

Table des matières

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

Quoi de neuf?.....	3
Tendance de la main-d'oeuvre en ergothérapie..... Havelin Anand et Alison Douglas	5
Faits saillants : le mois de l'ergothérapie d'octobre 2015 à l'ACE..... Havelin Anand, Giovanna Boniface, Janet Craik, Suzanne Maurice Kay et Julie Lapointe	8
De grandes avancées pour les assistants de l'ergothérapeute..... Tony Wang, Adrienne Yarrow et Elizabeth Steggle	10

DES CONNAISSANCES À LA PRATIQUE

L'ergothérapie pour les personnes ayant un trouble de stress post-traumatique lié à la vie militaire : un appel à l'action au Canada..... Erin Rivers et Sara Saunders	13
Le domicile et son importance symbolique dans la réception des soins à domicile..... (Hedy) Anna Walsh	16

PARTAGE DE PERSPECTIVES

Trouver sa voix grâce à la technologie..... Danielle MacDougall	19
La communauté, un terrain d'habilitation pour les étudiants en ergothérapie..... Dominique Leclerc, Noémi Cantin et Nancy Baril	21
La douleur chronique : trouver des solutions avec les clients en les considérant comme des partenaires..... Susan Yee, Kahla Wellum et Kristen Wilson	23

INFLUENCER LA VIE DES GENS, LES COMMUNAUTÉS ET LES SYSTÈMES

L'ergothérapie et le Réseau de soutien à la justice administrative : travailler en collaboration pour promouvoir la justice occupationnelle par l'inclusion sociale..... Katherine Stewart	26
Examiner l'impact de la pauvreté sur les occupations et les soins de santé des aînés..... (Hedy) Anna Walsh	28
Aspects à prendre à considération lors du choix d'un monte-escalier..... Jim Closs	32



Mention de source de la photo en page couverture : Mike Kwan

Photo soumise par : Gina Fernandez, ergothérapeute

Gina écrit : « Cette photo illustre comment les interventions ergothérapeutiques peuvent être efficaces et permettent aux individus de reprendre leur travail à la suite de microtraumatismes répétés. Carita Ho, une créatrice de mode de Vancouver, en C.-B., a réussi à continuer son travail artistique grâce à des interventions ergothérapeutiques. Souvent, les designers doivent travailler de longues heures dans des conditions épuisantes pour terminer des projets à temps pour les défilés de modes. Pour répondre à ces exigences, gérer la douleur et éviter d'aggraver les lésions, Carita a consulté une ergothérapeute. Les interventions étaient axées sur l'ajustement et l'adaptation du poste de travail de Carita, la recommandation d'une orthèse et l'enseignement d'un programme d'exercices et d'étirements à domicile. Grâce à ces interventions, la carrière de créatrice de mode de Carita se porte encore très bien! »

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, Erg. Aut. (Ont.)

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, PhD, OT Reg (BC)

Liens internationaux

Andrew Freeman, PhD, erg.

Notre passé ergothérapeutique

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

Réflexions sur la pratique privée

Flora To-Miles, ergothérapeute

Le sens de l'agir

Shanon Phelan, PhD, ergothérapie

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?



Les associés corporatifs ont maintenant leur page dans les *Actualités ergothérapeutiques*

Les associés corporatifs de l'ACE sont des membres inestimables de notre communauté et nous sommes fiers de leur participation aux *Actualités ergothérapeutiques*. Dans ce numéro, vous pourrez lire notre première chronique dans la page des associés corporatifs, qui a été rédigée par Jim Closs, de la compagnie Stannah. M. Closs explique les différents aspects à prendre en considération lors du choix d'un monte-escalier. À l'ACE, nous croyons que les membres apprécieront cette possibilité d'entendre l'opinion de toutes les personnes qui soutiennent notre travail.

Nouvelles des *Actualités ergothérapeutiques*

Appel d'articles pour les *Actualités ergothérapeutiques*: La pratique en 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 l'apport des ergothérapeutes dans le domaine de la réadaptation psychosociale axée sur le rétablissement. Date limite pour soumettre les articles : 1er avril 2016. Pour consulter l'appel d'articles, prière de se rendre au : <http://www.caot.ca/default.asp?ChangeID=25&pageID=7>

Appel d'images pour les pages couvertures

Les lecteurs des *Actualités ergothérapeutiques* sont invités à soumettre des photos et des œuvres d'art pour illustrer les pages couvertures de la revue. Nous sommes à la recherche d'images dynamiques qui représentent des occupations ou l'ergothérapie au Canada. Les images doivent avoir une résolution minimale de 300 dpi et elles doivent être orientées verticalement. Veuillez envoyer vos images à : otnow@caot.ca.

Merci aux bénévoles des *Actualités ergothérapeutiques*

Merci aux membres suivants de l'ACE qui ont terminé leur mandat à titre de bénévole pour les *Actualités ergothérapeutiques* :

- Christina Lamontagne – éditrice thématique, Perspectives estudiantines
- Laura Hartman – éditrice thématique, Perspectives estudiantines
- Sandra Bressler – éditrice thématique, Liens internationaux
- Sumaira Mazhar – étudiante d'un programme de formation menant à l'entrée en exercice de l'ergothérapie, comité de rédaction

Nous remercions toutes nos bénévoles, qui ont mis leur dévouement et leur expertise à contribution pour la revue de l'ACE sur la pratique. Ce fut un réel plaisir de travailler avec vous!

La RCE : des faits probants pour votre pratique

Nous avons créé une nouvelle chronique régulière dans les *Actualités ergothérapeutiques* pour traiter de l'application des connaissances présentées dans des articles publiés spécifiquement dans la *Revue canadienne d'ergothérapie (RCE)*. Cela nous permettra de présenter

les recherches dans les deux publications, tout en mettant l'accent sur les conséquences pour la pratique dans les *Actualités ergothérapeutiques*. Les auteurs de la RCE sont invités à participer. Pour obtenir de plus amples renseignements, prière de communiquer avec l'éditrice thématique Briana Zur, à : briana.zur@outlook.com.

Nouveau! Offre groupée d'archives des conférences-midi Lunch & Learn

L'ACE propose maintenant des ensembles de 5, 10 et 15 archives des conférences-midi Lunch & Learn! Ainsi, en se procurant un ensemble de 15 conférences-midi, chacun des webinaires (ainsi que les dépliants qui y sont associés) revient à 25 \$. Il est possible de choisir parmi plus de 100 conférences-midi Lunch & Learn. Pour en savoir davantage, prière de visiter le : <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=4205>.

L'équipe gagnante du défi gOTspirit 2015

À chaque année, les étudiants de l'University of Alberta lancent un défi aux étudiants en ergothérapie à travers le Canada, afin de découvrir l'équipe d'étudiants qui manifestera sa fierté envers l'ergothérapie de la manière la plus originale en participant au défi « gOT Spirit ». C'est l'équipe de la Dalhousie University qui a remporté le défi cette année! Félicitations aux étudiants de la Dalhousie University pour leur 'rap' faisant la promotion du rôle que les ergothérapeutes peuvent jouer pour habiliter les occupations de toute personne. On peut voir toutes les vidéos du défi 2015 au : <http://gotspiritchallenge2015.wikia.com/wiki/Special:Videos>

Résultats du concours de bourses et de subventions de la FCE

Prix Barb Worth pour un nouveau leader (5 000 \$) :

Paige Reeves, University of Alberta

Bourses de maîtrise de la FCE / et d'Invacare (2 000 \$) :

Stephanie Zubrinski – Resilience Education to Create Educator and Student Success (RECESS)

Bourse de maîtrise de la FCE (3 x 1500 \$) :

Shawna Cronin – Impact of interdisciplinary teams in primary care on health outcomes of individuals with chronic disease
Samuel Turcotte – Représentations de l'approche centrée sur les forces : Une étude exploratoire auprès de clientèles d'un centre de réadaptation.

Alexandria Simms – Understanding rehabilitation needs from the perspectives of adults living with HIV in rural Manitoba

Bourse de doctorat de la FCE (4 x 3 000 \$) :

Laura Bulk – Being blind in a sighted world
Flora To-Miles – The health-promoting potential of creative and social activities: An exploratory study of adults with and without inflammatory arthritis

Lina Tam-Seto – The development of an e-learning module for occupational therapists working with military-connected families affected by operational stress injuries

Caryne Torkia – Development and feasibility of Go-Win-Go: an intervention to address community mobility for individuals post-stroke

Bourse Thelma Cardwell (2 000 \$) :

Theresa Sullivan – Learning to Reason-Think on their Feet: Exploring how occupational therapists learn to professionally reason in their first five years of practice

Bourse Goldwin Howland (2 000 \$) :

Joanne Park – The effectiveness of motivational interviewing as an interventional tool for improving return to work outcomes for injured workers

Félicitations aux gagnants et merci aux membres du comité d'examen des demandes de bourse et de recherche de la FCE pour leur travail colossal! Les membres du comité 2013-2015 étaient :

- Debra Cameron, présidente

- Brenda Beagan
- Carolina Bottari
- Johanne Higgins
- Kim Larouche
- Leanne Leclair
- Bill Miller
- Susanne Murphy

Un merci spécial à Brenda Beagan, Carolina Bottari, Johanne Higgins et Leanne Leclair, qui quittent le comité. Au nom de la FCE, nous souhaitons la bienvenue à Emily Etcheverry et Alik Thomas, qui se joignent au comité d'évaluation de 2016-2018; nous nous réjouissons à l'avance de leur apport.

Votre fondation

N'oubliez pas que la FCE est votre fondation. C'est la seule fondation qui finance exclusivement des ergothérapeutes et, spécifiquement, des membres de l'ACE. N'oubliez pas de faire votre don à la FCE : www.cotfcanada.org.

Tendance de la main-d'œuvre en ergothérapie

Havelin Anand et Alison Douglas

Tout au long de l'année 2016, nous présenterons dans les *Actualités ergothérapeutiques* une série d'articles pour célébrer le 90^e anniversaire de l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). En janvier, nous avons présenté l'histoire de l'Association; le numéro de juillet traitera de l'avenir de l'ergothérapie. Dans le présent article, nous nous concentrons sur le présent, en examinant la main-d'œuvre et les enjeux professionnels actuels au Canada.

La main-d'œuvre en ergothérapie

Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS; 2015), environ 15 977 ergothérapeutes détenaient un permis d'exercice au Canada en 2014. L'offre globale d'ergothérapeutes détenant un permis d'exercice au Canada augmente chaque année; en effet, l'offre a augmenté de plus de 13 % depuis 2011. L'ICIS a informé l'ACE qu'entre 2010 et 2014, le nombre d'ergothérapeutes par tranche de 100 000 Canadiens est passé de 36 à 42, alors que le nombre de physiothérapeutes par tranche de 100 000 Canadiens est passé de 52 à 57 dans la même période.

Statut d'emploi, milieux de pratique et rôles

Selon les statistiques de 2014, le taux d'emploi des ergothérapeutes est de 93,5 %. Parmi les personnes ayant un emploi, 74,7 % étaient des employés permanents, 13,5 % étaient des travailleurs autonomes et 11,3 % avaient des emplois temporaires ou occasionnels. En 2014, 45,3 % des ergothérapeutes travaillaient en milieu hospitalier, alors que 44,6 % travaillaient en pratique à base communautaire ou en cabinet privé. Les ergothérapeutes travaillent avec des fournisseurs

de soins de santé et autres professionnels dans divers milieux, dont les établissements de soins de longue durée, les services de soutien communautaire, les équipes de santé familiale, les hôpitaux, les domiciles, les écoles et les établissements d'enseignement. Les ergothérapeutes travaillent aussi au sein d'organismes comme les services gouvernementaux (comme les analystes politiques), et dans l'industrie privée et les organismes communautaires, pour concevoir et administrer des programmes et services. En 2014, 83,7 % des ergothérapeutes ont déclaré qu'ils occupaient un poste de « fournisseur de services directs », alors que plus de 8,1 % ont décrit leur rôle comme celui d'un gestionnaire/directeur/ coordonnateur (ICIS, 2015).

Caractéristiques de la main-d'œuvre

L'âge moyen des ergothérapeutes continue d'augmenter. Le pourcentage d'ergothérapeutes au sein de la main-d'œuvre qui sont plus jeunes que 30 ans a augmenté entre 2010 et 2014, passant de 17,4 % à 18,3 %. Par ailleurs, le pourcentage des ergothérapeutes âgés de plus de 60 ans a augmenté légèrement, passant de 3,3 % à 3,7 %. Depuis 2010, le pourcentage d'ergothérapeutes de sexe féminin au Canada est demeuré stable, à environ 91 %, soit une légère baisse de 91,8 %, en 2010, à 91,3 %, en 2014 (ICIS, 2015).

Distribution de la main-d'œuvre au Canada

Le tableau 1 présente la distribution des ergothérapeutes à travers les provinces en 2014.

Tableau 1. *Distribution des ergothérapeutes dans les provinces et territoires (ICIS, 2015)*

Compétence	Nombre d'ergothérapeutes	Pourcentage d'ergothérapeutes
Terre-Neuve	187	1,2 %
Île-du-Prince-Édouard	50	0,3 %
Nouvelle-Écosse	443	2,9 %
Nouveau-Brunswick	323	2,1 %
Québec	4 219	28 %
Ontario	5 008	32,2 %
Manitoba	630	4,2 %
Saskatchewan	339	2,2 %
Alberta	1 859	12,3 %
Colombie-Britannique	1 977	13,1 %
Territoires	38	0,3 %
Canada	15 977	100 %

Demande pour les services d'ergothérapie

La demande est forte pour les services d'ergothérapie au Canada. Selon le Sondage national des médecins de 2014 mené auprès de 60 000 médecins praticiens par le Collège des médecins de famille, le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada et l'Association médicale canadienne, plus de 70 % des médecins étaient mécontents face à la difficulté d'obtenir des rendez-vous pour leurs patients avec des ergothérapeutes financés par les fonds publics (Sondage national des médecins, 2015).

Au cours des dernières années, le nombre d'ergothérapeutes a augmenté au sein de la main-d'œuvre (ICIS, 2015). La croissance des emplois découle des besoins des personnes âgées en matière d'intervention et des besoins généraux en matière de santé communautaire. Les perspectives d'emplois sont bonnes pour les ergothérapeutes, à la lumière des facteurs suivants : le vieillissement de la population canadienne (en 2015, pour la première fois, le pourcentage de la population canadienne âgée de plus de 65 ans était plus élevé que le pourcentage de personnes de moins de 14 ans (16,1 % comparativement à 16 %), l'espérance de vie et les taux de survie plus élevés aux accidents et blessures (Chen, 2015).

Le vieillissement de la population au Canada contribue aussi à d'autres problèmes. Selon la Société Alzheimer du Canada (2015), 1,4 million ou 14,9 % des Canadiens de 65 ans et plus vivent avec la maladie d'Alzheimer ou une autre forme de démence. Ainsi, des interventions ergothérapeutiques seront requises pour favoriser les habiletés physiques, cognitives et fonctionnelles des clients ayant une démence.

Le changement démographique causé par le vieillissement de la population a également contribué à une épidémie croissante de perte de vision au Canada. On s'attend à ce que l'incidence de la perte de vision au Canada augmente de près de 30 % au cours de la prochaine décennie (INCA, n.d.).

Selon l'INCA (n.d.), un autre facteur clé de l'épidémie de perte de vision est l'augmentation constante des taux de diabète, qui a entraîné une augmentation des cas de rétinopathie diabétique. L'INCA indique qu'il est possible de prévenir ou de traiter 75 % de toutes les pertes de vision lorsqu'elles sont détectées tôt. Cette situation offre des possibilités aux ergothérapeutes, dans des domaines comme les suivants :

- Participation active à des interventions préventives qui incitent les clients à faire de simples changements dans leurs styles de vie, comme « porter des lunettes de soleil tout au long de l'année pour se protéger des rayons UV, prendre des vitamines, arrêter de fumer, faire de l'exercice régulièrement, contrôler le diabète et avoir une diète saine et à teneur élevée en oméga 3, acides gras et légumes-feuilles vert foncé » (INCA, n.d., para. 12)
- Modification et conception des domiciles (à l'aide des principes de la conception universelle) pour améliorer la qualité de vie des aînés et leur permettre de vieillir chez eux—la recherche indique que les interventions ergothérapeutiques comme les adaptations et modifications des domiciles entraînent une réduction des services à domicile quotidiens (Rexe, McGibbon Lammi et von Zweck, 2013)
- Aide aux clients ayant des pertes de vision pour qu'ils puissent choisir et apprendre à utiliser des aides techniques, comme les logiciels de grossissement de texte ou de lecture d'écran, afin d'optimiser leur rendement occupationnel dans des activités significatives faisant appel à la lecture

Au Canada, les baby-boomers, qui sont rapidement en train de devenir des personnes âgées, sont uniques en raison de leur plus grande participation à la main-d'œuvre et à des activités de bénévolat. En effet, ils sont plus actifs et en meilleure santé que les

générations qui les ont précédés. La majorité d'entre eux veulent demeurer le plus longtemps possible à la maison (Institut de recherche en politiques publiques, 2015).

À la lumière de ces facteurs et compte tenu du fait que les ergothérapeutes habilitent les occupations des personnes ayant des problèmes physiques, psychologiques et sociaux, les perspectives semblent prometteuses pour les ergothérapeutes.

La main-d'œuvre en Colombie-Britannique : un cas particulier

Les ergothérapeutes sont en forte demande à travers la province de la Colombie-Britannique, mais le nombre de nouveaux diplômés en ergothérapie est insuffisant pour combler la demande (WorkBC, n.d.). Ceci est particulièrement vrai pour les populations de la Colombie-Britannique recevant peu de services, y compris les communautés du nord, éloignées et autochtones (Association canadienne des ergothérapeutes – Colombie-Britannique [ACE-CB], 2015). Plus de 96 % de la main-d'œuvre en ergothérapie est employée dans des régions urbaines, ce qui laisse moins de 4 % de la main-d'œuvre dans les régions rurales ou éloignées (ACE-CB, 2015), soit une distribution qui ne correspond pas à l'estimation de Statistique Canada (2011) selon laquelle 14% des habitants de la Colombie-Britannique vivent dans des communautés rurales. Il est donc essentiel de sensibiliser les ergothérapeutes de la Colombie-Britannique, afin qu'ils combler les besoins géographiques, sociaux et de santé uniques à l'extérieur des centres urbains, en vue d'améliorer les résultats de santé dans la province et de réduire les disparités en matière d'accès aux services de santé.

Le nombre d'ergothérapeutes en Colombie-Britannique est passé de 1 696 ergothérapeutes en 2010, à 1 977 en 2014 (ICIS, 2015). Le nombre d'ergothérapeutes par population de 100 000 est passé de 38, en 2010, à 43, en 2014. L'offre y est plus faible que dans certaines autres provinces, dont l'Alberta (45 ergothérapeutes par tranche de 100 000 personnes), le Manitoba (49 par tranche de 100 000 personnes), le Nouveau-Brunswick (43 par tranche de 100 000 personnes), la Nouvelle-Écosse (47 par tranche de 100 000 personnes) et le Québec (51 par tranche de 100 000 personnes; ICIS, 2015).

Inscription au registre d'un organisme de réglementation

Au Canada, le permis d'exercice est émis par les organismes de réglementation. Chaque organisme de réglementation détermine les critères de l'entrée en exercice de la profession dans sa compétence (Association canadienne des organismes de réglementation en ergothérapie [ACORO], 2015). Actuellement, dans la plupart des provinces, à l'exception du Québec, les organismes de réglementation exigent que les demandeurs détiennent un diplôme d'un programme universitaire en ergothérapie au Canada, et qu'ils aient réussi l'Examen national d'attestation en ergothérapie (ENAE). Si un demandeur n'a pas suivi sa formation en ergothérapie au sein d'un programme canadien, il devra se soumettre à un autre processus d'évaluation avant de pouvoir se présenter à l'ENAE (ACORE, 2015). Cette évaluation est effectuée par l'ACORE, par l'intermédiaire du Système d'évaluation de l'équivalence substantielle (SEES) (ACORE, 2015). Le fait de suivre un programme ayant obtenu le statut d'agrément (ACE, 2015) est une assurance de la qualité du programme, tel que déterminé par le conseil qui surveille l'agrément, soit le comité d'agrément des programmes universitaires (CAPU).

Il est important que les personnes qui veulent exercer l'ergothérapie au Canada vérifient les exigences réglementaires de la province ou du territoire où ils souhaitent exercer.

Conclusion

À la lumière de la démographie canadienne, des caractéristiques de la main-d'œuvre et du besoin de réduire les dépenses inutiles tout en offrant aux Canadiens des options en matière de soins et d'intervention dans divers milieux, l'avenir semble prometteur pour les ergothérapeutes. La profession d'ergothérapeute amorce une période captivante. En effet, son paysage est en constante évolution, en raison des progrès de la technologie, de l'accent politique mis sur les soins de santé primaires et l'autogestion des maladies chroniques, et grâce aux progrès des revendications pour que les ergothérapeutes exercent des rôles qui étaient auparavant considérés comme non traditionnels. Les ergothérapeutes sont invités à faire valoir des données probantes à l'appui des interventions ergothérapeutiques. Pour ce faire, il faut que les chefs de file de la profession participent à l'élaboration des politiques canadiennes, afin de veiller à ce que les Canadiens aient un accès universel à des services d'ergothérapie qui entraîneront de meilleurs résultats en matière de santé et de bien-être.

Références

- Association canadienne des ergothérapeutes. (2015). *Agrément*. Téléchargé au <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=42>
- Association canadienne des ergothérapeutes – Colombie-Britannique. (2015). *Pénurie d'ergothérapeutes en Colombie-Britannique – Mise à jour*. Téléchargé au <http://www.caot.ca/CAOT-BC/CAOT-BC%20Briefing%20Note-Ensuring%20Adequate%20Access%20to%20Occupational%20Therapists%20in%20BC%20-%202015-06-15-FINAL.pdf>
- Association canadienne des organismes de réglementation en ergothérapie. (2015). *Association canadienne des organismes de réglementation en ergothérapie*. Téléchargé au <http://www.acotro-acore.org/>
- Chen, M. (2015). For the first time, Canadian Senior's outnumber children: StatsCan. *Globe and Mail*. Téléchargé au <http://www.theglobeandmail.com/news/national/for-first-time-canadian-seniors-outnumber-children-statscan/article26582464/>
- INCA. (n.d.). *Information-éclair à propos de la perte de vision*. Téléchargé au <http://www.cnib.ca/fr/apropos/medias/info-eclair/pages/Default.aspx>
- Institut canadien d'information sur la santé. (2015). *Ergothérapeutes 2014* [fichier de données]. Téléchargé au <https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?pc=PCC375>
- Institut de recherche en politiques publiques. (2015). *Élaborer une stratégie nationale pour les aînés*. Téléchargé au <http://irpp.org/wp-content/uploads/2015/10/rapport-2015-10-07.pdf>
- 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
- Société Alzheimer Canada. (2015). *Les chiffres sur la maladie au Canada*. Téléchargé au <http://www.alzheimer.ca/fr/About-dementia/What-is-dementia/Dementia-numbers>.
- Sondage national des médecins. (2015). *Sondage national des médecins*. Téléchargé au <http://nationalphysiciansurvey.ca/fr/>
- Statistique Canada. (2011). *Population urbaine et rurale, par province et territoire (Colombie-Britannique)*. Téléchargé le 22 décembre 2015, au <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/demo62k-fra.htm>
- WorkBC. (n.d.). *Occupational therapists*. Téléchargé au <https://www.workbc.ca/Job-Seekers/Career-Profiles/3143#>

À propos des auteures

Havelin Anand est directrice des affaires et politiques gouvernementales à l'ACE. On peut la joindre à : hanand@caot.ca.

Alison Douglas est directrice des normes à l'ACE. On peut la joindre à : adouglas@caot.ca.

Faits saillants : le mois de l'ergothérapie d'octobre 2015 à l'ACE

Havelin Anand, Giovanna Boniface, Janet Craik, Suzanne Maurice Kay et Julie Lapointe

À u Canada, depuis 2004, on célèbre le mois de l'ergothérapie en octobre (Klump, 2005)¹. L'Association des ergothérapeutes (ACE) et son personnel croient que le mois d'octobre est une période de réjouissances! C'est en effet la période idéale pour sensibiliser la population à notre apport unique à la santé et au bien-être des gens. Ce bref article met en relief certaines des activités et des réussites de la campagne de sensibilisation de l'ACE tout au long du mois de l'ergothérapie 2015. Nous espérons que ce partage d'expériences suscitera votre intérêt et votre engagement à participer et organiser des activités dans le cadre du mois de l'ergothérapie 2016, afin que nous puissions atteindre ensemble notre vision—qui est de veiller à ce que l'ergothérapie soit reconnue et accessible à travers le Canada.

Présentations inspirantes : un deuxième rendez-vous

Cette activité d'une demi-journée à Ottawa comprenait une séance de mobilisation des connaissances, une activité de réseautage et les présentations de quatre conférenciers d'honneur. Le transport était offert entre Kingston et Ottawa et entre Montréal et Ottawa, pour permettre à des membres de l'ACE de participer avec nous à cette série d'activités amusantes et suscitant la réflexion. Pendant l'activité de réseautage, un guitariste a interprété des pièces de jazz qui ont contribué à créer un esprit de groupe enjoué et une atmosphère conviviale. Des étudiants de l'Université McGill, de la Queen's University et de l'Université d'Ottawa ont participé de nombreuses façons à la réussite de cet événement. En effet, l'équipe de bénévoles étudiants a participé à la promotion, la décoration et l'inscription, et tous les étudiants ont saisi cette occasion de raffermir leur identité professionnelle. Un total de 74 participants



Réseautage pendant les Présentations inspirantes 2015 de l'ACE.

ont assisté à cet événement, ce qui nous permet d'envisager avec enthousiasme un plus grand nombre de Présentations inspirantes dans les prochaines années. Vous pouvez regarder certains de nos conférenciers sur notre chaîne Youtube, au : <https://www.youtube.com/watch?v=my8BMZQdTcA> et <https://www.youtube.com/watch?v=TrtXfOffvOM>

Médias sociaux : #défiergothérapiquede31jours

Le #défiergothérapiquede31jours est une activité basée sur les médias sociaux qui a été lancée pour faire connaître et promouvoir l'ergothérapie pendant le mois de l'ergothérapie. Pour relever ce défi, on demandait simplement aux ergothérapeutes canadiens de parler à une personne par jour au sujet de l'ergothérapie, pendant les 31 jours du mois de l'ergothérapie. Bien que ce défi s'adressait initialement aux ergothérapeutes canadiens, la campagne s'est rapidement propagée à travers le monde et a entraîné la participation de 16 pays. Avec plus de 7500 messages affichés sur Twitter et Facebook pendant le mois de l'ergothérapie, le #défiergothérapiquede31jours s'est traduit par plus de 10 millions d'impressions sur les médias sociaux! De plus, tout au long du mois, le mot-clic #défiergothérapiquede31jours a été parmi les deux sujets tendance les plus populaires sur Twitter dans le domaine des soins de santé (tel que mesuré par le Symplur Healthcare Hashtag Project: <http://www.simplur.com/healthcare-hashtags>). Une évaluation effectuée après le défi a permis de conclure que l'ACE devrait organiser cette activité à tous les ans. Merci à tous ceux qui ont participé. Surveillez notre prochaine campagne pendant le mois d'octobre 2016.

Bureau national de l'ACE : Journée portes ouvertes

Le 15 octobre 2015, les membres et des parties prenantes de l'ACE se sont joints au personnel pour célébrer l'ouverture officielle du nouveau siège social de l'Association, situé au 34, chemin Colonnade, à Ottawa. Ce nouvel édifice comprend des espaces de bureaux bien éclairés, de même qu'une grande salle de réunion équipée de la technologie audiovisuelle de pointe pour les rencontres et les événements. La présidente Lori Cyr et la directrice générale Janet Craik ont présidé la cérémonie d'inauguration et ont procédé à l'ouverture officielle de notre nouveau siège social. Les membres du personnel étaient très fiers de faire des visites guidées du bureau et ils ont profité de l'occasion pour présenter quelques travaux et projets spéciaux de l'Association. Les invités ont pu apprécier ce que l'ACE a à offrir à la profession et à ses membres, poser des questions et socialiser avec la direction, le personnel et certaines des personnes qui ont contribué à faire de ce nouvel emplacement une réalité. Nous sommes impatients d'ouvrir nos portes à nouveau l'an prochain et nous espérons que vous viendrez partager avec nous l'enthousiasme et l'engagement de tous les membres d'équipe du bureau national de l'ACE!

¹ Avant 2004, une seule semaine était consacrée à cet événement.

L'ACE-CB : Activités provinciales

Pour une deuxième année de suite, le Government of British Columbia a déclaré que le mois d'octobre serait le mois de l'ergothérapie. L'ACE-CB a participé à 17 activités tout au long du mois d'octobre, qui a été le mois le plus occupé à ce jour pour le chapitre. Parmi les activités organisées pendant le mois, citons la participation du gouvernement provincial, des présentoirs centrés sur les consommateurs, des présentations des étudiants, une conférence présentée à un grand regroupement de pharmaciens, la participation de l'ACE-CB à des événements intraprofessionnels et une célébration honorant les lauréats des prix de l'ACE-CB. Dans le cadre d'une campagne de sensibilisation de la population, l'ACE-CB a amorcé une série de rencontres avec cinq ministres gouvernementaux et a reçu des réponses positives de chacun d'entre eux. Nous avons reçu un honneur spécial après notre rencontre avec le ministre de la santé. En effet, l'honorable Terry Lake a écrit sur son microblogue : « j'ai eu une bonne rencontre avec l'ACE-CB à #kamloops aujourd'hui. L'ergothérapie représente un élément important de l'avenir des soins de santé en #CB. » Nous aimerions exprimer notre reconnaissance à tous les bénévoles qui ont appuyé les activités de l'ACE-CB pendant le mois de l'ergothérapie. La réussite du mois de l'ergothérapie n'a été possible que grâce à votre dévouement et votre engagement.



De gauche à droite : Giovanna Boniface, directrice générale de l'ACE-CB; l'honorable Terry Lake, ministre de la santé de la Colombie-Britannique; Catherine Backman, professeure au Department of Occupational Science and Occupational Therapy à l'University of British Columbia.

Élections : Stratégie électorale 2015

Dans le cadre des élections fédérales du 19 octobre 2015, l'ACE a élaboré une trousse de ressources intitulée 'Stratégie électorale', pour appuyer les ergothérapeutes dans leurs activités de représentation. Cet outil comprenait un modèle de lettre de représentation, des questions et des réponses possibles pouvant être utilisées pour discuter de l'ergothérapie avec des candidats et plusieurs exemples de micromessages que les ergothérapeutes pouvaient afficher sur des microblogues. Le 1er octobre dernier, l'ACE a aussi tenu une Discussion autour de la fontaine d'eau sous forme de webinaire afin de présenter la Stratégie électorale. Les membres de l'ACE ont trouvé qu'il s'agissait d'une « ressource inestimable »; cette trousse a été visitée près de 600 fois pendant le mois de l'ergothérapie. Après les élections, l'ACE a affiché un document intitulé 'Ressources post-électorales (2015)', qui contenait un modèle de lettre pouvant être utilisé pour envoyer des messages de félicitations aux nouveaux députés fédéraux élus.

Conclusion

Le mois de l'ergothérapie est une occasion pour célébrer et promouvoir le travail important que nous accomplissons. Ce mois désigné est une occasion idéale pour revendiquer une société juste et inclusive et pour situer l'ergothérapie en tant que profession essentielle au sein des systèmes de santé et de services sociaux. L'ACE encourage tous ses membres à participer aux activités du mois de l'ergothérapie avec fierté, afin de reconnaître qu'en travaillant avec les gens pour les aider à participer aux occupations qu'ils doivent et désirent faire, il est possible de bâtir un monde meilleur.

Références

- Association canadienne des ergothérapeutes. (2015). *Stratégie électorale 2015*. Téléchargé au <http://www.caot.ca/ElectionPlaybook/Strategie%20electorale%202015.pdf>
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2015). *Ressources post-électorales 2015*. Téléchargé au <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=1449>
- Klump, L. (2005). Le mois national de l'ergothérapie. *Actualités ergothérapiques*, 7(2), 22.



Lori Cyr et Janet Craik, respectivement présidente et directrice générale de l'ACE, font l'ouverture officielle du bureau national de l'ACE, pendant la journée portes ouvertes.

À propos des auteures

Havelin Anand est directrice des affaires et des politiques gouvernementales à l'ACE. On peut la joindre à : hanand@caot.ca. **Giovanna Boniface** est la directrice générale de l'ACE-CB. On peut la joindre à : gboniface@caot.ca. **Janet Craik** est directrice générale de l'ACE. On peut la joindre à : jcraik@caot.ca. **Suzanne Maurice Kay** est la directrice des ressources humaines à l'ACE. On peut la joindre à : skay@caot.ca. **Julie Lapointe** est directrice de la pratique professionnelle à l'ACE. On peut la joindre à : jlapointe@caot.ca.

De grandes avancées pour les assistants de l'ergothérapeute

Tony Wang, Adrienne Yarrow et Elizabeth Steggles

À l'automne 2015, nous (Tony et Adrienne) avons fait un stage intraprofessionnel non clinique dans un nouveau rôle, sous la supervision de Elizabeth Steggles, qui était alors la directrice des normes à l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). Tony était un étudiant en ergothérapie de première année à la McMaster University, alors qu'Adrienne était une étudiante de deuxième année du programme d'enseignement à l'assistant de l'ergothérapeute/l'assistant du physiothérapeute (AE/AP) du Collège Mohawk. Notre objectif était d'aider l'ACE à identifier et introduire des mécanismes de soutien plus généraux pour la communauté des assistants de l'ergothérapeute (AE) et du personnel de soutien en ergothérapie. Cet article décrit notre expérience et les leçons que nous avons apprises.

Après l'introduction de l'agrément volontaire des programmes canadiens d'enseignement à l'assistant de l'ergothérapeute/l'assistant du physiothérapeute en 2012, l'ACE a reconnu le besoin d'examiner les ressources offertes aux AE et autres membres du personnel de soutien en ergothérapie. Pour ce faire, les catégories d'adhésion de l'ACE ont été révisées à l'automne 2015, afin de témoigner de la reconnaissance des diplômés des programmes d'enseignement agréés pour les AE/AP. L'ACE prévoit également mettre en œuvre plusieurs de nos suggestions que nous avons émises dans le cadre de notre stage.

Approche

Pendant notre stage, nous avons travaillé sous la supervision et la collaboration du personnel des services aux membres et des services d'apprentissage de l'ACE. Ensemble, nous avons élaboré le plan d'un projet qui comprenait les éléments suivants : participation avec la communauté des AE (étudiants, praticiens et enseignants) par l'intermédiaire de groupes de réflexion et d'un sondage en ligne visant à déterminer les ressources requises; révision du contenu du site web de l'ACE consacré aux AE et au personnel de soutien en ergothérapie; présentation de nos résultats au personnel de l'ACE et consultations sur les changements suggérés; rédaction d'un rapport final; révision et mise à jour initiales de la *Prise de position de l'ACE : Le personnel auxiliaire en ergothérapie (2011)* et finalement, préparation du présent article pour les *Actualités ergothérapeutiques* afin de partager nos résultats et nos expériences.

Résultats du projet

- Peu d'étudiants des programmes de formation des AE sont membres de l'ACE, malgré le fait que l'adhésion est gratuite pour ces étudiants.
- Les ergothérapeutes et autres professionnels de la santé ne connaissent pas la portée de la pratique des AE. Cela semble créer un fossé entre les ergothérapeutes et les AE.
- De nombreux AE ont déclaré qu'ils ne saisissaient pas toutes les possibilités, ou qu'on ne leur offre pas les possibilités adéquates pour mettre leurs compétences à contribution.
- Les AE et le personnel de soutien en ergothérapie ont exprimé le

désir d'avoir plus de possibilités de réseautage.

- Il serait essentiel d'avoir une ressource pour afficher des emplois pour les AE et le personnel de soutien en ergothérapie.
- Il serait utile d'avoir des ressources adaptées aux besoins des AE et du personnel de soutien en matière de développement professionnel.
- Les enseignants, en particulier ceux de l'Ontario, ont de la difficulté à offrir des possibilités de stages aux AE. Il s'agit d'un problème particulier pour les programmes qui doivent répondre aux exigences de l'agrément.
- Le recrutement de milieux de stages et de précepteurs de stage pour les AE repose largement sur les réseaux personnels des enseignants.
- Les enseignants des programmes de formation des AE utilisent les prises de position de l'ACE et les vidéos et publications sur le personnel de soutien, mais les praticiens (AE) utilisent rarement les ressources de l'ACE.
- Des manuels à contenu canadien sont requis pour les AE/AP.
- Les AE ont les compétences requises pour faire des interventions qui sont parfois déléguées à du personnel auxiliaire, à qui l'on doit donner des directives additionnelles pour que la tâche soit faite adéquatement. Par ailleurs, on s'attend souvent à ce que les AE fassent des tâches qui ne font pas partie de la portée de leur pratique et qui devraient être effectuées par du personnel auxiliaire.
- Il est primordial de faire connaître le rôle des AE à l'ensemble des milieux, en particulier dans la communauté, notamment face à des tâches comme l'installation et la démonstration d'équipement ou d'aides techniques et l'assistance aux activités de la vie quotidienne.
- La *Prise de position de l'ACE : Le personnel auxiliaire en ergothérapie (2011)* et le *Profil de la pratique du personnel auxiliaire en ergothérapie (2009)* doivent être révisés pour témoigner des changements survenus depuis la mise en œuvre de l'agrément.

Suggestions

Les suggestions suivantes, basées sur les résultats de notre projet, ont été faites à l'ACE :

1. Mise à jour de la section sur les assistants de l'ergothérapeute/le personnel de soutien sur le site web de l'ACE, qui comprend maintenant :
 - Des offres d'emploi
 - Des ressources, par exemple, de l'information sur les programmes d'enseignement à l'AE/AP et des possibilités de développement professionnel
2. Offrir des possibilités de développement professionnel
3. Créer un forum de réseautage
4. Favoriser une meilleure connaissance du rôle des AE et du personnel de soutien chez les ergothérapeutes et les autres fournisseurs de la santé
5. Faire valoir le rôle des AE dans la pratique à base communautaire et dans d'autres secteurs

6. Faire valoir les avantages liés au rôle de précepteur d'AE et offrir des possibilités de stages
7. Publier des manuels à contenu canadien pour les AE
8. Mettre sur pied un comité sur les AE, formé de représentants étudiants
9. Créer un prix pour les AE s'étant distingués
10. Présenter un volet sur les AE au congrès annuel de l'ACE
11. Revoir et mettre à jour le profil de la pratique et les prises de position concernant les AE et le personnel de soutien
12. Consacrer une nouvelle chronique aux AE et au personnel de soutien dans les *Actualités ergothérapeutiques*

Réflexions

Ce projet nous a permis de vivre une expérience de stage dans un milieu non traditionnel, et nous aimerions vous faire part de nos réflexions sur cette expérience, sous forme d'entrevue.

Avez-vous acquis de nouvelles habiletés?

Adrienne: J'ai acquis de solides habiletés pour la collaboration et j'ai appris les rôles de l'ergothérapeute et de l'assistant de l'ergothérapeute de manière très pratique et très claire. J'ai découvert qu'il est essentiel de bien connaître les rôles et compétences de l'assistant de l'ergothérapeute et de l'ergothérapeute pour préciser l'apport important des AE dans les interventions ergothérapeutiques.

Tony: J'ai lu des documents que je n'avais jamais consultés auparavant, par exemple, la *Prise de position de l'ACE : Le personnel auxiliaire en ergothérapie e (2011)* et le *Support Personnel E-Learning Module* présenté par le College of Occupational Therapists of Ontario et le College of Physiotherapists of Ontario (n.d.). Ces documents m'ont aidé à comprendre le rôle et la portée de la pratique des AE et, en particulier, les sept compétences du personnel de soutien. Le fait de travailler avec ma collègue étudiante du programme de formation des AE m'a permis d'acquérir des compétences en collaboration intraprofessionnelle. L'animation de groupes de réflexion et la rédaction de cet article m'ont également permis d'améliorer mes compétences en communication verbale et écrite.

Qu'avez-vous appris au sujet de l'ACE, dans le cadre de cette expérience?

Adrienne et Tony: Nous avons appris que l'ACE soutient la pratique de l'ergothérapie et nous avons mieux compris le fonctionnement de notre association nationale. À mesure que nous avons identifié des ressources possibles pour les AE, nous avons eu le plaisir de constater que le personnel de l'ACE tenait compte de nos suggestions et prévoyait mettre en œuvre bon nombre de ces suggestions.

Avez-vous réussi à contribuer à la communauté des AE à travers ces expériences?

Adrienne: Oui! J'ai le sentiment d'avoir appuyé ma communauté et d'avoir contribué à son développement en établissant des liens avec des collègues pour cibler leurs besoins. Je continuerai aussi de faire du bénévolat au sein de l'ACE et de participer à la mise en œuvre des

initiatives qui appuient la pratique des AE.

Tony: Quand j'obtiendrai mon diplôme, je comprendrai beaucoup mieux le rôle et la portée de la pratique des AE, et cela me permettra de favoriser la collaboration, ce qui sera bénéfique pour mes clients. De plus, j'ai participé à la mise à jour de la *Prise de position de l'ACE : Le personnel auxiliaire en ergothérapie (2011)* et j'ai contribué à l'élaboration de ressources additionnelles pour les AE.

Avez-vous trouvé des failles dans votre expérience de stage?

Adrienne et Tony: Les stages des étudiants en ergothérapie et les stages des AE sont offerts à des moments différents; il a donc été difficile de planifier ce stage conjoint.

Dans notre cas, nous avons seulement passé quatre semaines ensemble, plutôt que les huit semaines complètes de notre stage, qui nous auraient permis d'accomplir beaucoup plus. De plus, dans un monde idéal, l'étudiant en ergothérapie participerait à un stage final plutôt qu'à un stage de première année, et il aurait donc acquis plus de connaissances fondamentales au préalable. Nous recommandons une plus grande collaboration entre les programmes d'ergothérapie et les programmes de formation des AE pour faciliter ce genre d'expérience d'apprentissage intraprofessionnelle, qui est inestimable.

Avez-vous pu tirer profit de vos forces respectives?

Adrienne: La formation en recherche de Tony a été un grand atout pour le projet, en particulier pour trouver de l'information dans des articles universitaires.

Tony: Comme nous devons coordonner le projet avec différentes parties, nous devons bien communiquer pour demeurer centrés sur la tâche. Le grand sens de l'organisation d'Adrienne nous a été particulièrement utile. Le milieu de travail coopératif nous a permis d'identifier les compétences de chacun et d'assigner les tâches adéquatement.



Adrienne et Tony

À propos des auteurs

Tony Wang est un étudiant de deuxième année en ergothérapie à la McMaster University. On peut le joindre à : nuow@mcmaster.ca.

Adrienne Yarrow est diplômée du Programme d'enseignement à l'assistant de l'ergothérapeute/l'assistant du physiothérapeute (AE/AP) du Collège Mohawk et elle travaille à titre d'assistante en réadaptation au Hotel Dieu Shaver Rehabilitation Centre. On peut joindre Adrienne à : amyarrow@live.com.

Au moment du stage décrit dans cet article, **Elizabeth Steggles** était directrice des normes à l'ACE et elle était en transition vers la retraite. On peut la joindre à : elizabethsteggles@rogers.com.

Quel a été impact pour vous de parler à la communauté des AE ?

Adrienne: Je me suis rendu compte que j'étais dans la même situation que les AE que j'essayais d'aider, c'est-à-dire que les ressources sont limitées pour la communauté des AE. Je comprends aussi beaucoup mieux comment je peux contribuer encore davantage et j'ai appris l'importance d'élargir la profondeur et l'étendue de mon expérience.

Tony: Je me rends compte à présent qu'il y a un certain manque de collaboration intraprofessionnelle entre les ergothérapeutes et les AE. Cela m'a incité à faire valoir la communauté des AE auprès de mes collègues ergothérapeutes, tout en me permettant de rehausser mes propres compétences pour travailler efficacement avec les AE.

Quel conseil donneriez-vous à des étudiants qui auraient l'occasion de vivre une expérience semblable ?

Adrienne et Tony: Il est essentiel que les ergothérapeutes et les AE aient une bonne compréhension de la portée de leurs pratiques, de leurs forces et de leurs compétences respectives. Ce n'est qu'alors qu'il est possible de déterminer le rôle de chaque intervenant pour élaborer ensemble le plan d'un projet.

Avez-vous appris quelque chose de nouveau sur vos rôles respectifs ?

Adrienne: J'ai appris que la profession d'ergothérapeute est très vaste et qu'elle offre plusieurs avenues de carrière inexplorées pour les AE. Les ergothérapeutes ont la possibilité de faire valoir les AE pour améliorer la prestation des services d'ergothérapie.

Tony: J'ai acquis une nouvelle perspective sur la portée de la pratique des AE et sur les différents rôles que les AE peuvent jouer pour aider les clients à améliorer leur rendement occupationnel. Leurs compétences sont un véritable atout au sein de l'équipe de santé.

Remerciements

Nous aimerions exprimer notre reconnaissance à Lorie Shimmell, directrice de la formation clinique au Master of Science in Occupational Therapy Program de la McMaster University ainsi qu'à Brooke Malstrom, coordonnatrice du programme d'enseignement à l'AE/AP du Collège Mohawk. Sans leurs revendications et leur souplesse, ce stage n'aurait pas été possible. Nous tenons aussi à remercier les participants des groupes de réflexion, les personnes qui ont répondu à notre questionnaire et le personnel de l'ACE, en particulier, Chantal Houde, la représentante des services aux membres.

Références

Association canadienne des ergothérapeutes. (2011). *Prise de position de l'ACE : Le personnel auxiliaire en ergothérapie*. Téléchargé au <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=161>

Association canadienne des ergothérapeutes. (2009). *Profil de la pratique du personnel auxiliaire en ergothérapie*. Téléchargé au https://www.caot.ca/pdfs/SupportPer_Profile.pdf

College of Occupational Therapists of Ontario and the College of Physiotherapists of Ontario. (n.d.). *Support Personnel E-Learning Module*. Téléchargé au <http://www.coto.org/resource/learning/ElearningModule.asp>

SANTÉ MENTALE



L'ergothérapie pour les personnes ayant un trouble de stress post-traumatique lié à la vie militaire : un appel à l'action au Canada

Erin Rivers et Sara Saunders

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est un problème de santé mentale complexe qui change le cours de la vie et qui peut entraîner un dysfonctionnement occupationnel important, de même qu'une réduction de la qualité de vie (Lopez, 2011). Les personnes ayant un TSPT ont été exposées à un ou plusieurs événements traumatisants et elles ont différents symptômes ayant des répercussions sur la cognition, l'humeur, le comportement, l'état d'éveil, la réactivité et la reviviscence de l'événement, qui entraînent souvent une détresse importante et une invalidité fonctionnelle (American Psychological Association, 2013). Le TSPT peut devenir une maladie chronique, et il peut avoir des effets sur tous les aspects de la vie des personnes ayant ce diagnostic, de même que sur leur famille et leur communauté (Lopez, 2011; Dekel et Monson, 2010).

Au sein des populations militaires, le TSPT peut survenir à la suite d'événements traumatisants comme le combat, l'emprisonnement et la perte de camarades (Richardson, Elhai, et Sareen, 2011). On estime que le conflit en Afghanistan aurait entraîné un diagnostic de TSPT chez un militaire sur cinq ayant participé aux combats (Dekel et Monson, 2010) et une augmentation des suicides associés au TSPT (Paré, 2013). De plus, on estime que la prévalence combinée de TSPT et de dépression chez les membres actuels des Forces canadiennes est de 15 %, avec une prévalence tout au long de la vie que l'on estime être de plus de 30 %. La prévalence de TSPT chronique est encore plus élevée chez les anciens combattants que chez les membres des services militaires (Paré, 2013). Ces estimations peuvent être plus basses que les pourcentages réels, car bon nombre de militaires ne dévoilent pas leur TSPT en raison des préjugés et des conséquences négatives au sein des Forces canadiennes, comme la perte de son poste (Paré, 2013; Gouvernement de Canada, 2015).

Malgré le nombre imposant de militaires et d'anciens combattants touchés par un TSPT, les possibilités de soutien en matière de santé mentale fournies soient par des ressources non militaires (cliniques civiles) ou par des ressources militaires (services des Forces canadiennes ou des Anciens combattants Canada), ne sont pas idéales. En effet, les programmes civils en santé mentale sont parfois coûteux, et ils ne sont pas toujours adéquats, compte tenu des antécédents, de l'horaire et des préoccupations uniques des personnes ayant un TSPT lié à la vie militaire (Elliot, 2010). De plus, il peut aussi être très difficile de naviguer à travers les ressources militaires en santé mentale. Le personnel militaire peut faire face à de nombreuses barrières au sein des Forces canadiennes et des Anciens combattants Canada, notamment de longues procédures administratives, le manque de clarté face à l'admissibilité et aux exigences des interventions, des contraintes liées à l'emploi, la difficulté de se prévaloir d'indemnités pour invalidité et de services de santé mentale, et le retour au combat (Cudmore, 2013; Stewart, 2014). Les autres barrières à l'accessibilité des services peuvent être les préjugés sociaux envers le TSPT, de même que les limites associées aux symptômes du TSPT (Paré, 2013).

Compte tenu du grand nombre de militaires et d'anciens combattants touchés par un TSPT et des préoccupations liées à leurs soins, les ergothérapeutes ont beaucoup à offrir pour aborder les besoins de ces

individus. Ainsi, le but de cet article est d'illustrer les défis occupationnels auxquels les militaires et les anciens combattants vivent avec un TSPT font face, et de mettre en relief quelques façons dont les ergothérapeutes peuvent favoriser le rétablissement et la résilience de cette population.

Le rôle de l'ergothérapie

Pendant la Première et la Deuxième Guerres mondiales, les premiers ergothérapeutes, que l'on appelait alors des « aides de guerre », traitaient les soldats ayant des handicaps physiques et mentaux (Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 2012). Encore aujourd'hui, les ergothérapeutes ont une perspective qui leur permet de saisir la complexité des problèmes vécus par les militaires et les anciens combattants (ACE, 2012). En effet, les ergothérapeutes considèrent la personne, son environnement et ses occupations, de même que les interactions entre ces éléments (Law et al., 1996), et le TSPT a des répercussions sur toutes ces sphères. Ainsi, les ergothérapeutes sont dans une position unique pour déterminer les facteurs favorables et défavorables au rendement occupationnel et pour élaborer des interventions fondées sur les faits et centrées sur le client, afin de soutenir les membres des services militaires ayant un TSPT et leur famille.

L'impact du TSPT sur les occupations

Les effets du TSPT peuvent se manifester dans tous les aspects de la vie du personnel militaire et des anciens combattants. En ce qui a trait aux relations interpersonnelles, les personnes ayant un TSPT s'isolent socialement, parce qu'elles ont de la difficulté à établir et à conserver des relations positives et significatives avec les membres de leur famille et les membres de la communauté au sens large (Plach et Sells, 2013). Leurs relations avec les membres de leur famille peuvent souvent être compliquées davantage par les symptômes du TSPT, qui entraînent une mauvaise gestion des conflits et une difficulté à résoudre des problèmes, de même que par la manifestation de comportements agressifs lorsque les membres de la famille sont perçus comme une menace (Dekel et Monson, 2010). Ces effets peuvent être combinés à une mauvaise compréhension du trouble, provoquant d'autres mauvais traitements ou une plus grande tendance des militaires à s'isoler de leur famille (Lopez, 2011). Les personnes ayant un TSPT peuvent aussi perdre leurs liens avec d'autres personnes dans leur communauté, en raison d'un certain détachement émotif, et elles en arrivent aussi à éviter ou à se désintéresser de divers endroits et activités (Dekel et Monson, 2010). Les préjugés sociaux et le manque de compréhension du TSPT compliquent encore davantage la participation de ces personnes dans la communauté (Plach et Sells, 2013).

Les symptômes du TSPT peuvent avoir de nombreux effets néfastes sur les occupations. De nombreuses personnes ont de la difficulté à exercer leurs rôles occupationnels en raison des répercussions du TSPT sur leurs relations décrites précédemment, et en raison du deuil et du stress élevés associés à la progression des symptômes, des congés de maladie ou de leur perte d'identité militaire à la suite de leur libération du

service militaire (Paré, 2013; ACE, 2012). Les occupations peuvent être encore perturbées davantage par des troubles du sommeil et l'insomnie associés aux cauchemars, aux flashbacks et au stress lié au travail, qui nuisent énormément au fonctionnement pendant le jour et à la qualité de vie (Plach et Sells, 2013; Blount, Cigrang, Foa, Ford et Peterson, 2014). Des comportements autodestructeurs associés à la toxicomanie peuvent aussi être observés au sein de cette population (Plach et Sells, 2013; Paré, 2013; Robinette, Burkner, Najera et Radomski, 2012) et avoir des effets néfastes sur les occupations qui favorisent la santé et le bien-être. Les personnes ayant un TSPT peuvent hésiter à conduire leur voiture pour éviter les attaques de panique, la peur et les flashbacks, et elles peuvent avoir des comportements mésadaptés au volant, comme rouler trop vite et ne pas respecter le code de la route (Lopez, 2011; Plach et Sells, 2013; ACE, 2012). De nombreux membres des services militaires ayant un TSPT ont de la difficulté face à leurs soins personnels après leur retour de mission, en raison sans doute de blessures physiques, de leur libération du service militaire ou d'un changement soudain de structure, combinés à des changements d'humeur et de volition (Plach et Sells, 2013). Tous ces problèmes peuvent rendre le retour au travail, la recherche d'emploi, le maintien en poste ou encore la réussite des études extrêmement difficiles (Plach et Sells, 2013; Lopez, 2011). Finalement on a constaté que les militaires ayant un TSPT réduisent parfois leur participation à des activités de loisirs saines en raison de leur affect émoussé, de leur moins grande capacité de ressentir du plaisir et de leur manque de perspective positive face à l'avenir (Robinette et al., 2012). Lorsque l'on considère tous ces facteurs ensemble, il est possible de comprendre l'impact d'un TSPT sur l'identité occupationnelle d'une personne. L'identité occupationnelle est définie comme le sens complexe de ce que la personne est et de ce qu'elle souhaite devenir en tant qu'être occupationnel (Kielhofner, 2008).

L'intervention ergothérapique

Les ergothérapeutes peuvent aborder l'impact des TSPT liés à la vie militaire : 1) en offrant des interventions aux militaires, aux anciens combattants et à leur famille, 2) en collaborant avec des équipes interprofessionnelles, 3) en participant à des initiatives spéciales, comme la zoothérapie et la participation des pairs, et 4) en prenant part à l'élaboration de politiques et à la recherche.

Interventions individuelles et familiales

Lorsqu'ils travaillent avec des personnes ayant un TSPT, les ergothérapeutes peuvent leur offrir des soins sensibles aux traumatismes, en tenant à jour leurs connaissances sur les traumatismes et en situant la sécurité physique et émotionnel des clients au cœur de l'intervention. L'ergothérapeute doit respecter et chercher à comprendre les expériences traumatisantes des clients et les effets de ces expériences sur leur vie quotidienne (Kitchen et Hosegood, 2015). Pour ce faire, ils peuvent par exemple travailler en vue d'amener les militaires à accepter de l'aide (Robinette et al., 2012) tout en leur offrant de l'éducation et du soutien, de même qu'à leur famille. Une fois que la relation et la confiance sont établies, les ergothérapeutes peuvent enseigner des habiletés pour l'autogestion des symptômes du TSPT, par ex., la détermination des objectifs, le choix et l'horaire des occupations significatives, l'hygiène du sommeil, des techniques de relaxation et des méthodes de réduction du stress. Ces nouvelles habiletés peuvent favoriser la résilience et le rendement occupationnel, tout en facilitant la reprise graduelle de la participation des clients à des activités liées aux soins personnels et à des occupations productives et de loisirs, ce qui favorise encore davantage la résurgence de l'identité occupationnelle (Robinette et al., 2012; Lopez, 2011).

À propos des auteures

Erin Rivers, CSEP-CEP, a récemment obtenu son diplôme du programme d'ergothérapie de l'Université Mc-Gill. On peut la joindre à : rivers@mail.mcgill.ca. **Sara Saunders, PhD, OT(C)**, est professeure adjointe (professionnelle) et directrice associée du programme d'ergothérapie de l'Université McGill. On peut la joindre à : sara.saunders@mcgill.ca.

Pour appuyer davantage les objectifs des clients, les ergothérapeutes peuvent collaborer avec des psychologues et des conseillers afin de mettre au point des interventions spécifiques au TSPT, axées sur la motivation et la psychothérapie (Lopez, 2011). On a montré que ces interventions rehaussaient l'optimisme et l'engagement face au changement, tout en réduisant certains symptômes du TSPT qui sous-tendent le dysfonctionnement occupationnel (Richardson et al., 2011). Pour les anciens militaires et les militaires actuels ayant un TSPT, ces interventions sont mieux orchestrées lorsqu'elles sont très structurées et qu'elles se rapprochent d'une routine militaire régimentée (Blount et al., 2014).

En ce qui concerne les militaires qui travaillent, les ergothérapeutes peuvent revendiquer l'intégration de séances intensives quotidiennes en externe, de même qu'une réduction des tâches militaires, afin que les clients puissent se concentrer sur leur rétablissement, tout en ayant de nombreuses possibilités de généraliser leurs apprentissages. Les séances ergothérapiques peuvent être composées des éléments suivants : détermination d'objectifs quotidiens, jeux de rôle ou scénarios basés sur la réalité virtuelle, usage structuré de l'imagerie, exposition à des stimuli ou situations qui déclenchaient auparavant de la détresse, introduction d'adaptations et d'aides techniques, et séances de rétroaction et d'encadrement (Robinette et al., 2012; Blount et al., 2014). Ces interventions visent éventuellement à favoriser le retour au travail en douceur et efficace des militaires et la poursuite des tâches régulières de travail (ACE, 2014). De plus, on a démontré que le soutien professionnel et l'entraînement à la conduite automobile aidaient les anciens combattants ayant un TSPT à se rétablir et à renforcer leur résilience (Richardson et al., 2011; ACE, 2012). Lorsque les clients en manifestent l'intérêt, les ergothérapeutes peuvent aussi appuyer et faciliter leur participation à des activités altruistes, qui favorisent la guérison des survivants de traumatismes et qui les habilitent à agir en tant qu'agents de changement positifs (Silver, 2007).

Les interventions familiales, qui comprennent les visites à domicile, les entrevues et les évaluations standardisées, permettent aux ergothérapeutes de se familiariser avec les ressources sociales des militaires et avec toute préoccupation concernant leurs relations (Lopez, 2011). Les ergothérapeutes peuvent encourager les membres des services militaires à demander du soutien social positif, car il s'agit d'un facteur de protection essentiel qui entre en jeu dans le processus de résilience et de rétablissement (Lopez, 2011).

Les équipes interprofessionnelles communautaires

Les équipes interprofessionnelles spécialisées peuvent circuler régulièrement au sein de la communauté des Forces canadiennes, pour interagir avec les membres de la communauté militaire et établir des relations, tout en améliorant l'accessibilité aux soins de santé mentale et en rehaussant la compétence culturelle de l'équipe (Robinette et al., 2012). La compétence culturelle est un concept important, que les membres de l'équipe doivent comprendre, compte tenu de la nature unique de la culture militaire. La mise en pratique de la compétence culturelle exige une plus grande connaissance de soi, de ses attitudes, de ses connaissances et de ses compétences pour travailler équitablement et efficacement avec des populations dont les membres ont des bagages culturels différents (ACE, 2009).

La zoothérapie et la participation des pairs

Les ergothérapeutes peuvent diriger les membres des services militaires et autres parties prenantes vers des services de soutien pour les TSPT, afin de favoriser la résilience et le soutien social (Lopez, 2011). Par exemple, on a constaté que l'usage de chiens dans les services psychiatriques comportait des avantages psychologiques, physiologiques et sociaux pour les anciens combattants des Forces canadiennes (Gillet et Weldrick, 2014). Le recours

à la zoothérapie peut favoriser l'acceptation des équipes de santé mentale au sein des Forces canadiennes, car cela peut rehausser la participation, le sentiment de sécurité et la motivation des militaires et des anciens combattants (Robinette et al., 2012).

Les ergothérapeutes peuvent aussi participer à la coordination des programmes par les pairs, qui font appel à l'intégration de militaires et d'anciens combattants ayant réussi à autogérer leur TSPT dans les programmes d'activités et éducatifs. On a découvert que les programmes par les pairs rehausaient la réceptivité et la motivation des participants, tout en améliorant leurs perceptions face au TSPT, c'est-à-dire qu'ils découvrent qu'il est possible de comprendre et de gérer un TSPT (Paré, 2013; Lopez, 2011).

Politique et soutien de la recherche

Malheureusement, malgré les origines militaires de l'ergothérapie, les ergothérapeutes ne sont pas bien représentés actuellement au sein des Forces canadiennes, ce qui a incité l'ACE à revendiquer une augmentation des services d'ergothérapie (ACE, 2014). Mis à part ces initiatives, les ergothérapeutes peuvent travailler au sein des Forces canadiennes, des Anciens combattants Canada et d'autres organismes gouvernementaux afin de mener des études sur les besoins occupationnels uniques des militaires et des anciens combattants, et en vue d'explorer les causes d'injustice occupationnelle associées notamment aux préjugés sur la maladie mentale, au manque de continuité des soins et aux problèmes d'accès aux services. Les ergothérapeutes peuvent aussi revendiquer des programmes d'éducation et de pratiques préventives, des programmes de dépistage des maladies mentales, des améliorations aux politiques, comme la protection de la santé mentale au travail (ACE, 2014) et des programmes de formation pour les fournisseurs de soins de santé, afin de favoriser l'acquisition de compétences sur la culture militaire (Stewart, 2012).

Conclusion

Le TSPT lié à la vie militaire touche un nombre important de membres des Forces canadiennes et d'anciens combattants (Paré, 2013). Il peut avoir un impact très négatif sur l'identité, les rôles et le rendement occupationnels et il peut entraîner une réduction du bien-être et de la qualité de vie (Plach et Sells, 2013; Robinette et al., 2012). Comme nous en avons discuté dans cet article, les besoins des membres des Forces canadiennes et des anciens combattants ayant un TSPT ne sont pas abordés adéquatement. Les ergothérapeutes sont dans une position idéale pour avoir un impact important face au traitement du TSPT, en offrant des interventions globales et centrées sur le client qui permettent de raffermir l'identité, les rôles et le rendement occupationnels, et qui favorisent le rétablissement et la résilience.

Références

American Psychological Association. (2013). *Posttraumatic stress disorder*. Téléchargé au <http://www.dsm5.org/Documents/PTSD%20Fact%20Sheet.pdf>.

Association canadienne des ergothérapeutes. (2014). *L'ergothérapie et le trouble de stress post-traumatique*. Téléchargé au <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=1229>.

Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). *L'ergothérapie pour favoriser la réussite de la transition vers la vie civile*. Téléchargé au <http://www.caot.ca/pdfs/influencing%20public%20policy/Veterans%20OT%20and%20transitions%20to%20civilian%20life%20-%20Senate%20Submission.pdf>.

Association canadienne des ergothérapeutes. (2009). *Cultural competence in occupational therapy*. Téléchargé au <http://www.caot.ca/pdfs/HTCulturalCom.pdf>.

Blount, T. H., Cigrang, J. A., Foa, E. B., Ford, H. L., et Peterson, A. L. (2014). Intensive outpatient prolonged exposure for combat-related PTSD: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21, 89-96. doi:10.1016/j.cbpra.2013.05.004

Cudmore, J. (2013). *Soldiers join forces to combat suicide and PTSD*. Téléchargé au <http://www.cbc.ca/news/politics/soldiers-join-forces-to-combat-suicide-and-ptsd-1.2461855>

Dekel, R., et Monson, C. M. (2010). Military-related post-traumatic stress disorder and family relations: Current knowledge and future directions. *Aggression and Violent Behavior*, 15, 303-309. doi:10.1016/j.avb.2010.03.001

Elliot, L. (2010). *Soldiers with severe PTSD have trouble finding help*. Téléchargé au <http://www.cbc.ca/news/canada/soldiers-with-severe-ptsd-have-trouble-finding-help-1.887423>

Gillet, J., et Weldrick, R. (2014). *Effectiveness of psychiatric service dogs in the treatment of post-traumatic stress disorder among veterans*. Téléchargé au http://www.cf4aass.org/uploads/1/8/3/2/18329873/psd_and_veterans_living_with_ptsd_-_gillett_march_23_2014_2.pdf

Gouvernement du Canada. (2015). *Services de santé mentale des Forces armées canadiennes*. Téléchargé au <http://www.forces.gc.ca/fr/communaute-fac-services-sante-mentale/index.page>.

Kielhofner, G. (2008). Dimensions of doing. Dans G. Kielhofner (Éd.), *Model of human occupation: Theory and application* (4th ed.; p. 101 à 109). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.

Kitchen, K., et Hosegood, A. (2015). Unir nos forces : les ergothérapeutes en tant qu'agents de changement offrant des soins sensibles aux traumatismes au personnel militaire et aux anciens combattants. *Actualités ergothérapeutiques*, 17(5), 24.

Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., et Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation Model: A transactive approach to occupational performance. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 63, 9-23. doi:10.1177/000841749606300103

Lopez, A. (2011). Posttraumatic stress disorder and occupational performance: Building resilience and fostering occupational adaptation. *Work*, 38, 33-38. doi:10.3233/WOR-2011-1102

Paré, J. R. (2013). *Trouble de stress post-traumatique et santé mentale des militaires et des vétérans*. Téléchargé au <http://www.parl.gc.ca/Content/LOP/ResearchPublications/2011-97-f.pdf>.

Plach, H. L., et Sells, C. H. (2013). Occupational performance needs of young veterans. *American Journal of Occupational Therapy*, 67, 73-81. doi:10.5014/ajot.2013.003871

Richardson, J. D., Elhai, J. D., et Sareen, J. (2011). Predictors of treatment response in Canadian combat and peacekeeping veterans with military-related posttraumatic stress disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199, 639-645. doi:10.1097/NMD.0b013e318229ce7b

Robinette, J. A., Burkner, A. P., Najera, C., et Radomski, M. V. (2012). Occupational therapy in the military: Working with service members in combat and at home. Dans E. Cara & A. MacRae (Eds.), *Psychosocial occupational therapy: An evolving practice* (3rd ed.; p. 876 à 919). Delmar, NY: Cengage Learning.

Silver, M. (2007). L'intervention en ergothérapie auprès des survivants de traumatismes : Évaluer la transformation de victime à survivant. *Actualités ergothérapeutiques*, 9(6), 25-27.

Stewart, A. T. (2012). *Developing military cultural competence in civilian clinicians: Working with returning U.S. military populations with combat-related PTSD*. Téléchargé au <http://www.bcosi.ca/resources/publications-archive/2012/developing-military-cultural-competence-in-civilian-clinicians---working-with-returning-u.s.-military-populations-with-combat-related-ptsd>.

Stewart, B. (2014, February 6). *Why Ottawa ignored the military's PTSD epidemic*. *CBC News*. Téléchargé au <http://www.cbc.ca/news/canada/why-ottawa-ignored-the-military-s-ptsd-epidemic-1.2524958>.

Remarque de la rédactrice en chef : Pour en savoir davantage sur le rôle de l'ergothérapie auprès des militaires et des anciens combattants, consulter les pages 23 à 26 du numéro de septembre 2015 des *Actualités ergothérapeutiques*, au : <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=394>

AÎNÉS

ÉDITRICE THÉMATIQUE :
SANDRA HOBSON

Le domicile et son importance symbolique dans la réception des soins à domicile

(Hedy) Anna Walsh

L'accent mis par le gouvernement sur les soins à base communautaire (Williams, 2006) a amené les fournisseurs de soins de santé à reconnaître les caractéristiques uniques et les valeurs symboliques attribuées au domicile, où les soins à domicile sont reçus (Gitlin, 2003). Le but de cet article est de mettre en relief l'importance et le sens symbolique du domicile pour les personnes âgées qui reçoivent des services à domicile.

La politique « Vieillir chez-soi »

Les coupures budgétaires effectuées dans les programmes de santé au Canada ont entraîné l'adoption de politiques axées sur l'importance de « vieillir chez-soi » dans la plupart des provinces. Ces politiques encouragent les personnes âgées à demeurer à domicile et à recevoir des soins à domicile. Le mandat du gouvernement de réduire les dépenses de la santé est imbriqué dans ce changement de politique (Keefe, Knight, Martin-Matthews et Légaré, 2011), car les coûts des soins à domicile sont perçus comme étant plus faibles que les coûts des soins hospitaliers ou institutionnels (Legault, 2011). Bien que la structure et la prestation des programmes à domicile varient d'une province à l'autre (Conseil de la santé du Canada, 2012), les services de soins à domicile comprennent généralement un éventail de services professionnels, comme des soins infirmiers, des interventions sociales, de l'ergothérapie, de la physiothérapie, de l'orthophonie, des services de diététistes, des soins de répit et des services de soutien personnel, comme l'habillage, l'alimentation, le bain et les soins personnels (Romanow, 2002).

Les ergothérapeutes participent aux processus de demandes de consultation et de suivi de la prestation de services à domicile et ils sont bien outillés pour contribuer à la multitude de problèmes de santé et sociaux qui affectent les personnes âgées vivant dans la collectivité (Kasperski, Power et VanderBent, 2005). Outre leurs rôles à titre de défenseurs des intérêts des clients individuels, les ergothérapeutes possèdent les compétences requises pour orienter l'élaboration de politiques relatives à l'élargissement des soins à domicile (Egan et Kadushin, 1999) visant à optimiser les expériences des personnes âgées vivant à domicile (Gantert, McWilliam, Ward-Griffin et Allen, 2008).

La population âgée au Canada

Selon le Recensement de la population de 2011, il y avait environ 5 millions (4 945 000) de personnes âgées de 65 et plus au Canada en 2011; 91,2 % de ces personnes résidaient dans des domiciles ou logements privés, alors que 7,9 % d'entre elles vivaient dans des résidences pour personnes âgées ou dans des établissements de santé ou d'autres types d'établissements (Statistique Canada, 2015). Parmi les personnes âgées de 90 ans et plus, 28,7 % vivaient seules, 12,2 % vivaient en couple et 15,7 % vivaient avec d'autres personnes,

pour un total de 5,5 % vivant dans des domiciles privés. L'autre 43,5 % résidait dans des résidences collectives, comme les établissements de soins de longue durée ou les résidences pour les personnes âgées (Statistique Canada, 2015). Ainsi, il est logique de présumer qu'un grand nombre de Canadiens âgés sont susceptibles de recevoir des soins à domicile.

Recherche sur les domiciles

En raison des engagements politiques continus d'offrir des soins à domicile, le besoin de considérer le domicile à partir de différentes perspectives est devenu plus criant (Gitlin, 2003). Le but des services de soins à domicile est de maximiser la santé et la sécurité des personnes âgées afin de leur permettre de vivre à domicile de manière autonome (Demiris, Oliver et Courtney, 2006). Les études précédentes avaient mis l'accent sur les propriétés temporelles du domicile (p. ex., les besoins en matière de logement et les conditions de logement), la sécurité dans la prévention des chutes (Lang, Edwards et Fleischer, 2008) et les aides techniques, de même que sur les interventions à domicile visant à rehausser les habiletés des individus, afin qu'ils puissent participer à des activités de la vie quotidienne (Golant, 2003) et surmonter les barrières physiques sous-jacentes qui limitent l'accessibilité du domicile (Iwarsson, Nygren, Oswald, Wahl et Tomsone, 2006). Toutefois, malgré l'importance du domicile en tant que lieu où les services sont reçus, la « maison » et son importance symbolique (Gitlin, 2003) ont été un sujet de préoccupation plutôt négligé (Martin-Matthews, 2007). En effet, on a fait le constat que les données sur l'usage et le sens symbolique de l'espace (Gitlin, 2003) sont insuffisantes (Aronson, 2004).

Par ailleurs, il semble y avoir une tentation et une tendance dans la littérature à appliquer des principes communs à tous les milieux de vie. Les études actuelles sur le milieu de vie sont davantage centrées sur les barrières environnementales que sur l'importance du milieu de vie, en tant que lieu où les relations sociales et les pratiques se déroulent (Aronson, 2004; Gitlin, 2003). Le milieu de vie est rarement représenté comme un milieu complexe dans lequel les normes culturelles sont préservées. Les fournisseurs de soins de santé doivent établir avec les clients des relations thérapeutiques positives (Preto et Mitchell, 2004) qui respectent leurs espaces de vie et leur valeur culturelle et symbolique (Kuo et Torres-Gil, 2001), tout en conservant les frontières professionnelles.

Préoccupations relatives à la prestation de services à domicile

L'examen du domicile en fonction d'autres milieux de soins de santé a permis de conclure que le domicile est, en fait, très différent. Les préoccupations au sujet du domicile sont associées à sa capacité

d'offrir un environnement pour la prestation de services médicaux complexes en toute sécurité, car il s'agit d'un milieu conçu pour la vie quotidienne plutôt que pour la prestation de services de soins à domicile (Porter, 2005). Aucune réglementation ne régit les domiciles familiaux privés où les soins à domicile sont reçus et ces milieux de vie sont entretenus individuellement, en fonction de leur structure et de leur composition individuelles (Gitlin, 2003). Contrairement aux milieux hospitaliers qui sont réglementés en vue d'optimiser la santé et la sécurité des professionnels de la santé et des clients, les domiciles ne sont pas conçus, et ils sont souvent mal équipés, pour la prestation de soins de santé (Gitlin, 2003).

Les questions concernant la vie privée (Porter, 2005) et la représentation personnelle de l'espace sont aussi extrêmement pertinentes dans le domicile, où l'aide pour le bain et l'habillage et d'autres services sont fournis. Dans ce contexte, le domicile est non seulement un endroit où des personnes habitent et reçoivent des services, mais il est aussi étroitement lié à l'identité personnelle, la vie privée, les croyances culturelles et le sentiment de sécurité générale de l'individu (Preto et Mitchell, 2004). Les clients recevant des soins à domicile considèrent leur domicile comme un lieu unique qui, contrairement au milieu hospitalier, n'est pas destiné à un usage public. En raison des valeurs culturelles et symboliques attribuées au domicile (Gitlin, 2003), les fournisseurs de soins de santé doivent être sensibles et respectueux des espaces privés (Woodward, Hutchison Abelson, 2001).

Attachement au domicile

L'attachement au domicile est un aspect important de la prestation des soins, en raison de son sens symbolique et du fait que le domicile devient une extension de l'identité de l'individu. L'association entre la « maison » et la communauté, et ses relations avec le sentiment d'appartenance de l'individu indiquent que le domicile est beaucoup plus qu'un simple lieu de résidence (Leith, 2006). À mesure que les gens vieillissent, le domicile devient le rappel d'une multitude d'expériences qu'ils ont partagées avec d'autres personnes. Mis à part la familiarité et l'accès aux ressources communautaires, la préférence des personnes âgées de « vieillir chez-eux » est souvent attribuée à un lieu physique et à la bonne correspondance entre le milieu et les capacités physiques et psychologiques de la personne (Cook, Martin, Years et Damhorst, 2007).

Les sens attribués à l'espace personnel devraient être pris en compte lors de l'élaboration de stratégies visant à permettre aux personnes âgées de « vieillir chez-elles » et de maximiser leur qualité de vie (Gitlin, 2003). Dans le climat contemporain de la réforme de la santé, il est essentiel de bien comprendre les questions liées au milieu de vie et aux expériences individuelles vécues lors de la réception de soins à domicile (Romanow, 2002). La formulation de leur importance dans la prestation de soins pourrait entraîner des pratiques plus sûres en matière de soins à domicile, favoriser la participation des clients et, éventuellement, la prestation de soins plus rentables (Anderson, Tang et Blue, 2007).

Recommandations

1. Les ergothérapeutes sont invités à élaborer des stratégies pour veiller à ce que le sens attribué au « domicile » et ses représentations symboliques et culturelles, qui sont très personnels pour chaque client (Preto et Mitchell, 2004), soient incorporés dans les plans d'intervention.
2. Les possibilités de formation continue à l'intention des étudiants et des praticiens en ergothérapie doivent mettre en relief les expériences et sentiments personnels des clients face à l'espace géographique que l'on appelle le « domicile » (Leith, 2006).
3. Les ergothérapeutes doivent définir les frontières



professionnelles et tenir compte de la vie privée des individus et du contrôle qu'ils exercent sur leur espace de vie (Martin-Matthews, 2007).

4. Les stratégies axées sur l'engagement avec les clients dans leur milieu de vie doivent refléter la façon dont les personnes âgées appartenant à des groupes ethnoculturels différents organisent leur domicile, de même que les valeurs culturelles et symboliques associées à leur domicile (Kuo et Torres-Gil, 2001).
5. D'autres études devront être menées sur le caractère unique du domicile dans lequel les sphères privées et intimes de l'espace individuel influencent les personnes âgées et leurs expériences face à la réception de soins à domicile (Martin-Matthews, 2007).

Conclusion

Le domicile est différent des établissements publics comme les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée ou les cliniques (Martin-Matthews, 2007), car la prestation de soins médicaux au domicile d'un client doit tenir compte de la propriété et des préférences du client en matière de soins (Sharkey et Lefebvre, 2008). Bien que les études antérieures aient davantage permis d'analyser le domicile à partir de différentes perspectives, on néglige souvent son importance symbolique unique (Gitlin, 2003).

Outre l'importance de prendre en considération les barrières physiques du domicile pouvant en limiter l'accès pour les personnes âgées (Iwarsson et al., 2006), il est essentiel de mieux comprendre les sens individuels attribués à la réception de soins à domicile (Kitchen, Williams, Pong et Wilson, 2011). Nous espérons que cet article suscitera l'intérêt des différents intervenants face à la nécessité de bien comprendre l'importance du domicile et des représentations symboliques qui y sont associées (Martin-Matthews, 2007).

Références

- Anderson, J., Tang, S., et Blue, C. (2007). Health care reform in the paradox of efficiency: "Writing in" culture. *International Journal of Health Services*, 37, 291-320. doi:10.2190/2416-5314-7785-70M6
- Aronson, J. (2004). "You need them to know your ways": Service users' views about valued dimensions of home care. *Home Health Care Services Quarterly*, 22(4), 85-98. doi:10.1300/J027v22n04_05
- Conseil canadien de la santé. (2012). *Aînés dans le besoin, aidants en détresse : Quelles sont les priorités de soins à domicile pour les aînés au Canada?* Téléchargé au www.healthcouncilcanada.ca/rpt_det_gen.php?id=348
- Cook, C. C., Martin, P., Years, M., et Damhorst, M. L. (2007). Attachment to "place" and coping with losses in changed communities: A paradox for

- aging adults. *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 35, 201-214. doi:10.1177/107727X06296794
- Demiris, G., Oliver, D. P., et Courtney, K. L. (2006). Ethical considerations for the utilization of telehealth technologies in home and hospice care by the nursing profession. *Nursing Administration Quarterly*, 30, 56-66.
- Egan, M., et Kadushin, G. (1999). The social worker in the emerging field of home care: Professional activities and ethical concerns. *Health and Social Work*, 24, 43-55.
- Gantert, T. W., McWilliam, C. L., Ward-Griffin, C., et Allen, N. J. (2008). The key to me: Seniors' perceptions of relationship-building with in-home service providers. *Canadian Journal on Aging*, 27, 23-34. doi:10.3138/cja.27.1.023.
- Gitlin, L. N. (2003). Conducting research on home environments: Lessons learned and new directions. *Gerontologist*, 43, 628-637. doi:10.1093/geront/43.5.628
- Golant, S. M. (2003). Conceptualizing time and behavior in environmental gerontology: A pair of old issues deserving new thought. *Gerontologist*, 43, 638-648. doi:10.1093/geront/43.5.638
- Iwarsson, S., Nygren, C., Oswald, F., Wahl, H. W., et Tomson, S. (2006). Environmental barriers and housing accessibility problems over a one-year period in later life in three European countries. *Journal of Housing for the Elderly*, 20(3), 23-43. doi:10.1300/J081v20n03_01
- Jirwe, M., Gerrish, K., et Emami, A. (2006). The theoretical framework of cultural competence. *Journal of Multicultural Nursing & Health*, 12(3), 6-16.
- Kasperski, J., Power, K., et VanderBent, S.D. (2005). *Travail social, soins primaires et équipes de santé familiale en Ontario : Prestation de soins intégrés axés sur la famille*. Téléchargé au <https://www.oasw.org/store/Store/Product.aspx?prodid=3350>
- Keefe, J. M., Knight, L., Martin-Matthews, A., et Légaré, J. (2011). Key issues in human resource planning for home support workers in Canada. *Work*, 40, 21-28. doi:10.3233/WOR-2011-1203
- Kitchen, P., Williams, A., Pong, R. W., et Wilson, D. (2011). Socio-spatial patterns of home care use in Ontario, Canada: A case study. *Health and Place*, 17, 195-206. doi:10.1016/j.healthplace.2010.09.014
- Kuo, T., et Torres-Gil, F. M. (2001). Factors affecting utilization of health services and home- and community-based care programs for older Taiwanese in the United States. *Research on Aging*, 23, 14-36. doi:10.1177/0164027501231002
- Lang, A., Edwards, N., et Fleischer, A. (2008). Safety in home care: A broadened perspective of patient safety. *International Journal for Quality in Health Care*, 20, 130-135. doi:10.1093/intqhc/mzm068
- Legault, T. (2011). Transforming care for chronic health conditions. *Canadian Medical Association Journal*, 183, E93. doi:10.1503/cmaj.109-3773
- Leith, K. H. (2006). "Home is where the heart is...or is it?" A phenomenological exploration of the meaning of home for older women in congregate housing. *Journal of Aging Studies*, 20, 317-333. doi:10.1016/j.jaging.2005.12.002
- Martin-Matthews, A. (2007). Situating 'home' at the nexus of the public and private spheres: Ageing, gender and home support work in Canada. *Current Sociology*, 55, 229-249. doi: 10.1177/0011392107073305
- Porter, E. J. (2005). Older widows' experience of home care. *Nursing Research*, 54, 296-303.
- Preto, N., et Mitchell, I. (2004). *Les questions d'éthique en soins à domicile : Sommaire et survol des présentations et discussions lors du Congrès annuel de la Société canadienne de bioéthique*. Téléchargé au http://canadiensante.gc.ca/publications/health-system-systeme-sante/2004-ethical-ethique/index-fra.php?_ga=1.80373783.1209970294.1453815638
- Romanow, R. (2002). *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*. Téléchargé au <http://publications.gc.ca/site/fra/9.630832/publication.html>
- Sharkey, S., et Lefebvre, N. (2008). One eye down and the other looking ahead: Moving on in home support and community care. *Healthcare Quarterly*, 11(4), 77-78. doi:10.12927/hcq.2008.20075
- Statistique Canada. (2015). *La situation des personnes âgées dans les ménages*. Téléchargé au https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-312-x/98-312-x2011003_4-fra.cfm
- Williams, C. C. (2006). The epistemology of cultural competence. *Families in Society*, 87, 209-220. doi:10.1606/1044-3894.3514
- Woodward, C. A., Hutchison, B. G., et Abelson, J. (2001). *"My home is not my home anymore": Improving continuity of care in homecare*. Téléchargé au http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/OGC/woodward_final.pdf

À propos de l'auteure

(Hedy) Anna Walsh, PhD, MHS., CHE, LLB/J.D., BScOT, est ergothérapeute, avocate et gestionnaire de la santé. Elle travaille actuellement à titre d'arbitre pour le Toronto Licensing Tribunal et elle représente la population au conseil de l'Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario. On peut la joindre à : hedy.walsh@utoronto.ca.

LA TÉLÉSANTÉ ET LA
TECHNOLOGIE D'ASSISTANCEÉDITRICE THÉMATIQUE :
PAM MCCASKILL

Trouver sa voix grâce à la technologie

Danielle MacDougall

L'habileté à communiquer est sans doute l'une des composantes les plus importantes de notre être. Tout au long de mon programme de formation en ergothérapie, j'ai appris l'importance de déchiffrer la communication de mes clients, que ce soit la communication physique, au moyen du langage corporel, ou la communication verbale, au moyen des mots. La communication permet aux ergothérapeutes d'aider les clients de la manière la plus significative pour eux, parce qu'il n'est pas possible d'être centré sur le client si on ne comprend pas les besoins des personnes avec qui on travaille. Heureusement, il existe des aides techniques pour favoriser l'autonomie des clients qui sont incapables de parler, en les aidant à exprimer leurs besoins, à communiquer avec le monde et à participer à des occupations faisant appel à la communication.

Dans cet article, je raconterai l'histoire de Penny Kitchen. En tant qu'assistante, puis éventuellement en tant qu'amie de Penny, j'ai été témoin de sa difficulté à communiquer ses besoins et ses désirs sans l'aide de la parole. Pour Penny, la capacité de s'exprimer a été un défi de taille et sans fin. La communication, qui est une composante intégrante de sa personne, est un élément essentiel pour entretenir ses relations, ses responsabilités communautaires, ses désirs en matière de soins personnels et ses activités de loisir. Bien que l'on puisse prétendre que la communication a la même importance pour tous, elle est encore plus importante pour Penny. En effet, Penny dépend physiquement d'un assistant et elle doit donner des directives pour qu'on l'aide à effectuer ses activités de base de la vie quotidienne.

En raison d'une complication à sa naissance, Penny a une paralysie cérébrale athétosique spastique. Bien que cette invalidité l'empêche d'utiliser le langage parlé, cela ne l'a pas empêchée de mener une vie active et sociale, de même qu'une vie civile. Outre le fait qu'elle est une fille, une sœur et une tante dévouée, Penny est une membre active et respectée de la communauté, une bénévole engagée, une entrepreneuse, une diplômée universitaire, une pratiquante à l'église et une athlète nationale en boccia, un sport adapté qui s'apparente à la pétanque.

Le cheminement de Penny vers la communication autonome n'a pas été facile ou rapide. Sa première méthode de communication, qui était la plus naturelle pour elle, était d'utiliser des expressions faciales et le langage corporel. À l'âge de sept ans, elle se servait d'une licorne frontale et d'un tableau alphabétique pour communiquer, de même que d'une machine à écrire. Ces aides techniques lui permettaient d'écrire des lettres, de faire ses devoirs et de faire du dessin. À 13 ans, Penny et sa famille ont mis au point un mode de communication basé

sur les mouvements des yeux, avec l'aide d'un interprète. Ce système consiste à poser des questions fermées, auxquelles Penny répond « oui » en regardant vers le haut, et « non » en regardant vers le bas. De plus, Penny épelle des mots et des phrases grâce à une méthode selon laquelle l'alphabet est divisé en trois sections. Même si ces méthodes peuvent sembler simplistes, peu techniques, limitées et remplies de barrières, elles ont été les moyens de communication les plus constants de Penny pendant l'adolescence.

À 16 ans, Penny a obtenu son premier dispositif d'aide à la communication de haute technologie, soit le Handy Voice, ou, comme Penny l'appelle, « la boîte de chaussures parlante ». Depuis, Penny a utilisé six autres aides à la communication et, grâce à ces dispositifs, elle a obtenu son baccalauréat en commerce à la Saint Mary's University. Les dispositifs d'aide à la communication de Penny ont changé, à mesure que ses habiletés à communiquer, ses besoins et les attentes envers elle ont évolué. Le tout dernier dispositif qui a « changé la donne » dans le monde de la technologie de la communication adaptée a permis à Penny de communiquer plus facilement avec sa famille, ses amis et les membres de la communauté, et d'utiliser la technologie de manière autonome.

Penny dit que les aides à la communication ont eu un « immense impact » sur sa vie et que cette nouvelle autonomie n'aurait pas été possible sans son nouveau dispositif d'aide à la communication, l'appareil Accent 1200, qui peut être piloté par le regard, grâce à la commande oculaire NuEye. Penny a choisi cet appareil à l'été 2013 pour plusieurs raisons. En effet, son mode d'accès à commande oculaire lui permet de taper des mots et des phrases en vue de produire des phrases audibles. De plus, comparativement à d'autres appareils, il fonctionne très facilement, sans blocage. En outre, il lui permet de contrôler son environnement, car il fonctionne comme une commande à distance pour son téléviseur, les interrupteurs d'éclairage et la radio. Par ailleurs, ce nouvel appareil a permis à Penny de faire des choses qu'elle n'avait jamais faites auparavant, comme chanter « Bonne fête » ou des chansons de Noël, ou lire les discours qu'elle écrit et prononce à des conférences à travers le Canada. Cet appareil permet à Penny de mener une vie plus inclusive dans la communauté. Finalement, comme l'appareil fonctionne comme un ordinateur, Penny peut répondre à ses courriels, jouer à des jeux, naviguer sur le Web, diriger une entreprise et créer des cartes de souhaits, uniquement par les mouvements de ses yeux. Penny s'attend aussi à ce que son nouvel appareil lui permette d'être plus autonome dans d'autres aspects de sa vie, comme communiquer avec des professionnels de la santé.

À propos de l'auteure

Danielle MacDougall a obtenu son diplôme en 2015 à la Dalhousie University à Halifax, en Nouvelle-Écosse et elle pratique actuellement en tant qu'ergothérapeute exerçant en milieu scolaire dans le nord de l'Alberta. On peut la joindre à : danielle.macdougall@dal.ca.

Toutefois, malgré ces nouveaux gadgets très « cool », il y a toujours des limites et la courbe d'apprentissage est assez ardue. Même si le nouvel appareil fait appel à une technologie de commande oculaire très avancée, et même s'il est plus rapide que l'ancienne technologie, Penny doit passer beaucoup de temps à s'exercer pour suivre le rythme d'une conversation. Par exemple, elle doit regarder chacune des lettres, puis l'inscrire; il lui faut donc beaucoup d'énergie et de temps pour écrire des mots, ou encore des phrases entières et des paragraphes. Bien que l'appareil Accent 1200 semble être le dispositif idéal pour Penny, il y a toujours de nombreuses barrières à l'obtention d'une aide technologique si spécialisée, notamment son coût exorbitant. En effet, à 25 000 \$, cet appareil a définitivement été tout un investissement, et Penny remercie la communauté qui l'a aidée à se le procurer. La combinaison des revendications fermes et constantes de Penny, de sa famille et de ses amis et du style de vie inclusif, enthousiaste et actif de la communauté ont contribué positivement à la réussite de la levée de fonds. Le nouvel appareil de Penny a été financé entièrement par des dons de son église et d'autres organismes, ce qui met encore en évidence ses relations profondes et son engagement dans sa communauté.

Les dispositifs de haute et faible technologie jouent un rôle fondamental dans la vie de Penny, en l'aidant à converser avec ses proches, à suivre des formations, à jouer au boccia et à participer activement dans la communauté. Comme Penny a son appareil

depuis seulement deux ans, elle est encore en train d'apprendre et de perfectionner ses habiletés. Malgré le délai de communication qui se produit lorsqu'elle se sert de son appareil pour communiquer, Penny est toujours persuadée que ce genre d'aide à la communication est une nécessité absolue pour les personnes comme elle, qui vivent seules. « L'autonomie » est un mot dont nous parlons souvent en ergothérapie. En tant que praticiens, nous pouvons appuyer les objectifs occupationnels de nos clients ayant des troubles de communication en revendiquant des aides technologiques à la communication et en travaillant en collaboration avec des orthophonistes. Pour être centrés sur le client, nous devons être en mesure de communiquer avec nos clients et de comprendre leurs besoins car, comme nous le savons, ne pas pouvoir parler n'est pas la même chose que de n'avoir rien à dire.

Remerciements

J'aimerais remercier Penny Kitchen pour sa patience et je lui suis reconnaissante de m'avoir permis de raconter son histoire. Je remercie aussi Emily Goulet, étudiante en orthophonie, et Suzanne Hayman, PhD, qui m'ont aidée à rédiger cet article en vérifiant les faits et en y apportant les corrections nécessaires.

Mise en garde : L'auteure et la personne dont elle fait le portrait dans cet article n'ont aucun intérêt financier associé aux produits décrits dans cet article.



Penny utilisant son nouveau dispositif d'aide à la communication.

PERSPECTIVES ESTUDIANTINES



ÉDITRICES THÉMATIQUES :
LAURA HARTMAN ET
CHRISTINA LAMONTAGNE

La communauté, un terrain d'habilitation pour les étudiants en ergothérapie

Dominique Leclerc, Noémi Cantin et Nancy Baril

Au cours de mes études en ergothérapie, j'ai remarqué que, tout comme mes collègues étudiants, je suis habitée d'un désir profond d'aider les gens. Nous sommes de jeunes adultes engagés et attentifs aux besoins qui nous entourent. Pour la majorité d'entre nous, ce désir date de bien avant le début de nos études. De fait, plusieurs raisons peuvent expliquer le choix d'étudier en ergothérapie, mais l'intérêt d'aider et d'accompagner les personnes vulnérables semble être un élément récurrent (Craik, Gissane, Douthwaite et Philp, 2001).

Tout au long de nos études, des connaissances ainsi que des compétences professionnelles et personnelles se sont greffées à ce désir d'aider. Le cursus universitaire, visant à développer nos connaissances et compétences en lien avec les différents rôles que nous aurons à déployer en tant qu'ergothérapeute, s'est attardé à notre savoir, savoir-être et savoir-faire afin que nous devenions capables d'habiliter les personnes à s'engager dans leurs occupations. Toutefois, alors que mon parcours tire à sa fin, je réalise que l'actualisation de ces compétences a été grandement influencée par les expériences pratiques vécues, positivement ou négativement, à l'extérieur des murs de l'université, notamment lors de mes stages, mais plus particulièrement lors de mon implication communautaire bénévole. Ainsi, je considère que les apprentissages réalisés en contexte universitaire gagnent à être intégrés à la pratique le plus tôt possible et le plus fréquemment possible. Selon un dicton populaire : « il faut un village pour élever un enfant » ; on pourrait tout autant dire qu'il faut une communauté pour élever un ergothérapeute.

La communauté : un village

Dans le contexte économique et sociétal actuel, il serait utopique de croire que les services de santé et les services sociaux réussissent à répondre à tous les besoins des membres de la communauté. Bien souvent, ce sont les organismes communautaires qui, en réponse aux besoins ressentis, tentent de remplir ces vides de service. Par contre, le financement actuel ne leur permet pas toujours de réaliser leur mission (CTROC et TABLE, 2012).

Afin de soutenir les organismes et favoriser le développement des communautés qu'elle dessert, l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) a mis sur pied le cours « Projet d'intervention communautaire » (PICOM). Ce cours permet le développement de partenariats entre des organismes communautaires et les étudiants pour répondre aux besoins d'actions concrètes de l'un, et aux besoins d'apprentissage de l'autre. Lors de ma deuxième année d'études au baccalauréat en ergothérapie, j'ai participé avec trois étudiantes à ce cours. Nous avons contacté Anna et la Mer, un organisme communautaire qui rayonne dans la province et qui offre des services aux enfants dont un proche présente une condition de santé mentale, une clientèle parfois oubliée du système de santé et des services sociaux (Sanders et Szymanski, 2013). Après avoir exploré

plusieurs avenues, nous avons choisi de créer un atelier de prévention et promotion en santé mentale pour les élèves de troisième et quatrième année du primaire, atelier que nous avons présenté dans quelques écoles. En réponse au besoin nommé, nous avons saisi l'opportunité de nous engager et de mettre à profit nos compétences personnelles et professionnelles pour collaborer avec l'organisme.

Il est possible d'avancer que de nombreux organismes et membres de la communauté présentent des besoins auxquels les étudiants en ergothérapie sont habilités à répondre de par leurs connaissances de l'interaction dynamique existant entre l'individu, dans son environnement, engagé dans ses occupations. Il ne s'agit pas de réaliser des interventions ergothérapeutiques sans avoir de titre, puisque cela irait à l'encontre de l'éthique et de la loi. Il s'agit plutôt de se demander quels sont les besoins de notre entourage auxquels nous pourrions répondre en tant qu'étudiants en ergothérapie, étant donné les compétences et connaissances que nous développons depuis notre première année d'étude. Qu'il s'agisse d'un groupe de personnes âgées en résidence qui bénéficieraient d'un accompagnement de quelques heures par semaine pour s'engager dans une occupation signifiante, d'un organisme communautaire offrant des ateliers de stimulation enfant-parents en manque de bénévoles, ou d'un adulte qui présente une condition de santé mentale et qui apprécierait discuter des défis qu'il rencontre, cette implication bénévole pourrait être un avantage pour les membres de notre communauté, que ce soit sur le plan de l'apport de temps, d'énergie, ou de connaissances.

La communauté : un village riche en apprentissages

Si les étudiants en ergothérapie peuvent apporter beaucoup à leur communauté, cette dernière ne serait-elle pas une des sources les plus accessibles d'opportunités que les étudiants pourraient utiliser afin d'actualiser leurs compétences et de mettre en pratique leurs apprentissages universitaires?

Dans le cursus scolaire de l'étudiant, l'actualisation des compétences et le développement de l'identité professionnelle sont généralement acquis lors des stages, puisque ceux-ci nécessitent de l'expérience sur le terrain. Toutefois, dans un contexte où les stages sont des expériences limitées en temps et que la venue du premier emploi en tant qu'ergothérapeute peut s'avérer être un élément stressant pour les étudiants, il pourrait être intéressant de considérer le bénévolat et l'engagement communautaire comme une expérience contribuant positivement à renforcer le sentiment de compétence et d'efficacité personnelle. De plus, avec un certain encadrement, les étudiants en ergothérapie peuvent bénéficier d'une expérience communautaire pour développer leur raisonnement clinique et leurs compétences pour travailler avec des clientèles de différents groupes d'âges, faire l'expérience de la relation d'aide avec des clients et découvrir les ressources communautaires existantes (Hoppes et Hellman, 2007).

Par ailleurs, au-delà des motivations centrées sur le développement des compétences professionnelles, la littérature regorge d'études explorant la motivation des individus à s'engager dans une activité bénévole ou communautaire (p. ex., Clary et coll., 1998; Dwyer, Bono, Snyder, Nov et Berson, 2013). À titre d'exemples, certains peuvent choisir de s'engager pour soutenir une cause, pour des raisons personnelles (p. ex., améliorer son bien-être personnel), pour des raisons professionnelles (p. ex., créer des contacts ou avoir de l'avancement professionnel) ou pour l'occupation en elle-même. De façon plus spécifique, il a été démontré que les étudiants s'engagent principalement pour des motifs altruistes, pour acquérir de l'expérience de travail et pour approfondir leurs connaissances (Brewis et coll., 2010; Smith et coll., 2010).

Les possibilités d'engagement dans la communauté sont multiples et peuvent prendre diverses formes afin de répondre aux différents besoins et motivations personnelles des étudiants. Ainsi, un étudiant peut choisir de s'impliquer bénévolement en dehors des murs de l'université ou d'inscrire son implication communautaire dans une démarche structurée d'apprentissage offerte dans le cadre d'un projet d'apprentissage par le service communautaire, tel que le projet PICOM de l'UQTR.

Un partage entre la communauté et les étudiants en ergothérapie : l'apprentissage par le service communautaire

Les étudiants en ergothérapie ont généralement une attitude et des intentions positives envers l'expérience communautaire, sont sensibles aux besoins de leur communauté et perçoivent qu'ils ont les habiletés nécessaires pour y répondre (Hoppes et Hellman, 2007). Toutefois, certains auteurs affirment que le manque de temps et la vision subjective que les étudiants ont quant à leur charge d'étude contribue à faire en sorte que plusieurs d'entre eux hésitent à s'engager dans une activité bénévole, malgré qu'ils en aient l'intérêt (Brewis et coll., 2010).

En ce sens, le partenariat entre les programmes d'ergothérapie et les organismes communautaires dans le cadre d'une démarche structurée d'apprentissage présente une avenue intéressante pour encourager les étudiants à s'engager dans leur communauté et ce, malgré la charge de travail qui découle de leurs études. Une telle démarche pourrait contribuer à promouvoir une image réaliste de l'engagement communautaire et à soutenir les étudiants dans l'intégration de cette nouvelle occupation dans leur quotidien. De plus, la réalisation et la diffusion par les étudiants et les enseignants d'expériences d'apprentissage significatives et habilitantes ayant permis de répondre aux besoins d'apprentissage des étudiants tout en répondant aux besoins de la communauté et en actualisant les valeurs de l'ergothérapie (engagement, participation, apprentissage expérientiel) (Hansen et coll., 2007) pourraient encourager les étudiants à faire un premier pas vers un engagement communautaire. Qui sait, ce pourrait être le début d'une nouvelle occupation qui perdurera bien après l'obtention du diplôme.

En ce qui me concerne, mes diverses implications bénévoles m'ont permis de développer mon savoir-être auprès de différentes clientèles et d'intervenants, de mettre à profit mes connaissances, d'intervenir en relation d'aide, de développer mes compétences

de collaborateur et de communicateur, tout en augmentant mon sentiment de compétence et ma confiance lorsque j'interviens dans des projets novateurs. Avec le recul, il va sans dire que ces implications ont aussi laissé une empreinte sur mon cheminement professionnel et ma pratique clinique, principalement sur le potentiel exceptionnel de l'engagement communautaire et la pertinence de travailler en vue de développer ce type de projets dans les milieux cliniques.

Conclusion

En participant à des activités bénévoles et d'engagement communautaire qui les valorisent, soutiennent leurs intérêts d'aider les autres et offrent à la communauté une réponse à certains besoins, les étudiants en ergothérapie s'exposent à une expérience riche, qui contribue non seulement à les habilitier comme futurs professionnels, mais à habilitier les membres de la communauté dans laquelle ils vivent et apprennent. Il s'agit vraisemblablement d'une forme d'échange et de partage qui trouve son sens dans l'équilibre humain qu'il s'y crée.

Références

- Brewis, G., Russel, J., et Holdsworth, C. (2010). Bursting the bubble: Students, volunteering and the community. *Research Summary*. Téléchargé au https://www.publicengagement.ac.uk/sites/default/files/publication/bursting_the_bubble_summary_report.pdf
- Clary, E. G., Snyder, M., Ridge, R. D., Copeland, J., Stukas, A. A., Haugen, J., et Miene, P. (1998). Understanding and assessing the motivations of volunteers: A functional approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 1516-1530. doi:10.1037/0022-3514.74.6.1516
- Craik, C., Gissane, C., Douthwaite, J., et Philp, E. (2001). Factors influencing the career choice of first-year occupational therapy students. *British Journal of Occupational Therapy, 64*, 114-120. doi:10.1177/030802260106400302
- Coalition des tables régionales d'organismes communautaires, et Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles. (2012). *Le budget du Québec pour 2013-2014 doit permettre un meilleur financement de la mission des organismes communautaires en santé et services sociaux*. Téléchargé au <http://trpocb.typepad.com/files/demandesbudget2013-2014tablectroc.pdf>
- Dwyer, P. C., Bono, J. E., Snyder, M., Nov, O., et Berson, Y. (2013). Sources of volunteer motivation: Transformational leadership and personal motives influence volunteer outcomes. *Nonprofit Management and Leadership, 24*, 181-205. doi:10.1002/nml.21084
- Hansen, A. M., Muñoz, J., Crist, P. A., Gupta, J., Ideishi, R. I., Primeau, L. A., et Tupé, D. (2007). Service learning: Meaningful, community-centered professional skill development for occupational therapy students. *Occupational Therapy in Health Care, 21*, 25-49. doi:10.1300/J003v21n01_03
- Hoppes, S., et Hellman, C. M. (2007). Understanding occupational therapy students' attitudes, intentions, and behaviors regarding community service. *American Journal of Occupational Therapy, 61*(5), 527-534. doi:10.5014/ajot.61.5.527
- Sanders, A., et Szymanski, K. (2013). Siblings of people diagnosed with a mental disorder and posttraumatic growth. *Community Mental Health Journal, 49*, 554-559. doi:10.1007/s10597-012-9498-x
- Smith, K. A., Holmes, K., Haski-Leventhal, D., Handy, H., Cnaan, R. A., et Brutney, J. (2010). Motivations and benefits of student volunteering: Comparing regular, occasional, and non-profit volunteers in five countries. *Canadian Journal of Nonprofit and Social Economy Research, 1*(1), 65-81.

À propos des auteures

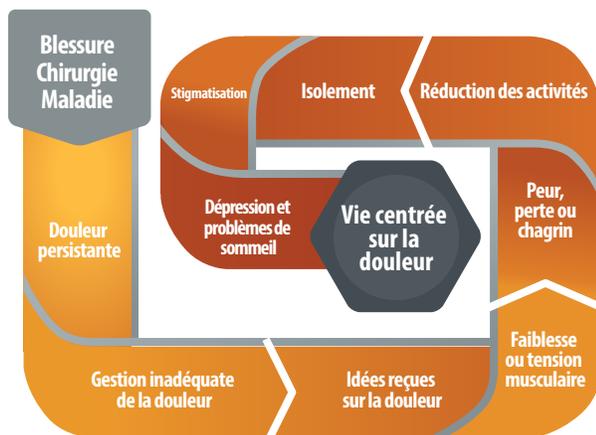
Dominique Leclerc, erg., M.Sc., était étudiante au programme d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) au moment de l'écriture de cet article. Elle est aujourd'hui ergothérapeute en milieu scolaire, au Centre François-Michelle, à Montréal, (Québec). On peut la joindre à dleclerc@francois-michelle.qc.ca. **Noémi Cantin, erg., Ph.D.**, est professeure régulière au département d'ergothérapie de l'UQTR (Québec). **Nancy Baril, erg., M.Sc.**, est professeure clinicienne au département d'ergothérapie de l'UQTR (Québec).

La douleur chronique : trouver des solutions avec les clients en les considérant comme des partenaires

Susan Yee, Kahla Wellum et Kristen Wilson

Un adulte canadien sur cinq a des problèmes de santé accompagnés de douleur chronique, ce qui impose un lourd fardeau au système de santé (Moulin, Clark, Speechley et Morley-Forster, 2002; Schopflocher, Taenzer et Jovey, 2011). La douleur chronique et les comportements associés à cette douleur peuvent entraîner une spirale descendante de désengagement et une capacité réduite de participer à des occupations quotidiennes (voir les figures 1 et 2). En fait, plus de 50 % des Canadiens recevant des soins dans des cliniques de la douleur ont des degrés élevés de dépression, et près de 35 % de ces personnes ont déjà songé au suicide (Choiniere et al., 2010).

Les ergothérapeutes qui exercent en santé mentale sont bien outillés pour travailler avec des personnes aux prises avec une douleur chronique, car ils adoptent une perspective biopsychosociale, qui est avantageuse pour comprendre les aspects complexes de la douleur chronique. Les associations de spécialistes de la douleur recommandent une approche globale dans le traitement de la douleur. La Coalition canadienne contre la douleur, la Société canadienne de la douleur (Stinson et Montgomery, n.d.) et Pain BC (n.d.) ont créé en collaboration de nombreuses ressources gratuites, notamment des ressources sur les interventions non pharmacologiques. Malheureusement, de nombreux fournisseurs de soins de santé ne connaissent pas ces ressources et ils mettent principalement l'accent sur les médicaments et les modalités physiques. Les interventions non pharmacologiques sont, entre autres, la méditation de la pleine conscience (Zeidan, Grant, Brown, McHaffie et Coghill, 2012) et l'éducation somatique, comme la Méthode Feldenkrais® (Hillier et Worley, 2015). Cet article présentera diverses perspectives sur la gestion de la douleur chronique, qui seront appuyées par l'expérience professionnelle d'une ergothérapeute, par un projet réalisé par ses étudiants et par les leçons tirées des expériences des clients et de la communauté.



Pain BC Society • Transformer la douleur. Transformer les esprits. • painbc.ca • ©2016

Figure 1. La spirale de la douleur. Reproduit avec l'autorisation de Pain BC.



Pain BC Society • Transformer la douleur. Transformer les esprits. • painbc.ca • ©2016

Figure 2. Briser la spirale de la douleur. Reproduit avec l'autorisation de Pain BC.

Travailler avec des clients qui vivent avec une douleur chronique

Je (l'auteure principale) reçois de nombreuses demandes de consultation de la part de clients ayant de la douleur chronique, des problèmes de santé mentale ou des problèmes de toxicomanie. Ces clients disent qu'ils sont peu soulagés par les interventions traditionnelles comme la physiothérapie, la massothérapie et les médicaments. Ils sont incapables de travailler, ce qui leur occasionne des problèmes financiers, des troubles du sommeil et un degré élevé de stress. La société stigmatise souvent les personnes souffrant de douleur chronique, en propageant des notions selon lesquelles ces personnes simulent ou exagèrent leurs problèmes. De plus, mes clients ont souvent honte d'avoir un problème de santé mentale ou de toxicomanie.

J'ai commencé à utiliser la Méthode Feldenkrais®, la recherche actuelle sur la douleur et les principes psychosociaux pour aider mes clients à participer à des activités significatives. J'ai alors constaté que les activités suivantes étaient les plus bénéfiques pour les clients : créer un système de soutien positif, établir une pratique de gratitude (p. ex., inscrire trois choses pour lesquelles vous éprouvez de la gratitude aujourd'hui), apprécier l'importance du rire et de la joie, acquérir la capacité de redonner à la société, se renseigner sur la douleur chronique, faire des exercices de relaxation pour améliorer ses habitudes de sommeil et avoir de l'espoir.

L'excellent livre *Explain Pain* (2e éd.) de Butler et Moseley (2013), illustre la relation qui existe entre le degré d'activité et la douleur ressentie. Selon les auteurs, on observe le plus souvent un déclin graduel vers la douleur chronique lorsqu'une personne ayant de la douleur a peur de bouger ou lorsqu'une personne ignore sa douleur et continue de faire des activités jusqu'à ce que la douleur devienne intolérable. J'observe ce dernier comportement chez plusieurs de mes clients qui, avant leur maladie majeure, ignoraient leur corps, vivaient à un rythme effréné, avaient de mauvaises habitudes de

sommeil et accordaient peu d'importance à leurs soins personnels.

Je trouve que le modèle transthéorique et ses stades de changement (Prochaska, Norcross et DiClemente, 1994) est utile pour déterminer quelle intervention utiliser. Ce modèle biopsychosocial conceptualise les six étapes différentes suivies par une personne qui tente de changer un comportement. Lorsque les clients se trouvent au stade de la précontemplation, j'ai observé que bon nombre d'entre eux ont de la difficulté à accepter leurs diagnostics. Je discute avec eux pour qu'ils comprennent que cette attitude ne leur donne pas la possibilité d'aborder et de réduire la douleur. Au stade de la contemplation, les clients ont accepté leur douleur chronique et leur dépression et ils veulent participer à un programme d'autogestion, mais il y a des raisons pour lesquelles ils ne peuvent pas participer. J'aide les clients à faire des liens entre leur degré d'activité actuel et leurs perceptions face à leur qualité de vie. Je soutiens la motivation des clients en leur donnant des raisons d'apprendre des stratégies d'adaptation positives. Au stade de la préparation, les clients ont reçu l'horaire du groupe d'autogestion, mais ils sont anxieux. Je leur explique le déroulement du groupe et je les encourage à s'engager à participer au groupe. Au stade de l'action, les clients ont assisté à quelques séances de groupe et ont lu les dépliants, mais ils ressentent encore beaucoup de douleur. Je reconnais que les nouveaux comportements des clients sont stressants et je prends note des étapes positives qu'ils ont franchies. Au stade de maintien, les clients ont augmenté leur degré d'activité, ils socialisent davantage et ils ont moins de douleur. Je soutiens les clients dans leurs plans de bien-être, pour m'assurer qu'il y a un équilibre entre le repos et les activités.

Sensibiliser la communauté à la douleur chronique

Deux étudiantes en ergothérapie (co-auteurs de cet article) ont fait une stage en développement communautaire au sein de mon organisme. Elles ont réalisé un projet ayant pour but de prodiguer de l'enseignement sur les liens qui existent entre la douleur chronique, la santé mentale et la toxicomanie. Ces séances éducatives visaient les membres de la communauté ayant de la douleur chronique et les fournisseurs de services à base communautaire auprès de qui les personnes aux prises avec une douleur chronique cherchent de l'aide. Les étudiantes souhaitaient informer les participants sur les ressources locales disponibles et préciser les services offerts par notre organisme. Les étudiantes ont communiqué avec un groupe local sur la gestion de la douleur chronique que je dirige et elles ont demandé aux membres du groupe quelles ressources communautaires avaient été utiles tout au long de leur cheminement pour faire face à leur douleur chronique. Grâce à cette information, les étudiantes ont planifié et offert les séances d'information, et elles ont invité tous les intervenants à y participer. Les étudiantes souhaitaient consolider le réseau entre les différents professionnels, afin qu'ils puissent aider adéquatement les personnes aux prises avec une douleur chronique.

Les étudiantes ont communiqué avec des fournisseurs de soins de santé, dont des médecins, des chiropraticiens, des pharmaciens, des naturopathes, des massothérapeutes et des physiothérapeutes, de même qu'avec des cliniques de la douleur, des organismes communautaires locaux (p. ex., des bureaux d'aide juridique, des intervenants spirituels, des commissions scolaires) et des employeurs locaux. Il était important de faire appel à la participation de ce large groupe de professionnels, qui sont identifiés comme des ressources par le groupe de gestion de la douleur chronique, parce que chaque individu ayant de la douleur chronique utilise une combinaison de

services pour faire face à sa douleur (Pain BC, n.d.). Les étudiantes ont tenu trois séances d'information à différentes dates et à différents endroits à travers le comté. Trente-cinq personnes ont assisté aux différentes séances; dix de ces personnes étaient des professionnels de la santé et 25 étaient des personnes vivant avec une douleur chronique.

La mission de l'organisme et du projet des étudiantes correspond à l'approche du développement communautaire centrée sur l'acquisition des compétences de Rothman (2007). Cette approche, de même que l'objectif primordial de l'éducation, est axée sur la remise du pouvoir aux gens et aux communautés pour résoudre des problèmes et agir avec succès en leur propre nom (Rothman, 2007). Le leadership et la cohésion sont cultivés au sein du groupe, et divers talents, stratégies et forces sont mis à contribution pour favoriser l'acquisition de compétences (Rothman, 2007). Par exemple, les principaux intervenants ayant de la douleur chronique ont suggéré aux étudiantes des personnes dans la communauté qu'il serait judicieux d'inviter aux séances.

En réalisant le projet, les étudiantes ont tenté de susciter la participation du plus grand nombre possible de ressources locales. Pour chaque séance d'information, elles ont demandé à des commerces locaux de faire des dons de nourriture et de breuvages. Elles ont aussi demandé à des intervenants primaires de jouer des rôles de leadership pour faciliter la logistique des événements. Elles espéraient qu'en invitant tous les intervenants aux séances d'information, un réseau solide et transparent, composé d'un large spectre de personnes dans la communauté, se créerait. Elles espéraient aussi que la consolidation de ce réseau permettrait à tous ces professionnels d'aider judicieusement les personnes ayant une douleur chronique. En reconnaissant et en utilisant les forces, les ressources, les talents et les stratégies mis à contribution par les clients de l'organisme, ce projet a permis à ces personnes de contribuer à l'élaboration et à la réalisation du projet. Toutes ces personnes se sont investies progressivement et ont été encouragées à contribuer au changement, ce qui correspond à la mission de l'organisme. Bien que le nombre de personnes ayant participé aux séances d'information ait été limité, des relations fondamentales ont été établies entre notre organisme et les autres organismes communautaires. La consolidation des réseaux et la collaboration entre les fournisseurs de soins de santé favorisent l'intégration de notre système de santé, qui fonctionne souvent en vase clos (Drummond, 2012). Les professionnels communautaires qui ont participé aux séances d'information ont exprimé leur intérêt à participer à d'autres séances d'information sur des sujets comme le trouble de stress post-traumatique, et nous envisageons la possibilité de présenter d'autres séances dans une prochaine étape.

Réfléchir à l'importance du soutien par les pairs et des réseaux communautaires

Afin de favoriser un changement positif et durable chez les clients, je rencontre mes clients au stade où ils se trouvent dans leur processus de changement (stades de la précontemplation, de la contemplation, de la préparation, de l'action ou de maintien), afin de leur prodiguer l'intervention appropriée (Prochaska, Norcross et DiClemente, 1994). Je reconnais que, pour être durables, les changements de comportement doivent être graduels; donc, l'intervention doit être de longue durée. Comme je travaille dans un système de santé dont le financement est limité, j'anime deux groupes sur la douleur

À propos des auteures

Susan Yee, MScErg, Erg. Aut. (Ont.), est ergothérapeute depuis 18 ans et elle travaille dans un organisme communautaire en santé mentale et toxicomanie, en milieu rural. **Kahla Wellum, MScErg**, et **Kristen Wilson, MScErg**, sont de nouvelles diplômées de la Queen's University. On peut joindre Susan à : syeekingston1@sympatico.ca.

chronique tout en offrant des séances individuelles régulières. Ainsi, en participant à des interventions de groupe, les clients reçoivent plus de services et de soutien par les pairs, ce qui les aide à se prendre en charge. Après l'intervention et pendant la réévaluation des objectifs individuels (y compris les commentaires formels et informels et la rétroaction du groupe), les clients me disent qu'ils ont l'impression de contrôler leur douleur, que leur qualité de vie s'est améliorée et que leur douleur s'est apaisée. Lorsqu'ils sont plus actifs physiquement, leur dépression est réduite ou atténuée. Le fait de parler ouvertement de la douleur chronique et de la santé mentale permet de réduire les préjugés.

Il est essentiel, selon mon expérience, de rassembler un groupe de personnes diversifiées qui peuvent aider les individus tout au long de leur cheminement face à la douleur chronique. Pour ce faire, les membres de la famille, les amis et les fournisseurs de services doivent être informés des difficultés et des préjugés vécus par les personnes ayant de la douleur chronique. Le projet décrit dans cet article avait cet objectif. Le fait de remettre du pouvoir aux personnes aux prises avec de la douleur et d'orienter la communauté afin de mieux comprendre ces personnes a un pouvoir de guérison en soi. Comme les personnes ayant de la douleur chronique ont été la force d'impulsion des séances d'information (en identifiant des intervenants clés dans la communauté) et qu'elles ont mis à contribution leurs talents et leur temps, elles sont parvenues à contrôler une partie de leur situation.

Pour en savoir davantage sur la gestion de la douleur, les lecteurs sont invités à consulter les documents suivants :

- *Prise de position de l'ACE : La gestion de la douleur en ergothérapie* : <https://www.caot.ca/default.asp?pageid=4210>
- *Actualités ergothérapeutiques* : numéro thématique sur la douleur; septembre 2012 : <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=1310>
- *Pain Management and Occupational Therapy Professional Issue Forum Report and Recommendations* : <https://www.caot.ca/default.asp?pageid=4088>

Références

Butler, D. S., et Moseley, L. S. (2013). *Explain pain* (2nd ed.). Adelaide, Australia: Noigroup.

Choiniere, M., Dion, D., Peng, P., Banner, R., Barton, P.M., Boulanger, A., . . . Ware, M. (2010). The Canadian STOP-PAIN Project—Part 1: Who are the patients on the waitlists of multidisciplinary pain treatment facilities? *Canadian Journal of Anesthetics*, 57, 539-548. doi:10.1007/s12630-010-9305-5.

Drummond, D. (2012). *Commission de la réforme des services publics de l'Ontario — Des services publics pour la population ontarienne : cap sur*



Réflexion sur l'espoir en l'avenir. Mention de source : Kahla Wellum

la viabilité et l'excellence. Téléchargé au <http://www.fin.gov.on.ca/fr/reformcommission/index.html>

Hillier, S., et Worley, A. (2015). The effectiveness of the Feldenkrais method: A systematic review of the evidence. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2015, 1-12. doi:10.1155/2015/752160

Moulin, D. E., Clark, A. J., Speechley, M., et Morley-Forster, P. K. (2002). Chronic pain in Canada: Prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia. *Pain Research and Management*, 7, 179-184.

Pain BC. (n.d.). *Are you in pain? We can help*. Téléchargé au https://www.painbc.ca/sites/default/files/PainBC_TrifoldBrochure-AreYouInPain-WebsiteOnly.pdf

Prochaska, J. O., Norcross, J. C., et DiClemente, C. C. (1994). *Changing for good: The revolutionary program that explains the six stages of change and teaches you how to free yourself from bad habits*. New York, NY: William Morrow.

Rothman, J. (2007). Multi modes of intervention at the macro level. *Journal of Community Practice*, 15(4), 11-40. doi:10.1300/J125v15n04_02

Schopflocher, D., Taenzer, P., et Jovey, R. (2011). The prevalence of chronic pain in Canada. *Pain Research and Management*, 16, 445-450.

Stinson, J., et Montgomery, L. (n.d.). *About pain*. Téléchargé au http://prc.canadianpaincoalition.ca/en/about_pain.html

Zeidan, F., Grant, J. A., Brown, C. A., McHaffie, J. G., et Coghill, R. R. (2012). Mindfulness meditation-related pain relief: Evidence for unique brain mechanisms in the regulation of pain. *Neuroscience Letters*, 520, 165-173. doi:10.1016/j.neulet.2012.03.082

L'ergothérapie et le Réseau de soutien à la justice administrative : travailler en collaboration pour promouvoir la justice occupationnelle par l'inclusion sociale

Katherine Stewart

La profession d'ergothérapeute affirme qu'il y a une relation entre l'occupation et la santé, le bien-être et la justice (Townsend et Polatajko, 2013). Dans un article publié en 2004, Townsend et Wilcock ont suggéré que le fait d'aborder l'injustice occupationnelle est, en partie, l'une des raisons de l'existence de la profession, et que l'injustice occupationnelle est un enjeu auquel les ergothérapeutes font souvent face implicitement. Le lien sans doute le plus explicite entre l'ergothérapie et la justice occupationnelle repose sur le but de la profession, qui est de promouvoir l'inclusion sociale (Townsend et Wilcock, 2004). Bien que le construit de la justice occupationnelle ne soit pas souvent abordé de manière explicite à l'extérieur de la profession, il y a certainement de nombreux organismes dont les buts sont d'aborder l'inclusion sociale. Le Réseau de soutien à la justice administrative (RSJA) fait partie de ces organismes. Comme j'ai effectué un stage dans un nouveau rôle au sein du RSJA à l'été 2014, dans le cadre de mon programme de maîtrise ès science en ergothérapie à l'University of Toronto, je m'appuierai sur les expériences que j'ai vécues pour illustrer la solide correspondance qui existe entre les buts de cet organisme et ceux de la profession d'ergothérapeute, et pour expliquer comment le fait de collaborer avec ce genre d'organisme peut favoriser la justice occupationnelle.

Les expériences vécues par une étudiante en ergothérapie au sein du RSJA

Créé au sein de Community Living Ontario, le RSJA a pour but d'aider les personnes handicapées (dans le sens large du terme) et leur famille à en appeler des décisions administratives exclusives prises par les autorités provinciales et locales (p. ex., conseils scolaires, hôpitaux). Dans la première étape de son développement, le RSJA a créé un site web en langage simple (ajsn.communitylivingontario.ca) qui contient de l'information sur huit tribunaux administratifs couramment utilisés par les personnes handicapées et leur famille. Au moment de mon stage, le RSJA se trouvait à la deuxième étape de son développement, soit la création d'un programme de mentorat à l'échelle de la province. Le RSJA espérait que cette approche de soutien par le mentorat permettrait d'établir des liens entre des individus et des familles ayant de l'expérience face au processus d'appel et des personnes et familles amorçant le processus d'appel.

Au sein du RSJA, mon rôle en tant qu'étudiante en ergothérapie était d'aider l'organisme à mettre sur pied son programme de mentorat. Par exemple, j'ai recueilli de l'information auprès de mentors éventuels au sujet de leurs expériences passées face au processus d'appel, pour mieux comprendre et anticiper les besoins en matière de mentorat des personnes et des familles qui amorcent un processus d'appel. Toutefois, mon rôle au sein du RSJA peut être considéré en fonction d'un rôle plus large : remettre du pouvoir

aux individus handicapés et leur famille afin qu'ils puissent naviguer avec succès à travers le système des tribunaux et revendiquer l'accès à des ressources susceptibles de favoriser leur participation à des occupations significatives. Ce rôle plus large comprenait notamment l'exploration des enjeux liés à la justice occupationnelle favorisant l'inclusion sociale des personnes handicapées et leur famille.

L'inclusion sociale en ergothérapie et au sein du RSJA

L'inclusion sociale est au cœur de la justice occupationnelle. L'inclusion sociale réfère, entre autres, à la capacité de participer à sa communauté et d'être reconnu pour ses apports. L'inclusion sociale est également associée à l'accès aux ressources et possibilités qui facilitent la participation communautaire (Ogilvie et Eggleton, 2013). Ainsi, l'inclusion sociale peut être considérée comme une stratégie par laquelle la justice occupationnelle peut être atteinte. Dans un modèle de justice occupationnelle, on considère la capacité de participer à des occupations significatives comme un droit (Polatajko et al., 2013). Les personnes handicapées vivant dans la collectivité représentent une population qui risque de vivre un manque d'inclusion sociale, en raison d'un manque d'accès aux possibilités et ressources favorisant la participation occupationnelle. Les ergothérapeutes sont dans une position idéale pour minimiser ce risque en revendiquant une juste distribution des mécanismes de soutien et des services qui habilitent les clients à participer à des occupations significatives.

Tout comme l'inclusion sociale est au cœur de la justice occupationnelle, elle est au cœur des buts du RSJA. En effet, le RSJA a été créé pour répondre aux problèmes rencontrés par les personnes handicapées lorsqu'elles tentent de se prévaloir des ressources et mécanismes de soutien requis pour bien vivre dans la communauté. Toutefois, la répartition des prestations et des mécanismes de soutien est plus susceptible de se produire par l'intermédiaire d'un processus bureaucratique plus complexe pour les personnes handicapées que pour les autres membres de la société (Organisation mondiale de la santé, 2011). Souvent, les personnes handicapées et leurs familles ne connaissent pas leur droit d'en appeler des décisions prises par les conseils d'administration, si elles ne sont pas d'accord avec ces décisions. Par ailleurs, le processus d'appel peut être inhabituel, intimidant et complexe, même pour les personnes qui connaissent leur droit d'en appeler des décisions administratives. Le RSJA soutient les individus et les familles tout au long de ce processus et il revendique éventuellement la distribution équitable des mécanismes de soutien et des services qui habilitent les personnes handicapées à participer à la vie de leur communauté.

La justice occupationnelle par l'inclusion sociale

Il est évident que la profession d'ergothérapeute se préoccupe de la justice occupationnelle, qui peut être favorisée par la promotion de l'inclusion sociale. Dans le même ordre d'idées, il n'est pas clair si le travail réalisé par le RSJA pour promouvoir l'inclusion sociale en offrant un accès équitable aux ressources et services favorise réellement la participation occupationnelle. C'est précisément cet accent sur l'inclusion sociale qui crée une si bonne correspondance entre le RSJA et la profession d'ergothérapeute. En réfléchissant à mon rôle en tant qu'étudiante en ergothérapie et en considérant les préoccupations de l'ergothérapie et du RSJA face à l'inclusion sociale, il semble logique de penser que les questions de justice occupationnelle pourraient être abordées par les ergothérapeutes qui travaillent avec le RSJA. L'injustice occupationnelle, qui se produit souvent lorsqu'une société dicte la manière dont les individus « devraient » participer, a des conséquences pour leur santé et leur sentiment de pouvoir. Lorsque la participation est restreinte, comme c'est fréquemment le cas pour les personnes handicapées, l'injustice occupationnelle persiste (Townsend et Wilcock, 2004). Les injustices occupationnelles pourraient être contrées par l'inclusion sociale, en établissant des partenariats avec le RSJA, afin de créer des mécanismes de soutien visant à habiliter les personnes handicapées et leur famille à exercer des choix et un contrôle sur les occupations auxquelles elles participent.

À mon avis, les ergothérapeutes qui travaillent au sein du RSJA ont la compétence requise pour soutenir efficacement le but formulé par Townsend et Wilcock (2004) : « Nous voulons sensibiliser la population aux injustices qui persistent lorsque la participation à des occupations est bloquée, confinée, restreinte, séparée, interdite, peu développée, interrompue, aliénée, marginalisée, exploitée, exclue ou restreinte d'autres façons » (p.77). Compte tenu de leur engagement commun à promouvoir l'inclusion sociale, l'ergothérapie et le RSJA sont des partenaires idéaux pour aborder les enjeux liés à la justice occupationnelle. En effet, les ergothérapeutes ont les compétences requises pour favoriser la justice occupationnelle par l'inclusion sociale, et les expériences que j'ai vécues pendant mon stage au

RSJA en sont un exemple. Des possibilités de ce genre existent au sein d'autres organismes et milieux de pratique. Les ergothérapeutes pourraient ainsi intervenir, dans l'espoir de sensibiliser les différents intervenants à la question de la justice occupationnelle de manière plus intentionnelle, tout en sensibilisant la population aux enjeux liés à la justice occupationnelle qui persistent encore aujourd'hui.

Remerciements

L'auteure tient à exprimer sa reconnaissance à Community Living Ontario et au Réseau de soutien à la justice administrative, qui lui ont donné l'occasion de faire un stage pendant sa maîtrise en ergothérapie, et à Liz Mullan et Dawn Roper qui ont assuré la supervision de ce stage. L'auteure tient aussi à remercier Jane Davis et Liz Mullan pour leurs conseils et leur soutien tout au long de la préparation de cet article.

Références

- Ogilvie, K. K., et Eggleton, A. (2013). *In from the margins, part II: Reducing barriers to social inclusion and social cohesion*. Téléchargé au <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/rep/rep26jun13-e.pdf>
- Organisation mondiale de la santé. (2011). *World report on disability*. Téléchargé au http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf
- Polatajko, H. J., Molke, D., Baptiste, S., Doble, S., Caron Santha, J., Kirsh, B., ... Stadnuk, R. (2013). Occupational science: Imperatives for occupational therapy. Dans E. A. Townsend & H. J. Polatajko (Édits.), *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, and Justice through Occupation* (p. 63 à 82). Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Townsend, E. A., et Polatajko, H. J. (2013). Introduction. Dans E. A. Townsend & H. J. Polatajko (Édits.), *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, and Justice through Occupation* (p. 1 à 8). Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Townsend, E., et Wilcock, A. A. (2004). Occupational justice and client-centred practice: A dialogue. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 71, 75-87. doi:10.1177/000841740407100203

À propos de l'auteure

Katherine Stewart, BSc, MScOT, est une étudiante de la deuxième année du doctorat au Rehabilitation Science Institute de l'University of Toronto. Au moment de la rédaction de cet article, Katherine était étudiante au Master of Science in Occupational Therapy program, à l'University of Toronto. On peut la joindre à : ke.stewart@mail.utoronto.ca.

AÎNÉS



ÉDITRICE THÉMATIQUE :
SANDRA HOBSON

Examiner l'impact de la pauvreté sur les occupations et les soins de santé des aînés

(Hedy) Anna Walsh

On estime qu'en 2031, l'espérance de vie sera de 82 ans pour les hommes et de 86 ans pour les femmes, et que trois pour cent de la population canadienne sera âgée de 85 ans et plus (Andrews, 2008). Les aînés sont un groupe diversifié pouvant comprendre des individus à risque— les personnes très âgées et les personnes à faible revenu — ayant de faibles liens sociaux et une capacité réduite de vivre de manière autonome (Grundy, 2006). Dans cet article, l'auteure examine l'impact que peut avoir la pauvreté sur le rendement occupationnel des aînés et discute de ce que les ergothérapeutes peuvent faire pour répondre aux besoins de cette population à risque.

Une classe moyenne en voie de disparition

On a montré que les déterminants sociaux de la santé, y compris les facteurs sociaux, environnementaux et économiques, ont des effets sur la santé des individus (Adler et Ostrove, 1999). Les aînés sont particulièrement vulnérables aux problèmes économiques, en particulier lorsque ces problèmes sont en liens avec le logement, les services communautaires et le soutien des aidants (Warburton, Bartlett et Rao, 2009). Au cours des dernières années, les disparités économiques ont augmenté; l'accent mis sur le commerce et les investissements internationaux (Epps et Flood, 2002) au sein de l'économie de marché internationale a entraîné une augmentation des inégalités en matière de revenu et une réduction de la classe moyenne (Foster et Wolfson, 2010; Lazonick, 2010). Ces changements ont entraîné une augmentation des ménages dans lesquels les nombreux membres de la famille doivent travailler pour joindre les deux bouts; cette situation les empêche de prodiguer un soutien informel en tant qu'aidant naturel aux membres de la famille plus âgés, soutien requis pour suppléer à la disponibilité limitée des services de soins à domicile financés par les fonds publics (Markle-Reid et al., 2008). Les personnes âgées au Canada ayant une faible sécurité du revenu ont de la difficulté à se prévaloir de nombreux services de santé, compte tenu du système d'assurance santé du Canada, qui met l'accent sur les soins de courte durée et qui ne couvre pas tous les services offerts dans la communauté. Par conséquent, de nombreuses personnes âgées ayant un faible revenu ont de la difficulté à se payer des services de santé et sociaux qui ne sont pas couverts en vertu de la Loi canadienne sur la santé (Conseil canadien de la santé, 2012).

Les populations âgées touchées par la pauvreté

Bien que le taux de pauvreté chez les personnes âgées au Canada demeure relativement bas lorsqu'on le compare à celui d'autres pays industrialisés, environ 11,7 % des aînés âgés de plus de 65 ans ont des revenus de moins de 20 000 \$, et la majorité des aînés sont des femmes célibataires (Bazel et Mintz, 2014). Les aînés se fient souvent sur leurs revenus d'investissement, leurs pensions et les transferts du gouvernement, comme le Régime de pensions du Canada (RPC), la Pension de la Sécurité de la vieillesse (PSV), et le Supplément de

revenu garanti (SRG). Les aînés qui habitent avec des membres de leur famille ont tendance à avoir un revenu individuel plus élevé (Markle-Reid et al., 2008).

Les minorités raciales et ethniques (Simms, 2003) ont tendance à occuper des niveaux socioéconomiques plus bas que les groupes non minoritaires (Egede, 2006), à avoir de moins bons résultats en matière de santé (Newbold et Danforth, 2003) et à avoir une plus grande morbidité et mortalité découlant de maladies chroniques, comparativement aux personnes n'appartenant pas à des groupes minoritaires (Egede, 2006). Des études ont montré que plusieurs populations d'immigrants ont un accès limité et utilisent peu les services de santé et sociaux (Lee et Bean, 2004). Ce manque d'accès aux services peut être lié à des barrières à la communication et à des barrières culturelles et structurelles; ces dernières barrières peuvent être associées à une moins bonne capacité de se payer des services. Par exemple, de nombreux immigrants âgés ont des problèmes financiers, qui se traduisent par une incapacité de financer des soins privés pour compléter l'allocation limitée de services à domicile financés par les fonds publics (Forget, Deber, Roos et Walld, 2005).

Le rationnement global des services de santé a un impact disproportionnel sur les femmes, car leur niveau de revenu moyen est moindre que celui des hommes (Forget et al., 2005). On a démontré que la pauvreté avait un impact plus grand sur les femmes âgées, car elles ont une plus grande espérance de vie que les hommes (Fook, 2002), et parce que le taux de pauvreté est plus élevé chez les femmes âgées handicapées (Zahidi, 2012) et chez les femmes âgées qui vivent seules. Les femmes âgées qui n'ont jamais été sur le marché du travail sont particulièrement vulnérables, car elles n'ont pas contribué à un régime de pension (Wisensale, 2005), et les femmes qui ont pris leur retraite et qui ont perdu leur époux sont souvent susceptibles d'avoir une réduction de leur revenu global (McDonald, Donahue et Moore, 2000).

La pauvreté et ses effets sur la santé

La pauvreté a été associée à de plus grands risques de morbidité et de mortalité (Markle-Reid et al., 2008), notamment un risque plus élevé d'institutionnalisation dans des établissements de soins de longue durée, comparativement aux personnes ayant accès à des fonds (Edwards et Mawani, 2006). De nombreux aînés ont des problèmes de revenu, de logement et sociaux dans les années suivant leur départ à la retraite (Smith et Ley, 2008); ces problèmes sont liés à de plus hauts risques de morbidité et de mortalité (Andrews, 2008).

Mis à part des conditions de vie déplorables, la pauvreté est psychologiquement difficile et elle a des répercussions sur l'estime de soi des individus, tout en créant des incertitudes face à leur survie. Des recherches sur les populations ont indiqué que ces personnes ont une plus faible estime de soi, en raison des préjugés envers la pauvreté qui sont associés à l'attitude négative de la société face au maintien d'un niveau de vie plus faible (Mickelson et Williams, 2008), et un risque

plus élevé de dépression et de suicide chez les personnes sans emploi ou qui vivent dans des conditions de pauvreté (Patel, 2001).

Les disparités économiques ont des conséquences pour la pratique de l'ergothérapie. En effet, les différences de niveaux de revenu ont un effet sur l'accès aux services de santé (Bass-Haugen, 2009). De plus, l'état de santé s'aggrave à mesure que les écarts de revenus augmentent (Landry et al., 2006). Les personnes âgées ont été grandement touchées par le rationnement des services de santé et sociaux (Baranek, Williams et Deber, 1999). Les coupures budgétaires apportées aux services de santé visaient à encourager les Canadiens à assumer davantage leur responsabilité individuelle face à l'adoption d'habitudes saines, ce qui a entraîné leur retrait de la liste de nombreux services de santé publics offerts précédemment (Forget et al., 2005). Par exemple, les examens de routine pour la vue effectués par un optométriste ou un ophtalmologiste, de même que les services externes de physiothérapie pour les personnes âgées de 20 à 64 ans, ne sont plus couverts dans de nombreuses autorités (p. ex., Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2015). Par ailleurs, les services non médicaux, comme les repas, l'entretien ménager, la socialisation, le transport et les soins personnels ne font plus partie des priorités (Simms, 2003). Ces réformes budgétaires ont aussi entraîné des séjours plus courts à l'hôpital et un accent politique plus grand a été mis sur les soins à base communautaires et privés, afin de réduire la consommation de services financés par les fonds publics (Forget et al., 2005).

Recommandations

Des initiatives sont requises pour veiller à ce que les clients en ergothérapie aient un accès équitable aux services, peu importe leur niveau de revenu. Dans le climat actuel de la réforme de la santé et du maintien des coûts, les ergothérapeutes doivent pouvoir identifier les personnes âgées ayant une sécurité du revenu limitée et un accès limité aux services de santé et sociaux. Les objectifs ergothérapeutiques doivent être réalistes et viser l'amélioration de la participation occupationnelle, en mettant l'accent sur la réalisation d'activités et la participation sociale en fonction des moyens financiers de l'individu (Szanton et al., 2011). Les ergothérapeutes sont particulièrement invités à :

1. adapter les possibilités d'intervention en fonction de la capacité financière des individus de se payer des services (Soskolne, Halevy-Levin et Cohen, 2007);
2. aider les individus à obtenir de l'aide financière (Soskolne et al., 2007);
3. informer les aînés sur les services qui sont disponibles, en tenant compte de leurs moyens financiers (Brown, 2002);
4. revendiquer des politiques qui réduisent les disparités économiques pour assurer un accès égal aux soins pour tous (Bass-Haugen, 2009) et améliorer l'ensemble des résultats en matière de santé (Brown, 2002);
5. mener des études sur le revenu et le rendement occupationnel (Bass-Haugen, 2009) pour mieux comprendre les différents groupes de populations et élaborer des stratégies qui tiennent compte du processus de vieillissement, du genre, de la culture et du statut socioéconomique (Matsuoka, 1999).

Conclusion

Le rationnement actuel des services de santé a particulièrement touché les aînés ayant une faible sécurité du revenu. Les ergothérapeutes doivent être conscients des ressources limitées de ces personnes (Szanton et al., 2011) lorsqu'ils déterminent leurs objectifs occupationnels. Les interventions doivent être réalistes financièrement pour habilitier la participation des aînés à des occupations significatives qui favorisent leur santé et leur bien-être (Krupa, Fossey, Anthony, Brown et Pitts, 2009).

Références

- Adler, N. E., et Ostrove, J. M. (1999). Socioeconomic status and health: What we know and what we don't. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896, 3-15. doi:10.1111/j.1749-6632.1999.tb08101.x
- Andrews, D. (2008, janvier). *Living to 100 and Beyond in Canada with Dignity*. Présenté au Living to 100 and Beyond Symposium, Orlando, Florida. Téléchargé au <https://www.soa.org/library/monographs/retirement-systems/living-to-100-and-beyond/2008/january/mono-li08-1b-andrews.pdf>
- Angel, J. L., Angel, R. J., et Henderson, K. J. (1997). Contextualizing social support and health in old age: Reconsidering culture and gender. *The International Journal of Sociology and Social Policy*, 17(9/10), 83-116. doi:10.1108/eb013326
- Baranek, P. M., Williams, A. P., et Deber, R. (1999). Policy trade-offs in "home care": The Ontario example. *Canadian Public Administration*, 42, 69-92. doi:10.1111/j.1754-7121.1999.tb01548.x
- Bass-Haugen, J. D. (2009). Health disparities: Examination of evidence relevant for occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 63, 24-34. doi:10.5014/ajot.63.1.24
- Bazel, P., et Mintz, J. (2014). *Income adequacy among Canadian seniors: Helping singles most*. SPP Research Papers, 7(4), 1-17. Téléchargé au <http://www.policyschool.ucalgary.ca/sites/default/files/research/mintz-bazel-seniors-income.pdf>
- Brown, S. L. (2002). We are, therefore I am: A multisystems approach with families in poverty. *The Family Journal*, 10, 405-409. doi:10.1177/106648002236759
- Conseil de la santé du Canada. (2012). *Aînés dans le besoin, aidants en détresse : Quelles sont les priorités de soins à domicile pour les aînés au Canada?* Téléchargé au http://www.healthcouncilcanada.ca/rpt_det_gen.php?id=348
- Edwards, P., et Mawani, A. (2006). *Le vieillissement en santé au Canada : Une nouvelle vision, un investissement vital; des faits aux gestes. Document de discussion préparé pour le Comité fédéral-provincial-territorial des hauts fonctionnaires (aînés)*. Téléchargé au <http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/alt-formats/pdf/publications/public/healthy-sante/vision/vision-fra.pdf>
- Egede, L. E. (2006). Race, ethnicity, culture, and disparities in health care. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 667-669. doi:10.1111/j.1525-1497.2006.0512.x
- Epps, T., et Flood, C. M. (2002). Have we traded away the opportunity for innovative health care reform? The implications of the NAFTA for Medicare. *McGill Law Journal*, 47, 747-790.
- Fook, J. (2002). Theorizing from practice towards an inclusive approach for social work research. *Qualitative Social Work*, 1, 79-95. doi:10.1177/147332500200100106
- Forget, E., Deber, R., Roos, L., et Walld, R. (2005). *Canadian health reform: A gender analysis*. *Feminist Economics*, 11(1), 123-141. doi:10.1080/1354570042000332579
- Foster, J. E., et Wolfson, M. C. (2010). Polarization and the decline of the middle class: Canada and the US. *The Journal of Economic Inequality*, 8, 247-273. doi:10.1007/s10888-009-9122-7
- Grundt, E. (2006). Ageing and vulnerable elderly people: European perspectives. *Ageing & Society*, 26, 105-134. doi:10.1017/S0144686X05004484
- Krupa, T., Fossey, E., Anthony, W. A., Brown, C., et Pitts, D. B. (2009). Doing daily life: How occupational therapy can inform psychiatric rehabilitation practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32, 155-161. doi:10.2975/32.3.2009.155.161
- Landry, M. D., Deber, R. B., Jaglal, S., Laporte, A., Holyoke, P., Devitt, R., et Cott, C. (2006). Assessing the consequences of delisting publicly funded community-based physical therapy on self-reported health in Ontario, Canada: A prospective cohort study. *International Journal of Rehabilitation Research*, 29, 303-307. doi:10.1097/MRR.0b013e328010badc

- Lazonick, W. (2010). *The Fragility of the US Economy: The Financialized Corporation and the Disappearing Middle Class*. Téléchargé au <http://www.theairnet.org/files/research/lazonick/Lazonick%20FUSE%2020101003.pdf>
- Lee, J., et Bean, F. D. (2004). America's changing color lines: Immigration, race/ethnicity, and multiracial identification. *Annual Review of Sociology*, 30, 221-242. doi:10.1146/annurev.soc.30.012703.110519
- Markle-Reid, M., Browne, G., Weir, R., Gafni, A., Roberts, J., et Henderson, S. (2008). The association between the six-month use of publicly funded home support services quality of life and use of health services for older people. *Canadian Journal on Aging*, 27, 207- 224. doi:10.3138/cja.27.2.207
- Matsuoka, A. K. (1999). Preferred care in later life among Japanese Canadians. *Journal of Multicultural Social Work*, 7(1-2), 127-148. doi:10.1300/J285v07n01_08
- McDonald, L., Donahue, P., et Moore, B. (2000). The poverty of retired widows. Dans F. T. Denton, D. Fretz, & B. G. Spencer (Édits.), *Independence and economic security in old age* (p. 328 à 345). Vancouver: University of British Columbia Press.
- Mickelson, K. D., et Williams, S. L. (2008). Perceived stigma of poverty and depression: Examination of interpersonal and intrapersonal mediators. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27, 903-930. doi:10.1521/jscp.2008.27.9.903
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (2015). *Services de physiothérapie (financés par l'assurance santé de l'Ontario)*. Téléchargé le 30 octobre 2015, au <https://www.ontario.ca/fr/page/services-de-physiotherapie-couverts-par-lassurance-sante-de-lontario>
- Newbold, K. B., et Danforth, J. (2003). Health status and Canada's immigrant population. *Social Science and Medicine*, 57, 1981-1995.
- Patel, V. (2001). Cultural factors and international epidemiology: Depression and public health. *British Medical Bulletin*, 57(1), 33-45. doi:10.1093/bmb/57.1.33
- Simms, M. (2003). Opening the black box of rationing care in later life: The case of 'community care' in Britain. *Journal of Aging and Health*, 15, 713-737. doi:10.1177/0898264303256529
- Smith, H., et Ley, D. (2008). Even in Canada? The multiscale construction and experience of concentrated immigrant poverty in gateway cities. *Annals of the Association of American Geographers*, 98, 686-713. doi:10.1080/00045600802104509
- Soskolne, V., Halevy-Levin, S., et Cohen, A. (2007). The socio-cultural context of family caregiving and psychological distress: A comparison of immigrant and nonimmigrant caregivers in Israel. *Aging & Mental Health*, 11, 3-13. doi:10.1080/13607860600641127
- Szanton, S. L., Thorpe, R. J., Boyd, C., Tanner, E. K., Leff, B., Agree, E., . . . Gitlin, L. N. (2011). Community aging in place, Advancing better living for elders (CAPABLE): A bio-behavioral-environmental intervention to improve function and health-related quality of life in disabled, older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59, 2314-2320. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03698.x
- Warburton, J., Bartlett, H., et Rao V. (2009). Ageing and cultural diversity: Policy and practice issues. *Australian Social Work*, 62, 168-185. doi:10.1080/03124070902748886
- Wisensale, S. K. (2005). Aging societies and intergenerational equity issues: Beyond paying for the elderly, who should care for them? *Journal of Feminist Family Therapy*, 17(3-4), 79-103. doi:10.1300/J086v17n03_05
- Zahidi, S. (2012). Women and ageing. Dans J. R. Beard, S. Biggs, D. E. Bloom, L. P. Fried, P. Hogan, A. Kalache, & S. Jay Olshansky (Édits.), *Global Population Ageing: Peril or Promise?*(pp. 21-24). Téléchargé au http://www3.weforum.org/docs/WEF_GAC_GlobalPopulationAgeing_Report_2012.pdf

Remarque de la rédactrice en chef : Pour en savoir davantage sur le rôle de l'ergothérapie auprès des personnes vivant dans la pauvreté, consulter les pages 14 à 17 du numéro de septembre 2915 des *Actualités ergothérapeutiques*, au : <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=394>

Les personnes qui assisteront au Congrès 2016 de l'ACE à Banff, en Alberta, auront la possibilité de participer au Forum sur un enjeu professionnel sur la pauvreté et l'itinérance, qui sera présenté à la salle New Brunswick de l'hôtel Fairmont Banff Springs, le 21 avril, de 8 h 30 à 11 h 30. Si vous ne pouvez pas assister au Congrès, surveillez les comptes rendus du forum, qui seront publiés dans le numéro de juillet des *Actualités ergothérapeutiques* et sur le site web de l'ACE.

À propos de l'auteure

(Hedy) Anna Walsh, PhD, MHS, CHE, LLB/J.D., BScErg., est ergothérapeute, avocate et gestionnaire de la santé; elle travaille actuellement à titre d'arbitre pour le Toronto Licensing Tribunal et elle est représentante de la population au conseil de l'Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario. On peut la joindre à : hedy.walsh@utoronto.ca.

Aspects à prendre à considération lors du choix d'un monte-escalier

Jim Closs

Les escaliers : une question de sécurité ou d'esthétique?

Les escaliers ont différentes formes et longueurs et, bien que les codes du bâtiment aient permis d'assurer une certaine uniformité quant à la hauteur et la profondeur des marches, les constructeurs et concepteurs doivent souvent faire des compromis face au manque d'espace et à leur désir d'offrir une certaine forme d'esthétisme. Ces situations peuvent compromettre la sécurité des escaliers.

Les mains-courantes et les garde-corps préfabriqués sont souvent conçus de manière à s'harmoniser au décor, plutôt que pour offrir une solution sécuritaire et ergonomique. Dans ces cas, les mains-courantes ou les garde-corps peuvent être inefficaces (c'est-à-dire, mal situés) et même dangereux, car ils n'ont pas été conçus pour les personnes qui doivent s'y appuyer de tout leur poids.

Évaluer le client et comprendre le processus d'ajustement du monte-escalier

Un monte-escalier convient généralement au client qui a la capacité de se déplacer sur des surfaces planes, mais qui a de la difficulté à monter et descendre les escaliers. Les handicaps ou problèmes de santé qui ont des répercussions sur la force, l'équilibre et l'endurance justifient généralement le



besoin d'installer un monte-escalier. Il y a aussi des scénarios où, en raison d'un budget limité ou de restrictions en matière de construction, on opte pour un monte-escalier afin d'améliorer l'accessibilité des lieux pour une personne en fauteuil roulant. Dans ces situations, il est important d'examiner la sécurité des transferts, au pied et en haut de l'escalier, où tout accident pourrait entraîner des blessures sérieuses. Il est recommandé de faire appel à un professionnel de la santé pour faire une évaluation judicieuse de la situation et également d'envisager d'autres solutions, s'il y a des risques de blessures ou d'accident pour le client.

Conception ergonomique du monte-escalier

Les monte-escaliers ne sont pas tous conçus de la même manière. En fait, peu de monte-escaliers ont été conçus en tenant compte du corps humain. Les personnes qui ont besoin d'assistance doivent avoir un monte-escalier qui est adapté à leur corps et à leurs besoins. Lorsqu'on choisit le siège et le système du monte-escalier, il faut donc tenir compte de l'équilibre, des fonctions cognitives et du confort de l'utilisateur. Le siège doit procurer une position assise naturelle et être muni d'appui-bras assez longs pour que l'utilisateur puisse s'y appuyer en se levant du siège. Les commandes du système doivent être intuitives et faciles à faire fonctionner.

Qualité, garantie et service après-vente

Les éléments clés dont le consommateur doit discuter avec le détaillant sont la qualité, le design, le confort et la fiabilité du produit, de même que la garantie et la réputation du fabricant. Les consommateurs doivent poser des questions comme les suivantes : Depuis combien de temps cette compagnie existe-t-elle? Qui effectue l'installation et offre-t-on un service après-vente et d'entretien?

De nombreux clients oublient de considérer l'aspect de l'entretien lorsqu'ils choisissent un détaillant. Le monte-escalier est une machine qui doit être entretenue et réparée au besoin. Des mesures préventives et un horaire



d'entretien permettront d'assurer un usage continu et de longue durée. Le monte-escalier pourrait devenir la prochaine pièce d'équipement la plus courante dans les foyers nord-américains, en raison du vieillissement de la population et du fait que le désir des personnes âgées de vieillir chez-elles deviendra la norme. Lorsque les besoins en matière de mobilité deviennent plus courants, alors les produits et services s'améliorent davantage. Actuellement, le monte-escalier représente une solution très simple à un besoin personnel et de logistique.

Pour consulter les rapports d'évaluation des produits Stannah rédigés dans le cadre du Programme de reconnaissance de produits de l'ACE, prière de se rendre au : www.caot.ca/productrecognition

À propos de l'auteur

Depuis près de 25 ans, Jim Closs aide les gens à monter et descendre les escaliers en toute sécurité, afin qu'ils puissent vivre là où ils le souhaitent. On peut le joindre à : jim_closs@stannah.com



Stannah