 242.

Des nouvelles des *Actualités ergothérapeutiques*

Appel d'articles pour les *Actualités ergothérapeutiques* : La pratique de la réadaptation psychosociale axée sur le rétablissement –

Le numéro de septembre 2016 des *Actualités ergothérapeutiques* vise à présenter à un large auditoire de l'information sur la gamme de rôles joués par les ergothérapeutes dans le domaine de pratique de la réadaptation psychosociale axée sur le rétablissement. Date limite pour soumettre un article : 1^{er} avril 2016. Pour lire l'appel d'articles en entier, prière de consulter le : <http://www.caot.ca/default.asp?ChangeID=25&pageID=7>.

Concours pour les pages couverture des *Actualités*

ergothérapeutiques – Pour la toute première fois, la revue *Actualités ergothérapeutiques* vous invite à proposer des images ou des photos pour ses pages couverture! Date limite pour présenter les soumissions : 12 janvier 2016. Pour connaître tous les détails, prière de visiter le : <http://www.caot.ca/default.asp?ChangeID=25&pageID=7>.

Les ergothérapeutes en tant qu'agents de changement : améliorer la vie des Canadiens – Le numéro de septembre 2015 des *Actualités ergothérapeutiques* à l'intention des consommateurs est maintenant en ligne et libre d'accès pour la population. Les articles vedettes de ce numéro décrivent le travail réalisé par des ergothérapeutes auprès des Canadiens d'origine autochtone, des aidants naturels, du personnel militaire, des anciens combattants et des personnes vivant dans la

pauvreté. Ce numéro propose également des solutions créatives pour améliorer l'accès aux services d'ergothérapie en pédiatrie, de même que des stratégies pour aborder les problèmes complexes vécus par les clients en fin de vie. N'hésitez pas à partager largement le lien suivant : <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=394>.

Vous connaissez des intervenants à qui il serait judicieux d'envoyer ce numéro thématique ou un article particulier de ce numéro? Prière d'envoyer vos suggestions à : otnow@caot.ca.

Célébrons!

Les retrouvailles du 50^e anniversaire des anciennes de la cohorte de 1966 de l'University of Toronto auront lieu en 2016. Plusieurs diplômées exceptionnelles faisaient partie de cette cohorte, notamment Karen Goldenberg et Barbara Quinn, les fondatrices de Community Occupational Therapy Associates (COTA). L'épouse du gouverneur général du Canada (Sharon Johnston) était également dans cette cohorte. Vous célébrez un anniversaire spécial? L'ACE aimerait entendre parler de vous! Affichez vos messages sur Facebook ou Twitter, ou envoyez-nous un courriel à : membership@caot.ca.

Assemblée générale annuelle

L'Association canadienne des ergothérapeutes vous convie à participer à l'Assemblée générale annuelle.

Mercredi le 30 mars 2016, de 12 h 00 à 12 h 30 HAE

Les participants peuvent assister à l'AGA en personne à divers endroits à travers le Canada ou par l'intermédiaire d'un webinaire en direct. Prière de visiter le www.caot.ca/agm (en vous connectant en tant que membre) ou de communiquer à agm@caot.ca pour connaître tous les détails.



Association canadienne des ergothérapeutes • Canadian Association of Occupational Therapists
34 Colonnade Road, Ottawa, ON K2E 7J6 • (800) 434-2268 ext/poste 248 • www.caot.ca/agm

Annual General Meeting

You are invited to join the Annual General Meeting of the Canadian Association of Occupational Therapists.

Wednesday, March 30, 2016 12:00-12:30 pm EDT

Participants can attend in person at various sites across Canada or via webinar. Please visit www.caot.ca/agm (member login is required) or contact agm@caot.ca for details.

Célébrons ensemble le 90^e anniversaire de l'ACE!

Janet Craik, directrice générale de l'ACE



Dr Goldwin Howland, le premier président de l'ACE.

L'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) offre depuis 90 ans des services, produits et possibilités de réseautage. L'année 2016 marque le 90^e anniversaire de l'ACE. Il s'agit d'un jalon important à célébrer! L'ACE a eu la chance d'occuper une position de choix pour travailler avec ses membres et parties prenantes en vue de promouvoir l'excellence en ergothérapie au Canada. Les choses ont grandement changé depuis 1926 et nous avons de nombreuses raisons de nous réjouir. Ce bref article présente un survol des principales réalisations de l'ACE au fil des ans, de même qu'un aperçu de la situation actuelle de l'Association.

Gouvernance

L'ACE a été créée en 1926. Le Dr Goldwin Howland, un éminent neurochirurgien de Toronto, en est devenu le premier président. Ce sont des médecins qui ont présidé l'Association jusqu'en 1966, année charnière marquant l'élection de Thelma Cardwell à titre de présidente, soit la première ergothérapeute à occuper ce poste.

La première assemblée générale annuelle (AGA) a eu lieu en octobre 1930. Jusqu'en 2014, l'AGA était présentée dans le cadre du congrès annuel de l'ACE. En 2015, l'ACE a tenu sa première AGA virtuelle, qui a été diffusée en ligne à partir du bureau national et hébergée dans plusieurs sites à travers le Canada.

Dans un article publié en 2001, Friedland, Robinson et Cardwell nous ont donné un aperçu du bureau et du personnel dans les premières années de l'ACE :

Jusqu'à la fin des années trente, l'ACE n'avait pas de bureau ou de personnel et tout le travail était accompli par des membres bénévoles. . . . Après de nombreuses revendications, l'Association a reçu une subvention

qui lui a permis de se doter d'un bureau central et, en 1939, Ethel Clarke Smith, une finissante en ergothérapie de 1930, a été embauchée à titre de conseillère de direction. . . . Le titre de conseillère de direction a été conservé jusqu'en 1972, pour ensuite passer à celui de directrice générale (p. 17-18).

De 1939 à 1995, le siège social de l'ACE était situé à Toronto. Puis, en 1995, l'Association a déménagé ses bureaux à Ottawa pour se rapprocher des décideurs fédéraux et d'autres groupes nationaux. De 1995 à 2015, l'ACE a loué des espaces de bureau à la Carleton University. En 2015, après l'achat et la rénovation d'un édifice situé au 34, chemin Colonnade à Ottawa, le personnel du bureau national de l'ACE a emménagé dans le nouvel édifice. Il s'agit d'un magnifique espace équipé de bureaux, d'aires communes et de salles de réunion, où le personnel, les bénévoles et les différentes parties prenantes peuvent se rencontrer et travailler en vue d'accomplir la mission de l'ACE.

Publications

Friedland, Robinson et Cardwell (2001) nous ont raconté les faits suivants : « En 1932, l'Association a envisagé la possibilité de publier un manuel sur l'ergothérapie, mais a décidé plutôt de lancer un journal » (p. 18). Le premier numéro de la *Revue canadienne d'ergothérapie (RCE/ Canadian Journal of Occupational Therapy)* a été publié en septembre 1933. Il s'agit de la plus ancienne revue en ergothérapie ayant été publiée dans le monde et l'ACE publie toujours fièrement cinq numéros par année. Le numéro de février 2013 a été le premier numéro de la *RCE* ayant été publié par SAGE publications. Mis à part la *RCE*, l'ACE a bonifié ses partenariats avec ses nombreux partenaires internationaux afin d'offrir aux membres l'accès aux articles complets publiés par les revues suivantes : l'*American Journal of Occupational Therapy*, l'*Australian Journal of Occupational Therapy*, le *British Journal of Occupational Therapy*, et le *New Zealand Journal of Occupational Therapy*.

Outre la publication d'une revue scientifique, l'ACE a hébergé plusieurs véhicules de communication en vue de transmettre à ses membres des nouvelles et des renseignements pertinents sur la pratique. En 1939, l'ACE a commencé à publier un bulletin de nouvelles, qui se nommait initialement *The Newsheet*. Ce bulletin est devenu *The Newsletter* et, finalement, *The National*. Les chroniques sur la pratique et les numéros spéciaux du bulletin *The National* étaient si populaires que l'ACE a pris la décision de remplacer le bulletin de nouvelles par une revue sur la pratique, soit, les *Actualités ergothérapeutiques*. Lancée en 1999, cette revue est publiée six fois par année. Les numéros thématiques des *Actualités ergothérapeutiques* sont consacrés aux activités tenues dans le cadre du congrès annuel de l'ACE, de même qu'à des sujets professionnels d'actualité.

Image de marque

En 1934, l'ACE a été incorporée sous le nom de la Canadian Association of Occupational Therapy! Le logo adopté à cette époque portait l'inscription latine, *Permentem et manus ad sanitatem* – la santé par l'esprit et les mains.



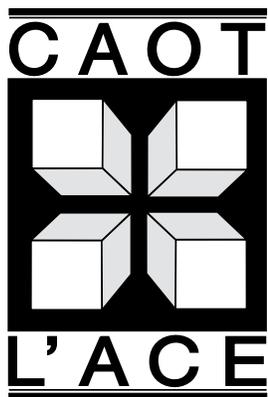
Le logo de l'ACE de 1932 à 1963

En 1961, le nom de l'ACE est devenu la Canadian Association of Occupational Therapists. En 1963, on a adapté le logo afin d'y ajouter le nom de l'Association.



Le logo de l'ACE de 1963 à 1968

En 1968, un nouveau logo a été créé et l'ACE s'est engagée, en tant qu'association nationale, à être bilingue. « L'ACE », l'abréviation de l'Association canadienne des ergothérapeutes, est alors ajoutée au nouveau logo.



Le logo de l'ACE de 1968 à 2004

En 2004, des changements importants sont apportés au logo – on y ajoute des éléments en couleur, la feuille d'érable canadienne et des images de personnes en interaction. Ce logo symbolise la relation dynamique que les ergothérapeutes établissent avec leurs clients, en vue de les habiliter à l'occupation.



Canadian Association of Occupational Therapists
Association canadienne des ergothérapeutes

Le logo de l'ACE de 2004 à aujourd'hui

Regard sur l'avenir

Dans son discours commémoratif Muriel Driver de 1981, Isobel Robinson disait « L'Association canadienne des ergothérapeutes nous a légué un magnifique héritage; nous devons nous en rappeler et nous en inspirer pour continuer d'élargir les horizons envisagés par nos prédécesseurs » (p. 151). En tant qu'association, nous sommes passés d'un groupe de bénévoles travaillant sur le coin de leur bureau à un personnel de près de 30 personnes travaillant maintenant dans les bureaux de notre propre édifice. L'ACE représente plus de 9 000 membres à présent, de même que de nombreux affiliés et associés corporatifs; nous avons notre premier chapitre provincial (ACE-CB) et un budget d'exploitation annuel de plus de quatre millions de dollars. À l'ACE, nous sommes fiers de nos réussites collectives. Nous sommes dans une situation idéale pour relever des défis et saisir toutes les occasions qui se présentent à nous pour tenter d'atteindre notre vision, selon laquelle l'ergothérapie sera reconnue et accessible à travers le Canada. En 2015, l'ACE a embauché une experte-conseil externe pour l'aider à élaborer une feuille de route accompagnée d'une perspective triennale, en vue d'orienter nos ressources et nos stratégies de mise en œuvre et de nous permettre d'atteindre nos objectifs. Cette activité déterminante permettra d'établir clairement les aspirations et approches de l'ACE pour atteindre ces objectifs, c'est-à-dire, comment l'ACE peut offrir de la valeur à ses membres, obtenir l'engagement des membres de toutes les générations et ayant différents champs d'intérêt, demeurer pertinente et être une association durable pour les nombreuses années à venir. L'ACE est fière de ce qu'elle a accompli dans les 90 dernières années. Nous sommes impatients d'amorcer les prochaines 90 années de services visant à promouvoir l'excellence en ergothérapie.

Joyeux anniversaire à l'ACE et nos meilleurs vœux pour les nombreuses années à venir!



Références

- Friedland, J., Robinson, I., et Cardwell, T. (2001). L'histoire de l'ACE, de 1926 à 1939. *Actualités ergothérapeutiques*, 3(1), 15-19.
- Robinson, I. (1981). Muriel Driver Memorial Lecture 1981: The mists of time. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 48, 145-152. doi:10.1177/000841748104800403

Tableau 1. *Survol de l'histoire de l'ACE*

	Autrefois	Aujourd'hui
Présidence	<p>1926 – Premier président : Dr Goldwin Howland</p> <p>1966 – La première ergothérapeute à être élue à titre de présidente : Thelma Cardwell</p>	<p>L'ACE élit une nouvelle présidente à tous les deux ans. Lori Cyr est l'actuelle présidente de l'ACE.</p> <p>La liste des anciens présidents et membres du conseil de l'ACE est publiée au : https://www.caot.ca/default.asp?pageid=2427</p>
Assemblée générale annuelle (AGA)	<p>La première AGA a eu lieu en octobre 1930</p> <p>Coïncidait avec le congrès annuel de l'ACE</p>	<p>2015 – L'ACE a tenu sa première AGA virtuelle.</p>
Personnel et bureau national	<p>1939 – Le premier membre du personnel a été engagé et l'ACE a ouvert un bureau à Toronto</p> <p>1995 – Déménagement du bureau national à Ottawa</p> <p>1972 – Passage du titre de conseillère de direction au titre de directrice générale</p>	<p>2015 – L'ACE a emménagé dans son propre édifice, au 34, chemin Colonnade à Ottawa.</p>
RCE	<p>Publiée pour la première fois en septembre 1933</p>	<p>Publiée par SAGE, cinq numéros par année</p> <p>Facteur d'impact = 0,915</p> <p>La Dre Helene Polatajko est l'actuelle rédactrice en chef.</p>
Nouvelles et communications à l'intention des membres	<p>1939 – L'ACE publie un bulletin de nouvelles à l'intention des membres.</p>	<p>Six numéros des <i>Actualités ergothérapeutiques</i> sont publiés chaque année.</p> <p>L'ACE publie un bulletin électronique, <i>l'Hebdo de l'ACE</i>, à l'intention des membres et héberge plusieurs plateformes de médias sociaux.</p>
Nom	<p>1934 – L'ACE était incorporée, sous le nom de Canadian Association of Occupational Therapy.</p>	<p>Aujourd'hui, nous sommes la Canadian Association of Occupational Therapists/ l'Association canadienne des ergothérapeutes.</p>

L'APPLICATION DES
CONNAISSANCES EN
ERGOTHÉRAPIEÉDITRICES THÉMATIQUES :
HEATHER COLQUHOUN ET
KEIKO SHIKAKO-THOMASDes services pédiatriques centrés sur
la famille : comment concrétiser cette
vision?Anna Murray-Labriola, Giovanni Arcuri, Lauren Silver, Andrea McMullan,
Franzina Coutinho et Noemi Dahan-OlielLes services centrés sur la famille dans les soins de
santé pédiatriques

Dans les dernières décennies, nous avons été témoins d'une transition importante dans la prestation des soins de santé pédiatriques.

Auparavant, ces services étaient principalement situés au sein du modèle médical, et les parents prenaient très peu de décisions face aux soins médicaux de leur enfant (Bamm et Rosenbaum, 2008). De nos jours, ces services ont évolué de telle sorte que les parents sont de plus en plus considérés comme des partenaires à part égale des soins de leur enfant, et les capacités et droits individuels sont respectés (Bamm et Rosenbaum, 2008). Cette philosophie des soins, qui décrit les services centrés sur la famille (SCF), est devenue une pratique exemplaire dans le domaine des soins de santé pédiatriques, à travers l'Amérique du Nord et l'Australie (Law et al., 2005; Raghavendra, Murchland, Bentley, Wake-Dyster et Lyons, 2007). Dans les SCF, on reconnaît l'importance de la participation des parents au processus de décision touchant tous les aspects des soins de leur enfant. La recherche et la défense des intérêts ont permis de mettre en relief les réflexions et points de vue inestimables des parents face aux soins de leur enfant (Rosenbaum, King, Law, King et Evans, 1998; Franck et Callery, 2004; King, King et Rosenbaum, 2004). Les études décrivant la mise en œuvre des SCF datent de plus d'une décennie (Lawlor et Mattingly, 1998) et mettent en relief des obstacles associés à la façon dont les cliniciens conçoivent ce type de pratique.

Il existe plusieurs ressources associées aux SCF pour aider les cliniciens, les gestionnaires de programme et les familles à mieux comprendre ce modèle de prestation de services (p. ex., CanChild, 2015). Toutefois, en milieu clinique, on en connaît encore très peu sur cette pratique. La littérature montre que la mise en œuvre systématique de SCF fait appel à un virage majeur dans les modes de prestation des services, qui exige d'importants changements sur le plan organisationnel (Franck et Callery, 2004). Bien que les SCF soient un modèle d'intervention fondé sur les faits et comportant de multiples avantages pour les soins de santé pédiatriques, ils ne sont pas utilisés pleinement actuellement par les ergothérapeutes et ce, pour de nombreuses raisons. Cette situation met en relief le fossé qui existe entre les connaissances et la pratique au sein des modèles de pratique actuels.

Les buts de cet article sont : 1) de mettre l'accent sur le besoin continu de mettre en œuvre des SCF dans le domaine des soins pédiatriques, 2) de décrire les défis associés au processus de mise en œuvre, 3) d'illustrer ces défis au moyen des travaux entrepris par la présente équipe, notamment les travaux qui favorisent la

compréhension des facteurs favorables et défavorables à la mise en œuvre de SCF et, finalement, 4) de proposer des solutions aux facteurs faisant obstacle à la mise en œuvre complète de SCF dans la pratique, c'est-à-dire des solutions axées sur l'usage d'un modèle d'application des connaissances fondé sur des lignes directrices et sur la participation des parties prenantes.

Les difficultés associées à la mise en œuvre de SCF

Une recension des écrits effectuée par King, Teplicky, King et Rosenbaum (2004) a démontré que les SCF sont une composante déterminante de la prestation de services, ayant un impact positif sur la qualité de vie des parents et de l'enfant. Malgré des données empiriques à l'appui de cette approche, la littérature met en relief une myriade de barrières à la mise en œuvre de SCF en milieu pédiatrique. Les barrières à la mise en œuvre de SCF sont, notamment une définition vague du concept, les attitudes institutionnelles préexistantes et l'absence de lignes directrices éprouvées sur la mise en œuvre de SCF (Franck et Callery, 2004). Par ailleurs, les établissements de santé font face à de nombreuses difficultés devant l'adoption de SCF, comme la difficulté d'intégrer la philosophie des SCF dans les modèles de pratique antérieurs, les attitudes très divergentes en ce qui concerne les meilleurs pratiques dans le domaine des soins centrés sur le client et les difficultés liées aux connaissances des parents face aux procédures médicales (Franck et Callery, 2004; Lawlor et Mattingly, 1998). Les chercheurs ont aussi argumenté que la philosophie des SCF ne peut être facilement intégrée dans les systèmes de santé actuels, en raison des difficultés associées à l'adoption de nouveaux modèles de prestation de services dans des systèmes ayant des ressources limitées (Lawlor et Mattingly, 1998). Dernièrement, les attitudes et les croyances des parents et des fournisseurs de soins de santé face à leurs rôles dans la prestation de services ont ajouté à la complexité de la mise en œuvre de SCF (Bamm et Rosenbaum, 2008).

Leçons apprises à la suite d'une enquête locale sur
les facteurs favorables et les barrières

Les auteures de cet article ont récemment effectué une enquête locale sur les barrières et les facteurs favorables à la mise en œuvre de SCF dans un centre de réadaptation en pédiatrie (Arcuri et al., en cours d'impression). Des récits expérimentiels sur la prestation de services centrés sur la famille ont été obtenus à partir d'entrevues individuelles réalisées auprès de parents et d'un groupe de réflexion formé de fournisseurs de soins de santé. Les résultats ont montré que les parents et les fournisseurs de soins de santé d'un centre

de réadaptation en pédiatrie avaient le sentiment que les facteurs favorables et les barrières à la mise en œuvre de SCF étaient semblables à ceux décrits dans la littérature existante. Dans l'ensemble, les répondants ont indiqué que la mise en œuvre de SCF était facilitée par les facteurs suivants : interactions de soutien direct entre les parents et le fournisseur de soins de santé, collaboration parentale à la prestation de soins, et respect de la diversité familiale. Outre les facteurs favorables, les répondants ont aussi mentionné des barrières, qui étaient principalement liées à des caractéristiques systémiques et institutionnelles. Ces barrières étaient, notamment l'organisation de la prestation de soins, l'usage d'un jargon médical excessif, les contraintes de temps et le manque de ressources. Les répondants familiaux avaient l'impression que les contraintes de temps avaient eu un impact sur la capacité des fournisseurs de soins de répondre aux besoins psychosociaux très variables des parents qui se manifestent à la suite d'un diagnostic. De plus, en raison d'un manque de temps, le fournisseur de soins n'était pas toujours en mesure de fournir une version résumée et simplifiée des résultats de l'évaluation. Les fournisseurs de soins de santé étaient d'accord pour dire que l'organisation et les charges de travail les avaient empêchés de répondre pleinement aux besoins très variables des parents, comme celui d'obtenir des renseignements ou documents supplémentaires simplifiés et du soutien psychosociologique. Ces barrières peuvent empêcher l'adoption de SCF, ce qui, en retour, réduit la satisfaction des parents face aux services. Cette étude nous permet de mieux comprendre les barrières et les facteurs favorables aux SCF, tels que perçus par les parents et les fournisseurs de soins de santé. Contrairement à littérature existante sur les barrières et les facteurs favorables aux SCF, notre étude nous a permis de recueillir les histoires personnelles de nombreux usagers et fournisseurs de SCF. Enfin, les résultats de cette étude et l'examen de la littérature existante nous ont permis de comprendre les nombreux aspects des soins qui peuvent favoriser les SCF localement, de même que les aspects qui peuvent engendrer des barrières (Arcuri et al., en cours d'impression).

Comblent le fossé à l'aide du Processus des connaissances à la pratique

Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) définissent l'application des connaissances comme « un processus dynamique et itératif qui englobe la synthèse, la dissémination, l'échange et l'application conforme à l'éthique des connaissances dans le but d'améliorer la santé des Canadiens, d'offrir de meilleurs produits et services de santé et de renforcer le système de santé » (IRSC, 2015, para. 5). De plus, l'optimisation de la prestation des services de santé et la plus grande reconnaissance des barrières peuvent contribuer à l'amélioration des résultats en matière de santé (Straus, Tetroe et Graham, 2009a).

Le Processus des connaissances à la pratique (Straus, Tetroe et Graham, 2009b) oriente l'intervenant à travers les étapes visant à utiliser les connaissances en milieu clinique, à mettre en œuvre le changement et à mesurer ce changement. Le processus comprend les étapes suivantes : 1) identifier un problème; 2) adapter les

connaissances au contexte local; 3) évaluer les barrières à l'usage des connaissances; 4) choisir, adapter et mettre en place les interventions; 5) surveiller l'utilisation des connaissances; 6) évaluer les résultats et 7) maintenir l'utilisation des connaissances. Comme ce processus est itératif, chacune des étapes peut être revisitée en tout temps et d'autres interventions peuvent être effectuées pour favoriser l'application des connaissances. Le Processus des connaissances à la pratique permet de cibler les barrières et les facteurs favorables à la mise en œuvre de SCF dans la pratique et d'émettre des recommandations, afin d'assurer une constance face à l'adoption de SCF. Voici un exemple illustrant les étapes initiales :

Étape 1 – Identifier un problème : Les SCF représentent une pratique fondée sur les faits qui n'a pas été largement mise en œuvre dans le domaine des soins pédiatriques.

Étape 2 – Adapter les connaissances au contexte local : Évaluer comment le modèle actuel de SCF a été mis en œuvre dans un milieu et identifier les modifications qui ont été nécessaires pour adapter le modèle de prestation de soins (p. ex., coûts, gestion du temps pour les cliniciens, flux de patients).

Étape 3 – Évaluer les barrières à l'usage des connaissances : Identifier les barrières qui sont présentes dans le contexte donné.

Jusqu'à présent, les études n'ont pas utilisé systématiquement le Processus des connaissances à la pratique, qui fournirait aux chercheurs un cadre pour élaborer, développer et mettre en œuvre des SCF, et pour en surveiller les résultats. Le recours à la participation des parties prenantes pour faciliter le processus est conforme au Processus des connaissances à la pratique (Camden, Rivard, Pollack et Missiuna, 2015). En effet, la participation de toutes les parties prenantes, c'est-à-dire, les parents, les fournisseurs de soins de santé, les chercheurs, les administrateurs des services de santé, les représentants du gouvernement et les décideurs, est une approche susceptible de favoriser l'adoption des SCF. Ce genre d'approche permettrait de veiller à ce que les perspectives de toutes les parties prenantes soient représentées, et à ce que tous les besoins soient pris en compte.

La mise en œuvre et l'évaluation de lignes directrices

Selon notre expérience, les efforts déployés en vue de mettre en œuvre des SCF ne reçoivent pas toujours l'appui des institutions et des établissements. En raison de sa complexité, la mise en œuvre de services véritablement centrés sur la famille exige un changement majeur au sein d'une organisation, de même que l'appui de tous les intervenants (décideurs, gestionnaires, administrateurs, directeurs et fournisseurs de services). Il existe des lignes directrices fondées sur les faits (p. ex., CanChild, 2015) pour les SCF; toutefois, ces lignes directrices n'ont pas été évaluées systématiquement à l'aide d'études sur la mise en œuvre. Il pourrait être avantageux d'utiliser des lignes directrices de ce genre, de même que d'initier des études sur la mise en œuvre pour évaluer les pratiques exemplaires afin d'aider les fournisseurs de services de santé à incorporer des SCF dans leur

À propos des auteures :

Anna Murray-Labriola, M.Sc. erg., travaille pour la commission scolaire Sir Wilfrid Laurier et l'Agence Ometz, à titre de praticienne en milieu scolaire. **Giovanni Arcuri, M.Sc. erg.**, travaille en oncologie et en soins palliatifs au Centre universitaire de santé McGill. **Lauren Silver, M.Sc. erg.**, travaille à l'Hôpital Catherine-Booth, en soins subaigus et de réadaptation. **Andrea McMullan, M.Sc. erg.**, travaille à Swanson & Associates Occupational Therapy & Rehabilitation, en tant que membre de l'équipe de réadaptation. **Franzina Coutinho, PhD**, est ergothérapeute et professeure adjointe à l'Université McGill. **Noemi Dahan-Oliel, PhD**, est chercheuse, clinicienne et directrice du département de recherche clinique au Shriners' Hospital for Children, et professeure adjointe à l'Université McGill. On peut joindre l'équipe à : amurray@swlauriersb.qc.ca.

pratique quotidienne. Des lignes directrices sur la pratique adaptées au contexte local pourraient être élaborées avec la collaboration de fournisseurs de santé, d'usagers, de chercheurs et de décideurs. Ces lignes directrices pourraient décrire des façons succinctes et tangibles d'appliquer et d'adopter des SCF dans le milieu de pratique.

Conclusion

Cet article défend les avantages liés à l'utilisation d'un modèle de changement axé sur l'application des connaissances pour favoriser la mise en œuvre de SCF dans le domaine de la réadaptation en pédiatrie. Ce modèle préconise notamment le recours à l'engagement des parties prenantes et l'élaboration de lignes directrices sur la pratique adaptées au contexte local. Le Processus des connaissances à la pratique peut faciliter la synthèse des résultats de recherche, l'usage de lignes directrices, de même que la mise en œuvre et la surveillance des stratégies visant à favoriser l'adoption de SCF dans la pratique.

Références

- Arcuri, G. G., McMullan, A. E., Murray-Labriola, A. E., Silver, L. K., Bergthorson, M., Dahan-Oliel, N., et Coutinho, F. (en cours d'impression). Perceptions of family-centered services in a pediatric rehabilitation program: Strengths and complexities from multiple stakeholders. *Child: Care, Health and Development*.
- Bamm, E. L., et Rosenbaum, P. (2008). Family-centered theory: Origins, development, barriers, and supports to implementation in rehabilitation medicine. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89, 1618-1624. doi:10.1016/j.apmr.2007.12.034
- Camden, C., Rivard, L., Pollack, N., et Missiuna, C. 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*, 35, 195-210. doi:10.3109/01942638.2015.1012318
- CanChild. (2015). *Family-centred service*. Téléchargé au <https://www.canchild.ca/en/research-in-practice/family-centred-service>
- Franck, L. S., et Callery, P. (2004). Re-thinking family-centred care across the continuum of children's health care. *Child: Care, Health and Development*, 30, 265-277. doi:10.1111/j.1365-2214.2004.00412.x
- Instituts de recherche en santé du Canada. (2015). *L'application des connaissances et la commercialisation*. Téléchargé au <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/29418.html>
- King, S., King, G., et Rosenbaum, P. (2004). Evaluating health service delivery to children with chronic conditions and their families: Development of a refined Measure of Processes of Care (MPOC- 20). *Children's Health Care*, 33, 35-57. doi:10.1111/j.1365-2214.2012.01409.x
- King, S., Teplicky, R., King, G., et Rosenbaum, P. (2004). Family-centered service for children with cerebral palsy and their families: A review of the literature. *Seminars in pediatric neurology*, 11, 78-86. doi:10.1016/j.spen.2004.01.009
- Law, M., Teplicky, R., King, S., King, G., Kertoy, M., Moning, T., et Burke-Gaffney, J. (2005). Family-centred service: Moving ideas into practice. *Child: Care, Health and Development*, 31, 633-642. doi:10.1111/j.1365-2214.2005.00568.x
- Lawlor, M. C., et Mattingly, C. F. (1998). The complexities embedded in family-centered care. *The American Journal of Occupational Therapy*, 52, 259-267. doi:10.5014/ajot.52.4.259
- Raghavendra, P., Murchland, S., Bentley, M., Wake-Dyster, W., et Lyons, T. (2007). Parents' and service providers' perceptions of family-centred practice in a community-based, paediatric disability service in Australia. *Child: Care, Health and Development*, 33, 586-592. doi: 10.1111/j.1365-2214.2007.00763.x
- Rosenbaum, P., King, S., Law, M., King, G., et Evans, J. (1998). Family-centred service: A conceptual framework and research review. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 18(1), 1-20. doi:10.1080/J006v18n01_01
- Straus, S. E., Tetroe, J., et Graham, I. (2009a). Defining knowledge translation. *Canadian Medical Association Journal*, 181(3-4), 165-168. doi:10.1503/cmaj.081229
- Straus, S. E., Tetroe, J., et Graham, I. (Édit.). (2009b). *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.

ADULTES

ÉDITRICE THÉMATIQUE :
PATRICIA DICKSON

Favoriser le rétablissement : intégrer les composantes du retour dans la communauté dans les ressources destinées aux fournisseurs de soins de santé et aux personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral

Donna Cheung et Jocelyne McKellar

Les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) ont des besoins et problèmes multi-dimensionnels et complexes. Selon la littérature, les patients hésitent souvent à poser des questions ou ils ne savent tout simplement pas quelles questions poser à leur équipe de santé, en ce qui concerne leurs besoins en matière de rétablissement (Flessiga, Glassera et Lloyd, 1999). Une étude récente a révélé que les personnes ayant subi un AVC ont le sentiment de dépendre des fournisseurs de santé pour orienter leurs soins et leur rétablissement, et qu'elles ont souvent de la difficulté à obtenir le soutien et l'information dont elles ont besoin pour recommencer à participer à des activités significatives, lors de leur retour dans la communauté (Cheung et al., 2012). Aux fins de cet article, le retour dans la communauté est défini comme « une approche globale axée sur la réorganisation des caractéristiques physiques et bio-psycho-sociales, afin que l'individu puisse reprendre une vie équilibrée à la suite d'une maladie » (Wood-Dauphinee et Williams, 1987, p. 492). Dans cet article, les auteures mettent en relief les avantages liés à l'incorporation du concept du retour dans la communauté dans les ressources destinées aux fournisseurs de services de santé et aux personnes ayant subi un AVC en vue de favoriser le rétablissement et le retour dans la communauté à la suite d'un AVC.

Un outil déclencheur pour les fournisseurs de services de santé

Les pratiques exemplaires dans le traitement des AVC sont caractérisées par les composantes ou aspects du retour dans la communauté qu'il faut prendre en considération pour offrir des soins centrés sur le client, soient : la gestion de la santé, le réseau de soutien, l'environnement, les rôles de la vie, la mobilité, le réseau d'aidants et la communication (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC de l'Ontario, 2003). Il est également important d'ajouter la gestion financière dans ce genre de liste, en raison de son impact possible sur les autres composantes. Nous avons utilisé ces composantes pour élaborer le Supporting Stroke Survivors in Community Re-engagement, un outil déclencheur à l'intention des fournisseurs de soins de santé, qui comprend des questions pertinentes pour chacune des composantes. L'outil déclencheur

avait pour but : 1) d'encourager les fournisseurs de soins de santé à réfléchir à l'étendue des besoins de santé à la suite d'un AVC et 2) de susciter des conversations significatives entre les personnes ayant subi un AVC et leurs soignants, afin de favoriser leur retour dans la communauté.

Une étude menée en 2010 visait à évaluer l'impact d'une intervention éducative sur la pratique quotidienne des fournisseurs de soins de santé; lors de cette intervention, cet outil a été incorporé dans les concepts des soins interprofessionnels en collaboration (Cheung et al., 2012). Les fournisseurs de soins de santé ont déclaré qu'ils avaient intégré les composantes du retour dans la communauté dans leur pratique, soit lors de leurs évaluations, de la planification du congé et des réunions d'équipe interprofessionnelles. Ils ont admis qu'ils étaient plus confiants pour travailler auprès des personnes ayant subi un AVC et pour aborder certaines composantes du retour dans la communauté qu'ils n'avaient jamais considérées auparavant ou qu'ils jugeaient hors de la portée de leur pratique avant cette intervention éducative. De plus, les fournisseurs de soins de santé avaient le sentiment que cette intervention avait favorisé l'usage d'un langage commun au sein des équipes et d'une équipe à l'autre, ce qui leur permettait d'adopter une approche plus globale lors de la prestation de soins (Cheung et al., 2012).

Cette étude a permis de mettre en relief le besoin de concevoir un outil déclencheur pouvant être utilisé par les personnes ayant subi un AVC, qui serait basé sur les mêmes composantes du retour dans la communauté. Les fournisseurs de soins de santé ont proposé que cet outil permette aux personnes ayant subi un AVC de mieux prévoir et gérer par elles-mêmes leurs besoins en matière de soins (Cheung et al., 2012). Cette recommandation est conforme à la littérature qui suggère que les patients qui posent des questions sont plus susceptibles d'obtenir de l'information utile, ce qui entraîne éventuellement une amélioration de leur autoefficacité et un plus grand sentiment de confiance et de contrôle face à leurs soins (Smith et al., 2008).

À propos des auteures

Donna Cheung, Erg. Aut. (Ont.), et Jocelyne McKellar, MSW, RSW, travaillent aux Toronto Stroke Networks. On peut les joindre à : cheungd@smh.ca ou jocelyne.mckellar@uhn.ca.

Un outil déclencheur pour les personnes ayant subi un AVC

En 2012, l'outil déclencheur à l'intention des fournisseurs de soins de santé a été adapté pour les personnes ayant subi un AVC et renommé le Community Re-engagement Cue to Action Trigger Tool (CRCATT). Le but de cet outil est de servir de point de départ, afin que les personnes ayant subi un AVC aient des conversations utiles avec leurs équipes de santé, pour arriver à mieux gérer et anticiper leurs besoins pendant leur transition vers la vie dans la communauté.

Un essai clinique aléatoire, effectué en 2013, a permis d'examiner si les personnes ayant subi un AVC recevant le CRCATT déclareraient un plus grand degré de participation à des activités significatives et des expériences plus positives face à leur processus de retour dans la communauté que celles qui n'avaient pas reçu le CRCATT. L'étude tentait également de déterminer si le CRCATT : 1) inciterait les personnes ayant subi un AVC à avoir des discussions avec leurs fournisseurs de soins de santé sur les composantes du retour dans la communauté, 2) aiderait les personnes ayant subi un AVC à mieux anticiper leurs besoins et 3) améliorerait les recherches de services et d'information des personnes ayant subi un AVC (McKellar, Cheung, Huijbregts et Cameron, 2015).

Cette étude multisites a été menée dans trois centres de réadaptation à Toronto. Le groupe expérimental a reçu le CRCATT, des consignes 'en personne' sur la façon d'utiliser l'outil, une feuille de conseils sur la façon de communiquer avec les fournisseurs de soins de santé et un dépliant conçu par la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada; le groupe témoin a reçu uniquement le dépliant (McKellar et al., 2015).

L'étude a permis de colliger des données quantitatives et qualitatives pour connaître les perceptions des personnes ayant subi un AVC face à l'approche du retour dans la communauté. Le Return to Normal Living Index (RNLI) a permis de mesurer de manière quantitative la satisfaction des participants face à leur retour dans la communauté. Après une analyse statistique de différentes variables comme l'âge, le sexe, l'éducation, le soutien de l'aidant et l'anglais en tant que langue maternelle, aucune différence significative n'a été observée entre les groupes (McKellar et al., 2015).

Les données qualitatives ont été obtenues à l'aide d'entrevues semi-structurées conçues dans le but d'élucider les expériences des participants ayant utilisé le CRCATT et son influence sur leur retour dans la communauté. L'analyse a mis en évidence une multitude de facteurs internes et externes qui se sont révélés comme étant essentiels au rétablissement des individus et à la réussite de leur retour dans la communauté. Les facteurs externes étaient notamment la disponibilité de mécanismes de soutien social formels et informels pour aider la personne à s'adapter aux conséquences d'un AVC et pour aborder son sentiment d'isolement. Les participants à l'étude ont aussi eu le sentiment que les interactions avec les fournisseurs de soins de santé et la possibilité d'avoir accès à l'information étaient très importantes. Les facteurs internes étaient la vision personnelle et les attributs personnels, comme la volonté, la motivation de surmonter les limites et l'engagement à travailler très fort. Les participants jugeaient leur degré de rétablissement en fonction de leur degré d'autonomie, de leur sentiment de contrôle face à leur rétablissement et de leur capacité de participer à des activités significatives pour eux.

La relation entre le CRCATT et chacun de ces facteurs a été examinée, afin de déterminer l'impact de l'outil sur le retour dans la communauté. Les participants ont eu le sentiment que le CRCATT était un outil utile, qui leur permettait d'être plus conscients de leurs besoins et de mieux les prévoir, tout en leur donnant un sentiment de contrôle face à leur rétablissement et en les aidant à jouer un rôle plus directif face à leurs soins. Les données ont indiqué que l'outil avait aidé certains participants à poser des questions sur plusieurs

composantes du retour dans la communauté qu'ils n'auraient sans doute pas posées auparavant. Plusieurs participants au CRCATT ont parlé de son utilité pour susciter des conversations avec les membres de leur famille, pour suivre les progrès de leur rétablissement et pour les encourager à chercher les services disponibles, comme l'illustre la citation suivante d'un participant.

J'ai trouvé cela utile... cela m'a permis d'organiser beaucoup mieux les choses. Tout était en place lorsque j'en avais besoin. Vous savez, le soutien de l'aidant, la façon dont ils y font face, s'ils montrent des signes de dépression ou de surmenage?... C'était très utile pour s'assurer que tous les aspects dont ils m'avaient parlé étaient abordés... dans ces situations, ces choses seraient essentielles à 100 %.
(McKellar et al., 2015, p. 141)

Sommaire de la recherche

Les deux études présentées dans cet article démontrent la valeur de l'incorporation des huit composantes du retour dans la communauté dans des outils déclencheurs à l'intention des fournisseurs de services de santé et des personnes ayant subi un AVC. On a constaté que ces outils :

- favorisaient la compréhension mutuelle des composantes qui devraient être prises en considération pour favoriser le rétablissement et le retour dans la communauté;
- incitaient les fournisseurs de services de santé et les personnes ayant subi un AVC à participer à des interactions significatives;
- sensibilisaient les fournisseurs de services de santé aux multiples facteurs qui influencent les personnes après leur AVC;
- habilitaient les personnes ayant subi un AVC à jouer un rôle plus actif face à leurs soins, en tenant compte de l'ensemble de leurs besoins et en s'appuyant sur leurs forces internes pour faciliter les prises de décisions et la détermination des buts.

Les deux outils déclencheurs se trouvent au : <http://www.tostroke.com/for-professionals/research/>.

Regard vers l'avenir

Le concept du retour dans la communauté suscite de plus en plus d'intérêt aux échelons locaux et provinciaux. Les composantes du retour dans la communauté ont été intégrées à la Lignesanté en ligne (<http://www.lignesantecentre-toronto.ca>) financée par le Réseau local des services de santé de la région du Centre-Toronto (RLISS; le système de financement régional des services de santé de l'Ontario). Ce site contient de l'information à l'intention des fournisseurs de soins de santé, des personnes ayant subi un AVC et des aidants naturels, pour les aider à naviguer dans l'ensemble du système de santé et leur donner accès à des services et des ressources sur les AVC. Les Lignesanté d'autres RLISS à travers l'Ontario commencent aussi à adopter l'approche du retour dans la communauté.

Le CRCATT a été intégré en une ressource d'autogestion créée par les Toronto Stroke Networks, portant le titre suivant : *My Guide For Stroke Recovery* (2015; anciennement *My Stroke Passport*). Cette ressource sera distribuée par les membres d'équipes de santé travaillant dans des établissements à Toronto à toute personne ayant subi un AVC et se trouvant au stade aigu ou de réadaptation de son rétablissement. Les travaux continus du Toronto Stroke Networks permettront d'intégrer les composantes du retour dans la communauté dans des modèles de soins communautaires et des modèles de prévention secondaire.

L'incorporation des composantes du retour dans la communauté dans les outils déclencheur, les ressources existantes ou les nouvelles ressources peut favoriser une approche intégrée auprès des personnes ayant subi un AVC. Les fournisseurs de soins de santé trouveront sans doute que l'utilisation de ces ressources leur

permettra de favoriser davantage le rétablissement et le retour dans la communauté des personnes ayant subi un AVC.

Références

- Cheung, D., McKellar, J., Parsons, J., Lowe, M., Willems, J., et Reeves, S. (2012). Community re-engagement and interprofessional education: The impact on health care providers and persons living with stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation, 19*, 63-74. doi:10.1310/tsr1901-63
- Fleissiga, A., Glassera, B., et Lloyd, M. (1999). Encouraging out-patients to make the most of their first hospital appointment: To what extent can a written prompt help patients get the information they want? *Patient Education and Counseling, 38*, 69-79. doi:10.1016/S0738-3991(98)00124-4
- Heart and Stroke Foundation of Ontario. (2003). *Best practice guidelines for stroke care: A resource for implementing optimal stroke care*. Toronto, ON: Author.
- McKellar, J., Cheung, D., Huijbregts, M., et Cameron, J. (2015). The impact of a community re-engagement cue to action trigger tool on re-engaging in activities post stroke: A mixed-methods study. *Topics in Stroke Rehabilitation, 22*, 134-143. doi:10.1179/1074935714Z.0000000038
- Smith, J., Forster, A., House, A., Knapp, P., Wright, J. J., et Young, J. (2008). Information provision for stroke patients and their caregivers. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2008*(2), 1-129. doi:10.1002/14651858.CD001919.pub2
- Toronto Stroke Networks. (2015). *Community resources*. Téléchargé au <http://www.tostroke.com/for-the-public/community-resources>
- Wood-Dauphinee, S., et Williams, J. (1987). Reintegration to normal living as a proxy to quality of life. *Journal of Chronic Disease, 40*, 491-502.

PERSONNES ÂGÉES



ÉDITRICE THÉMATIQUE :
SANDRA HOBSON

Une collaboration essentielle : explorer la relation entre les aides-soignants et les ergothérapeutes dans les établissements de soins de longue durée

Lynda Wolf

Un nombre croissant d'ergothérapeutes canadiens sont employés par des établissements de soins de longue durée afin de répondre aux besoins complexes des résidents âgés en perte d'autonomie (Banerjee, 2007). Ces ergothérapeutes sont souvent embauchés pour des postes à temps partiel qui ne leur donnent pas accès à du personnel de soutien en ergothérapie. Ils doivent plutôt faire appel à des aides-soignants pour mettre en oeuvre les recommandations découlant du processus d'évaluation en ergothérapie. Il est donc primordial que les ergothérapeutes comprennent le rôle et la fonction de ces fournisseurs de soins de santé, de même que les facteurs qui influencent leur rendement au travail.

Les aides-soignants, également connus sous le nom d'aides-infirmières et de préposés aux bénéficiaires, sont des travailleurs de la santé non réglementés qui fournissent la majeure partie des soins directs aux résidents des établissements de soins de longue durée (Coogle, Parham et Young, 2007; Cranley et al., 2012). Dans tous les cas, ces intervenants de la santé relèvent des superviseurs des soins infirmiers qui déterminent leur horaire de travail et leurs responsabilités. Les ergothérapeutes des milieux de soins de longue durée établissent généralement une relation de travail informelle avec les aides-soignants, sous la supervision d'une infirmière ou d'un infirmier gestionnaire.

Les aides-soignants effectuent de 70 % à 80 % des soins directs prodigués aux résidents des établissements de soins de longue durée (Coogle et al., 2007; Cranley et al., 2012). Généralement, les résidents de ces établissements sont des personnes âgées en perte d'autonomie ayant de multiples problèmes médicaux et un certain degré de problèmes cognitifs (Banerjee, 2007). Les aides-soignants aident ces résidents à réaliser les activités liées à leurs soins personnels, comme les déplacements, l'habillage, le bain, les soins de toilette et l'alimentation. Les aides-soignants font souvent face à des contraintes de temps (Banerjee, 2007); par exemple, ils ne peuvent consacrer que quelques minutes à chaque résident pendant les soins du matin. Mis à part les soins directs, ces travailleurs doivent observer et rapporter tout changement relatif à la santé, au fonctionnement et au comportement des résidents (Aitken, 1995; Browne et Braun, 2008). Tout en prodiguant des soins, les aides-soignants apprennent beaucoup de choses au sujet des résidents, notamment leurs expériences personnelles, leurs habiletés et leurs limites. Les soins prodigués par les aides-soignants ont des effets sur de nombreux aspects du bien-être des résidents, dont la gestion de la douleur, les soins de la peau, la santé urinaire et l'alimentation, de même que l'état mental et la qualité de vie générale (Cranley et al., 2012; Kitwood, 1997).

La plupart des aides-soignants travaillant aux États-Unis sont des femmes d'âge moyen ayant émigré récemment et en provenance de divers pays. Plusieurs de ces aides-soignants ont acquis des compétences professionnelles dans leur pays d'origine, qui ne sont pas reconnues en Amérique du Nord; ils doivent donc accepter des emplois moins bien rémunérés et non professionnels. Un nombre important de ces aides-soignants sont les seuls salariés dans leur famille, et bon nombre d'entre eux occupent plusieurs emplois à temps partiel et ont plus d'un employeur (Browne et Braun, 2008). Bien qu'aucune étude exhaustive n'ait été entreprise sur les aides-soignants travaillant au Canada, des études séparées révèlent que les aides-soignants canadiens ont un profil démographique semblable (Estabrooks, Squires, Carleton, Cummings et Norton, 2015). Browne et Braun (2008) ont déclaré que jusqu'à 12 % des aides-infirmières nées à l'étranger aux États-Unis ne parlent pas couramment l'anglais. Ce genre de problème de langue peut avoir un impact sur les interactions avec les résidents, les membres de famille, les pairs et les superviseurs. Toutefois, les études n'indiquent pas de différence entre la qualité des soins fournis par les aides-soignants d'origine étrangère et celle des soins prodigués par des aides-soignants nés en Amérique du Nord (Browne et Braun, 2008).

La préparation inadéquate à l'emploi est un problème majeur chez les aides-soignants (Aubry, Etheridge et Couturier, 2013; Morgan, Stewart, D'Arcy, Forbes et Lawson, 2005), car souvent, les nouveaux diplômés ne sont pas préparés aux lourdes charges de travail et aux rythmes de travail rapides auxquels ils font face (Aubry et al., 2013). En 1995, Aitken a observé qu'un aide-soignant donné effectuait jusqu'à 40 transferts et soulèvements de patients par jour, ou un ensemble de tâches qui seraient équivalentes au déplacement de 2 000 lbs. Mallidou, Cummings, Schalm et Estabrooks (2013) ont découvert que les aides-soignants passaient la plus grande partie de leur temps à effectuer des activités orientées vers la tâche, ce qui leur laisse très peu de temps pour aborder les besoins émotionnels et sociaux des résidents. Compte tenu de leur formation limitée, les aides-soignants ne comprennent pas toujours les besoins des résidents âgés ou ils ne connaissent pas leurs capacités et leurs forces (Winzelberg, Williams, Preisser, Zimmerman et Sloane, 2005).

Comme les résidents atteints de démence peuvent avoir des comportements agités et difficiles, les aides-soignants risquent de s'infliger des blessures physiques. Un grand nombre d'aides-soignants n'ont pas reçu la formation requise pour interagir efficacement avec les résidents qui ont des troubles de comportement (Morgan et al., 2005). Jusqu'à 73,4 % des aides-soignants ayant travaillé dans un établissement de soins de longue durée sans unité de soins spécialisés ont été victimes

À propos de l'auteure

Lynda Wolf, B. erg., M.Sc. erg., (professionnelle), est actuellement candidate au doctorat à l'University of Manitoba, membre du Advisory Committee for Continuing Competence du College of Occupational Therapists of Manitoba et ancienne présidente de Hospice and Palliative Care Manitoba. On peut la joindre à : lbawolf@mymts.net.

d'une forme quelconque d'agression physique (Chrzescijanski, Moyle et Creedy, 2007).

Malgré les limites de la formation, Cruttenden (2006) a émis des commentaires sur la pensée critique souvent mise à contribution par ces travailleurs; cette pensée critique est fondée sur leurs expériences avec les résidents et la culture de l'établissement. Aubry et ses collaborateurs ont affirmé que « les aides-infirmières ne sont pas des individus passifs, « . . . mais plutôt des participants actifs contribuant à la création et au développement de la pratique selon la portée de leur équipes de travail » (2013, p.4). Aubry et ses collaborateurs ont décrit comment ces travailleurs élaborent des stratégies de distribution informelle des tâches pour faire face à leurs lourdes charges de travail, de même que la façon dont ils aident les nouveaux membres du personnel et les orientent face à ces pratiques. Ces auteurs ont aussi observé que les aides-soignants jouent un rôle déterminant dans la mise en œuvre des changements proposés par la direction (Aubry et al., 2013). Toutefois, ces forces ne sont pas toujours reconnues par les autres membres de l'équipe et, par conséquent, de nombreux aides-soignants ont une faible estime de soi (Coogole et al., 2007).

Contrairement au personnel de soutien/personnel auxiliaire en ergothérapie (Association canadienne des ergothérapeutes, 2009), les aides-soignants ne sont pas tenus responsables de l'incorporation des principes de l'habilitation de l'occupation (Townsend et Polatajko, 2013) dans les soins qu'ils prodiguent aux résidents, car ils ne sont pas supervisés directement par des ergothérapeutes. Par contre, les ergothérapeutes qui travaillent dans les établissements de soins de longue durée doivent se fier largement aux aides-soignants pour mettre en œuvre les nombreuses recommandations découlant du processus d'évaluation en ergothérapie. Afin d'atteindre les buts de l'habilitation de l'occupation tout en favorisant le bien-être des résidents, l'ergothérapeute doit donc apprendre à interagir stratégiquement avec les résidents, les aides-soignants et les infirmières ou infirmiers gestionnaires. Voici un exemple, puisé à même l'expérience de l'auteure, pour illustrer ces relations complexes :

Une ergothérapeute est embauchée par un établissement de soins de longue durée afin d'offrir un service à temps partiel à trois unités de soins infirmiers différentes. L'ergothérapeute a effectué une évaluation du rendement d'une résidente atteinte de démence. Elle recommande que l'on encourage la résidente à laver son visage et à brosser ses dents et ses cheveux sous la supervision d'un aide-soignant, lors de la tournée des soins du matin. L'ergothérapeute est consciente du fait que les aides-soignants ne peuvent consacrer que quelques minutes à chacun des résidents. Toutefois, comme l'ergothérapeute croit aux avantages de ce genre de plan pour la résidente et qu'elle est incapable d'être présente tous les matins, elle demande d'abord à l'infirmière gestionnaire, puis aux aides-soignants d'appuyer ce plan. Une fois que la superviseuse a appuyé le plan de soins et accepté d'apporter les changements nécessaires à l'horaire de travail des aides-soignants, l'ergothérapeute discute du plan avec les aides-soignants concernés. L'ergothérapeute, agissant comme une collègue et une collaboratrice, explique la recommandation aux aides-soignants (Cranley et al., 2012), en soulignant le fait que ce plan améliorera les fonctions cognitives et physiques, de même que la qualité de vie de la résidente. L'ergothérapeute joue le rôle d'un coach et d'un mentor, en montrant aux aides-soignants les mots, les gestes et les stratégies à utiliser avec la résidente. L'ergothérapeute s'attend à ce qu'il y ait quelques inconstances dans la mise en œuvre du plan de soins, mais elle fait des rétroactions positives aux aides-soignants et les redirige au besoin.

Cet exemple permet d'illustrer le fait que les ergothérapeutes qui travaillent dans des établissements de soins de longue durée doivent posséder de solides compétences pour la pratique et d'excellentes habiletés interpersonnelles pour agir à titre de collaborateur, mentor et coach. En s'appuyant sur ces compétences et en reconnaissant les facteurs de stress liés au travail et les défis rencontrés par les aides-

soignants, l'ergothérapeute sera en mesure d'identifier les collègues compétents, réfléchis et engagés sur qui il ou elle peut compter pour faciliter les occupations des aînés en perte d'autonomie qui vivent dans des établissements de soins de longue durée.

Références

- Aitken, M. (1995). The human cost of performing the nursing assistant's role. *Canadian Nursing Home*, 6(2), 6-13.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2009). *Profil de la pratique du personnel auxiliaire en ergothérapie*. Téléchargé au https://www.caot.ca/pdfs/SupportPer_Profile.pdf
- Aubry, F., Etheridge, F., et Couturier, Y. (2013). Facilitating change among nursing assistants in long term care. *Online Journal of Issues in Nursing*, 18(1), 1-15. doi:10.3912/OJIN.Vol18No01PPT01
- Banerjee, A. (2007). *An overview of long-term care in Canada and selected provinces and territories*. Téléchargé au http://www.womenandhealthcarereform.ca/publications/banerjee_overviewLTC.pdf
- Browne, C. V., et Braun, K. L. (2008). Immigration and the direct long-term care workforce: Implications for education and policy. *Gerontology & Geriatrics Education*, 29, 172-188. doi:10.1093/phe/phr026
- Chrzescijanski, D., Moyle, W., et Creedy, D. (2007). Reducing dementia-related aggression through staff education intervention. *Dementia*, 6, 271-286. doi:10.1177/1471301207080369
- Coogole, C. L., Parham, I. A., et Young, K. A. (2007). Job satisfaction and career commitment among nursing assistants providing Alzheimer's care. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 22, 251-260. doi:10.1177/1533317507303439
- Cranley, L. A., Norton, P. G., Cummings, G. G., Barnard, D., Batra-Garga, N., et Estabrooks, C. A. (2012). Identifying resident care areas for a quality improvement intervention in long-term care: A collaborative approach. *BMC Geriatrics*, 12(59), 1-5. doi:10.1186/1471-2318-12-59
- Cruttenden, K. E. (2006). Long-term care planning study: Strengths and leaning needs of nursing staff. *Canadian Journal on Aging*, 25, 347-361. doi: 10.1353/cja.2007.0016
- Estabrooks, C.A., Squires, J. E., Carleton, H. L., Cummings, G. C., et Norton, P. G. (2015). Who is looking after Mom and Dad? Unregulated workers in Canadian long-term care homes. *Canadian Journal on Aging*, 34, 47-59. doi:10.1017/S0714980814000506
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Philadelphia, PA: Open Universities Press.
- Mallidou, A. A., Cummings, G. G., Schalm, C., et Estabrooks, C. A. (2013). Health care aides' use of time in a residential long-term care unit: A time and motion study. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 1229-1239. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.12.009
- Morgan, D. G., Stewart, N. J., D'Arcy, C., Forbes, D., et Lawson, J. (2005). Work stress and physical assault of nursing aides in rural nursing homes with and without dementia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 347-358. doi:10.1111/j.1365-2850.2005.00846.
- Townsend, E. A., et Polatajko, H. J. (Eds.). (2013). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation* (2nd ed.). Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Townsend, E. A., et Polatajko, H. J. (Édit.). (2013). *Habiller à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Wintelberg, G. S., Williams, C. S., Preisser, J. S., Zimmerman, S., et Sloane, P. D. (2005). Factors associated with nursing assistant quality-of-life ratings for residents with dementia in long-term care. *The Gerontologist*, 45(Suppl. 1), 106-114. doi:10.1093/geront/45.suppl_1.106

DES HISTOIRES QUOTIDIENNES

Superviser des étudiants dans un milieu de pratique spécialisé : un nouvel ergothérapeute de l'Alberta investit dans sa profession

Cori Schmitz et Jarett Stastny



Jarett Stastny

Jarett Stastny travaille en tant qu'ergothérapeute au Millard Health Rehabilitation Centre à Edmonton, en Alberta, depuis qu'il a décroché sa maîtrise ès science en ergothérapie, en 2011. Même s'il est en début de carrière, Jarett a déjà supervisé plusieurs étudiants en ergothérapie et il a obtenu un poste de chargé d'enseignement clinique à la Faculty of Rehabilitation Medicine de l'University of Alberta.

Le Millard Health Rehabilitation Centre est le principal fournisseur de services du Workers Compensation Board dans la région du nord de l'Alberta. Jarett a d'abord travaillé au sein de leur programme hybride de retour au travail, puis, au programme de thérapie de la main et, plus récemment, il s'est joint au programme des blessures psychologiques

traumatiques (programme TPI). Les clients du programme des TPI ont subi des dommages psychologiques associés à leur travail, notamment des blessures causées par des accidents industriels ou de la route, ou des dommages psychologiques associés au fait d'avoir été premier répondant lors d'une urgence, ou victime d'agression sexuelle ou physique. Le rôle de l'ergothérapeute au sein de ce programme est d'animer des séances d'exposition *in vivo* (dans le monde réel) pendant lesquelles les clients confrontent graduellement et en toute sécurité leurs peurs liées au traumatisme; le rôle de l'ergothérapeute est également de soutenir globalement le retour au travail des clients.

Jarett a pris l'initiative d'offrir des stages cliniques dans chacun des milieux de pratique du Workers Compensation Board, ce qui a enrichi considérablement la gamme d'expériences offerte aux étudiants du programme de maîtrise en ergothérapie de l'University of Alberta dans les dernières années. Cori Schmitz, qui est la coordonnatrice de la formation clinique à l'University of Alberta, a interviewé Jarett afin d'en apprendre davantage sur la façon dont il est arrivé à organiser les stages des étudiants dans ce nouveau domaine de pratique en ergothérapie et au sein d'un programme où aucun stage n'avait été offert auparavant.

Cori : Le milieu de pratique du programme TPI est intense et les stages qui y sont offerts ne sont pas typiques. Comment décririez-vous l'expérience de stage de l'étudiant au programme TPI?

Jarett : Je dirais d'emblée que cette expérience comporte de nombreux défis. Je crois que ce genre de stage fait appel aux habiletés interrelationnelles des étudiants, car il s'agit d'un élément absolument essentiel pour travailler auprès de cette clientèle. Les habiletés pour mener des entrevues sont également importantes; par exemple l'habileté d'obtenir l'information requise, de recueillir certains détails et d'écouter. Les étudiants doivent faire montre de patience lorsque que les clients abordent leur traumatisme pendant les séances de thérapie par exposition; ils doivent pousser le client, tout en évitant d'attendre ou de demander plus que ce que le client est en mesure de faire. Je pense que le simple fait de devoir entendre les histoires des traumatismes que les gens portent en eux représente également tout un défi pour les étudiants. Il peut être très difficile pour les fournisseurs de soins d'entendre la description des épreuves que ces personnes ont traversées.

Cori : Compte tenu de la présence d'un traumatisme et du fait que l'usage thérapeutique du soi soient si importants dans le milieu du programme TPI, comment favorisez-vous la réussite des étudiants?

À propos des auteurs

Cori Schmitz, M.Ed, erg.(C), est professeure adjointe et coordonnatrice de la formation clinique au Department of Occupational Therapy, à l'University of Alberta. On peut la joindre à : cori.schmitz@ualberta.ca.

Jarett Stastny, M.Sc.erg.(C), est ergothérapeute au Millard Health Rehabilitation Centre, à Edmonton, en Alberta. On peut le joindre à : jarett.stastny@millardhealth.com.

Jarett : Il est important de les informer à l'avance des difficultés possibles. Par exemple, en tant que coordonnatrice de la formation clinique, vous nous aidez à identifier les étudiants qui s'intéressent spécifiquement à ce type de travail. Il est essentiel de choisir les bons étudiants pour ce stage, car il est permis de faire une entrevue préalable au stage pour leur donner une idée du milieu et du type de soutien dont ils pourraient avoir besoin pendant le stage. Lorsque le ou les précepteurs rencontrent les étudiants pour la première fois, nous discutons du surmenage de l'aidant et des risques associés à l'écoute des histoires de traumatismes. Nous les renseignons également sur les ressources dont nous disposons ici, dont une salle de repos. Nous montrons aux étudiants quelques-unes des techniques de relaxation que nous enseignons aux clients. Nous les encourageons à prendre leurs repas et leurs pauses, à utiliser le gymnase et à suivre les cours de conditionnement physique offerts au personnel. Nous les incitons à adopter un mode de vie sain. Il faut mettre en pratique ce que l'on prêche, n'est-ce pas? Nous encourageons aussi les étudiants à s'exprimer s'ils se retrouvent devant une situation qui les confrontent à leur propre histoire. S'ils ne sont pas à l'aise dans une situation particulière, nous pouvons leur proposer des solutions de rechange.

Cori : Des stages de six ou sept semaines, c'est relativement court pour un milieu de ce genre. Comment les stages se déroulent-ils?

Jarett : La durée du séjour de nos clients est généralement plus longue que la durée du stage de nos étudiants. Nous avons de la difficulté à présenter les nombres de cas aux étudiants de manière chronologique; nous devons plutôt sauter au cœur de la charge de travail. Généralement, nous commençons par l'observation des clients et présentons aux étudiants les différents types de rendez-vous que nous offrons au programme TPI : rencontres préliminaires, séances d'exposition, séances de confrontation hiérarchique aux peurs et conférences de cas. La période d'observation est probablement plus longue dans ce milieu que dans d'autres milieux de stage et, si nous voulons être réalistes, le précepteur doit toujours être présent. L'une des plus grandes difficultés dont nous avons débattu lorsque nous avons envisagé d'accueillir des étudiants dans ce milieu était de déterminer si les étudiants seraient en mesure de participer réellement selon le degré attendu par l'université, en ce qui concerne le nombre de cas qu'ils pourraient gérer et la possibilité de travailler en autonomie complète. Initialement, nous vous avons consultée [Cori] à ce sujet, et nous avons dû réduire nos mesures objectives et faire preuve de stratégie quant à la participation des étudiants. À présent, nous nous efforçons de leur faire jouer un rôle de direction, lorsque cela est possible. Nous déconstruisons le processus pour trouver des aspects qui favorisent la participation et l'intervention des étudiants.

Cori : Y a-t-il des caractéristiques, traits ou compétences qui viennent à l'avant-plan lorsque les étudiants sont dans ce milieu?

Jarett : La créativité face à l'analyse et à la progression des activités. Nous collaborons avec le client pour créer une hiérarchie des peurs, c'est-

à-dire, une liste des choses dont il a peur ou qui lui occasionnent de la détresse; il faut donc faire preuve de créativité pour trouver des stratégies qui permettront au client de faire face à ces difficultés lors des séances de thérapie par exposition. J'accorde énormément d'importance à l'apport des étudiants dans ce processus créatif. J'apprécie les étudiants qui sont coopératifs, centrés sur le client et à l'aise pour travailler ouvertement et avec transparence avec moi et avec le client.

Cori : Il y a à peine cinq ans, vous étiez vous-même étudiant et je suis persuadée que vous vous souvenez encore de vos propres expériences de stage. Avez-vous un conseil à nous donner pour maximiser l'apprentissage et la participation des étudiants pendant ces stages?

Jarett : Quand j'étais étudiant, j'avais toujours plusieurs précepteurs pendant mes stages et on m'offrait toujours des stages où la supervision des étudiants était partagée entre deux ergothérapeutes. Il est très utile d'avoir accès à une autre personne et à un autre nombre de cas pour rehausser les possibilités d'apprentissage et permettre aux étudiants d'apprendre à établir leurs priorités. Nous avons aussi constaté qu'il était très utile de prendre le temps de lire le portfolio en ligne de l'étudiant. Il est intéressant de savoir où les étudiants ont fait leurs stages précédents et de découvrir leurs expériences de vie. Je trouve qu'il est utile de connaître leurs styles et préférences en matière d'apprentissage, ainsi que les forces et faiblesses qu'ils perçoivent en eux. Je parle de ces choses avec les étudiants et, dans la mesure du possible, nous travaillons sur ces faiblesses ou misons sur ces forces pendant leur stage. Nous prévoyons aussi intentionnellement du temps chaque semaine pour rencontrer les étudiants. Il se passe beaucoup de choses dans la pratique en santé mentale et ils ont besoin de temps pour « digérer » tout ce qu'ils ont vécu.

Cori : Parmi les ergothérapeutes que vous connaissez, y a-t-il un « héros » ou une personne qui vous a encadré dans votre propre pratique ou dans le milieu ergothérapeutique au sens large?

Jarett : Je manquerais à mes devoirs si je ne mentionnais pas mes collègues du Millard Health. Le fait d'avoir accès à des psychologues a été formidable, en particulier parce qu'il s'agit d'un nouveau domaine de pratique en ergothérapie. Notre engagement face à la participation des clients du programme TPI à des occupations est relativement nouveau; ainsi, la littérature et l'expérience clinique se situent surtout dans le domaine de la psychologie.

Pendant toute l'entrevue, la passion de Jarett pour la prestation de services en santé mentale était palpable. Il m'a expliqué qu'il aime jeter une lumière sur la maladie mentale, faire face aux préjugés et faire partie d'un mouvement visant à sensibiliser les différents intervenants à la maladie mentale et au rétablissement. Jarett m'a expliqué qu'il fait un effort délibéré pour transmettre son enthousiasme aux étudiants. Il a trouvé une façon de redonner à notre profession et de favoriser sa croissance en offrant une expérience de stage exceptionnelle aux étudiants qui sont intrigués par ce domaine de pratique spécialisé.

FORMATION THÉORIQUE ET
CLINIQUEÉDITRICE THÉMATIQUE :
CATHERINE WHITELa simulation dans le cadre de la
formation en ergothérapie

Jonathan Harris

La simulation est utilisée pour préparer les étudiants en ergothérapie aux scénarios de pratique de la vie réelle, tout en minimisant les risques pour les clients (Zachry, Booker et Woods, 2015). Maran et Glavin (tel que cités dans Bradley, Whittington et Mottram, 2013) définissent la simulation comme « une technique éducative qui favorise l'activité interactive et parfois immersive en recréant une expérience clinique complète ou partielle sans exposer les patients aux risques associés » (p. 43). La simulation basée sur la pratique permet aux enseignants de graduer les expériences en fonction de leur degré de difficulté et de leur contenu, d'offrir des expériences uniformes à tous les étudiants et de favoriser la pratique répétitive des compétences clés (Bokken, Rethans, Scherpbier et van der Vleuten, 2008). De plus, la simulation peut être particulièrement efficace pour effectuer certaines interventions, par exemple, pour s'exercer à annoncer de mauvaises nouvelles ou pour mettre en pratique d'autres compétences particulières (Bokken et al., 2008). Récemment, les lignes directrices relatives à l'attestation en ergothérapie de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande ont permis de remplacer des heures de formation clinique des étudiants par des activités d'apprentissage structurées et simulées (Rodger, Bennett, Fitzgerald et Neads, 2010; Occupational Therapy Council, 2013a, 2013b). En résumé, la simulation comporte des avantages uniques et elle est utilisée dans la formation en ergothérapie en complément à l'apprentissage basé sur la pratique.

Toutefois, comme on l'indique dans la littérature récente, peu d'études se penchant sur les caractéristiques de la simulation efficace en ergothérapie ont été publiées jusqu'à maintenant (Bethea, Castillo et Harvison, 2014; Haracz, Arrighi et Joyce, 2015). Par conséquent, le reste de cet article présente des exemples tirés de l'abondante littérature sur la simulation dans d'autres disciplines, afin de suggérer que : 1) les activités de simulation bien conçues offrent des possibilités d'apprentissage efficaces, 2) les caractéristiques de la simulation efficace sont bien définies et 3) les enseignants en ergothérapie doivent déterminer comment ces connaissances peuvent être utilisées pour améliorer et mettre au point les activités de simulation existantes ou éventuelles en ergothérapie.

Les activités de simulation bien conçues offrent des
possibilités d'apprentissage efficaces

La littérature sur la formation en physiothérapie a montré qu'une partie du temps en clinique peut être remplacée par des expériences d'apprentissage simulées, tout en maintenant les résultats

d'apprentissage des étudiants. Par exemple, un essai clinique aléatoire récent comparait les résultats d'apprentissage de trois groupes d'étudiants en physiothérapie à partir de trois combinaisons de rencontres avec des patients simulés et d'expériences d'apprentissage clinique basées sur la pratique dans un milieu de réadaptation musculosquelettique (Watson et al., 2012). Dans le premier groupe d'étudiants, on avait remplacé la première semaine d'un stage clinique de quatre semaines par un nombre de cas simulés. Le deuxième groupe a été exposé à une combinaison d'expériences d'apprentissage clinique simulées pendant les deux premières semaines du stage de quatre semaines. Le troisième groupe a participé à une expérience d'apprentissage clinique régulière de quatre semaines. Il est intéressant de constater que les étudiants des deux groupes de simulation ont eu le même degré de réussite face à l'acquisition de compétences cliniques que ceux qui étaient dans le groupe d'apprentissage clinique régulier (Watson et al., 2012).

Dans le même ordre d'idées, une étude récente en sciences infirmières se penchait sur les effets du remplacement d'heures cliniques par des exercices de simulation sur la formation clinique étudiants en sciences infirmières sur le point d'exercer (Hayden, Smiley, Alexander, Kardong-Edgren et Jeffries, 2014). Les caractéristiques de la simulation étaient, notamment, des objectifs clairs, l'incorporation des composantes de la résolution de problèmes dans les scénarios, la fidélité des objectifs d'apprentissage et une séance bilan structurée après chaque scénario. Les résultats de cette étude suggèrent que jusqu'à 50 % des heures de formation clinique au premier cycle des sciences infirmières peuvent être remplacées, tout en maintenant les résultats des étudiants associés à une pratique compétente (Hayden et al., 2014).

Les caractéristiques de la simulation efficace sont
bien définies

Il semble y avoir un nombre infini de façons d'aborder la simulation basée sur la pratique. Heureusement, une revue systématique a été effectuée et elle décrit les caractéristiques de la simulation médicale haute fidélité efficace, tel que présenté dans des études effectuées entre 1969 et 2003 (Issenberg, McGaghie, Petrusa, Lee Gordon et Scalese, 2005). Parmi ces caractéristiques, citons la rétroaction, la pratique répétitive, l'intégration au programme d'études, un gamme de degrés de difficulté, de multiples stratégies d'apprentissage, le fait de capter les variations cliniques, les environnements contrôlés, l'apprentissage individualisé, les résultats définis et la validité du

À propos de l'auteur

Jonathan Harris, B.Sc., M.Sc., M.Sc.erg., OT Reg. (NS), est instructeur à la Dalhousie University's School of Occupational Therapy. On peut le joindre à : jonathan.harris@dal.ca.

simulateur. Bien que les études comprises dans cette revue aient tendance à faire appel à des simulations basées sur la technologie (p. ex., mannequins de haute technologie) plutôt qu'à des clients simulés, les leçons apprises peuvent être transférées à la simulation en général. Des travaux subséquents suggèrent que la rétroaction est l'aspect le plus important de la simulation clinique haute fidélité dans le cadre de la formation en médecine (Issenberg et Scalese, 2007).

Comme les rencontres avec des clients simulés ont été identifiées comme la modalité de simulation ayant le plus de ressemblance avec les stages cliniques des étudiants en ergothérapie (Occupational Therapy Council, 2013a), il est essentiel de comprendre les caractéristiques des rencontres efficaces avec des clients simulés. Malheureusement, peu d'études se sont penchées sur ce mode de simulation. Les résultats de l'une de ces études visant à examiner des patients simulés dans le cadre de la formation en médecine suggèrent que, bien que la plupart des études aient rapporté des résultats positifs, des études plus rigoureuses sont requises pour déterminer la valeur spécifique des patients simulés (May, Park et Lee, 2009).

Pour élaborer des lignes directrices sur la simulation en ergothérapie en Australie et en Nouvelle-Zélande, les enseignants ont entrepris un processus exhaustif de consultation, faisant appel à de nombreux intervenants cliniques et universitaires dans l'ensemble des deux pays (Rodger et al., 2010). En se basant sur ces discussions, l'organisme d'attestation de l'Australie/de la Nouvelle-Zélande a adopté des lignes directrices sur la simulation qui permettent de remplacer 20 % des 1 000 heures de stages cliniques exigées par la Fédération mondiale des ergothérapeutes par des activités de simulation conçues adéquatement (Occupational Therapy Council, 2013a, 2013b). Plusieurs de ces lignes directrices dictent la nature des expériences simulées pouvant compter parmi les exigences de la formation clinique, notamment l'usage préférentielle de patients (plutôt que de vidéos de patients simulés ou réels) et la création d'activités de simulation en collaboration avec la main-d'œuvre en ergothérapie (Rodger et al., 2010; Occupational Therapy Council, 2013a). Bien que ces lignes directrices ne soient pas entièrement basées sur des données probantes publiées, elles sont généralement conformes aux données probantes ayant été publiées dans les domaines des sciences infirmières (Hayden et al., 2014) et de la médecine (Issenberg et al., 2005). Les lecteurs intéressés par ce sujet peuvent consulter le Occupational Therapy Accreditation Standards Explanatory Guide (Occupational Therapy Council, 2013a) pour connaître la liste complète des exigences.

Qu'est-ce que cela signifie, en ce qui concerne la formation des ergothérapeutes au Canada?

Les activités de simulation haute fidélité offrent des possibilités d'apprentissage et comportent plusieurs avantages uniques. Les lignes directrices élaborées par nos collègues en Australie/ Nouvelle-Zélande (Occupational Therapy Council, 2013a) pourraient s'avérer un cadre utile pour concevoir des activités de simulation haute fidélité au Canada, ou pour améliorer la qualité des activités de simulation existantes. Comme les enseignants en ergothérapie d'un établissement d'enseignement au Royaume-Uni l'ont dit : « Cet investissement, qui a permis de mieux comprendre le contexte et les principes de la simulation, a entraîné de nombreuses améliorations face à l'expérience d'apprentissage des étudiants, dont ils ont fait le constat dans leurs rétroactions » (Bradley et al., 2013, p. 46). Les enseignants en ergothérapie doivent déterminer comment la simulation peut être utilisée pour améliorer et mettre au point les simulations existantes ou éventuelles en ergothérapie.

Références

- Bethea, D. P., Castillo, D. C., et Harvison, N. (2014). Use of simulation in occupational therapy education: Way of the future? *American Journal of Occupational Therapy*, 68, S32-S39. doi:10.5014/ajot.2014.012716
- Bokken, L., Rethans, J. J., Scherpbier, A. J., et van der Vleuten, C. P. (2008). Strengths and weaknesses of simulated and real patients in the teaching of skills to medical students: A review. *Simulation in Healthcare*, 3, 161-169. doi: 10.1097/SIH.0b013e318182fc56
- Bradley, G., Whittington, S., et Mottram, P. (2013). Enhancing occupational therapy education through simulation. *The British Journal of Occupational Therapy*, 76, 43-46. doi: 10.4276/030802213X13576469254775
- Haracz, K., Arrighi, G., et Joyce, B. (2015). Simulated patients in a mental health occupational therapy course: A pilot study. *British Journal of Occupational Therapy*. Prépublication en ligne. doi:10.1177/0308022614562792
- Hayden, J. K., Smiley, R. A., Alexander, M., Kardong-Edgren, S., et Jeffries, P. R. (2014). The NCSBN national simulation study: A longitudinal, randomized, controlled study replacing clinical hours with simulation in prelicensure nursing education. *Journal of Nursing Regulation*, 5(Suppl. 2), S3-S40. doi:10.1016/S2155-8256(15)30062-4
- Issenberg, S., McGaghie, W. C., Petrusa, E. R., Lee Gordon, D., et Scalese, R. J. (2005). Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: A BEME systematic review. *Medical Teacher*, 27, 10-28. doi:10.1080/01421590500046924
- Issenberg, S., et Scalese, R. J. (2007). Best evidence on high-fidelity simulation: What clinical teachers need to know. *The Clinical Teacher*, 4, 73-77. doi:10.1111/j.1743-498X.2007.00161.x
- May, W., Park, J. H., et Lee, J. P. (2009). A ten-year review of the literature on the use of standardized patients in teaching and learning: 1996-2005. *Medical Teacher*, 31, 487-492. doi: 10.1080/01421590802530898
- Occupational Therapy Council. (2013a). *Occupational Therapy Council Accreditation Standards Explanatory Guide: The use of simulation in practice education/fieldwork*. Téléchargé au <http://otcouncil.com.au/wp-content/uploads/2012/09/Explanatory-notes-for-simulation-in-practice-education-July-2013.pdf>
- Occupational Therapy Council. (2013b). *Occupational Therapy Accreditation Standards for Entry-Level Occupational Therapy Education Programs*. Téléchargé au <http://otcouncil.com.au/wp-content/uploads/2012/09/Accred-Standards-December-2013.pdf>
- Rodger, S., Bennett, S., Fitzgerald, C., et Neads, P. (2010). *Use of simulated learning activities in occupational therapy curriculum*. Téléchargé au <https://hwa.gov.au/sites/default/files/simulated-learning-in-occupational-therapy-curricula-201108.pdf>
- Watson, K., Wright, A., Morris, N., McMeeken, J., Rivett, D., Blackstock, F., ... Jull, G. (2012). Can simulation replace part of clinical time? Two parallel randomised controlled trials. *Medical Education*, 46, 657-667. doi:10.1111/j.1365-2923.2012.04295.x
- Zachry, A. H., Booker, K. L., et Woods, L. (2015). Innovation in action! Simulation experiences enrich occupational therapy education. *OT Practice*, 20(14), 20-22.

De l'usage de la communication verbale dans le domaine de l'habilitation : résultats et réflexions d'ergothérapeutes exerçant en milieu clinique

Jenny Hardy et Pam Jung

Les ergothérapeutes mettent à contribution des compétences spécifiques et spécialisées pour aider les clients à atteindre leurs objectifs, que nous appelons des compétences en habilitation (c'est-à-dire l'adaptation, la représentation, l'encadrement, la collaboration, la consultation, la coordination, la conception/construction, l'éducation, l'engagement et la spécialisation; Townsend et al., 2013). Toutefois, contrairement à d'autres compétences importantes, les compétences en habilitation ne fonctionnent pas en vase clos. Par exemple, pour aider les clients à atteindre leurs buts, les ergothérapeutes doivent avoir d'excellentes compétences en communication verbale (p. ex., paraphraser, écouter). Eklund et Hallberg (2001) ont constaté que les ergothérapeutes utilisent la communication verbale à toutes les étapes du processus thérapeutique. Bien que les compétences en communication verbale soient reconnues comme un élément important pour aider les clients, on en sait peu sur la façon dont les ergothérapeutes utilisent spécifiquement la communication verbale. Toutefois, des études sur la communication verbale menées dans certaines professions ont été reconnues dans d'autres domaines. Par exemple, la communication entre le médecin et le patient a été étudiée par de nombreux chercheurs. Ces connaissances sur la communication entre le médecin et le patient ont permis aux médecins de réfléchir et d'améliorer leur façon de communiquer, tout en enrichissant la formation en médecine (Levinson, Lesser et Epstein, 2010). Un accent semblable doit être mis en ergothérapie, compte tenu de la nature unique de la relation ergothérapeute-client et de l'approche axée sur l'habilitation. L'acquisition de connaissances sur l'usage de la communication verbale dans la pratique permettra aux ergothérapeutes de rehausser leurs connaissances sur l'habilitation et

de créer de nouvelles possibilités de développement professionnel. Le but de cet article est d'explorer, par la réflexion, les compétences en communication verbale utilisées pendant le processus d'habilitation. Nous ferons ensuite une réflexion sur l'usage de ces compétences dans la pratique de l'ergothérapie.

Apprendre par la recherche

À la dernière année de notre programme de maîtrise en ergothérapie, nous avons mené une étude en vue d'explorer la façon dont les ergothérapeutes utilisent la communication verbale dans le processus d'habilitation (Hardy, Jung et Davis, 2013). Dans le cadre de cette étude, des participants ont réalisé une activité en dyade, en vue d'atteindre un but occupationnel sur lequel ils s'étaient mutuellement entendus. Les participants étaient des ergothérapeutes ou des ergothérapeutes étudiants. Pendant cette activité, les deux participants avaient les yeux bandés, ce qui nous a permis d'isoler la communication verbale. Un participant disait à l'autre comment construire une structure physique à l'aide de cinq pièces de formes diverses. Nous nous sommes servis de cette activité pour représenter le processus similaire qui se produit dans la pratique de l'ergothérapie, c'est-à-dire, deux personnes qui travaillent ensemble en vue d'atteindre un but occupationnel prédéterminé. Les deux individus étaient intéressés à atteindre le but; toutefois, une personne facilitait le processus, alors que l'autre était guidée en vue d'atteindre le but. Après l'atteinte du but, les participants échangeaient leurs rôles, puis répétaient l'activité. Les activités ont été enregistrées sur vidéo et les participants ont émis des commentaires au sujet de l'expérience qu'ils avaient vécue, tout en visionnant la vidéo.

Tableau 1. *Stratégies de communication verbale utilisées pendant la réalisation d'un but occupationnel sur lequel les deux participants se sont entendus mutuellement (Hardy et al., 2013)*

But	Pour enseigner directement ou pour apprendre directement une habileté	Pour planifier	Pour faire face à ses propres émotions	Pour gérer ou surveiller les émotions de l'autre personne	Pour qu'il y ait une compréhension mutuelle
Stratégies	<ul style="list-style-type: none"> Donner des détails Répéter ses propres consignes Discuter des autres sens Utiliser des métaphores Rephraser Demander de l'information spécifique Demander ou donner des précisions 	<ul style="list-style-type: none"> Définir les buts Établir un langage Utiliser des énoncés 	<ul style="list-style-type: none"> Parler lentement lorsqu'il y a des appréhensions face à la prochaine étape Diriger les gestes Se servir du silence pour rassembler ses propres pensées Chercher des validations Rire S'excuser 	<ul style="list-style-type: none"> Parler lentement pour permettre à l'autre de suivre Laisser du temps (silence) Vérifier Valider Complimenter 	<ul style="list-style-type: none"> Répéter les consignes données par l'autre en utilisant les mêmes mots Faire une rétroaction Confirmer Donner un compte rendu des progrès

Nous avons identifié 25 stratégies de communication verbale utilisées par l'instructeur et la personne dirigée, à l'aide d'une analyse des séances vidéo et d'entrevues avec les participants. En explorant ces stratégies, nous avons constaté qu'elles étaient utilisées à différentes fins : 1) pour enseigner directement ou pour apprendre directement une habileté, 2) pour planifier, 3) pour faire face à ses propres émotions, 4) pour gérer ou surveiller les émotions de l'autre personne, et 5) pour qu'il y ait une compréhension mutuelle (voir le tableau 1; Hardy et al., 2013). Les stratégies et les buts énumérés ci-dessous ne sont pas exhaustifs; toutefois, ils représentent ce que nous avons observé à répétition pendant les séances.

Réflexions découlant de la pratique

Depuis les deux années qui ont suivi la fin de notre programme d'études, nous avons travaillé dans des rôles très disparates en tant qu'ergothérapeutes, aux extrémités opposées du spectre d'âges et dans des régions géographiques différentes. Nos responsabilités quotidiennes sont aussi très différentes. Pam travaille avec des enfants en milieu scolaire afin de favoriser leur participation en classe, alors que Jenny est coordonnatrice d'un projet axé sur la promotion de la santé mentale des personnes âgées. Dans la section suivante, nous discuterons des raisons pour lesquelles les stratégies que nous avons découvertes pendant notre étude sont pertinentes pour notre pratique et nos compétences en habilitation (qui sont identifiées en italique).

Pam

Au cours de la dernière année, pendant laquelle j'ai travaillé en tant qu'ergothérapeute en milieu scolaire, j'ai pris conscience de la nature essentielle des stratégies de communication verbale pour favoriser la participation des enfants en classe. Même si j'utilise certaines compétences plus souvent que d'autres, j'ai observé les 25 stratégies décrites dans le tableau 1, tout au long du processus ergothérapeutique. Je discuterai de quatre de ces stratégies : utiliser des métaphores, établir un langage commun, complimenter et donner un compte rendu des progrès.

Pour inciter les élèves à participer aux séances de thérapie, je m'efforce d'adapter les activités, afin qu'elles correspondent à leurs intérêts. L'usage de métaphores rend les activités plus agréables et aide les élèves à comprendre et à se souvenir des concepts. Cela m'aide à inciter les élèves à *s'engager* et à *les éduquer*, et donc, j'utilise deux des compétences en habilitation. Lorsque j'enseigne un cours sur le thème de l'interruption, j'utilise l'expression « la bouche est un volcan », tirée du livre *My Mouth is a Volcano* (Cook, 2008). L'usage de ces métaphores permet aussi d'établir un langage commun dans la classe, que tous les enfants et les enseignants comprennent. Les enseignants et les élèves continuent d'utiliser le langage qu'ils ont appris pendant les séances de thérapie, afin de faciliter le transfert des compétences dans leurs activités quotidiennes en classe.

Les enfants aiguillés vers les services d'ergothérapie sont souvent conscients de leurs difficultés occupationnelles. Trop souvent, j'entends des élèves dire : « Je ne suis pas très bon dans cela ». Pour les rendre plus confiants, je leur fais des compliments spécifiques à la compétence visée, et je fais également du renforcement tangible. Par exemple, je peux dire à un enfant : « Bravo, tu as bien réussi à serrer le bout de ton crayon », et lui donner un autocollant. Le fait de donner des compliments spécifiques à l'enfant revient à lui dire exactement ce qu'il a fait de bien, alors qu'un simple autocollant pourrait laisser planer une incertitude quant à la raison pour laquelle on le récompense.

Après chaque séance de thérapie, je trouve qu'il est utile de donner un compte rendu des progrès de l'enfant à l'enseignant et de lui suggérer des stratégies à utiliser en classe. Je trouve que

la communication verbale est la méthode la plus efficace pour communiquer cette information. L'usage de la communication verbale donne à l'enseignant la possibilité de jouer un rôle plus actif pendant la conversation et de *collaborer* à l'échange d'idées. Des courriels de suivi ou un résumé écrit peuvent compléter la conversation verbale et permettent de s'assurer que l'enseignant se souviendra des détails.

Je trouve différentes façons d'incorporer ces stratégies de communication dans mon travail à chaque jour. Elles m'aident à rehausser et à utiliser mes connaissances et compétences en tant qu'ergothérapeute, et je suis impatiente de découvrir comment elles influenceront ma troisième année de pratique.

Jenny

En tant qu'ergothérapeute travaillant à titre de coordonnatrice d'un projet pilote en Ontario pour les personnes âgées ayant des troubles de l'humeur et des troubles anxieux, j'ai pris conscience de l'extrême importance de la communication pour habiliter les communautés à diriger ce programme novateur de promotion de la santé mentale. Je reconnais qu'une grande partie de mon travail consiste à élaborer des stratégies, des plans et des politiques de manière électronique et donc, que cela réduit mon recours à la communication verbale. Cependant, je communique verbalement avec différents intervenants, dont le personnel des centres communautaires, les assistants de recherche, les animateurs de programme, les membres des comités consultatifs et le milieu de la recherche au sens large.

Les principales stratégies de communication verbale que j'utilise dans ma pratique sont basées sur le but suivant : « pour qu'il y ait une compréhension mutuelle ». Cela m'aide à optimiser mes compétences en habilitation associées à *l'éducation* des parties prenantes, la *coordination* des services et la *participation* des communautés. Pendant les conversations en personne et au téléphone, j'utilise couramment les stratégies suivantes : débriefage, confirmation et compte rendu des progrès. Contrairement à Pam, pendant mes conversations téléphoniques, les éléments de la communication non verbale, c'est-à-dire, les démonstrations physiques, la posture et le contact visuel, sont absents, et je ne peux utiliser que des stratégies verbales. Lorsque je communique verbalement, le contenu et les stratégies doivent être solides, claires et bien formulées.

Le débriefage est une stratégie importante pour marquer les jalons



Deux étudiantes en ergothérapie ayant les yeux bandés tentent de créer des structures identiques. Comme la vision est éliminée, la communication verbale est le seul outil dont elles disposent pour atteindre ce but commun.

d'un projet, car je ne peux être physiquement présente à tous les sites communautaires. En faisant un débriefing, j'apprends ce qui s'est passé et j'essaie de déterminer comment les choses pourraient être plus faciles la prochaine fois. Je recueille de l'information en posant des questions, par exemple, « Comment cela s'est-il passé? » ou « Y a-t-il eu des problèmes? ». Ces questions me permettent d'explorer des façons d'améliorer le soutien que je donne au personnel, pour les prochaines étapes du projet. Ceci me permet aussi d'inciter les communautés à *participer*, lorsqu'elles prennent conscience que leur rétroaction est importante, ce qui souligne le fait que leur travail est une partie importante de l'ensemble du projet. La stratégie qui consiste à donner un compte rendu des progrès opère en sens inverse. Plutôt que d'apprendre des choses du milieu communautaire, je transmets des choses au milieu communautaire; c'est donc le milieu communautaire qui est *éduqué*. Grâce à cette stratégie, je peux partager ce que je sais avec les intervenants, afin de veiller à ce qu'ils aient les bons outils et l'information requise pour diriger le programme efficacement, ou je fais part de mes connaissances aux partenaires du programme, pour qu'ils soient conscients des réussites et des écueils du programme. Finalement, la stratégie qui consiste à confirmer est importante pour les projets pilote, car ils suscitent un sentiment d'inquiétude. En confirmant les questions pendant un appel téléphonique, je peux vérifier si un membre du personnel communautaire a suffisamment confiance en lui pour entreprendre une certaine tâche. Lorsque le personnel qui dirige le programme se sent plus confiant, les personnes âgées en bénéficient, ce qui est mon but ultime. Ces trois stratégies permettent de veiller à ce que, malgré la distance géographique, nous nous comprenions tous mutuellement et que nous soyons ouverts face à ce qui s'est passé et à ce qui doit se passer. Ces compétences en communication verbale m'aident à *coordonner* efficacement l'ensemble du programme.

Conclusion

En réfléchissant aux résultats de notre étude et à nos premières années de pratique, nous reconnaissons que la communication verbale exerce une grande influence sur le processus d'habilitation. De toute évidence, la valeur de la communication non verbale ne doit pas être négligée. Il a été difficile pour les participants à notre étude de réaliser la tâche, du fait qu'ils n'avaient pas accès à la communication non verbale. Dans le même ordre d'idées, en décrivant les stratégies que nous utilisons couramment dans la pratique, nous avons toutes deux eu l'impression que nous devions mentionner aussi des stratégies non verbales. En effet, Pam utilise souvent des gestes et des démonstrations avec ses élèves, et Jenny dépend souvent de la communication écrite électronique. Nous sommes conscientes que la communication non verbale est importante pour l'habilitation et pourtant, le but de notre étude a été atteint par tous les participants, sans recours à la communication non verbale. Les participants ont été créatifs et se sont fiés aux

commentaires de l'autre personne, le plus souvent, en lui posant des questions. Le processus était fondé sur la collaboration, non pas parce qu'il devait l'être, mais parce que la collaboration était essentielle pour accomplir la tâche.

Lorsque nous avons la possibilité d'observer, nous nous fions moins à la communication verbale. Il arrive qu'un ergothérapeute ne demande pas de compte rendu des progrès s'il peut observer les progrès du client. Mais, comme notre étude l'a démontré, la communication verbale peut entraîner des réponses détaillées pouvant faciliter la planification, l'éducation, la collaboration et la gestion des émotions. Il n'est pas certain que la même information aurait été transmise si l'ergothérapeute avait été en mesure d'observer le processus.

Dans cet article, nous avons fait une réflexion sur les compétences en communication verbale que nous utilisons dans la pratique. En bout de ligne, nous avons reconnu que toutes ces compétences pour la communication verbale ont des liens importants avec les compétences en habilitation, ce qui valide le fait que ces compétences sont plus intimement liées que nous le croyons. Pam et Jenny ne pourraient pas collaborer, enseigner ou coordonner dans le cadre de leur pratique ergothérapeutique sans avoir recours à la communication verbale. Ces résultats nous incitent à faire une réflexion approfondie sur l'usage des stratégies de communication verbale. Une meilleure compréhension des compétences en communication verbale utilisées par les ergothérapeutes et de leurs liens avec les compétences en habilitation offrirait aux ergothérapeutes de nouvelles possibilités de croissance et permettrait de mieux préparer les étudiants en ergothérapie à l'exercice de leur profession.

Références

- Cook, J. (2008). *My Mouth is a Volcano*. Chattanooga, TN: National Center for Youth Issues.
- Eklund, M., ety Hallberg, I. R. (2001). Psychiatric occupational therapists' verbal interaction with their clients. *Occupational Therapy International*, 8, 1-16. doi:10.1002/oti.128
- Hardy, J., Jung, P., et Davis, J. (2013, May). *The essential nature of verbal communication in enabling occupation*. Affiche présentée au Congrès 2013 de l'Association canadienne des ergothérapeutes, à Victoria, en Colombie-Britannique, au Canada.
- Levinson, W., Lesser, C., et Epstein, R. (2010). Developing physician communication skills for patient-centred care. *Health Affairs*, 29, 1310-1318. doi:10.1377/hlthaff.2009.0450
- Townsend, E. A., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., . . . Brown, J. (2013). L'habilitation : la compétence de base de l'ergothérapie. Dans E. A. Townsend & H. J. Polatajko, *Habiller à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2e éd.). Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.

À propos des auteures

Jenny Hardy, B.Sc.S, M.Sc.erg., travaille à l'Association canadienne pour la santé mentale, division de l'Ontario, à titre de gestionnaire du programme communautaire de promotion de la santé pour les aînés isolés. On peut la joindre à : jhardy@ontario.cmha.ca.

Pam Jung, B.Sc.A.P, M.Sc.erg., travaille pour les Renfrew Educational Services à Calgary, en Alberta, en tant qu'ergothérapeute en milieu scolaire. Elle fait partie du programme de services communautaires et de l'équipe de la technologie d'assistance. On peut la joindre à : PamelaJung@renfreweducation.org.

Des politiques engendrant la précarité : l'injustice occupationnelle envers les migrants forcés au Canada

Suzanne Huot

À la lumière de l'attention mondiale accordée récemment par les médias aux crises des réfugiés, cet article présentera les enjeux auxquels les migrants forcés font face, mettra en relief la façon dont les politiques des sociétés d'accueil peuvent exacerber leur situation déjà précaire, et fournira des références et des ressources pertinentes aux ergothérapeutes. La Fédération mondiale des ergothérapeutes (FME; 2014) définit les déplacements humains comme « le départ forcé des gens de leurs foyers, en raison de situations comme la guerre, la persécution et les désastres » (p. 1). La migration forcée est une catégorie conceptuelle qui englobe différents groupes de personnes en déplacement, y compris les réfugiés, les demandeurs d'asile, les personnes déplacées à l'intérieur d'un territoire et les personnes déplacées en raison de projets d'aménagement, de conditions environnementales ou de catastrophes (Castles, 2003). La United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR; 2014) a documenté le nombre record d'environ 51,2 millions de personnes déplacées à travers le monde en 2013.

Bien que les populations migrantes forcées soient diversifiées, selon les causes variées de leur déplacement, elles sont caractérisées par « les choix limités qui s'offrent à elles et les décisions urgentes qu'elles sont forcées de prendre lorsqu'elles quittent leurs foyers, afin d'assurer leur survie et celle [sic] de leur famille » (Grove et Zwi, 2006, pp. 1931-1932), ce qui entraîne souvent une perte occupationnelle (Polatajko et al., 2013). Elles peuvent quitter avec peu de ressources et sans savoir si, ou quand, elles pourront revenir. Outre les conditions difficiles ayant contribué à leur déplacement et les expériences liées à des lieux de transition comme les camps de réfugiés, les migrants forcés qui arrivent dans des pays d'accueil (p. ex., réinstallés par l'intermédiaire de l'UNHCR, faisant une demande d'asile) font face à plusieurs défis en matière d'occupations. Ces défis sont souvent exacerbés par des conditions structurelles qui engendrent des injustices occupationnelles pour les migrants forcés qui peuvent être « privés de leurs droits occupationnels, de leurs responsabilités et de leur liberté » (Nilsson et Townsend, 2010, p. 58).

Des difficultés peuvent se manifester en raison d'un isolement et d'une incapacité de participer découlant des barrières de langue, d'un manque de connaissances sur le nouvel environnement, d'un soutien social inadéquat, de la pauvreté, de la discrimination et de l'inaccessibilité des services (Simich, Beiser, Stewart et Mwakarimba, 2005; Whiteford, 2005). Simich et ses collaborateurs (2005) ont argumenté que l'exclusion sociale des migrants forcés contribuait à une connaissance limitée des options possibles, au sentiment de solitude, au découragement et à la perte d'identité. Dans le même ordre d'idées, Campbell et Turpin (2010) ont constaté que « les réfugiés vivent des degrés plus élevés de détresse émotionnelle, psychologique et physique » et que les ergothérapeutes « travaillant auprès des réfugiés dans de nombreux contextes se sentent mal préparés et dépassés » (p. 425). Le sentiment de méconnaissance éprouvé par les ergothérapeutes peut aussi être lié aux besoins et problèmes uniques de ces populations, notamment des problèmes de langue et d'interprétation, le manque de services de santé, le

besoin de soins adaptés à leur culture, la complexité de la protection d'assurance santé et des antécédents médicaux, les barrières économiques et l'isolement, de même que l'exposition à la violence, aux traumatismes et à la torture (Gushulak et MacPherson, 2006; McKeary et Newbold, 2010).

Dans le Framework for Occupational Justice (Stadnyk, Townsend et Wilcock, 2010; Townsend, 2012), les conditions d'injustice occupationnelle sont conceptualisées comme découlant d'une combinaison de facteurs contextuels individuels et de facteurs structurels plus larges (p. ex., l'économie, les valeurs culturelles, les politiques, la santé et le soutien communautaire, les établissements récréatifs, les transports). Ainsi, les changements apportés récemment au système de détermination du statut de réfugié au Canada ont des conséquences pour les migrants forcés qui arrivent ici, puisque divers degrés de protection et d'accès aux services sont offerts, selon le statut légal obtenu (Grove et Zwi, 2006). Dans plusieurs pays occidentaux, dont le Canada, des politiques ont été mises en œuvre pour décourager les demandeurs d'asile d'entrer ou de rester dans le pays (Gibney et Hansen, 2003). En 2012, le gouvernement fédéral du Canada a modifié le programme fédéral de santé intérimaire (Gouvernement du Canada, 2014), afin de limiter les services de santé offerts à ces populations. Par ailleurs, le gouvernement fédéral a aussi adopté le projet de loi C-31, qui a créé des catégories spécifiques de migrants forcés, comme les personnes en provenance de « pays d'origine désignés », qui sont limitées dans leur possibilité d'interjeter appel lorsque leurs réclamations sont rejetées, ou les personnes qui arrivent selon des « arrivées irrégulières désignées », qui font face à des mandats d'arrêt et à la détention sans mandat, parmi d'autres restrictions, comme la perte du droit de parrainer des membres de leur famille pendant une période de cinq ans, même si elles obtiennent gain de cause pour leurs réclamations (projet de loi C-31, 2012; Huot, Bobadilla, Bailliard et Laliberte Rudman, 2015). Cependant, John McCallum, le nouveau ministre de l'Immigration, des Réfugiés et de la Citoyenneté, a récemment annoncé que le gouvernement fédéral réinstaurera les soins de santé ayant été interrompus (« Liberals to Fully Restore », 2015).

Bien que plusieurs articles aient été publiés sur les expériences vécues par les migrants forcés selon une perspective occupationnelle (p. ex., Burchett et Matheson, 2010; Mirza, 2012; Suleman et Whiteford, 2013), il n'en demeure pas moins que très peu d'études ont été effectuées sur ce sujet au Canada (p. ex., Connor Schisler et Polatajko, 2002). D'autres études doivent être menées pour aborder les barrières systémiques à la participation occupationnelle auxquelles les migrants forcés se heurtent. En 2012, Wilberg a publié un appel à l'action à l'intention des ergothérapeutes, afin qu'ils « s'engagent résolument » à repousser une nouvelle frontière pour l'ergothérapie, en favorisant le parrainage, l'installation et le soutien des réfugiés. Plus récemment, un atelier a été présenté sur l'importance de « mettre les droits humains au cœur de l'ensemble des pratiques en ergothérapie » (Hocking et al., 2015); pendant cet atelier, les migrants forcés ont été identifiés comme une population

clé avec laquelle les ergothérapeutes pourraient travailler dans le but de promouvoir une société plus inclusive. Les revendications contre l'augmentation de la précarité à laquelle les migrants forcés font face, en raison de politiques comme la Loi visant à protéger le système d'immigration du Canada (projet de loi C-31, 2012) et les injustices occupationnelles qu'elle engendre pour une population déjà vulnérable, sont une tâche essentielle que les ergothérapeutes doivent assumer. Les ergothérapeutes qui sont intéressés à travailler auprès des populations de migrants forcés peuvent commencer par communiquer avec les organismes communautaires locaux qui offrent des services d'installation. Ils peuvent aussi s'engager au sein d'organismes et d'associations comme l'Association canadienne d'études sur les réfugiés et la migration forcée (<http://carfms.org/fr/>) et l'Occupational Opportunities for Refugees and Asylum Seekers (<http://www.oofras.com>). Pour en savoir davantage sur la protection en matière de soins de santé pour les migrants forcés au Canada financée par le gouvernement fédéral, prière de visiter le : www.cic.gc.ca/ifhp.

Références

- Burchett, N., et Matheson, R. (2010). The need for belonging: The impact of restrictions on working on the well-being of an asylum seeker. *Journal of Occupational Science*, 17, 85-91. doi:10.1080/14427591.2010.9686679
- Campbell, E. J., et Turpin, M. J. (2010). Refugee settlement workers' perspectives on home safety issues for people from refugee backgrounds. *Australian Occupational Therapy Journal*, 57, 425-430. doi:10.1111/j.1440-1630.2010.00882.x
- Castles, S. (2003). Towards a sociology of forced migration and social transformation. *Sociology*, 37, 13-34. doi:10.1177/0038038503037001384
- Connor Schisler, A. M., et Polatajko, H. J. (2002). The individual as mediator of the person-occupation-environment interaction: Learning from the experience of refugees. *The Journal of Occupational Science*, 9, 82-92. doi:10.1080/14427591.2002.9686496
- Fédération mondiale des ergothérapeutes. (2014). *Position statement. Human displacement*. Téléchargé au <http://www.wfot.org/ResourceCentre.aspx>
- Gibney, M. J., et Hansen, R. (2003). *Asylum policy in the West: Past trends and future possibilities* (Discussion Paper No. 2003/68). Téléchargé sur le site web United Nations University, au http://archive.unu.edu/hq/library/Collection/PDF_files/WIDER/WIDERdp2003.68.pdf
- Gouvernement du Canada. (2014). *Soins de santé – Réfugiés*. Téléchargé au <http://www.cic.gc.ca/francais/refugiés/exterieur/arrivee-sante.asp>
- Grove, N. J., et Zwi, A. B. (2006). Our health and theirs: Forced migration, othering, and public health. *Social Science & Medicine*, 62, 1931-1942. doi:10.1016/j.socscimed.2005.08.061
- Gushulak, B. D., et MacPherson, D. A. (2006). *Migration medicine and health: Principles and practices*. Hamilton, ON: BC Decker.
- Hocking, C., Townsend, E., Gerlach, A., Huot, S., Laliberte Rudman, D., et van Bruggen, H. (2015). Mettre les droits de la personne au coeur de l'ensemble des pratiques en ergothérapie. *Actualités ergothérapeutiques*, 17(4), 18-20.
- Huot, S., Bobadilla, A., Bailliard, A., et Laliberte Rudman, D. (2015). Constructing undesirables: A critical discourse analysis of 'othering' within the Protecting Canada's Immigration System Act. *International Migration*. Prépublication en ligne. doi:10.1111/imig.12210
- Liberals to fully restore refugee health-care cuts, says John McCallum [Diffusion radiophonique]. (2015, 7 novembre). *The House*. Téléchargé au <http://www.cbc.ca/radio/thehouse/meet-your-new-government-1.3305229/liberals-to-fully-restore-refugee-health-care-cuts-says-john-mccallum-1.3305978>
- McKeary, M. et Newbold, B. (2010). Barriers to care: The challenges for Canadian refugees and their health care providers. *Journal of Refugee Studies*, 23, 523-545. doi:10.1093/jrs/feq038
- Mirza, M. (2012). Occupational upheaval during resettlement and migration: Findings of global ethnography with refugees with disabilities. *The Occupational Therapy Journal of Research: Occupation, Participation and Health*, 32, 6-14. doi:10.3928/15394492-20110906-04
- Nilsson, I., et Townsend, E. (2010). Occupational justice – bridging theory and practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 17, 57-63. doi:10.3109/11038120903287182
- Polatajko, H. J., Backman, C., Baptiste, S., Davis, J., Eftekhari, P., Harvey, A., . . . Connor-Schisler, A. (2013). L'occupation humaine en contexte. Dans E. A. Townsend & H. J. Polatajko (Édit.), *Habiller à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2e édition; p. 37 à 62). Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Projet de loi C-31: Loi visant à protéger le système d'immigration du Canada*. (2012). Première lecture, 16 février 2012, 41e législature, 2e session. Téléchargé sur le site web du Parlement du Canada : <http://www.parl.gc.ca/HousePublications/Publication.aspx?DocId=5391960&File=27#1>
- Simich, L., Beiser, M., Stewart, M., et Mwakarimba, E. (2005). Providing social support for immigrants and refugees in Canada: Challenges and directions. *Journal of Immigrant Health*, 7, 259-268. doi:10.1007/s10903-005-5123-1
- Stadnyk, R., Townsend, E. A., et Wilcock, A. A. (2010). Occupational justice. Dans C. Christiansen & E. A. Townsend (Édit.), *An introduction to occupation: The art and science of living* (2nd ed.; p. 329 à 358). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Suleman, A., et Whiteford, G. E. (2013). Understanding occupational transitions in forced migration: The importance of life skills in early refugee resettlement. *Journal of Occupational Science*, 20, 201-210. doi:10.1080/14427591.2012.755908
- Townsend, E. A. (2012). Boundaries and bridges to adult mental health: Critical occupational and capabilities perspectives of justice. *Journal of Occupational Science*, 19, 8-24. doi:10.1080/14427591.2011.639723
- United Nations High Commissioner for Refugees. (2014). *UNHCR Statistical Yearbook 2013, 13th edition*. Téléchargé au <http://www.unhcr.org/54cf9bd69.html>
- Whiteford, G. (2005). Understanding the occupational deprivation of refugees: A case study from Kosovo. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 72, 78-88. doi:10.1177/000841740507200202
- World Federation of Occupational Therapy. (2014). *Position statement. Human displacement*. Téléchargé au <http://www.wfot.org/ResourceCentre.aspx>
- Wilberg, S. (2012). S'engager résolument... une nouvelle frontière pour les ergothérapeutes au Canada. *Actualités ergothérapeutiques*, 14(1), 13-14.

À propos de l'auteure

Suzanne Huot, PhD, est professeure adjointe à la School of Occupational Therapy et présidente du volet sur la science de l'occupation au Health and Rehabilitation Sciences Graduate Program, à l'University of Western Ontario. Ses recherches critiques et qualitatives sont axées sur les conséquences occupationnelles de la migration internationale. On peut la joindre à : shuot2@uwo.ca

Consolider les données probantes sur la rentabilité économique des services d'ergothérapie : réflexions découlant du Forum de 2015 de Occupational Therapy Canada

Andrew Freeman, Giovanna Boniface, Donna Collins, Lori Cyr, Marjorie Hackett et Gayle Salsman

Le Forum de 2015 de Occupational Therapy Canada (OTC), qui a eu lieu le 27 mai 2015 à Winnipeg, au Manitoba, a pris la forme d'une journée de réflexion, intitulée, *Economic evidence for occupational therapy services: Crunching the numbers, describing value*. La journée a été animée par la Dre Colleen Metge (directrice du Centre for Healthcare Innovation Evaluation Platform au sein de la Winnipeg Regional Health Authority). Les 27 personnes ayant participé au forum représentaient l'Association canadienne des programmes universitaires en ergothérapie (ACPUE), l'Association canadienne des organismes de réglementation en ergothérapie (ACORE), l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE), l'Alliance of Canadian Occupational Therapy Professional Associations (ACOTPA) et la Fondation canadienne d'ergothérapie (FCE). Le forum de l'OTC était organisé par un groupe de travail constitué de représentants de ces cinq organisations.

Le choix du thème du forum de l'OTC

La journée de réflexion de cette année était la suite logique des deux forums de discussion de l'OTC ayant eu lieu respectivement à Victoria, en Colombie-Britannique en 2013, et à Fredericton, au Nouveau-Brunswick, en 2014. L'objectif de la discussion de 2013 était d'arriver à mieux comprendre les conséquences éducatives, pratiques, réglementaires, politiques et économiques des compétences, habiletés, de la pratique avancée et de la spécialisation en ergothérapie, selon les perspectives d'un éventail de parties prenantes au sein de notre profession, au Canada. Divers thèmes, de même que des sujets liés à une action future en collaboration, ont été ciblés par les participants (Freeman et al., 2014). En contrepartie, la discussion de 2014 était axée sur la détermination de l'apport unique de l'ergothérapie, la définition d'une vision commune congruente avec cet apport et la formulation d'un plan en vue de réaliser cette vision commune (Rappolt et al., 2015).

Le Forum 2015 de l'OTC portait principalement sur la consolidation des données probantes sur la rentabilité économique des services d'ergothérapie. Au sein de la profession au Canada et ailleurs dans le monde, on reconnaît le besoin de consolider cet ensemble de données probantes (Lambert, Radford, Smyth, Morley et Ahmed-Landeryou, 2014; Macdonald, 2006; Rexe, McGibbon Lammi et Von Zweck, 2013). Nous devons démontrer à la fois que l'ergothérapie peut changer les choses pour les clients, et qu'elle peut aussi se justifier du point de vue économique. Comme on l'a dit pendant la journée de réflexion de 2013 de l'OTC, « les ergothérapeutes, les scientifiques de l'occupation et les organisations en ergothérapie doivent investir dans des initiatives visant à produire des données probantes sur l'efficacité et la rentabilité des pratiques ergothérapeutiques. . . » (Freeman et al., 2014, p. 27). Pendant la journée de réflexion 2014 de l'OTC, l'un des cinq principes clés identifiés était le suivant : « La rentabilité économique : l'une des principales priorités

pour la profession d'ergothérapeute au Canada est la démonstration de la valeur économique de l'efficacité des services d'ergothérapie pour les personnes de tous âges et toutes les clientèles desservies par les ergothérapeutes » (Rappolt et al., 2015, p. 24). Subséquemment, l'une des quatre actions prioritaires de l'OTC était de « démontrer les résultats et les coûts-avantages : en tant que contribuables et praticiens privés, les ergothérapeutes doivent rendre compte de leurs évaluations, interventions et résultats cliniques et économiques. La production de données probantes sur l'efficacité et la rentabilité des services d'ergothérapie est donc une grande priorité » (Rappolt et al., 2015, page 25).

En proposant une structure pour inviter les représentants des cinq principales organisations canadiennes à faire une réflexion stratégique sur les données probantes relatives à la valeur économique des services d'ergothérapie, le groupe de planification croyait que l'un des obstacles qui empêchait notre profession de progresser dans ce domaine était le degré limité d'expertise collective. Cela revient à dire que, malgré les efforts importants déployés pour aider les ergothérapeutes à développer une expertise (p. ex., Law, Law et Watson, 2014) et la quantité croissante de données probantes découlant de la recherche (p. ex., Sampson, James,

Whitehead et Drummond, 2014), de nombreux membres de la profession ne sont pas nécessairement équipés pour participer en toute connaissance de cause aux discussions sur ce sujet et, par conséquent, ils ne peuvent

contribuer à l'avancement de cette discussion. Conformément à cette conclusion, nous avons demandé à la Dre Colleen Metge d'animer le Forum 2015 de l'OTC, dans le but de permettre aux participants de faire l'acquisition d'une base de connaissances communes.

Déroulement de la journée

Le Forum 2015 de l'OTC était divisé en trois grands volets. Pendant le premier volet, la Dre Metge a traité des sujets suivants, afin de permettre aux participants d'acquérir des connaissances en économie de la santé pour qu'ils puissent interpréter des résultats sur la valeur de l'ergothérapie :

- définition de l'économie et de l'économie de la santé;
- trois concepts importants pour comprendre les évaluations économiques : coûts d'option, coûts, avantages;
- coût-efficacité : mesurer la valeur des services de santé;
- principaux aspects des évaluations économiques : coûts, avantages, synthèse des coûts et avantages;
- faire face à l'incertitude d'une analyse coût-efficacité;
- juger de la valeur des évaluations en économie de la santé; et
- expliquer les résultats d'une analyse économique.

Le deuxième volet visait à déterminer l'applicabilité de l'information pour chacune des cinq organisations en ergothérapie au Canada, en ce qui a trait à sa congruence avec leurs mandats respectifs. Le représentant ou

« Nous devons démontrer à la fois que l'ergothérapie peut changer les choses pour les clients, et qu'elle peut aussi se justifier du point de vue économique. »

la représentante de chacun de ces cinq groupes a présenté ses réflexions à l'ensemble des participants. Finalement, l'objectif du troisième volet était d'établir les priorités collectives pour la profession et de s'engager à élaborer un plan d'action, en séance plénière. Les notes détaillées sur toutes ces discussions ont ensuite été transcrites et analysées afin d'en arriver au sommaire des résultats suivant.

Résultats

La discussion a permis de confirmer que le sujet de cette année, soit la consolidation des données probantes sur la valeur économique des services d'ergothérapie, est la suite logique de la discussion ayant eu lieu pendant le Forum 2014 de l'OTC. En effet, l'avancement de la production et de l'application des connaissances et données probantes relatives à la valeur économique des services d'ergothérapie doit être conforme aux réflexions de la profession sur son apport unique et sur les populations qui sont susceptibles de bénéficier le plus de cet apport. Ainsi, l'importance de parvenir à un consensus dans l'ensemble de la profession sur ces deux sujets a été fortement soulignée, tout en reconnaissant qu'il y a des variations régionales en ce qui concerne les priorités des populations.

Les participants ont reconnu que les données probantes sur la valeur économique des services d'ergothérapie doivent être basées sur des données probantes découlant de la recherche sur l'efficacité et la rentabilité de ces services. En d'autres mots, les services d'ergothérapie doivent ultimement être appuyés par des données probantes relatives à leur rentabilité et leurs avantages économiques.

Les participants ont reconnu que pour s'attaquer à cette priorité, soit celle de consolider les données probantes sur la valeur économique des services d'ergothérapie, les compétences collectives de la profession doivent être développées. Pour y arriver, deux objectifs distincts, quoique complémentaires ont été proposés :

1. Constituer une base de données économiques probantes en ergothérapie

Il serait très bénéfique d'avoir un « scénario de référence » comportant des données économiques probantes en ergothérapie; ce scénario de référence comporterait les paramètres généraux devant être incorporés dans les études sur la valeur économique. Il s'agirait d'un modèle général pouvant être utilisé par différents intervenants au sein de la profession pour faire progresser ce domaine. Ce scénario serait basé sur un service d'ergothérapie reflétant clairement l'apport unique de la profession; le scénario devrait concerner une clientèle qui est clairement susceptible de bénéficier de cet apport.

L'élaboration d'un scénario de référence judicieux nécessiterait l'apport des connaissances de différents partenaires au sein et à l'extérieur de la profession. Il pourrait s'agir, par exemple, d'expertise en économie de la santé, qui s'ajouterait à l'expertise offerte par les organisations canadiennes en ergothérapie (p. ex., chercheurs, associations provinciales/nationales).

Les participants ont reconnu qu'il n'était probablement pas nécessaire de commencer ce processus au tout début. Il serait important de recenser les écrits pour tenter de repérer des exemples et d'autres éléments judicieux; les étudiants diplômés qui sont dans des programmes de recherche ou professionnels pourraient jouer un rôle pour faire avancer cette cause.

Compte tenu des étapes requises pour atteindre ce but, et du fait que

les organisations professionnelles contribueront de différentes façons, selon leurs mandats respectifs, il n'a pas été possible pour les participants de proposer un échéancier spécifique. Cependant, les participants ont recommandé que l'une des priorités de l'OTC soit de jouer un rôle de coordination, pour veiller à ce que ce but soit atteint le plus rapidement possible.

2. Renforcer les capacités de l'ACE en tant que centre d'échange des connaissances, en ce qui concerne les données économiques probantes sur la valeur des services d'ergothérapie

Il semble évident que l'avancement de la production et de l'application des connaissances et des données probantes sur la valeur économique des services d'ergothérapie est un moyen important, qui exigera les efforts et l'apport collectifs de toutes les organisations en ergothérapie. Toutefois, compte tenu de ces multiples apports, la coordination de ce genre d'initiative peut-être difficile. Pour ce faire, le rôle important joué par l'ACE à titre de « centre d'échange des connaissances » au sein de la profession au Canada a été reconnu. Les participants ont recommandé que l'ACE continue d'exercer ce rôle, à mesure que la cause des données économiques probantes progresse. Comme point de départ, l'ACE a déjà une page sur son site web qui est consacrée à la rentabilité économique de l'ergothérapie : <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=1012>. Le contenu de cette page web pourrait être bonifié par l'ajout du scénario de référence, d'une liste de références (mise à jour sur une base régulière par les différentes parties prenantes de la profession) et de liens vers des ressources utiles.

Sommaire

De toute évidence, le travail effectué pendant le Forum 2015 de l'OTC représente à peine une étape du processus visant à faire avancer la priorité concernant la consolidation des données économiques probantes sur la valeur des services ergothérapeutiques. Toutefois, nous croyons fermement qu'il s'agit d'une étape déterminante pour créer une énergie collective et susciter l'engagement au sein de notre profession au Canada. Nous invitons tous les membres à contribuer au développement de cette expertise afin que nous puissions aller de l'avant.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier la Dre Colleen Metge, directrice du Centre for Healthcare Innovation Evaluation Platform, Division of Quality and System Performance, Winnipeg Regional Health Authority, pour sa collaboration et son rôle de facilitatrice lors du forum de l'OTC de cette année.

Références

- Freeman, A. R., Rappolt, S. G., Jarus, T., Collins, D., Salsman, G., et Paterson, M. (2014). La compétence dans la pratique de l'ergothérapie : Réflexions découlant du Forum sur l'ergothérapie au Canada de 2013. *Actualités ergothérapeutiques*, 16(3), 26-28.
- Lambert, R., Radford, K., Smyth, G., Morley, M., et Ahmed-Landeryou, M. (2014). Occupational therapy can flourish in the 21st century — A case for professional engagement with health economics. *British*

À propos des auteurs

Andrew Freeman, PhD, erg., est professeur agrégé au programme d'ergothérapie de l'Université Laval. **Giovanna Boniface, ergothérapeute, CCLCP**, est la directrice générale de l'Association canadienne des ergothérapeutes – Colombie-Britannique. **Donna Collins, M.Sc., OT Reg. (MB)**, est la présidente du programme d'ergothérapie de l'University of Manitoba. **Lori Cyr, B.Sc. erg.**, est la présidente de l'Association canadienne des ergothérapeutes et coordonnatrice de la pratique/ergothérapeute-ressource clinique au sein de Vancouver Coastal Health. **Marjorie Hackett, OT Reg. (PEI)**, est la présidente de la Fondation canadienne d'ergothérapie et co-directrice des services de réadaptation du Hillsborough Hospital, à Charlottetown. **Gayle Salsman, OT Reg. (NS)**, est registraire du College of Occupational Therapists of Nova Scotia. Pour en savoir davantage, prière de communiquer avec Andrew Freeman, à : andrew.freeman@rea.ulaval.ca.

Journal of Occupational Therapy, 77, 260-263. doi:10.4276/030802214X13990455043566

Law, M., Law, M., et Watson, D. (2014). Evaluating the evidence: Economic evaluations. Dans M. Law & J. C. MacDermid (Édit.), *Evidence-based rehabilitation: A guide to practice* (3rd ed.; p. 175-186). Thorofare, NJ: Slack.

Macdonald, D. (2006). *Occupational therapists: An environmental scan of the economic literature*. Téléchargé au <http://www.caot.ca/pdfs/environmental%20scan.pdf>

Rappolt, S. G., Freeman, A. R., Geoffroy, P., Boniface, J., Cutcliffe, H., et Guitard, P. (2015). Positionner favorablement les ergothérapeutes,

afin qu'ils puissent travailler au meilleur de leurs capacités : Réflexions découlant du Forum de 2014 de Occupational Therapy Canada. *Actualités ergothérapeutiques*, 17(3), 23-26.

Rexe, K., McGibbon Lammi, B., et von Zweck, C. (2013). Occupational therapy: Cost-effective solutions for changing health system needs. *Healthcare Quarterly*, 16(1), 69-75. doi:10.12927/hcq.2013.23329

Sampson, C., James, M., Whitehead, P., et Drummond, A. (2014). An introduction to economic evaluation in occupational therapy: Cost-effectiveness of pre-discharge home visits after stroke (HOVIS). *British Journal of Occupational Therapy*, 77, 330-335. doi:10.4276/030802214X14044755581664

Recommandations pour favoriser la standardisation de la passation de l'Algo

Mélanie Ruest, Annick Bourget, Nathalie Delli-Colli et Manon Guay

Le contexte du réseau de la santé et des services sociaux québécois est caractérisé par diverses contraintes organisationnelles (p. ex., manque actuel d'ergothérapeutes pour répondre aux besoins croissants de la population vieillissante), stimulant le recours aux intervenants non-ergothérapeutes pour la prestation de services traditionnellement offerts par l'ergothérapeute (Guay, 2012). Dans le secteur des soins à domicile, les ergothérapeutes collaborent notamment avec les membres des équipes interdisciplinaires et le personnel auxiliaire lors de la détermination du besoin d'aides techniques pour les soins d'hygiène corporelle de leurs clients (Guay, Dubois, Desrosiers, Robitaille et Charest, 2010).

Dans cette visée, l'Algo (pour algorithme clinique) a été développé récemment par Guay et ses collaborateurs (Guay, Dubois, Robitaille et Desrosiers, 2014; Guay, Dubois et Desrosiers, 2014). L'Algo est un outil destiné aux intervenants non-ergothérapeutes afin de les soutenir lors du choix des aides techniques pour les soins d'hygiène corporelle au domicile du client qui représente un « cas simple » (Guay, Dubois, Desrosiers et Robitaille, 2012). Le but de cet article est de favoriser la standardisation de la passation de l'Algo. Plus précisément, des recommandations sont émises pour les items de l'outil afin de diminuer les désaccords de cotation entre les utilisateurs. Avant de présenter ces recommandations, les grandes lignes de l'Algo seront présentées à l'intention des professionnels de la santé œuvrant à l'extérieur du Québec.

Algo

L'Algo (Guay, Dubois, Robitaille et Desrosiers, 2014; Guay, Dubois et Desrosiers, 2014) comprend un arbre décisionnel et une suite de questions (oui/non) qui abordent l'occupation, la personne et l'environnement afin d'identifier l'aménagement de l'environnement de la salle de bain à préconiser, y compris l'ajout d'aides techniques. L'outil vise à promouvoir la réalisation sécuritaire de l'hygiène corporelle à domicile par les clients représentant une situation clinique dite « simple ». Un « cas simple » est un adulte avec une morphologie dans les limites de la norme qui présente des difficultés prévisibles de rendement occupationnel, lors de son hygiène dans sa baignoire ou sa cabine de douche standard. Dans la section 1 de l'Algo, dix critères relatifs à l'occupation (p. ex. : « La personne accepte de ne pas aller au fond de la baignoire pour se laver »), la personne (p. ex. : « La personne a la capacité de se lever et se tenir debout durant 5 secondes ») et l'environnement (p. ex. : « La salle de bain comprend une baignoire standard ») permettent d'opérationnaliser cette définition (Guay, Dubois, Desrosiers et Robitaille, 2012; Guay, Dubois, Robitaille et Desrosiers, 2014). Dans les situations « complexes » ou en cas d'incertitude, l'Algo suggère de consulter un ergothérapeute. L'Algo peut être visualisé sur le Web (<http://www.ergotherapie-outil-algo.ca/fr/accueil>), de même que ses documents d'accompagnement (guide d'utilisation et manuel de référence).

L'Algo s'utilise dans les deux modèles de prestation des services proposés par l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (2005). Dans le premier modèle, l'Algo est une composante du plan d'intervention

ergothérapique réalisée par du personnel auxiliaire en ergothérapie. Selon le référentiel de compétences de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (2010), l'ergothérapeute sollicitant la participation du personnel auxiliaire en ergothérapie est responsable de déterminer la formation, la supervision et les outils (et leur fiabilité respective) mis à leur disposition. L'auxiliaire aux services de santé et sociaux est l'intervenant généralement sollicité pour ce rôle (Guay, Dubois, Desrosiers, Robitaille et Charest, 2010). Dans le deuxième modèle de prestation des services, l'Algo peut être une intervention effectuée par un membre de l'équipe interdisciplinaire, en parallèle aux services d'ergothérapie (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2005; Guay, 2012; Guay, Dubois, Robitaille et Desrosiers, 2014). Dans ces situations, les titres d'emploi des membres de l'équipe interdisciplinaire les plus sollicités sont les physiothérapeutes, les thérapeutes en réadaptation physique, les travailleurs sociaux et les infirmières (Guay, Dubois, Desrosiers, Robitaille et Charest, 2010).

Recommandations pour la standardisation de la passation de l'Algo

Une étude qualitative a été réalisée auprès de huit intervenants non-ergothérapeutes formés à l'utilisation de l'Algo (deux auxiliaires aux services de santé et sociaux, deux thérapeutes en réadaptation physique, trois travailleurs sociaux et une infirmière auxiliaire) afin d'explorer leur raisonnement lors de la passation de l'Algo. Ils ont été filmés durant la passation de l'Algo au domicile de clients standardisés, c'est-à-dire de personnes rémunérées et entraînées à jouer un rôle précis (May, Park et Lee, 2009). Ensuite, pour deux des clients standardisés ayant reçu des propositions d'aides techniques divergentes de la part des participants ayant utilisé l'Algo, des entretiens d'explicitation (Vermersch, 2006) ont été conduits à l'aide des vidéos documentant la passation de l'Algo. Les entretiens d'explicitation permettent de recueillir le déroulement du raisonnement, soit une description fine de l'enchaînement des actions cognitives réalisées et des informations prises en compte lors de la passation de l'Algo. Au total, 16 entretiens d'explicitation (8 participants x 2 clients standardisés) furent : (1) retranscrits en verbatim, (2) codés à l'aide d'une grille qui a été raffinée selon un processus itératif et (3) analysés en profondeur en suivant les étapes d'analyses intracas, puis intercas de Yin (2009).

Le tableau 1 présente les points saillants des analyses sous forme de recommandations. Elles offrent des pistes concrètes afin de favoriser la standardisation de la passation de l'Algo en bonifiant les consignes émises dans le guide d'utilisation et le manuel de référence accompagnant l'Algo (Guay, Desrosiers, Dubois et Robitaille, 2013). Essentiellement, ces recommandations sont les suivantes : (1) préciser aux utilisateurs de l'Algo les informations pertinentes à recueillir, (2) objectiver la manière dont celles-ci doivent être recueillies et (3) encourager la triangulation des informations considérées lors de la passation de l'Algo. Ces recommandations peuvent, d'une part, soutenir l'ergothérapeute dans son rôle de formateur ou de

Tableau 1 : Recommandations à transmettre pour standardiser la passation de l'Algo

Questions de l'Algo	Recommandations
<i>Section No.1 : La clientèle</i>	
La personne se déplace seule jusqu'à la baignoire ou la cabine de douche. *	Préciser que le déplacement à observer est celui entre le lieu initial de rencontre dans le domicile et la salle de bain.
La personne accepte de ne pas aller au fond de la baignoire pour se laver.	Spécifier que l'avis de la personne rencontrée doit être recueilli au préalable.
La personne est âgée de 18 ans et plus. La personne pèse moins de 250 lbs.	Préciser que cette information doit être recueillie à partir de l'une des deux sources d'information suivantes : - la personne rencontrée; - le dossier médical.
La personne a la capacité de se lever et se tenir debout durant 5 secondes.*	Considérer les différents moments au cours de la visite où la personne est en station debout afin d'objectiver son endurance en station debout.
La personne peut prendre appui sur une barre.	Objectiver la force de préhension (p. ex., demander à la personne rencontrée de vous serrer la main avec sa force maximale pendant 5 secondes).
La personne comprend les consignes.	Vérifier la compréhension des consignes tout au long de la rencontre (exercices demandés, fil de la conversation, etc.).
La salle de bain utilisée comprend une cabine de douche ou une baignoire standard.	Préciser que la salle de bain doit être observée avant de cocher cet item. Mettre l'accent sur l'importance de vérifier toutes les caractéristiques d'une cabine de douche ou d'une baignoire non-standard : podium, à remous, disposé en diagonale (présence de coin(s)).
La salle de bain utilisée permet d'installer deux barres d'appui.	Spécifier que la salle de bain doit être observée avant de cocher cet item. Dans les cas où la salle de bain présente une architecture complexe (p. ex., présence d'une fenêtre sur le mur du fond de la baignoire), recommander la consultation d'un ergothérapeute.
<i>Section No.2 : Le choix du siège</i>	
La personne peut se transférer d'une chaise à une autre. *	Préciser que le transfert doit être observé au complet, c'est-à-dire la capacité de se lever et de s'asseoir, avant de cocher cet item. Spécifier que la prise d'un appui est permise pour la réalisation de cet item.
Souhaite se doucher dans sa cabine de douche ou dans sa baignoire.	Spécifier que l'avis de la personne rencontrée doit être recueilli avant de cocher cet item.
Peut écarter les pieds d'environ 12 pouces.*	Utiliser une mesure étalon telle que la largeur du cahier de cotation pour l'observation de cet item. Spécifier que la prise d'un appui est permise pour la réalisation de cet item.
Peut lever les pieds à la hauteur du rebord extérieur de sa baignoire. *	Utiliser le gallon à mesurer pour obtenir la hauteur du bain avant de réaliser cet item. Spécifier que la prise d'un appui est permise pour la réalisation de cet item.
En position assise et les yeux fermés, bouge le tronc sans perdre l'équilibre.	Préciser que l'observation de tous les mouvements (yeux ouverts et yeux fermés) est nécessaire à la réussite de cet item : 1. Pencher le tronc de gauche à droite puis vers l'avant et l'arrière; 2. Lever les bras dans les airs; 3. Regarder au plafond. Mettre l'accent sur l'importance de réaliser les items à partir d'une assise sans possibilité de s'appuyer lors des mouvements de flexion latérale du tronc.
N'est pas fatiguée, étourdie ou essoufflée durant la tâche/visite.	Spécifier que l'avis de la personne rencontrée et l'observation de ces signes doivent être considérés de manière complémentaire pour cet item. Distinguer l'item « N'est pas fatiguée, [...] durant la tâche » versus « durant la visite ».
Atteint ses jambes et ses pieds en position debout. *	Préciser que le mouvement doit être observé au complet (du début à la fin). Spécifier qu'il est permis à la personne rencontrée de lever la jambe vers elle avant de réaliser le mouvement.
La largeur du fond de sa baignoire ou de sa cabine de douche mesure 18 pouces ou plus.	Aucune approximation n'est permise pour la prise de cette mesure.
Possibilité d'installer [l'équipement choisi].	Poser un regard critique sur l'ensemble des observations incluses dans l'Algo avant de cocher cet item.
Dans les cas où un «arrêt» surviendrait en cours de passation de l'Algo (indiquant à l'utilisateur de consulter un ergothérapeute avant de poursuivre la démarche) : Proposer aux utilisateurs de réaliser tout de même les items de l'évaluation qui ne posent pas de préjudice à leur sécurité, ni à celle de la personne rencontrée afin d'optimiser l'utilité de la visite et de soutenir la démarche de l'ergothérapeute qui poursuivra l'intervention auprès de la personne rencontrée.	

*Pour ces items, porter attention aux signes et symptômes pouvant être des « drapeaux rouges » potentiels compromettant la réalisation sécuritaire de l'hygiène au bain (p. ex., douleur, diminution de l'équilibre, diminution de la force de préhension et/ou aux membres inférieurs, essoufflements, étourdissements, fatigue et endurance limitée, etc.).

superviseur du personnel auxiliaire en ergothérapie. D'autre part, elles visent à favoriser le développement des compétences clés des utilisateurs de l'Algo qui auront, dans le cadre de leur travail, à faciliter la réalisation de l'hygiène corporelle des personnes vivant à domicile.

À notre connaissance, un nombre grandissant d'équipes interdisciplinaires québécoises adoptent l'Algo, mais cet outil n'a pas été utilisé en dehors du Québec pour le moment. Or, le personnel auxiliaire en ergothérapie ayant des compétences de base ou étendues pourrait recueillir des données à l'aide de l'Algo afin d'appuyer le processus d'évaluation en ergothérapie, tel que mentionné dans le *Profil de la pratique du personnel auxiliaire en ergothérapie* de l'Association canadienne des ergothérapeutes (2009). Les points A1.2.7 et B1.2.7 de ce document décrivent le rôle du personnel auxiliaire dans la cueillette de données, tel qu'assigné par l'ergothérapeute, dans le cadre du rôle élargi « d'expert en habilitation de l'occupation ». Comme l'Algo est un outil visant à favoriser la cueillette de données et qu'il n'exige pas que l'administrateur de l'outil ait recours au raisonnement clinique pour suivre les étapes de l'arbre décisionnel, et comme l'ergothérapeute supervisant le personnel auxiliaire peut examiner les résultats et confirmer la recommandation en matière d'équipement, l'usage de l'Algo est conforme aux paramètres du *Profil de la pratique du personnel auxiliaire en ergothérapie*. Des initiatives provenant des autres provinces canadiennes permettraient de vérifier cette hypothèse.

Remerciements

Les auteures remercient Judith Robitaille, erg. M. Sc., pour ses commentaires constructifs sur le manuscrit.

Références

- Association canadienne des ergothérapeutes. (2009). *Profil de la pratique du personnel auxiliaire en ergothérapie*. Ottawa (Ontario): CAOT Publications ACE.
- Guay, M. (2012). Enjeux entourant le recours au personnel auxiliaire en ergothérapie. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 79(2), 116-127. doi: 10.2182/cjot.2012.79.2.7
- Guay, M., Desrosiers, J., Dubois, M.-F., et Robitaille, J. (2013). *Algo: a clinical algorithm for selecting bathing equipment*. Téléchargé au <http://ergotherapie-outil-algo.ca/en/home/>

- Guay, M., Dubois, M.-F., et Desrosiers, J. (2014). Can home health aids using the clinical algorithm Algo choose the right bath seat for clients having a straightforward problem? *Clinical Rehabilitation*, 28(2), 172-182. doi: 10.1177/0269215513494027
- Guay, M., Dubois, M.-F., Desrosiers, J., Robitaille, J., et Charest, J. (2010). The use of skill mix in homecare occupational therapy with patients with bathing difficulties. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 17(6), 300-308.
- Guay, M., Dubois, M.-F., Desrosiers, J., et Robitaille, J. (2012). Identifying characteristics of 'straightforward cases' for which support personnel could recommend home bathing equipment. *British Journal of Occupational Therapy*, 75(12), 563-569. doi: 10.4276/030802212X13548955545576
- Guay, M., Dubois, M.-F., Robitaille, J., et Desrosiers, J. (2014). Development of Algo, a clinical algorithm for non-occupational therapists selecting bathing equipment. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81(4), 237-246. doi: 10.1177/0008417414539643
- May, W., Park, J. H., et Lee, J. P. (2009). A ten-year review of the literature on the use of standardized patients in teaching and learning: 1996-2005. *Medical Teacher*, 31, 487-492. doi: 10.1080/01421590802530898
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2005). *Participation du personnel non-ergothérapeute à la prestation des services d'ergothérapie*. (p. 9). Montréal : Ordre des ergothérapeutes du Québec.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2010). *Référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession d'ergothérapeute au Québec* (p. 52). Montréal: Ordre des ergothérapeutes du Québec.
- Vermersch, P. (Ed.). (2006). *L'entretien d'explicitation* (5e éd.). Issy-les-Moulineaux cedex: ESF éditeurs.
- Yin, R. K. (Ed.). (2009). *Case Study Research - Design and Methods* (4e ed.). Los Angeles: SAGE.

Remarque de la rédactrice en chef : Pour en apprendre davantage au sujet de la supervision du personnel auxiliaire et l'assignation des composantes des services, veuillez consulter les *Lignes directrices de l'ACE concernant la supervision des composantes des services d'ergothérapie assignées à des personnes autres que des ergothérapeutes*, au : <https://www.caot.ca/default.asp?ChangelD=1&pageID=579&francais=1>

À propos des auteurs

Mélanie Ruest, erg., poursuit un doctorat recherche en sciences de la santé avec spécialisation en gériatrie, sous la supervision de **Manon Guay, erg.**, chercheure au Centre de recherche sur le vieillissement et professeure adjointe à l'École de réadaptation de l'Université de Sherbrooke (Manon.Guay@USherbrooke.ca). **Nathalie Delli-Colli, T.S.**, professeure adjointe à l'École de travail social et **Annick Bourget, erg.**, professeure adjointe à l'École de réadaptation, détiennent une expertise dans la méthodologie qualitative.