

Table des matières

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

Quoi de neuf?..... 3

Appuyer les ergothérapeutes dans leurs projets de publication 4
Julie Lapointe, Danielle Stevens et Janet Craik

DES CONNAISSANCES À LA PRATIQUE

Considérations sur la prévention des handicaps au travail : un guide pour les ergothérapeutes 6
Alicia McDougall et Behdin Nowrouzi-Kia

Une nouvelle possibilité pour l'application des connaissances. La RCE : Faits scientifiques et données probantes pour votre pratique 8
Briana Zur

PARTAGE DE PERSPECTIVES

L'activation collaborative : Comment l'ergothérapie et la musicothérapie peuvent travailler ensemble pour promouvoir la santé 11
SarahRose Black et Catherine Dirks

Réflexions sur la préparation de l'agrément d'un programme d'enseignement offert à un collège privé d'enseignement professionnel 13
Danielle N. Naumann

Porter plusieurs chapeaux pour réussir sa pratique dans le secteur privé..... 16
Adeena Wisenthal

INFLUENCER LA VIE DES GENS, LES COMMUNAUTÉS ET LES SYSTÈMES

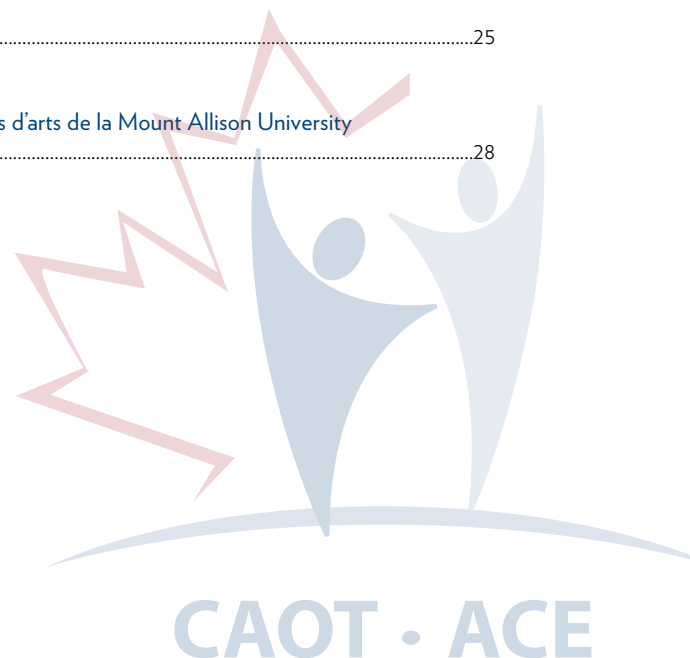
Une expérience de stage enrichissante en développement communautaire au centre Amar Seva Sangam 19
Jana Abdulrahman

Le pouvoir de l'engagement occupationnel : l'histoire de Norm 22
Rhona Anderson et Heidi Reznick

De l'itinérance à la vie en résidence : Réflexions sur le parcours occupationnel de Tim..... 25
Tracey Faulkner

Guérir le corps et l'esprit par le travail : Interdépendance entre la formation en métiers d'arts de la Mount Allison University et la formation en ergothérapie de l'University of Toronto 28
Judith Friedland

Mention de source de l'image en page couverture : aquarelle de Cary Brown
Explication de Cary : « Ce tableau me fait penser à l'esprit d'aventure que de nombreux ergothérapeutes insufflent à leur carrière– en transportant le coffre à outils unique de notre profession (rempli de quelques bons vieux outils et dans lequel nous trouvons toujours de l'espace pour ajouter de nouveaux outils). Nous sommes toujours prêts à relever de nouveaux défis et à saisir de nouvelles possibilités ».



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
Tarra Carter, BA
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 :

Sarah Hobbs, BA
Sarah Villiger, BEd

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.)

Les assistants de l'ergothérapeute et le personnel de soutien en ergothérapie

Erin Moerman, AE/AP

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

Quoi de neuf?



Annnonce de la formation de l'ACE-QC

Nous avons de bonnes nouvelles à vous transmettre! Au nom du conseil d'administration de l'ACE, nous aimerions vous annoncer qu'à partir du 1er octobre 2016, l'ACE établira un chapitre d'adhérents dans la province de Québec. Le chapitre du Québec, soit l'ACE-QC, procurera de nombreux avantages à nos adhérents du Québec, dont une représentation officielle auprès de leur gouvernement provincial, un nouveau partenaire dans la poursuite de l'excellence en ergothérapie au Québec, une attention plus grande accordée à leurs préoccupations et besoins provinciaux, de même que des tribunes et des ressources additionnelles.

Avez-vous créé votre inscription dans le Trouvez un ergo?

Nous avons maintenant une nouvelle plateforme pour aider les Canadiens à trouver un ergothérapeute! Trouvez un ergo est un nouvel avantage de l'adhésion offert exclusivement aux membres admissibles de l'ACE. Ce nouvel outil de recherche comprend plusieurs caractéristiques, dont les suivantes :

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

L'ACE fera la promotion du nouvel outil de recherche Trouvez un ergo auprès des parties prenantes externes, des intervenants faisant des demandes de consultation en ergothérapie et des partenaires communautaires; ne ratez pas cette occasion de créer votre inscription dès aujourd'hui.



Pour en savoir davantage, visitez le : www.caot.ca/findanOT

Des nouvelles de la revue *Actualités ergothérapeutiques* NOUVEL appel d'articles sur la pratique dans le secteur privé pour les *Actualités ergothérapeutiques*

Le comité de rédaction des *Actualités ergothérapeutiques* est à la recherche d'articles sur la pratique dans le secteur privé pour un numéro thématique qui sera publié en mars 2017. Prière de se rendre au <http://www.caot.ca/default.asp?ChangelD=25&pageID=7> pour lire la description complète de l'appel d'articles.

Bienvenue aux nouvelles bénévoles des *Actualités ergothérapeutiques*

Nous souhaitons la bienvenue aux nouveaux éditeurs thématiques et membres du comité de rédaction des *Actualités ergothérapeutiques* :

- Sarah Hobbs et Sarah Villiger – éditrices thématiques de la chronique Perspectives estudiantines
- Erin Moerman – éditrice thématique de la chronique Les assistants de l'ergothérapeute et le personnel de soutien en ergothérapie
- Tarra Carter – représentante des étudiants des programmes menant à l'entrée en exercice de l'ergothérapie au sein du comité de rédaction

Nous sommes enthousiastes à l'idée de travailler avec ces nouveaux membres de l'équipe des *Actualités ergothérapeutiques*!

Publication d'articles scientifiques ou d'articles sur des évaluations de programme

Le comité de rédaction des *Actualités ergothérapeutiques* reçoit souvent des questions à propos du type de données et de résultats de projets de recherche pouvant être publiés. Dans les *Actualités ergothérapeutiques*, nous ne publions pas les résultats de recherche originaux; cependant, il nous fait plaisir de publier des articles qui décrivent les conséquences pour la pratique d'un projet de recherche ayant été publié dans une autre revue. Nous publions aussi des articles qui décrivent des évaluations de programme ou des projets d'amélioration de la qualité pouvant comprendre des données descriptives de base. Pour en savoir davantage, veuillez consulter les directives à l'intention des auteurs des *Actualités ergothérapeutiques* au : <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=91>.

Soutenir la Fondation canadienne d'ergothérapie (FCE)

Il est possible de faire des dons en ligne, par téléphone ou par la poste. www.cotfcanada.org

Vous pouvez aussi appuyer la FCE en achetant un collier au : <https://www.hilarydruxman.com/product/53n1-ot/>

Membres du comité d'examen des candidatures pour les subventions et les bourses de recherche 2016-2018 de la FCE :

Deb Cameron, présidente
Emily Etcheverry
Kim Larouche
Bill Miller
Susanne Murphy
Alik Thomas

Appuyer les ergothérapeutes dans leurs projets de publication

Julie Lapointe, Danielle Stevens et Janet Craik

Depuis 1926, l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) publie des ressources pour appuyer et favoriser l'excellence dans la pratique de l'ergothérapie. En tant qu'unique maison d'édition se consacrant exclusivement à l'ergothérapie au Canada, l'ACE a pour but de publier et diffuser des ressources fondées sur les faits qui sont pertinentes pour les praticiens (p. ex. des manuels de référence, des guides sur la pratique, des outils de réflexion). Le but de cet article est d'illustrer comment le service des publications de l'ACE appuie les ergothérapeutes dans leurs projets de publication. Ce processus de soutien s'inspire des huit points d'action clés du Cadre conceptuel du processus de pratique canadien (CCPPC), « un cadre de processus pour favoriser l'habilitation occupationnelle fondée sur les faits et centrée sur le client » (Craik, Davis et Polatajko, 2013, p. 232). Dans ce court article, nous décrivons uniquement les quatre premiers points d'action du CCPPC.

La proposition de publication est l'outil de communication utilisé pour initier et établir le contact avec les auteurs éventuels. Lorsqu'elle est terminée, cette proposition comporte de 3 à 10 pages, et elle est accompagnée d'un exemple de chapitre, de même que de renseignements sur l'expertise des auteurs. On désigne un membre de l'équipe de l'ACE comme « chargé de dossier » du projet. Cette personne rencontre les auteurs et prépare le terrain, en leur donnant de l'information sur le processus et les étapes à suivre.

Le point d'action qui consiste à évaluer la proposition de publication est alors amorcé par l'intermédiaire d'une table d'aide à la décision. Cette table est utilisée pour compiler les forces (qui appuient la décision d'aller de l'avant) et les faiblesses ou les risques inhérents à la proposition, dans le contexte du marché des publications en ergothérapie. Ce genre d'outil a prouvé son efficacité pour soutenir le processus de réflexion et de décision (Stacey et al., 2014). La table d'aide à la décision décrit également le degré d'expertise et d'expérience des auteurs par rapport à leur sujet. Les difficultés anticipées, les possibilités de développement et les facteurs environnementaux sont ensuite identifiés pour le projet. Cette table est remplie par le chargé de dossier; les auteurs participent également, en suggérant des éléments à considérer ou à préciser. Par ailleurs, pour améliorer la qualité et le rendement de son analyse environnementale, l'ACE fait appel à une gestionnaire en développement d'entreprise. Cette personne effectue une analyse de marché, émet des commentaires sur la viabilité de la publication et conçoit un plan d'affaires et promotionnel.

Une fois qu'elles sont complétées, la proposition de publication et la table d'aide à la décision sont soumises à un comité consultatif de l'ACE, qui prend la décision finale—d'aller de l'avant ou non avec le projet de publication. De toute évidence, ce comité est chargé de

choisir les propositions de publication de manière éclairée, afin d'utiliser de manière optimale des ressources financières qui proviennent en grande partie de la cotisation des membres. Lorsque la décision est d'aller de l'avant, le plan de travail est approuvé et mis en oeuvre.

L'étape suivante, se mettre d'accord sur les objectifs et le plan d'intervention, comprend non seulement l'examen du contenu de la publication et la vérification de l'assurance de la qualité, mais aussi des aspects comme l'atteinte d'un accord face au contrat de publication et aux délais, la vérification de l'équilibre de la structure de la présentation, le choix des références les plus pertinentes, la demande des droits pour la reproduction des images, le traitement des commentaires des réviseurs et la planification des étapes de la promotion nationale et internationale et de la diffusion. Tout au long de ce processus, les auteurs sont invités à jouer un rôle actif. Les auteurs sont les experts face au contenu de leurs travaux et l'équipe de l'ACE, par son expérience, les guide et les aide à atteindre leur plus haut degré d'excellence, en adoptant une approche personnalisée et centrée sur le client.

En conclusion, il est important de souligner que la production d'une publication exige énormément de travail, dont une évaluation initiale et un suivi rigoureux et serré. Toutefois, les publications en ergothérapie peuvent avoir de multiples impacts positifs et elles sont un moyen efficace de faire avancer notre profession. L'ACE est fière d'incarner sa mission, qui est de « favoriser l'excellence en ergothérapie », en appuyant les auteurs. Nous invitons les lecteurs qui seraient intéressés à s'impliquer au sein du service des publications et des services d'apprentissage de l'ACE à consulter la page web « Soyez impliqués avec l'ACE » pour obtenir de plus amples renseignements : <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=1247>.

Références

- Craik, J., Davis, J., et Polatajko, H. J. (2013). Introducing the Canadian Practice Process Framework (CPPF): Amplifying the context. Dans E. A. Townsend & H. J. Polatajko (Eds.), *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation* (2nd ed., p. 229 à 246). Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Stacey, D., Légaré, F., Col, N. F., Bennett, C. L., Barry, M. J., Eden, K. B., . . . Wu, J. H. C. (2014). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systemic Reviews*, 2014(1), 1-332. doi:10.1002/14651858.CD001431.pub3

À propos des auteures

Julie Lapointe est directrice de la pratique professionnelle à l'ACE; on peut la joindre à : practice@caot.ca. **Danielle Stevens** est graphiste et gestionnaire de la production à l'ACE. **Janet Craik** est la directrice générale de l'ACE.

Mai est le Mois de la parole et de l'audition

À tous les ans, Orthophonie et Audiologie Canada (OAC) consacre le mois de mai à une campagne de sensibilisation sur les troubles de communication et les professionnels qui peuvent apporter leur aide aux personnes atteintes de ces troubles. Tout au long du mois de mai, nous travaillons avec plus de 6 300 orthophonistes, audiologistes et aides en santé de la communication membres et associés de l'OAC, afin de souligner l'importance de la santé de la communication.

Les initiatives de l'OAC dans le cadre du Mois de la parole et de l'audition de 2016 sont, notamment, de sensibiliser les hôpitaux pour enfants à travers le pays, de faire une campagne de sensibilisation par l'intermédiaire des médias sociaux et de faire valoir l'importance de la santé de la communication auprès des politiciens et des médias. Nous avons aussi créé de nouvelles affiches, des feuillets d'information et des feuilles d'activités qui se sont ajoutés à notre collection de ressources. Pour accéder à nos ressources gratuites en ligne et en savoir davantage sur le Mois de la parole et de l'audition, prière de visiter le : www.maymonth.ca.



Les professionnels de la santé de la communication font beaucoup plus que vous ne le croyez

Les orthophonistes et les audiologistes travaillent avec des personnes de

tous les groupes d'âges pour identifier, évaluer et traiter un large éventail de troubles de communication. Les orthophonistes travaillent avec les personnes ayant des troubles du langage, de la parole, de déglutition et d'alimentation, et les audiologistes oeuvrent auprès des individus ayant des troubles de l'audition, du traitement auditif et autres troubles auditifs et d'équilibre. Outre leur travail en milieu clinique, les orthophonistes et les audiologistes travaillent dans les domaines de la recherche, de l'enseignement, de la représentation, du counselling, de l'élaboration de politiques et de l'administration de la santé. Les aides à la santé de la communication travaillent avec ces deux groupes de professionnels.

Les orthophonistes et les audiologistes travaillent souvent au sein d'équipes interprofessionnelles, en collaborant avec d'autres professionnels, dont des ergothérapeutes. Les ergothérapeutes et les orthophonistes savent depuis longtemps qu'il est efficace de traiter conjointement les clients de tous âges, dans les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée, les écoles et autres milieux. Les orthophonistes et les ergothérapeutes collaborent aussi fréquemment pour recommander, concevoir et attribuer des aides à la communication.

Dans le même ordre d'idées, les ergothérapeutes et les audiologistes collaborent souvent aux traitements des patients/clients, en particulier auprès des personnes ayant des troubles vestibulaires.

En tant qu'ergothérapeute, vous avez sans doute déjà travaillé avec un professionnel en santé de la communication ou avec une personne ayant un trouble de communication. Il nous ferait plaisir de publier votre histoire sur le site web du Mois de la parole et de l'audition pour illustrer le pouvoir de la communication humaine. Pour partager votre histoire avec nous, veuillez communiquer avec Felicity Feinman, l'assistante aux communications de l'OAC, à : felicity@sac-oac.ca. Les soumissions de toutes longueurs sont les bienvenues.

Remarque de la rédactrice en chef : Au sein du système de santé canadien, on a constaté un besoin croissant de travailler en collaboration et d'apprendre des stratégies qui favorisent la collaboration interprofessionnelle (CIP). L'ACE s'est engagée à faire connaître la CIP et est heureuse de promouvoir le travail important de nos collègues, en favorisant le dialogue sur les façons dont la CIP peut permettre d'améliorer les soins offerts aux clients.

ADULTES



ÉDITRICE THÉMATIQUE :
PATRICIA DICKSON

Considérations sur la prévention des handicaps au travail : un guide pour les ergothérapeutes

Alicia McDougall et Behdin Nowrouzi-Kia

Les accidents de travail et les maladies professionnelles sont des problèmes sérieux au Canada. En effet, en 2013, plus de 241 000 Canadiens ont été victimes d'accidents de travail ou de maladies liées au travail ayant entraîné une perte de productivité au travail (Association des commissions des accidents de travail du Canada [ACATC], 2013). Ces accidents de travail et maladies professionnelles ont entraînés des coûts directs de 9,7 milliards de dollars pour l'économie canadienne en 2008. Si l'on tient compte des coûts directs et indirects, les coûts totaux des accidents de travail pour l'économie canadienne sont estimés à plus de 19 milliards de dollars annuellement depuis 2010 (Gilks et Logan, 2010). Ainsi, l'incapacité au travail affecte les Canadiens directement et indirectement.

La gestion du handicap est définie comme un effort concerté pour prévenir les accidents et les handicaps, créer des aménagements pour contribuer au maintien en poste à la suite d'une blessure ou d'un handicap et favoriser le rétablissement au moyen d'une intervention précoce. La gestion du handicap fait appel à la collaboration entre l'employeur, l'employé et, selon le cas, un organisme offrant des services de gestion du handicap (Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 2011). La prévention de l'incapacité au travail est une approche ou un modèle qui repose sur des interventions mises en œuvre pendant l'étape de prévention primaire ou le stade subaigu d'une maladie, et elle favorise les interventions précoces, ce qui permet de prévenir la maladie ou l'invalidité (p. ex., pendant le stade subaigu d'une douleur lombaire, afin d'éviter qu'elle ne devienne chronique; Bell et al., 1995; Loisel et al., 2001; van Oostrom et al., 2009). Comme nous en discutons dans cet article, les ergothérapeutes sont dans une position stratégique pour jouer un rôle déterminant dans les domaines de la gestion, de l'éducation et de la prévention des handicaps associés aux accidents et invalidités survenus en milieu de travail.

L'approche globale en ergothérapie

La façon dont les ergothérapeutes conçoivent la relation entre les individus, leur environnement et leurs occupations leur donne une perspective unique et utile dans le processus de gestion du handicap (ACE, 2011). L'approche globale en ergothérapie ne se résume pas simplement à prendre en compte les aspects physiques de la santé au travail, mais également les aspects mentaux, affectifs, cognitifs, culturels, sociaux et idiosyncrasiques (ACE, 2015; Thibault, Loisel, Durand, Catchlove et Sullivan, 2008). Dans la littérature, on a constaté que l'adoption d'une approche globale du handicap au travail et de la prévention du handicap entraînait de meilleurs résultats en matière de santé (ACE, 2015; Carragee, Alamin, Miller et Carragee, 2005; Sullivan et Stanish, 2003; Thibault et al., 2008; Tjulín, MacEachen et Ekberg, 2010). Des données probantes ont indiqué que le handicap au travail va bien au-delà des composantes physiques en jeu et qu'il est influencé par des caractéristiques personnelles (p. ex., facteurs psychosociaux) et environnementales

(p. ex., le milieu de travail, les régimes d'indemnisation; Carragee et al., 2005; Loisel et al., 2001; Sullivan et Stanish, 2003; Thibault et al., 2008; Tjulín et al., 2010).

Facteurs psychosociaux

La littérature a montré qu'en tenant compte des facteurs psychosociaux (p. ex., satisfaction face à l'emploi, capacité de prendre des décisions) lors de la gestion du handicap au travail, il est possible d'augmenter les résultats positifs pour les clients et les employeurs (ACE, 2015; Carragee et al., 2005; Loisel et al., 2001; Sullivan et Stanish, 2003; Thibault et al., 2008; Tjulín et al., 2010). Une étude sur la douleur lombaire a indiqué que la prise en compte combinée de variables psychosociales et de variables physiques permettait de mieux prédire la douleur lombaire à long terme, alors qu'en ne tenant compte que de variables physiques, on n'observait que de faibles associations entre la douleur lombaire et l'invalidité à long terme. L'étude a aussi mis en relief le fait que les variables psychosociales étaient fortement prédictives des situations de congé pour invalidité à court terme et à long terme et des rendez-vous médicaux pour des douleurs lombaires (Carragee et al., 2005). Le fait de tirer parti de la valeur prédictive des facteurs psychosociaux pourrait contribuer au développement de traitements et de stratégies d'intervention judicieuses et donc, à la réduction du temps de travail total perdu.

Une étude sur le retour au travail a permis de découvrir que les interventions en milieu de travail devraient s'étendre au-delà des aménagements techniques et orientés sur la tâche généralement associés au retour au travail et tenir également compte du contexte social dans lequel les interventions sont effectuées (Tjulín et al., 2010). Les auteurs de l'étude ont suggéré que le processus du retour au travail est un événement socialement construit dans lequel les interactions et les relations sociales sont changeantes (Tjulín et al., 2010). Les résultats suggèrent qu'un contact social précoce avec des collègues de travail pendant l'étape précédant le retour au travail avait permis d'éliminer les sentiments d'invisibilité et d'incertitude de l'employé accidenté ou malade; ce contact a également offert une occasion pour communiquer ouvertement sur les modalités et le moment du retour au travail. Ces contacts préliminaires ont aussi entraîné une plus courte durée du congé d'invalidité (Tjulín et al., 2010). L'étude a aussi démontré que les interventions suivant le retour au travail comprenaient généralement des emplois et des tâches modifiés, afin d'éliminer l'impact ou la présence des composantes physiques de l'invalidité du travailleur, toutefois, dans ces interventions, l'impact social et psychologique de la transition n'était pris en compte. Ainsi, l'adoption d'une approche plus globale du processus de retour au travail entraîne des transitions plus faciles, moins de sentiments d'incertitude et des congés d'invalidité plus courts (Tjulín et al., 2010). Les ergothérapeutes ont la possibilité de jouer un rôle déterminant dans cette approche, en enseignant aux employeurs et aux employés les avantages des contacts précoces. De plus, en participant aux premières étapes du retour au travail,

les ergothérapeutes peuvent contribuer à la planification et au développement du plan de retour au travail qui permet de tenir tous les intervenants informés, en facilitant la communication et les contacts précoces et en éliminant les sentiments d'incertitude.

Les facteurs psychosociaux sont également des aspects importants à considérer dans le domaine de la gestion de la douleur, car la gestion de la douleur est une composante intégrale du processus de retour au travail. Une étude a permis de montrer que les interventions ciblant l'intensité de la douleur, la dramatisation et la crainte de la douleur peuvent être un moyen efficace de réduire les comportements liés à la douleur (p.ex, grimacements de douleur, réactions de protection, expressions verbales de douleur; Thibault et al., 2008). On a observé que les interventions qui abordent et réduisent les facteurs psychosociaux associés à la douleur ont un impact important sur la réussite de la réadaptation (Thibault et al., 2008). Dans une étude similaire, on a constaté que bien que les facteurs psychosociaux et sociaux soient abordés par de nombreux programmes tertiaires de gestion de la douleur, l'importance de ces facteurs a été reconnue dans les programmes de prévention primaire et secondaire (Sullivan et Stanish, 2003). Les auteurs de cette étude ont observé que, jusqu'à maintenant, la douleur a été principalement conceptualisée comme étant essentiellement physique et les interventions psychologiques n'ont pas été jugées essentielles (Sullivan et Stanish, 2003). Les auteurs suggèrent que les programmes d'activités de mobilisation axés sur la psychologie (incorporant la restructuration cognitive et la réévaluation de la participation à des activités en fonction de la douleur) pourraient être avantageux s'ils étaient incorporés dans les programmes de gestion et de prévention de la douleur (Sullivan et Stanish, 2003).

Prévention de l'incapacité au travail (PIT)

Loisel et ses collègues (2001) ont mené une étude dans laquelle ils discutaient d'un changement de paradigme allant du traitement des invalidités et des maladies au travail à la prévention des invalidités au travail; les auteurs avaient le sentiment que ce changement pourrait contribuer à réduire le nombre de cas de douleur chronique chez les travailleurs. Le modèle de la PIT passe de la prévention secondaire et tertiaire (qui vise à améliorer ou réduire l'impact de la blessure ou de la maladie qui se sont déjà produites) à la prévention primaire (qui vise à prévenir les blessures ou les maladies avant qu'elles ne se produisent; Bell et al., 1995; CAOT, 2015). Les études ont montré qu'en adoptant l'approche de la PIT pour traiter les clients « en les rassurant et en leur offrant des interventions liées au milieu de travail » plutôt que le modèle médical du traitement de la douleur chronique, il est possible de prévenir le développement des maladies progressives, prolongées ou chroniques (Loisel et al., 2001, p. 352).

L'approche de la prévention de l'incapacité au travail correspond à l'approche globale en ergothérapie et elle tient également compte des facteurs psychosociaux associés aux interventions efficaces. L'ACE a présenté un effort concerté afin de mieux refléter l'importance de tenir compte des composantes physiques, psychosociales, culturelles et environnementales pendant les interventions de santé en milieu de travail (ACE, 2015). L'ACE a également lancé un grand nombre d'initiatives sur ce sujet, qu'elle a l'intention de poursuivre, notamment : fournir de l'information aux ergothérapeutes sur les différentes façons de promouvoir la santé au travail et la prévention primaire, et rehausser la pratique fondée

sur les faits en diffusant les études sur l'efficacité des interventions ergothérapeutiques et en favorisant la collaboration avec les intervenants en gestion de l'incapacité au travail afin d'améliorer les services d'ergothérapie et de contribuer à l'élimination des invalidités au travail (ACE, 2015).

Pour en savoir davantage sur les ressources sur la santé et le bien-être au travail, consultez la page de ressources de l'ACE sur ce sujet (<http://www.caot.ca/default.asp?pageid=4265>), de même que la prise de position sur l'ergothérapie et la santé au travail (<http://www.caot.ca/default.asp?pageid=1137>).

Remerciements

Les auteures tiennent à remercier Mme Janet Craik et la professeure Julie Lapointe pour leur discussion productive sur ce sujet.

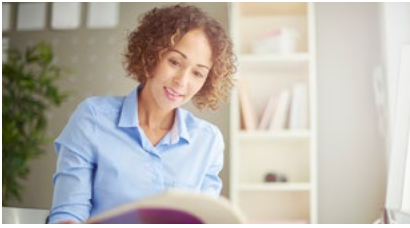
Références

- Association canadienne des ergothérapeutes. (2011). *Prise de position de l'ACE : L'ergothérapie et les services de gestion du handicap*. Téléchargé au <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=1114>
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2015). *Prise de position de l'ACE : L'ergothérapie et la santé au travail*. Téléchargé au <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=1137>
- Association des commissions des accidents du travail du Canada. (2013). *AWCBC/ACATC: statistiques*. Téléchargé au http://awcbc.org/fr/?page_id=381.
- Bell, J. G., Bishop, C., Gann, M., Gilbert, M. J., Howe, W., Lamb, C. T., . . . Turner, M. (1995). A systematic approach to health surveillance in the workplace. *Occupational Medicine*, 45, 305-310. doi:10.1093/occmed/45.6.305
- Carragee, E. J., Alamin, T. F., Miller, J. L., et Carragee J. M. (2005). Discographic, MRI and psychosocial determinants of low back pain disability and remission: A prospective study in subjects with benign persistent back pain. *The Spine Journal*, 5, 24-35. doi:10.1016/j.spinee.2004.05.250
- Gilks, J., et Logan, R. (2010). *Les accidents de travail et les maladies professionnelles au Canada, 1996-2008*. Téléchargé au http://publications.gc.ca/collections/collection_2011/rhdcc-hrsdc/HS21-4-2008-fra.pdf
- Loisel, P., Durand, M. J., Berthelette, D., Vézina, N., Baril, R., Gagnon D., . . . Tremblay, C. (2001). Disability prevention: New paradigm for the management of occupational back pain. *Disease Management and Health Outcomes*, 9, 351-360. doi:10.2165/00115677-200109070-00001
- Sullivan, M. J., et Stanish, W. D. (2003). Psychologically based occupational rehabilitation: The Pain-Disability Prevention Program. *The Clinical Journal of Pain*, 19, 97-104.
- Tjulim, Å., MacEachen, E., et Ekberg, K. (2010). Exploring workplace actors experiences of the social organization of return-to-work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20, 311-321. doi:10.1007/s10926-009-9209-9
- Thibault, P., Loisel P., Durand, M. J., Catchlove, R., et Sullivan, M. J. (2008). Psychological predictors of pain expression and activity intolerance in chronic pain patients. *Pain*, 139, 47-54. doi:10.1016/j.pain.2008.02.029
- van Oostrom, S. H., Driessen, M. T., de Vet, H. C., Franche, R. L., Schonstein, E., Loisel, P., . . . Anema, J. R. (2009). Workplace interventions for preventing work disability. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009(2). doi:10.1002/14651858.CD006955.pub2

À propos des auteurs

Alicia McDougall est actuellement étudiante à la maîtrise en ergothérapie à l'University of Manitoba à Winnipeg, au Manitoba. **Behdin Nowrouzi-Kia, PhD, Erg. Aut. (Ont.)**, est boursier post-doctoral au Centre de recherche sur la santé et sécurité au travail à l'Université Laurentienne, à Sudbury, en Ontario. On peut le joindre à : bx.nowrouzi@laurentian.ca.

LA RCE : DES FAITS
SCIENTIFIQUES POUR VOTRE
PRATIQUE



ÉDITRICE THÉMATIQUE : BRIANA ZUR

Une nouvelle possibilité pour l'application des connaissances. La RCE : Faits scientifiques et données probantes pour votre pratique

Briana Zur

Bienvenue à la nouvelle chronique thématique, La RCE : Faits scientifiques et données probantes pour votre pratique, une tribune pour discuter des conséquences pour la pratique des articles publiés dans la *Revue canadienne d'ergothérapie (RCE)*. Au fil des ans, de nombreux auteurs ont mis l'accent sur le besoin de mener des études cliniques et d'adopter une pratique fondée sur les faits (Thomas et Law, 2013; Law et Baum, 1998). « Pour réussir la mise en œuvre d'une approche de la pratique fondée sur les faits, les données des rapports scientifiques doivent être adoptées et utilisées par les utilisateurs ciblés, c'est-à-dire les praticiens en ergothérapie qui ont l'intention d'utiliser des faits scientifiques pour appuyer leur pratique » (Sudsawad, 2005, p. 351).

Dans la pratique fondée sur les faits, on s'attend à ce que les praticiens aient accès aux travaux de recherche, qu'ils soient en mesure de les évaluer et qu'ils puissent les intégrer à leur expertise clinique et aux valeurs des clients (Bennett et Townsend, 2006). La recherche a démontré que les ergothérapeutes reconnaissent l'importance et les principes de la pratique fondée sur les faits, mais que de nombreux défis se posent quant à sa mise en œuvre, notamment, le manque de temps et de compétences en évaluation, de lourdes charges de travail et la perception selon laquelle il y a un manque de faits probants (McClusky, 2003, 2004). Law and Baum (1998) ont constaté que l'une des barrières à la pratique fondée sur les faits est que les ergothérapeutes ont le sentiment de ne pas avoir les compétences requises pour interpréter les faits scientifiques, ce qui implique que l'application des résultats de recherche dans la pratique est parfois difficile à comprendre et à interpréter. Barrett et Paterson (2009) ont découvert dans leur étude sur un groupe de réflexion que les « participants décrivaient leur frustration et leurs craintes au sujet de leurs compétences pour recenser et évaluer la littérature de manière critique et adéquate » (p. 9). Bien que de nombreux chercheurs s'efforcent maintenant de présenter leurs résultats en fonction des conséquences pour la pratique, les praticiens ne sont pas toujours à l'aise avec cet aspect.

Dans l'éditorial du numéro de décembre 2015 de la *RCE*, la rédactrice en chef Helene Polatajko et Christie Welch écrivaient : « chacun d'entre nous est, en bout de ligne, le gardien de sa propre assimilation et application des connaissances dans la pratique. Par conséquent, chacun d'entre nous doit faire preuve d'autoréflexion; chacun d'entre nous doit remettre en question les facteurs qu'il ou qu'elle emploie pour évaluer les nouvelles données probantes, afin de trouver la meilleure manière d'aider les clients à réaliser leurs occupations ». (p. 269).

Le but de cette nouvelle chronique des *Actualités ergothérapeutiques* est d'offrir une tribune régulière à l'application des faits scientifiques publiés dans la *RCE*. Cette chronique permettra de présenter et

de publier des recherches dans les deux revues de l'ACE. Nous invitons les auteurs et les lecteurs de la *RCE*, y compris les étudiants, à soumettre des articles. Les sujets peuvent être présentés sous forme d'un article complet des *Actualités ergothérapeutiques* axé sur les conséquences pour la pratique d'un article publié récemment dans la *RCE*, ou encore sous forme de compilation décrivant plusieurs articles de la *RCE* qui sont pertinents pour la pratique. Les brefs comptes rendus de 500 à 1000 mots seront acceptés, de même que les articles plus longs, pouvant contenir jusqu'à 2000 mots. Veuillez consulter les directives à l'intention des auteurs d'articles pour les *Actualités ergothérapeutiques* pour en savoir davantage sur les diverses façons de présenter des articles, au <http://www.caot.ca/default.asp?ChangeID=114&pageID=91>. Lancez-vous! N'hésitez pas à communiquer avec moi pour discuter de vos idées.

Pour inaugurer ce thème, je présente à la page suivante un article récent de Brenda Beagan, publié dans le numéro de décembre 2015 de la *RCE*.

Références

- Barrett, D., et Paterson M. (2009). L'ergothérapie basée sur les faits scientifiques en pratique privée : perceptions, barrières et solutions. *Actualités ergothérapeutiques*, 11(3), 8-10.
- Bennett, S., et Townsend, E. (2006). Evidence based practice in occupational therapy: International initiatives. *World Federation of Occupational Therapy Bulletin*, 53, 6-12. doi:10.1179/otb.2006.53.1.002
- McCluskey, A. (2003). Occupational therapists report a low level of knowledge, skill and involvement in evidence-based practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 50, 3-12. doi:10.1046/j.1440-1630.2003.00303.x
- McCluskey, A. (2004). New graduates: Experts in evidence based practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 51, 173. doi:10.1111/j.1440-1630.2004.00473.x
- Law, M., et Baum, C. (1998). Evidence-based practice occupational therapy. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 65, 131-135. doi:10.1177/000841749806500301
- Polatajko, H. P., et Welch, C. (2015). Knowledge uptake and translation: A matter of evidence or of philosophy. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 82, 268-269. doi:10.1177/0008417415616644
- Sudsawad, P. (2005). A conceptual framework to increase usability of outcome research for evidence-based practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 59, 351-355. doi:10.5014/ajot.59.3.351
- Thomas A., et Law M. (2013). Research utilization and evidence-based practice in occupational therapy: A scoping study. *American Journal of Occupational Therapy*, 67, e55-e65. doi:10.5014/ajot.2013.006395

Article : Approaches to culture and diversity: A critical synthesis of occupational therapy literature/Des approches en matière de culture et de diversité : une synthèse critique de la littérature en ergothérapie

Auteure : Brenda L. Beagan

Publié dans la *Revue canadienne d'ergothérapie*, 2015, Volume 82(5), p. 272 à 282

Cet article des *Actualités ergothérapeutiques* présente une étude de délimitation de l'étendue ayant été publiée dans la *RCE*. Cette étude a été menée à la suite d'un appel à la discussion sur les conséquences des approches orientant le travail des ergothérapeutes face aux différences culturelles et autres formes de diversité, en soulignant l'importance des relations sociales et de pouvoir entre le client et l'ergothérapeute. L'article examine et fait une synthèse critique de la littérature sur la culture et la diversité publiée en ergothérapie entre 2007 et 2014. Quatre approches différentes et leurs conséquences font l'objet d'une discussion : la compétence culturelle, la pertinence culturelle, la sécurité culturelle et l'humilité culturelle.

L'article examine les différentes façons dont la diversité transcende l'ethnicité. L'auteure explique que la diversité est axée non seulement sur la différence, mais également sur la façon dont cette différence crée des relations de pouvoir et des inégalités dans certains groupes. Beagan écrit que « dans chaque rencontre ergothérapeutique, l'ergothérapeute et le client sont toujours en immersion complète dans leurs propres contextes sociaux et culturels, qui peuvent différer tant par leur genre, que par leur classe, leur ethnicité et autres » (p. 273). Beagan nous rappelle l'engagement de la Fédération mondiale des ergothérapeutes (2006) à habiliter toute personne à participer à la vie quotidienne selon ses pleines capacités.

Dans les articles examinés par Beagan, on constatait que la compétence culturelle était axée sur le développement de la conscience, des connaissances et des compétences. La conscience consiste à reconnaître nos propres valeurs, préjugés et attitudes et à déterminer en quoi ils peuvent différer de ceux de nos clients.

Les connaissances sont associées à ce que nous savons sur les autres cultures, en particulier, en matière de santé, de maladie et de handicap. Les compétences liées à la compétence culturelle comprennent souvent la communication efficace et le recours à des occupations adaptées à la culture. L'ergothérapie sensible à la culture, telle que décrite par Beagan, est une approche de l'ergothérapie qui crée un espace pour les différences culturelles. Ce genre d'approche reconnaît les préjugés et les suppositions culturels qui existent au sein de la profession d'ergothérapeute. Cette perspective peut favoriser une transition d'un point de concentration exclusif vers la considération d'autres aspects de la diversité socioculturelle.

Beagan explique que, dans la majorité des cas, la sécurité culturelle a été étudiée dans le contexte de la santé des Autochtones. La sécurité culturelle va au-delà de la sensibilité et de la reconnaissance de la différence culturelle, en analysant les déséquilibres de pouvoir et leurs conséquences à long terme. Elle met l'accent sur les contextes sociaux, économiques et politiques qui peuvent façonner nos réalités sociales actuelles.

Comme Beagan l'écrit, l'humilité culturelle et la réflexivité critique exigent un engagement à l'autoévaluation continue et honnête, par l'examen de la façon dont on contribue aux schèmes de marginalisation intentionnelle et non intentionnelle basés sur l'ethnicité, la race, la classe sociale, le sexe et l'identité sexuelle. Beagan cite Hammell (2013), qui explique que « l'humilité culturelle pousse les ergothérapeutes à reconnaître les façons dont leurs propres perspectives peuvent différer de celles des autres et à reconnaître les avantages qu'ils retirent de leurs propres positions professionnelles et sociales » (p. 228).

Beagan a constaté que certains principes semblent communs à toutes les approches de la culture et de la diversité en ergothérapie, c'est-à-dire, la conscience de soi, les connaissances au sujet des autres groupes socioculturels et le respect des autres. On trouve une excellente comparaison des quatre approches dans le tableau 3 (p. 279) présenté dans l'article de la *RCE*, qui comprend les réponses à des questions comme les suivantes : « comment l'enjeu ou le problème est-il perçu? » et « comment peut-on améliorer sa pratique? »



À propos de l'auteure

Briana Zur, PhD., Erg. Aut. (Ont.), est une ergothérapeute ayant effectué des études doctorales dans le but de répondre aux questions qu'elle rencontrait dans sa pratique clinique. Elle travaille actuellement en cabinet privé et elle a également été nommée évaluatrice de la capacité, en vertu de la Loi sur la prise de décisions au nom d'autrui, 1992, à Waterloo, en Ontario. On peut la joindre à : briana.zur@outlook.com.

Beagan s'est montrée préoccupée du fait qu'on accorde peu d'attention dans la littérature en ergothérapie aux aspects de la diversité sociale qui vont au-delà de l'ethnicité. Elle écrit, « on a publié peu d'articles en ergothérapie sur la pauvreté ou d'autres aspects, comme la classe sociale, le racisme ou l'ethnocentrisme, le genre ou l'identité de genre, l'orientation sexuelle, la religion ou les effets de la discrimination fondée sur les capacités physiques » (p. 278).

En conclusion, Beagan affirme que bien que la compétence culturelle semble être bien connue dans l'ensemble des professions, elle croit que ce concept n'aborde pas la question des relations de pouvoir et les aspects autres que l'ethnicité. Beagan admet que la conscience de la sensibilité culturelle ajoute un point de vue important sur les façons dont les suppositions culturelles sont considérées dans les cadres théoriques en ergothérapie. Elle considère que lorsqu'on utilise l'approche de la diversité axée sur la sécurité culturelle, les structures de pouvoir basées sur des questions sociales, économiques et politiques sont souvent perçues comme une différence culturelle. Beagan affirme que « bien que ces concepts soient nouveaux en ergothérapie, l'humilité culturelle et la réflexivité critique sont très prometteuses, du fait qu'elles sont centrées sur les relations de pouvoir structurées, qu'elles peuvent être appliquées au-delà de l'ethnicité et qu'elles insistent sur le fait que le 'problème' de la diversité n'est pas individuel en soi, et qu'il est toujours de l'instanciation des relations structurelles actuelles » (p. 278).

Conséquences pour la pratique

Beagan nous rappelle qu'en faisant preuve d'humilité culturelle, nous devenons souvent de plus en plus conscients du fait que nous savons bien peu de choses et que nous devrions apprendre

à vivre avec incertitude plutôt que de consacrer tous nos efforts à la démonstration de notre confiance et de nos compétences face aux différentes cultures dans notre pratique. Pour y arriver, nous devons penser autrement lorsque nous adaptons nos pratiques, nos évaluations et nos interventions. Pour faire preuve de réflexivité critique, nous devons examiner les manières dont nous conservons ou transformons les structures sociales et les relations de pouvoir dans nos interactions quotidiennes avec nos clients et nos collègues. En concentrant notre attention sur ces éléments souvent négligés, nous pourrions préciser et améliorer notre façon de concevoir comment la diversité peut transcender l'ethnicité. L'un des messages clés de Beagan nous rappelle que compte tenu de l'attention que nous accordons aux relations de pouvoir social, les approches de la sécurité culturelle et de l'humilité culturelle avec réflexivité critique semblent être les plus utiles pour l'ergothérapie.

Pour lire l'article de Beagan en entier, prière de vous rendre sur le site web de la RCE, par l'intermédiaire du site web de l'ACE : <http://www.caot.ca/default.asp?ChangeID=91&pageID=83>.

Références

- Beagan, B. L. (2015). Approaches to culture and diversity: A critical synthesis of occupational therapy literature. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 82, 272-282. doi:10.1177/0008417414567530
- Hammell, K. R. W. (2013). Occupation, well-being, and culture: Theory and cultural humility. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 80, 224-234. doi:10.1177/0008417413500465
- World Federation of Occupational Therapists. (2006). *Position Statement: Human Rights*. Téléchargé au <http://www.wfot.org/ResourceCentre.aspx>

COMPÉTENCES EN GESTION DE
LA PRATIQUE ET COMPÉTENCES
PROFESSIONNELLESÉDITRICE THÉMATIQUE :
TIZIANA BONTEMPOL'activation collaborative : Comment
l'ergothérapie et la musicothérapie
peuvent travailler ensemble pour
promouvoir la santé

SarahRose Black et Catherine Dirks

Les débuts de la collaboration

Depuis l'été 2012 et le lancement du nouveau programme de musicothérapie au Princess Margaret Cancer Centre à Toronto, en Ontario, les auteures, qui sont toutes deux membres de l'équipe paramédicale, ont constaté les points de convergence entre leurs champs d'intervention et les conséquences générales de ces convergences. En tant que membre des mêmes équipes de santé à l'hôpital, nous (une musicothérapeute et une ergothérapeute) avons commencé à voir les liens entre nous, en tant que praticiennes s'efforçant d'atteindre des buts semblables à l'aide de médiums différents. Dans cet article, nous présenterons quelques expériences de collaboration que nous avons vécues en oncologie et en soins palliatifs, de même qu'une description de ce qui est ressorti à la suite de nos collaborations. Ensemble, nous avons discuté pendant de nombreuses heures à la suite des séances, pour identifier ce que nous considérons maintenant comme une nouvelle approche conjointe, désignée par le terme « activation collaborative », afin d'envisager les expériences conjointes et les buts que nous cherchons à atteindre.

Description

Dans notre pratique quotidienne, nous devons accomplir des tâches qui semblent différentes avec nos clients. Par exemple, en tant qu'ergothérapeute, Catherine incite les gens à prendre part à des activités de la vie quotidienne tout en évaluant leurs capacités, afin d'émettre des recommandations en vue de répondre à leurs besoins et de faciliter leur participation. L'un des aspects psychothérapeutiques de l'intervention entre en jeu lorsque Catherine offre des séances de relaxation et du soutien émotionnel, qui sont souvent indiqués pour donner aux clients l'occasion de réfléchir aux divers facteurs qui influent sur leur vie quotidienne. En tant que musicothérapeute, SarahRose propose de la musique en direct pour aider les clients à gérer leur douleur ou d'autres symptômes, à faire face à leurs émotions et à exprimer leurs pensées, sentiments et préoccupations de façon verbale et non verbale (musicale), à composer des chansons qu'ils pourront léguer en héritage à leurs proches et à effectuer plus facilement la transition vers la fin de la vie. Même si nous utilisons des médiums différents, nous avons remarqué que bon nombre des buts que nous visions pour nos clients avaient les mêmes intentions et objectifs. Nous sommes entrées en contact pour la première fois lorsque Catherine m'a suggéré de jouer de la musique en direct plutôt que d'utiliser de la musique enregistrée pendant la séance de relaxation d'un de nos clients mutuels. Le client a bien réagi, ce qui nous a encouragées à envisager d'autres collaborations et à poursuivre nos discussions afin de déterminer pourquoi notre collaboration était efficace. Ces interactions ont fait surgir diverses idées d'interventions interdisciplinaires continues.

Comme elle comprenait de plus en plus le rôle de la musicothérapie

auprès des clients hospitalisés d'un hôpital de soins de courte durée, Catherine a commencé à diriger certains de ces clients vers SarahRose. SarahRose a commencé à mieux comprendre que l'établissement d'une relation thérapeutique, un concept qu'elle avait étudié en profondeur pendant sa formation en musicothérapie, était à la base du rôle de Catherine, en tant qu'ergothérapeute. Avec la consolidation de notre relation professionnelle et la poursuite de nos séances conjointes, nous avons constaté que des concepts généraux, comme la relation thérapeutique, la qualité de vie, la quête de sens et la spiritualité, formaient la base de la pratique dans nos domaines respectifs. Malgré nos outils différents, nos fondements étaient très semblables. Ces similarités nous ont poussées à créer une approche pour encadrer la façon dont nous travaillons en collaboration entre nous et avec les clients, afin d'atteindre des buts communs, et cela nous a inspiré depuis d'autres idées de partenariats. Nous avons contextualisé cette approche et avons adopté le terme 'activation collaborative' pour la décrire, terme qui, selon nous, incarne la convergence de nos pratiques.

Une approche conjointe

En discutant des différentes façons dont nous pourrions situer et comprendre notre mutualité de même que nos convergences en tant que praticiennes, nous avons commencé à remarquer que nous avions des points communs à différents niveaux, soient : le niveau pratique, le niveau relationnel et le niveau transcendant. Chaque niveau influence les autres niveaux et chacun des niveaux a des caractéristiques qui sont communes à l'ergothérapie et à la musicothérapie. Dans chaque niveau, il y a aussi des disparités, car naturellement, il y a des différences entre les deux domaines; toutefois, dans le présent article, nous ne mettrons en relief que les intersections et les points communs.

Le niveau pratique

En examinant notre travail clinique à un niveau pratique, nous avons observé que notre lien commun était d'inciter les clients à participer à des activités. Le niveau pratique de notre travail fait appel aux interventions que nous utilisons avec nos clients; nous faisons participer nos clients à des occupations, dont des activités de la vie quotidienne, des activités faisant appel aux processus psychosociaux et des activités significatives axées sur la qualité de vie comme l'écriture de chansons en héritage. En musicothérapie, les clients peuvent s'engager dans l'écoute interactive (Black, 2013), une activité pendant laquelle le client écoute de la musique que le thérapeute lui joue ou lui chante. Après la musique en direct, le thérapeute et le client discutent des images, des pensées, des sentiments et des sensations corporelles évoqués par la musique (Ahonen-Eerikainen, 2007). En ergothérapie, le thérapeute peut guider le client tout au long d'une séance de méditation qui est suivie d'une discussion entre le client et le thérapeute sur les différentes

méthodes pour incorporer la méditation dans la gestion de l'anxiété. Bien que nos activités thérapeutiques soient différentes de plusieurs façons, la participation des clients à des interventions pratiques est un point commun.

Le niveau relationnel

Le niveau relationnel découle du niveau pratique; dans ce niveau, la confiance et la remise du pouvoir émergent par l'établissement de la relation et contribuent à l'amélioration de la santé et du bien-être à tout âge et à toutes les étapes de la vie. De nombreuses recherches suggèrent que l'approche centrée sur le client et une solide relation thérapeutique sont des indicateurs importants d'une réadaptation efficace en ergothérapie (Law, 1998; Finlay, 2004) et d'un traitement efficace en musicothérapie (Hadley, 2002; Austin, 2008). Nous adoptons toutes les deux une pratique centrée sur le client et considérons l'établissement d'une relation thérapeutique comme étant fondamental dans notre travail clinique. Cette composante relationnelle jette les bases d'un lien plus profond et sans doute plus spirituel entre le praticien et le client, tant en ergothérapie qu'en musicothérapie.

Le niveau transcendant

Le niveau transcendant découle du niveau relationnel. À ce niveau, le cheminement de l'individu vers la spiritualité est favorisé et se consolide, et il est appuyé par l'engagement pratique et relationnel du thérapeute. Diverses études appuient la nature transcendante et notamment spirituelle d'une solide relation thérapeutique (Egan et Delaat, 1994; Egan et Swedersky, 2003). Unruh, Versnel et Kerr (2002) ont constaté que les définitions de la spiritualité dans la littérature en ergothérapie comprennent des thèmes séculaires comme « le sens et le but de la vie... et la transcendance ou la connectivité qui ne sont pas liées à la croyance en un être supérieur » (p. 10). De toute évidence, c'est à cette transcendance, qui est liée directement au sens et au but de la vie perçus chez le client, que nous avons toutes les deux le sentiment d'être reliées dans nos rôles d'ergothérapeute et de musicothérapeute.

Notre vision

La somme de ces trois niveaux de travail clinique entraîne une « activation collaborative », un terme général que nous avons choisi pour décrire les différents niveaux de mutualité vécus par les ergothérapeutes et les musicothérapeutes lorsqu'ils forment des partenariats avec des clients et entre eux dans leur pratique. En identifiant et en désignant formellement les actions et les buts communs de nos professions par le terme activation collaborative, nous créons des occasions d'apprendre l'une de l'autre face à nos pratiques mutuelles et, en bout de ligne, nous créons de nouvelles possibilités d'améliorer les soins des clients dans notre milieu de soins palliatifs.

Bien que nos professions aient des différences appréciables entre elles, il est évident que les fondements de notre travail ont des similarités profondes qui sous-tendent les cadres philosophiques selon lesquelles nous exerçons nos professions. Nous envisageons d'autres collaborations dans des milieux pratiques, comme des séances conjointes de relaxation et des demandes mutuelles et continues de consultation, de même qu'une collaboration pour élaborer davantage la théorie de l'activation collaborative. Notre vision est que les ergothérapeutes et les musicothérapeutes de divers établissements exploreront des pratiques en collaboration et s'engageront mutuellement face à l'amélioration globale de la pratique interprofessionnelle et des soins des clients.



Références

- Ahonen-Eerikainen, H. (2007). *Group analytic music therapy*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Austin, D. (2008). *The theory and practice of vocal psychotherapy: Songs of the self*. London, UK: Jessica Kingsley Publishers.
- Black, S. (2013). *Inter-active listening: A phenomenological study on music therapy and intersubjective space in palliative care*. Téléchargé au <http://www.soundeffects.wlu.ca/soundeffects/researchlibrary/SarahRoseMBlack.pdf>
- Egan, M., et Swedersky, J. (2003). Spirituality as experienced by occupational therapists in practice. *The American Journal of Occupational Therapy*, 57, 525-533. doi:10.5014/ajot.57.5.525
- Egan, M., et DeLaat, M. D. (1994). Considering spirituality in occupational therapy practice. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 61, 95-101. doi:10.1177/000841749406100205
- Finlay, L. (2004). *The practice of psychosocial occupational therapy* (3rd ed.). Cheltenham, UK: Stanley Thorne Ltd.
- Hadley, S. (2002). Theoretical bases of analytical music therapy. In J. Eschen (Ed.), *Analytical Music Therapy* (p. 156 à 158). London, UK: Jessica Kingsley Publishers.
- Law, M. (1998). Does client-centred practice make a difference? In M. Law (Ed.), *Client-centred occupational therapy* (p. 19 à 27). Thorofare, NJ: Slack.
- Unruh, A., Versnel, J., et Kerr, N. (2002). Spirituality unplugged: A review of commonalities and contentions, and a resolution. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 69, 5-19. doi:10.1177/000841740206900101

À propos des auteures

SarahRose Black, RP, MMT, MTA, et **Catherine Dirks, Erg. Aut. (Ont.)**, travaillent ensemble au Princess Margaret Cancer Centre à Toronto, en Ontario. On peut joindre SarahRose à : sarahrose.black@uhn.ca et Catherine à : Catherine.dirks@uhn.ca.

LES ASSISTANTS DE L'ERGOTHÉRAPEUTE ET LE
PERSONNEL DE SOUTIEN EN ERGOTHÉRAPIE



ÉDITRICE THÉMATIQUE :
ERIN MOERMAN

Réflexions sur la préparation de l'agrément d'un programme d'enseignement offert à un collège privé d'enseignement professionnel

Danielle N. Naumann

Pour de nombreuses professions, l'agrément permet de veiller à ce qu'il y ait une norme en matière de programme, afin de minimiser les variations entre les niveaux de compétences des apprenants et des diplômés d'un établissement d'enseignement à l'autre. Tel que formulé par le Programme d'agrément de l'assistant de l'ergothérapeute et à l'assistant du physiothérapeute (PAE AE & AP, 2013), « L'agrément est à la fois un processus et un statut [...] Le processus comprend un système intégré d'examen continu, d'évaluation et d'amélioration pour se conformer à des normes précises. Le statut ou l'état d'agrément sert de référence aux établissements d'enseignement, aux étudiants et au public, en les assurant qu'un programme s'est engagé à offrir un enseignement de qualité » (p. 4).

L'agrément est processus selon lequel une attestation de la compétence, de l'autorité ou de la crédibilité est présentée. Dans le cas des assistants de l'ergothérapeute au Canada, un programme agréé doit offrir une norme minimale en matière d'enseignement, déterminé par un examen par les pairs rigoureux et indépendant (PAE AE & AP, 2013). Toutefois, la réglementation et les attentes variables envers les apprenants entre les établissements d'enseignement publics et privés augmentent la complexité de ce processus pour les collèges privés d'enseignement professionnel. Dans cet article, je proposerai une réflexion sur le processus d'agrément des programmes d'enseignement à l'assistant de l'ergothérapeute et à l'assistant du physiothérapeute (AE/AP) en fonction des collèges privés d'enseignement professionnel, et je partagerai l'expérience que j'ai vécue au sein d'un collège privé d'enseignement professionnel. Les profils des étudiants présentés dans l'encadré de la page suivante témoignent de la diversité des étudiants des collèges privés d'enseignement professionnel et illustrent comment plusieurs facteurs, dont l'agrément, exercent une influence sur leurs études.

Qu'est-ce qu'un collège privé d'enseignement professionnel et en quoi est-ce différent d'un collège public?

Une analyse exploratoire récente menée par l'auteure a indiqué qu'il y a environ 420 collèges privés d'enseignement professionnel en Ontario; parmi ces programmes, 29 offrent des programmes d'enseignement à l'AE/AP menant à l'obtention d'un diplôme. Les collèges privés d'enseignement professionnel ont tendance à être très petits, et la majorité des écoles accueillent annuellement 200 étudiants et moins. Contrairement aux collèges publics, ils fonctionnent comme une entreprise privée dans un marché concurrentiel, mais, comme pour les collèges publics, ils sont assujettis à une évaluation stricte effectuée par des organismes externes; les programmes d'études doivent être approuvés par le gouvernement, à la suite d'un examen par une tierce partie. De plus en plus, de nombreux programmes doivent aussi répondre aux normes d'agrément établies par des organismes de réglementation professionnelle. Les collèges privés se concentrent sur la formation professionnelle, en mettant l'accent sur les petites cohortes d'étudiants

diversifiés possédant bon nombre des compétences professionnelles et relatives à l'employabilité requises pour décrocher un emploi dans un métier ou une profession (Pizarro Milian et Hicks, 2014). Bien que les droits d'inscription annuels ont tendance à être plus élevés que dans les collèges publics, les programmes offerts dans les collèges privés sont souvent plus courts et plus intensifs. Le fait que la durée du programme soit plus courte permet aux étudiants plus âgés qui n'ont pas la possibilité de cesser de travailler pendant deux ans pour suivre un programme de réussir à entreprendre la carrière de leur choix. Les étudiants et les ministères provinciaux s'attendent à ce que les programmes des collèges privés soient accélérés pour être admissibles à l'aide financière des principaux programmes de parrainage des étudiants (p. ex., le programme Deuxième carrière de l'Ontario).

Les étudiants des collèges privés d'enseignement professionnel sont plus susceptibles que d'autres étudiants collégiaux :

- d'être âgés de plus de 25 ans;
- d'avoir des enfants à leur charge;
- d'être des immigrants canadiens;
- de parler l'anglais comme langue seconde;
- de représenter une minorité visible (Pizarro Milian et Hicks, 2014).

Agrément des programmes d'AE/AP

En 2009, on a commencé à observer une tendance, initiée par le PAE AE & AP, selon laquelle les programmes d'enseignement à l'AE/AP devraient dorénavant répondre à une norme constante en matière d'enseignement (Davidson, 2015). Partant de zéro, le PAE AE & AP a revendiqué une norme minimale en matière d'enseignement pour les assistants de l'ergothérapeute, afin d'être en correspondance avec les compétences décrites dans le *Profil de la pratique du personnel auxiliaire en ergothérapie* (Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 2009). Le processus d'agrément des programmes d'enseignement canadiens de l'AE/AP est conçu pour appuyer les établissements d'enseignement tout au long du processus. Il y a une certaine marge de manoeuvre quant au niveau d'adaptation qu'un programme doit subir pour répondre aux exigences relatives à l'agrément, étant donné que des programmes d'enseignement à l'AE/AP sont déjà offerts dans plusieurs types d'établissements :

- La majorité des assistants sont des diplômés de programmes collégiaux publics (aussi connus comme des collèges communautaires).
- Certains assistants obtiennent leur diplôme à une université (p. ex., Capilano University, CB).
- De nombreux diplômés reçoivent leur formation dans des collèges privés d'enseignement professionnel, qui opèrent en vertu de différentes directives du gouvernement provincial.

Exigences en matière d'agrément

Les normes d'agrément sont exposées de manière explicite sur le site web du PAE AE & AP (2012), et les critères comprennent les exigences

suivantes envers le programme d'enseignement :

1. Répondre aux attentes du gouvernement et du milieu de la santé.
2. S'appuyer sur l'expertise d'enseignants qualifiés.
3. Préparer adéquatement les étudiants en leur enseignant les compétences dont ils auront besoin pour répondre aux exigences en matière de compétence.
4. S'engager à l'autoévaluation, la planification et l'amélioration du programme.
5. Se présenter adéquatement au public.
6. Incorporer les compétences de l'AE et de l'AP dans le programme d'études.

Les établissements d'enseignement doivent faire la demande du statut de candidat (un statut qui est accordé pour une période maximale de six ans) avant l'agrément, en répondant à une série d'exigences minimales face aux critères présentés ci-dessus, pendant qu'ils se préparent pour l'évaluation d'agrément complète. Il est important de noter que le statut d'agrément n'assure pas au programme l'obtention future du statut d'agrément.

Défis pour les collèges privés d'enseignement professionnel désirant devenir agréés

Les programmes traditionnels d'AE/AP menant à l'obtention d'un diplôme qui sont offerts dans des collèges privés doivent relever des défis de taille pour répondre aux normes d'agrément établies par le PAE AE & AP. Les collèges ayant un statut de candidat qui veulent obtenir le statut d'agrément relèvent ces défis en collaborant et en adaptant les programmes, tout en faisant l'essai d'approches novatrices en matière de conception du programme d'études et d'intervention pédagogique. Le premier défi est inhérent au modèle d'entreprise à « but lucratif » qui est à la base des collèges privés d'enseignement professionnel. En effet, pour être efficaces, les milieux de l'enseignement doivent adopter une approche collaborative en équipe, et il est possible qu'ils n'obtiennent pas de financement pour appuyer le temps additionnel que ce genre d'approche exige. Selon mon expérience, le manque d'approche cohérente entre le personnel de base du programme et l'administration était très évidente pour les évaluateurs d'agrément. Même si un corps professoral interprofessionnel est essentiel pour un programme double comme le programme d'AE/AP, il peut être difficile d'attirer des enseignants professionnels avec des plans de rémunération concurrentiels, en raison de la structure de financement, de la nature fondamentale à but lucratif de l'établissement et de la petite taille des cohortes. De plus, la coordination des horaires d'enseignement des cliniciens est souvent difficile. Par ailleurs, on exerce des pressions sur les collègues privés d'enseignement professionnel afin qu'ils offrent aux étudiants des programmes accélérés et intensifs pour qu'ils s'absentent moins longtemps du marché du travail, mais, cela ne doit pas compromettre les compétences des diplômés. Par ailleurs, les cadres supérieurs doivent être prudents face au risque que l'établissement ne devienne un « moulin à diplômes », et ils doivent démontrer à leur corps professoral et à l'équipe d'agrément que les buts lucratifs de l'établissement ne compromettent pas la compétence des étudiants.

Les programmes d'enseignement à l'AE/AP qui étaient offerts par le passé dans les collèges privés doivent donc subir d'importants changements pour répondre aux critères d'admissibilité au statut de candidat à l'agrément et pour satisfaire toutes les exigences en matière d'agrément, tout en répondant aux besoins divers de la population d'apprenants ciblée. Bien qu'il y ait quelques barrières, le nombre de collèges privés d'enseignement professionnel qui se trouvent sur la nouvelle liste des candidats à l'agrément suggère que les pensées novatrices permettent de surmonter ces barrières.

Profils d'étudiants d'un collège privé d'enseignement professionnel

Ces profils d'étudiants fictifs décrivent une gamme d'apprenants qui cherchent une formation dans un collège privé d'enseignement professionnel pour se préparer à une carrière à titre d'assistant de l'ergothérapeute.

Tyler est un homme âgé de 47 ans ayant travaillé 21 ans dans une usine de fabrication dans le sud-est de l'Ontario. Il y a quatre mois, Tyler a été mis à pied et on lui a offert une aide financière pour suivre la formation Deuxième carrière. Tyler voit ce changement comme une possibilité de trouver un emploi significatif en tant qu'AE/AP; toutefois, il ne sait pas exactement comment chercher et évaluer les possibilités de formation qui s'offrent à lui. Certaines offres d'emploi exigent spécifiquement que les candidats soient des diplômés d'un programme d'AE/AP de deux ans, alors que d'autres exigent un certificat d'un programme « agréé ». Le programme local d'un collège privé peu connu offre le diplôme de 10 mois, mais ce programme n'est pas agréé et il semble coûter très cher. À son âge, Tyler hésite à passer deux ans au collège. Il doit subvenir aux besoins de sa famille, payer les droits de scolarité de ses enfants qui vont à l'université et il est un apprenant autodidacte. Il choisit de s'inscrire au collège privé d'enseignement professionnel et, à la fin de ses études, il est le diplômé s'étant le plus distingué dans sa cohorte.

Annie a un diplôme postsecondaire, mais elle veut être acceptée dans un programme d'ergothérapie. Elle suit le programme d'AE/AP à un collège privé d'enseignement professionnel de la région afin de pouvoir faire une demande d'admission plus solide en ergothérapie. Elle choisit ce programme simplement parce qu'il est condensé et de courte durée. Elle termine le programme et, après avoir travaillé pendant six mois en tant qu'AE, elle est acceptée dans un programme universitaire en ergothérapie.

Joy est une immigrante ayant un trouble d'apprentissage qui rêve de devenir une AE. Elle sait qu'elle doit recevoir beaucoup d'enseignement individualisé et qu'elle apprend mieux au moyen de l'apprentissage expérientiel. Elle a choisi de fréquenter un petit collège privé d'enseignement professionnel parce qu'il accepte explicitement des cohortes de 10 étudiants ou moins. Même si elle traversé des difficultés tout au long du programme, elle obtient son diplôme et elle est engagée par son superviseur en ergothérapie qui l'a déjà reçue en stage.

Se préparer en vue de l'agrément : Mon expérience personnelle

Dans le milieu des collèges privés d'enseignement professionnel, j'ai pu observer que souvent, le programme d'études de base demeure constant pendant toute la période où le collège offre ce programme. Cela est principalement dû aux perspectives de profits d'une entreprise, et il s'agit du premier obstacle qui doit être surmonté pour obtenir le statut de candidat à l'agrément. En l'absence d'une évaluation externe en matière d'agrément, il arrive souvent que le coût associé aux mises à jour régulières du programme d'études ne soit pas approuvé par les cadres supérieurs. Parfois, les enseignants ne sont pas rémunérés pour le temps qu'ils consacrent à la préparation et à l'élaboration du programme d'études; toutefois, en raison des exigences du ministère envers les cliniciens chevronnés qui agissent à titre d'enseignants, les méthodes pédagogiques, la philosophie de l'enseignement et les objectifs d'apprentissage représentés en classe témoignent naturellement des changements survenus au sein des professions du domaine de la réadaptation et des tendances dans les domaines de la santé et des soins de santé.

Dans mes fonctions antérieures à titre de coordonnatrice de programme pour un collège privé d'enseignement professionnel, j'ai dû relever de nombreux défis associés à l'actualisation du programme

d'études de l'AE/AP. En effet, ce programme d'études, qui était déjà enseigné au moment où j'ai débuté mon poste, n'avait pas été mis à jour depuis 14 ans et avait subi seulement un changement minimal afin de refléter l'évolution constante des compétences en ergothérapie et en physiothérapie. En tant que chercheur ayant de l'expérience en conception de programme d'études et des connaissances sur les principes de l'apprentissage chez les adultes, j'étais bien placée pour apporter des changements au programme d'études. J'ai travaillé avec un comité consultatif expert formé de pairs en ergothérapie, physiothérapie et orthophonie, de même que d'AE/AP et de membres d'autres professions, afin d'élaborer un modèle de programme d'études qui témoignait des compétences attendues des AE/AP décrites en détail dans les documents et profils nationaux sur les compétences essentielles (ACE, 2009; Agrément de l'enseignement de la physiothérapie au Canada [AEPC], 2012). J'ai recruté un corps enseignant composé de 10 cliniciens (représentant l'ergothérapie, la physiothérapie, la chiropratique, la santé mentale, la kinésiologie, la gérontologie, la linguistique, les AE/AP), et nous avons exigé que les étudiants se servent des profils de compétences pour orienter les résultats d'apprentissage attendus des cours du programme d'études. Les enseignants et les étudiants ont fait une transition de l'approche pédagogique traditionnelle vers l'adoption du paradigme de l'apprentissage expérientiel interdisciplinaire et en collaboration, qui répondait aux besoins des divers apprenants au sein du milieu collégial privé.

À l'étape initiale de la demande du statut de candidat à l'agrément, les changements radicaux que j'avais proposés au sein du programme d'études n'avaient pas encore été mis en œuvre officiellement. Comme plusieurs étudiants s'étaient déjà inscrits au programme de 10 mois, les cadres supérieurs hésitaient à mettre en œuvre des changements qui prolongeraient la durée du programme. Bien que des heures de stage pouvaient être ajoutées pour répondre à l'exigence minimale des normes d'agrément qui était de 500 heures de stages, il fallait effectuer le programme en entier en 44 semaines d'études. La demande initiale de statut de candidat que j'ai soumise a donc été refusée, pour plusieurs raisons associées au programme d'études et à la conception du programme. Les commentaires de l'équipe d'agrément ont confirmé que la période de 10 mois n'était pas suffisante pour que les étudiants fassent l'acquisition des connaissances et des compétences essentielles et pour qu'ils puissent faire la preuve de leur compétence dans chaque rôle. L'équipe nous a plutôt recommandé de refaire une demande en décrivant le nouveau programme d'études.

Conception d'un modèle de programme d'enseignement à l'AE/AP

En préparant la future demande d'agrément, j'ai travaillé avec le comité consultatif expert décrit précédemment afin de concevoir le programme d'études AE/AP présenté plus haut, pour répondre aux attentes du PAE AE & AP et aux besoins des divers apprenants ciblés. Le modèle de programme d'études résultant est basé sur une analyse qualitative en profondeur des programmes d'enseignement existants et sur les commentaires du milieu et des étudiants; ce programme englobe explicitement les compétences des AE/AP décrites dans les profils nationaux de compétences (ACE, 2009; AEPC, 2012). En m'appuyant sur les commentaires du comité d'agrément, j'ai proposé de prolonger la durée du programme à 16 mois et d'offrir aux étudiants trois semestres séparés et distincts comportant des cours et des stages, et représentant

(a) une expérience en développement communautaire/réadaptation, (b) une expérience de soutien à l'ergothérapie, et (c) une expérience de soutien à la physiothérapie. Dans l'enseignement à l'AE/AP, une équipe interprofessionnelle d'enseignants est essentielle, et l'expertise des enseignants doit être complétée par les interactions avec des cliniciens, des détaillants et des clients de la communauté dans la mesure du possible (en offrant des formations optionnelles dans le milieu d'apprentissage). En tant qu'équipe interprofessionnelle, les enseignants des collèges privés doivent travailler avec les apprenants pour créer le milieu d'apprentissage unique dont ils ont besoin pour devenir des assistants réfléchis, centrés sur le client, informés et compétents pour travailler avec les ergothérapeutes et physiothérapeutes canadiens.

Conclusion : une ressource utile pour la pratique de l'ergothérapie

Malgré les obstacles décrits dans cet article, plusieurs collèges privés d'enseignement professionnel relèvent le défi de la collaboration et de la mise en œuvre de solutions novatrices pour faciliter la transformation de l'enseignement à l'AE/AP dans ces établissements. En tant qu'ergothérapeute ayant supervisé plusieurs AE/AP en pratique à base communautaire, j'ai constaté que les diplômés des collèges privés d'enseignement professionnel, qui sont fréquemment des étudiants plus âgés, ont souvent vécu de nombreuses expériences qui peuvent rehausser leur capacité d'aider les professionnels en réadaptation et les clients. Le fait de rendre l'agrément possible pour les étudiants des collèges privés permet de veiller à ce que les groupes d'apprenants desservis par ces établissements aient les mêmes perspectives d'emplois après leurs études que ceux des collèges publics, car les employeurs cherchent de plus en plus des diplômés des programmes agréés.

Références

- Agrément de l'enseignement de la physiothérapie au Canada. (2012). *Profil des compétences essentielles des assistants physiothérapeutes au Canada*. Téléchargé sur le site web de l'Alliance canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie : http://www.alliancept.org/pdfs/ECF_FinalFrench_July.pdf
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2009). *Profil de la pratique du personnel auxiliaire en ergothérapie*. Téléchargé au http://www.caot.ca/pdfs/SupportPer_Profile.pdf
- Davidson, K. (2015). Les assistants de l'ergothérapeute dans les services d'ergothérapie : Mise à jour sur le Programme d'agrément de l'enseignement à l'assistant de l'ergothérapeute et à l'assistant du physiothérapeute. *Actualités ergothérapeutiques*, 17(2), 11-12.
- Pizarro Milian, R., et Hicks, M. (2014). *Analyse exploratoire des collèges privés d'enseignement professionnel*. Téléchargé sur le site web du Conseil ontarien de la qualité de l'enseignement supérieur : <http://www.heqco.ca/SiteCollectionDocuments/PCC%20FR.pdf>
- Programme d'agrément de l'enseignement à l'assistant de l'ergothérapeute et à l'assistant du physiothérapeute. (2012). *Normes d'agrément pour les Programmes d'enseignement à l'assistant de l'ergothérapeute et à l'assistant du physiothérapeute*. Téléchargé au : <http://otapta.ca/pdfs/French/Accreditation%20Standards/Normes%202012%20PAE%20AE%20AP%20FINALES%20v.%20avr%202014.pdf>
- Programme d'agrément de l'enseignement à l'assistant de l'ergothérapeute et à l'assistant du physiothérapeute. (2013). *Le processus d'agrément*. Téléchargé au <http://otapta.ca/french/accreditation/accreditation-process.php>

À propos de l'auteure

Danielle N. Naumann, Erg. Aut. (Ont.), est une ergothérapeute exerçant dans le secteur privé et elle est candidate au doctorat à la Queen's University. Elle occupait auparavant le poste de coordonnatrice du programme d'enseignement à l'assistant de l'ergothérapeute et à l'assistant du physiothérapeute (AE/AP) d'un collège privé d'enseignement professionnel et elle a subséquemment élaboré un modèle de programme d'enseignement à l'AE/AP à l'intention des collèges privés d'enseignement professionnel. Les enseignants intéressés à obtenir de plus amples renseignements à propos de ce modèle peuvent communiquer avec Danielle, à : danielle.naumann@queensu.ca.

RÉFLEXIONS SUR LA PRATIQUE PRIVÉE



ÉDITRICE THÉMATIQUE :
FLORA TO-MILES

Porter plusieurs chapeaux pour réussir sa pratique dans le secteur privé

Adeena Wisenthal

Les ergothérapeutes exercent selon une approche globale centrée sur le client (Association canadienne des ergothérapeutes, 2012; Townsend et Polatajko, 2013; Wilkins, Pollock, Rochon et Law, 2001). Compte tenu de cette orientation professionnelle, nous devons porter différents « chapeaux » métaphoriques pour témoigner des divers rôles que nous assumons dans notre pratique.

Le Modèle canadien de l'habilitation centrée sur le client illustre bien toute l'étendue de nos rôles variés (MCHCC; Townsend et Polatajko, 2007), en affirmant que l'habilitation est la compétence de base en ergothérapie. Ce modèle décrit un spectre de compétences en habilitation et il représente leur nature interdépendante qui témoigne de la gamme de rôles joués par les ergothérapeutes dans leur pratique quotidienne. Par exemple, nous sommes des collaborateurs lorsque nous travaillons en collaboration avec les clients pour déterminer leurs buts occupationnels; nous sommes des éducateurs lorsque nous enseignons des techniques de conservation d'énergie ou comment utiliser un aide technologique particulière; et nous sommes des consultants lorsque l'on fait appel à notre expertise sur la planification du retour au travail et sur les aménagements au travail.

Outre les compétences fondamentales en ergothérapie, un ergothérapeute exerçant dans le secteur privé doit avoir des connaissances et des compétences pour démarrer son entreprise et en assurer la gestion et la réussite de manière continue. Dans le présent article, je présenterai quelques conseils basés sur mon expérience, qui sont en lien avec les divers rôles que nous assumons en exerçant notre profession dans le secteur privé. Ces conseils peuvent aider les ergothérapeutes qui envisagent de démarrer une pratique privée.

En tant que propriétaire d'une petite entreprise, le praticien exerçant dans le secteur privé doit faire face aux difficultés liées à l'exploitation d'une petite entreprise, en déterminant sa vision et sa stratégie d'ensemble, en veillant à sa viabilité et en mettant en place des stratégies de marketing efficaces pour recruter et conserver des clients. Cela exige un sens des affaires, des connaissances

en comptabilité et sur les concepts fiscaux, de même que des compétences en marketing et des compétences techniques. Les compétences en autogestion (p. ex., gestion du stress, gestion du temps) permettent de réduire les facteurs de stress associés à la gestion d'une petite entreprise. Même si tous les ergothérapeutes doivent connaître les exigences et processus de leur ordre professionnel, de même que les lois concernant la collecte de renseignements personnels sur le client, ces connaissances sont particulièrement importantes pour le praticien du secteur privé, qui se doit d'adhérer aux règles et règlements de son ordre professionnel. Les compétences cumulatives attendues du praticien du secteur privé sont résumées à la figure 1.

Les quelques exemples suivants, qui présentent les compétences attendues d'un ergothérapeute exerçant dans le secteur privé, sont basés sur mes 15 ans d'expérience dans le secteur privé :

1. *Avoir le sens des affaires* : Pour bon nombre de personnes, arriver à bien comprendre le monde des affaires est un défi de taille et la courbe d'apprentissage peut être abrupte. Pour avoir le sens des affaires, il faut comprendre le fonctionnement d'une entreprise, en ce qui a trait à sa rentabilité, son coût, la provenance des fonds, la détermination de l'orientation commerciale et la capacité d'adopter des stratégies et de voir « la situation dans son ensemble ». Il est essentiel d'avoir une bonne connaissance de base des affaires pour établir un modèle d'entreprise viable ayant une mission et des objectifs clairs pour aborder les besoins de tous les intervenants. Ceci se reflète éventuellement dans un solide plan d'affaires témoignant de la rentabilité éventuelle des services d'ergothérapie visant à soutenir les clients tout au long de leur cheminement en réadaptation.

Le mentorat d'entreprise offert par un mentor peut être extrêmement judicieux pour aider l'ergothérapeute à jeter les bases d'une entreprise rentable. L'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) offre également des ressources pour soutenir les ergothérapeutes exerçant dans le secteur privé. Ces

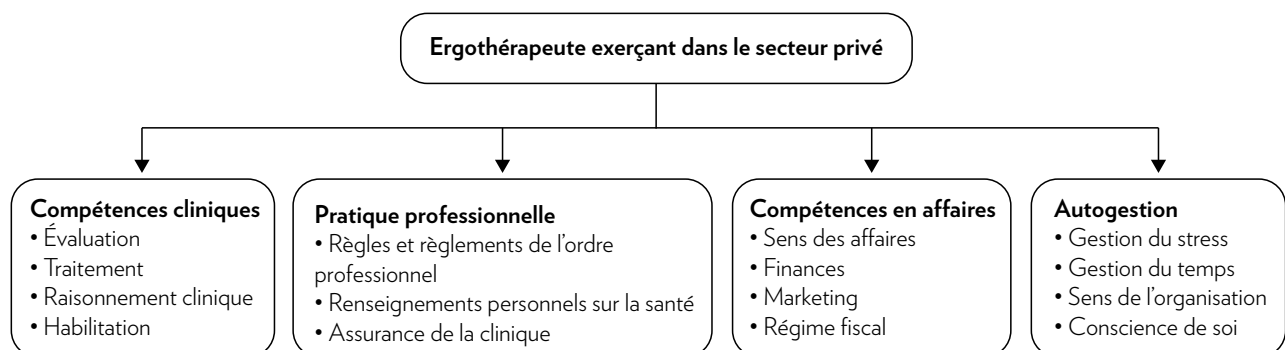


Figure 1. Compétences cumulatives requises des ergothérapeutes exerçant dans le secteur privé.

ressources sont notamment des prises de position, des réseaux d'ergothérapeutes exerçant dans le secteur privé et diverses publications (p. ex., Seeberger, 2013). Par ailleurs, la fixation des honoraires est un aspect important lors de l'établissement d'un cabinet privé. En tant que thérapeutes, nous voulons aider nos clients, mais nous devons aussi veiller à ce que notre entreprise soit viable et à ce que nos revenus soient adéquats et équitables. Des renseignements sur la façon dont certains ergothérapeutes établissent leurs barèmes d'honoraires sont disponibles auprès de l'ACE (p. ex., Simmons, 2013; ACE-CB, 2015). Le gouvernement du Canada offre aussi des ressources aux petites entreprises, notamment des publications, ateliers et programmes de mentorat (voir le www.canadasmallbusiness.ca ou le www.canadaone.com).

Le gouvernement fédéral donne des renseignements sur la façon de faire des affaires avec le gouvernement (voir le www.wd.gc.ca) et de vendre des produits et services au gouvernement (voir le www.canadabusiness.ca), et il donne aussi la possibilité de faire des offres sur les appels de services publics par l'intermédiaire de MERX, le principal service électronique d'appels d'offres au Canada (voir le www.merx.com).

Chaque province offre des possibilités aux petites entreprises et à l'entrepreneuriat. Nous recommandons aux ergothérapeutes de se familiariser avec ces possibilités selon la province dans laquelle ils travaillent et envisagent d'établir un cabinet privé. Par ailleurs, les chambres de commerces locales et les réseaux d'entreprises (p.ex. www.womensbusinessnetwork.ca) peuvent offrir du soutien et des conseils, proposer des conférenciers inspirants et des activités de réseautage, de même que des renseignements pertinents et d'actualité sur l'économie locale.

2. *Connaissances de base en comptabilité* : L'ergothérapeute oeuvrant dans le secteur privé doit connaître les principes comptables de base pour instaurer des structures financières et une tenue de dossiers adéquates. En faisant appel à l'expertise d'un comptable professionnel, l'ergothérapeute peut s'assurer que le système financier de son cabinet sera solide (par un examen continu du barème des honoraires pour veiller à la viabilité de l'entreprise) et qu'un système de comptabilité éprouvé sera établi pour faire le suivi des transactions financières (p.ex., factures, dépenses). Les systèmes comptables vont des tableaux ad hoc aux troupes de comptabilité, en passant par les logiciels de gestion clinique spécifiques intégrant les barèmes d'honoraires, la facturation et divers autres aspects de la gestion des dossiers des clients.
3. *Connaissance du régime fiscal* : Une connaissance de base du régime fiscal canadien est essentielle pour prendre des décisions commerciales et financières solides tout au long de l'année. La connaissance des principales économies et exemptions fiscales et des taxes de vente, de même que de bonnes connaissances générales en finance sont susceptibles d'entraîner une pratique plus satisfaisante. Il existe de nombreux livres sur ce sujet et l'Agence du revenu du Canada (p. ex., le www.cra-arc.gc.ca)

est également une ressource judicieuse. De toute évidence, un comptable (ou tout autre spécialiste en fiscalité) peut venir en aide à l'ergothérapeute dans ce domaine.

4. *Compétences en marketing* : En tant qu'ergothérapeutes, nous sommes centrés sur nos clients et leurs besoins afin de les aider à atteindre leurs buts. Toutefois, en pratique privée, nous devons aussi nous promouvoir en tant qu'individu et entreprise, afin de commercialiser nos pratiques et d'établir notre entreprise. Même s'il n'est pas nécessaire que les ergothérapeutes exerçant dans le secteur privé deviennent des professionnels en marketing, l'acquisition de certaines compétences dans ce domaine est un véritable atout. Nous devons être à l'aise pour faire de l'autopromotion en reconnaissant notre valeur en tant qu'ergothérapeute et en faisant valoir les avantages de notre pratique. L'adoption de stratégies et d'outils de marketing facilite le processus visant à attirer des clients et à établir une pratique privée rentable. Il y a une pléthore de ressources disponibles, dont des livres, des documents en ligne, des ateliers, des logiciels, des mentors en entreprise et des consultants en marketing (p.ex., www.julietaustin.com).

Un site web de conception professionnelle est une nécessité, une fois que l'identité et la stratégie de marketing du cabinet sont établies. Les médias sociaux peuvent aussi jouer un rôle dans la promotion du cabinet.

5. *Compétences technologiques* : De nos jours, la plupart des ergothérapeutes ont des connaissances de base en informatique. Toutefois, des connaissances technologiques plus avancées peuvent être utiles pour les ergothérapeutes exerçant en cabinet privé. Une bonne connaissance des logiciels de gestion clinique peut faciliter la prise de rendez-vous des clients, la facturation, le suivi des paiements et l'ensemble de la tenue de dossiers. Chaque ergothérapeute devra explorer la myriade de logiciels sur la tenue de dossiers disponibles afin de déterminer celui qui lui « conviendra le mieux » selon ses besoins et la facilité d'utilisation du logiciel.

Des connaissances technologiques plus poussées peuvent être particulièrement nécessaires si l'ergothérapeute en cabinet privé se sert de la technologie dans le cadre de la prestation de services aux clients. Les services d'un spécialiste en informatique devraient être retenus, au besoin, pour faciliter l'installation des systèmes informatiques, identifier les problèmes ou besoins technologiques et pour veiller au bon fonctionnement du cabinet.

6. *Gestion du temps* : Nous incitons fréquemment nos clients à adopter des stratégies de gestion du temps pour les aider à trouver un équilibre entre de nombreuses demandes conflictuelles. Ces stratégies sont plus importantes que jamais lorsqu'on exploite un cabinet privé en ergothérapie. Nous devons non seulement offrir des services directs à nos clients, mais aussi prendre des décisions relatives à l'entreprise, répondre à divers intervenants, déterminer des stratégies de marketing, envisager des achats, rédiger des rapports et

À propos de l'auteure

Adeena Wisenthal, PhD, MEd, Erg.Aut. (Ont.), possède plus de 20 ans d'expérience dans les domaines de la réadaptation et de la santé mentale dans différents milieux cliniques, à base communautaire et de travail. En 2000, elle a fondé ERGO-Wise (www.ergo-wise.com), un cabinet privé situé dans la région d'Ottawa. ERGO-Wise offre des services spécialisés dans le renforcement cognitif au travail visant à faciliter le retour au travail des employés qui sont en congé d'invalidité en raison d'un problème de santé mentale. En 2009, Adeena a reçu le prix pour la pratique novatrice de l'ACE pour ses travaux novateurs sur la santé mentale au travail. Plus récemment, Adeena a effectué des études doctorales et des recherches portant sur l'efficacité du renforcement cognitif au travail. On peut joindre Adeena à : adeena@ergo-wise.com.

répondre à d'autres demandes en matière de communication. Il peut être stressant de jongler avec différentes demandes et responsabilités, et cela exige un bon sens de l'organisation et de bonnes compétences en gestion du temps. L'usage d'un agenda imprimé ou électronique est essentiel, et la prise de notes est un aide-mémoire utile. Réservez du temps pour répondre aux messages téléphoniques et courriels; ne passez pas la journée à traiter les interruptions au moment où elles surgissent. Réservez de 15 à 30 minutes le matin pour planifier votre journée et de 15 à 30 minutes à la fin de la journée pour terminer vos tâches, retourner les messages et planifier la journée suivante. Soyez conscient qu'il est impossible de toujours arriver à finir vos tâches. Acceptez ce fait et reconnaissez que vous accomplissez un excellent travail.

7. *Gestion du stress* : Outre l'utilisation de leurs compétences cliniques et commerciales et la mise à contribution de leur esprit d'entreprise, les ergothérapeutes exerçant dans le secteur privé doivent se réserver du temps pour prendre soin de soi. La clé de la réussite pour répondre aux multiples exigences de la pratique privée en ergothérapie est d'employer des stratégies efficaces de gestion du stress. Il s'agit, par exemple, de se ressourcer à l'aide d'exutoirs sains qui peuvent nous donner du répit face à ces exigences, nous élargir et nous aider à prendre du recul et à être plus efficaces dans nos rôles d'ergothérapeute. L'activité physique et les arts peuvent nous aider à prendre soin de nous. La famille, les amis et les collègues sont également des composantes essentielles du réseau de soutien qui nous aide à gérer notre stress.
8. *Conscience de soi* : La conscience de soi fait appel, en partie, à la reconnaissance de ses limites. La conscience de soi est essentielle dans la pratique privée, car même les cliniciens très compétents sont susceptibles d'avoir des lacunes face à l'exploitation d'une petite entreprise ou d'un cabinet privé. Le fait d'accepter nos limites nous pousse à chercher des façons d'aborder les lacunes dans nos bases de connaissances ou nos ensembles de compétences. Comme nous l'avons dit précédemment, de nombreuses ressources sont disponibles, p. ex., un mentor en entreprise ou un comptable, de même que des livres et des ateliers de formation pertinents.
9. *Réglementation professionnelle* : Dans chaque province, un ordre professionnel protège les intérêts de la population et fournit des lignes directrices et des règlements professionnels que tous les ergothérapeutes doivent suivre pour faire preuve de compétence, d'éthique et de responsabilité. Chacun de ces ordres professionnels met de nombreuses ressources à la disposition de ses membres, comme de l'information sur le consentement éclairé, la tenue de dossiers et les questions d'éthique. Les ergothérapeutes exerçant dans le secteur privé doivent se tenir au courant des politiques et règlements professionnels. Nous devons nous charger de notre propre surveillance, en tant qu'ergothérapeute individuel et en tant qu'entreprise privée; il s'agit d'un élément essentiel dans la pratique privée.

Par ailleurs, si le cabinet privé est exploité sous un nom commercial, alors l'entité doit détenir sa propre assurance clinique en matière de responsabilité professionnelle, de même qu'une assurance individuelle pour chaque praticien exerçant dans ce cabinet. Cette protection est distincte de l'assurance responsabilité générale qui s'applique pour toutes les entreprises.

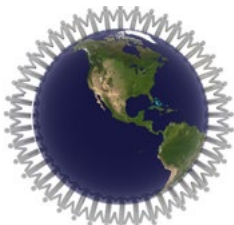
10. *Renseignements personnels sur la santé* : Les ergothérapeutes exerçant en pratique privée doivent connaître les règles et règlements fédéraux qui s'appliquent aux entreprises en ce qui concerne la cueillette, l'usage et la divulgation de renseignements personnels, tel que décrit dans la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (LPRPDE). De nombreuses provinces ont également leurs propres lois sur la protection des renseignements personnels, qui sont semblables à la loi fédérale et que tous les professionnels de la santé doivent respecter.

Même si le défi est de taille, les avantages de la pratique privée l'emportent sur ses difficultés inhérentes. Les ergothérapeutes exerçant dans le secteur privé doivent faire preuve d'autonomie et d'autodétermination, ce qui peut être très satisfaisant. Pour les ergothérapeutes qui ont un profil d'entrepreneur, l'investissement personnel dans la pratique privée vaut largement tous les efforts qu'il faut déployer.

Références

- Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada 2012*. Téléchargé au <https://www.caot.ca/dfs/2012otprofile.pdf>.
- Canadian Association of Occupational Therapists – British Columbia. (2015). *Private practice fee survey for occupational therapy services in British Columbia* (2015). Téléchargé au www.caot.ca/CAOT-BC/CAOT_BC_Private_Practice_Fee%20Survey_2015-FINAL.pdf
- Seeberger, C. (2013). Les cinq ressources préférées de Christel sur la gestion d'un cabinet privé. *Actualités ergothérapeutiques*, 15(6), 29.
- Simmons, J. (2012). L'établissement des honoraires en clinique privée : Quelle est la valeur de vos services? *Actualités ergothérapeutiques*, 14(6), 20-22.
- Townsend, E. A., et Polatajko, H. (2013). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being, & Justice Through Occupation* 2nd edition. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Townsend, E. A., Polatajko, H. J., Craik, J., et Davis, J. (2007). Canadian Model of Client-Centred Enablement. Dans E. A. Townsend & H. J. Polatajko, *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation* (p. 110). Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Wilkins, S., Pollock, N., Rochon, S., et Law, M. (2001). Implementing client-centred practice: Why is it so difficult to do? *Revue canadienne d'ergothérapie*, 68, 70-79. doi:10.1177/000841740106800203

LIENS INTERNATIONAUX



ÉDITEUR THÉMATIQUE :
ANDREW FREEMAN

Une expérience de stage enrichissante en développement communautaire au centre Amar Seva Sangam

Jana Abdulrahman

En 2014, j'ai eu le plaisir de faire un stage dans une propriété pittoresque de 30 acres entourée par la chaîne de Montagnes des Ghâts occidentaux. Niché au cœur de la région rurale d'Ayikudi dans le sud de l'Inde, le campus d'Amar Seva Sangam (ASSA) est animé et unique. Des arômes de jasmin et d'encens embaument l'air humide et des nuages flottent le long des sommets majestueux. Des mantras hindous percent le silence à l'aube, se mêlant aux prières de l'ASSA pour l'égalité, transportées dans le cœur des gens. L'atmosphère est nécessairement inspirante, car l'ASSA vise à remettre du pouvoir aux personnes ayant des handicaps physiques ou des problèmes de santé mentale—en tant qu'individus et que collectivité— afin qu'elles deviennent des agents de changement actifs pour orienter la population du sud de l'Inde vers une société plus inclusive. Se désignant comme « la vallée des handicapés », l'établissement est constitué d'édifices colorés accueillant des personnes ayant des capacités diverses. Ces personnes travaillent ensemble pour offrir des services de réadaptation internes et des services à base communautaire aux villages ruraux du district de Tirunelveli (Krishna, 2003). En 2013-2014, l'ASSA a fourni des services à plus de 800 villages, influençant ainsi la vie de plus de 14 000 personnes handicapées (ASSA, 2014). L'ASSA souhaite jouer un rôle « d'agent d'habilitation » de l'égalité dans la société (ASSA, 2014, p.7), un rôle qui reflète grandement le rôle « d'habilitation d'une société juste et inclusive » des ergothérapeutes décrit par Townsend et Polatajko (2013, p. 380). Cette orientation fait de l'ASSA un milieu très judicieux dans lequel il est possible de travailler en ergothérapie dans un nouveau rôle. De toute évidence, l'ASSA offre une expérience inestimable aux thérapeutes et aux étudiants intéressés à améliorer leurs compétences en développement de programme, dans le contexte d'un stage à base communautaire. Le but de cet article est de discuter de cette expérience en développement de programme, en décrivant un projet spécifique sur lequel j'ai travaillé pendant mon expérience de stage.

Structure générale du stage

Deux de mes pairs (un autre étudiant en ergothérapie et un étudiant en physiothérapie) et moi avons pris l'avion jusqu'à Ayikudi; nous étions animés à la fois d'une grande fébrilité et de sentiments d'incertitude. Notre incertitude était surtout liée à notre anticipation des difficultés généralement associées aux stages à base communautaire et aux stages dans de nouveaux rôles. Gat et Ratzon (2014) décrivent les stages à base communautaire comme des « expériences pratiques uniques, utiles et difficiles pour les étudiants et les enseignants » (p. e48), parce que les étudiants travaillent individuellement et en collaboration à travers les complexités inhérentes au processus qui consiste à concevoir et mettre en œuvre des programmes d'ergothérapie. De plus, notre projet semblait difficile, car comme il s'agissait d'un stage dans un nouveau rôle, nous devions travailler avec un superviseur qui ne se trouvait pas sur les lieux, pour établir un programme répondant aux besoins de la communauté

(Thew, Hargreaves et Cronin-Davis, 2008). Notre superviseur en ergothérapie— qui nous offrait un soutien virtuel à partir d'Ottawa— nous a encouragés à adopter une approche axée sur l'application des connaissances afin de répondre aux besoins généraux de l'établissement de manière durable. Après avoir consulté les dirigeants de l'ASSA, trois principaux projets ont subséquemment vu le jour : (1) un atelier de deux jours pour informer le personnel et les clients de l'unité des lésions de la moelle épinière au sujet de la prévention et du traitement des plaies de décubitus, (2) un atelier d'un jour pour montrer aux soignants et aux enseignants comment fournir un positionnement adéquat à des enfants atteints de paralysie cérébrale, à l'aide des matériaux déjà disponibles et (3) un programme de six semaines pour enseigner aux professeurs de l'école élémentaire comment concevoir des interventions sensorielles en classe pour les enfants ayant des troubles du développement. Cet article traitera du troisième projet.

Développement de programme : Étapes initiales

Avant le début du stage, les enseignants de l'école Sangamam (sur les lieux de l'ASSA) étaient de plus en plus préoccupés au sujet du faible rendement scolaire de leurs élèves. Les enfants qui fréquentent cette école sont âgés de 5 à 12 ans et ils ont des troubles du spectre de l'autisme ou des retards de développement. Les enseignants avaient appris auprès d'anciens bénévoles que le rendement scolaire peut être affecté par des problèmes de traitement de l'information sensorielle. Toutefois, ils n'avaient pas compris de quelle façon ces problèmes affectaient le rendement scolaire ou comment en réduire les effets. Mon superviseur et la directrice en physiothérapie de l'ASSA ont identifié cette situation comme un domaine de croissance possible, qui était impératif au processus de développement, sachant qu'il est primordial d'offrir un programme qui est significatif pour la population ciblée afin d'en assurer la pérennité (Scaffa, 2001).

Ensuite, pendant le processus d'évaluation des besoins des parties concernées, mes discussions préliminaires avec mon superviseur ont été axées sur l'importance de tenir compte des contraintes de temps, des ressources limitées, des différences culturelles et des barrières de langue. Comme le stage ne durait que six semaines, et comme les élèves ne parlaient pas anglais, nous avons décidé qu'il ne serait pas efficace de travailler avec eux de manière individuelle. Nous avons plutôt décidé qu'il serait plus efficace d'offrir un programme éducatif aux enseignants, pour leur enseigner les connaissances et l'autonomie requises pour aborder les besoins sensoriels de base de leurs élèves de manière continue, après la fin du stage.

Développement de programme : Établir des liens entre les différents intervenants et déterminer les buts

Il a été particulièrement agréable de faire un stage dans un nouveau rôle en développement de programme à base communautaire, en raison de

la nature dynamique de ce domaine. Outre le fait que le stage permet aux étudiants de consolider leurs compétences pour la pensée critique en créant des solutions pour l'ensemble de la communauté, il leur permet aussi de mettre en pratique leurs compétences pour la collaboration, la consultation, le leadership et la gestion, et d'adopter une pratique sensible aux besoins culturels d'un groupe donné (Gat et Ratzon, 2014; Thew et al., 2008). Pour faire progresser ce programme de grande qualité, il a fallu former des alliances entre les intervenants et les ressources. Nous avons établi des liens avec les membres du personnel de l'ASSA, qui ont exprimé leurs besoins et ont contribué à la détermination des objectifs du programme. Nous avons aussi bénéficié de l'aide d'une professeure de l'Université McGill, qui a participé à la formulation de l'intervention en s'inspirant de son expérience clinique et en établissant des liens entre des faits probants actuels et la pratique. Finalement, mon superviseur s'est servi de son expertise en pratique rurale et éloignée pour proposer des stratégies visant à favoriser l'usage maximal des ressources limitées et la pérennité du programme. Mon rôle était d'organiser des rencontres sur le campus et des rencontres virtuelles pour rassembler et faire participer les intervenants et les ressources, ce qui a éventuellement entraîné la création d'un programme sensible à la culture, qui a été accepté par tous les intervenants, pour aborder de manière réaliste les besoins de l'école de Sangamam School. Les objectifs du programme étaient d'enseigner aux éducateurs les principes de bases de la modulation sensorielle et de développer leur capacité : (1) d'observer et d'identifier les modulations non optimales qui affectent le rendement des élèves— et des enseignants— en classe, (2) de déterminer des activités sensorielles appropriées à utiliser en classe, (3) de reconnaître les éléments de l'environnement qui contribuent aux problèmes de modulation et (4) de cibler les modifications environnementales favorisant le rendement optimal des étudiants et des enseignants. Le but ultime était de développer les habiletés des enseignants dans ces domaines, afin qu'ils puissent appliquer ces nouvelles connaissances longtemps après la fin du stage.

Développement de programme : Introduction et adaptation du Alert Program®

L'Alert Program® (AP) de Williams et Shellenberger's (1996) explique les concepts de la modulation sensorielle en comparant les niveaux de vigilance à la vitesse du moteur d'une voiture : « sous-stimulé », « surstimulé » et « adéquatement stimulé ». Les enseignants peuvent utiliser ce programme pour apprendre comment cibler des stratégies qui changent ou maintiennent les niveaux de vigilance des élèves. Les ergothérapeutes utilisent couramment l'AP avec les élèves ayant des troubles du traitement de l'information sensorielle (Hui, 2014), car des études ont démontré que l'AP est efficace pour améliorer les compétences pour le traitement de l'information sensorielle, l'autorégulation, la gestion des comportements et les fonctions exécutives (p. ex., Cobb, Fitzgerald et Lanigan-O'Keefe, 2014; Wells, Chasnoff, Schmidt, Telford et Schwartz, 2012). Bien que la majorité des données probantes sur l'AP proviennent des États-Unis, les avantages du programme ont aussi été démontrés dans des populations canadiennes, anglaises, irlandaises, australiennes et maltaises (TherapyWorks, Inc., 2015), ce qui suggère que ce programme peut être appliqué dans diverses cultures, même si, jusqu'à maintenant, la plupart de ces cultures étaient occidentales. Afin que l'AP soit davantage adapté à la culture et au contexte du sud de l'Inde, des exemples d'activités et d'environnements du sud de l'Inde ont été utilisés dans les explications sur les principes du traitement de l'information sensorielle. Cette méthode d'enseignement a été accompagnée de discussions qui incitaient les enseignants à réfléchir à leurs routines quotidiennes et aux façons dont différentes activités et différents milieux affectaient leurs niveaux de vigilance. Par exemple, une enseignante a été surprise d'apprendre que le fait d'écouter des prières hindoues au temple l'aidait à régler la « vitesse de son moteur » le matin. Une autre enseignante a observé que la vitesse de son moteur était « élevée » après son trajet en scooter dans les rues étroites

et achalandées pour se rendre au travail. Elle a commencé à chercher des façons de moduler ce niveau avant d'entrer dans la classe.

Compte tenu du fait que l'anglais est la langue seconde de ces enseignants, nous avons simplifié le programme pour éviter de les submerger avec des principes théoriques et un nouveau vocabulaire. Bien que tous les sens aient été examinés lors des séances éducatives initiales et lors de l'analyse des observations sur les élèves, les activités en classe et les interventions étaient axées principalement sur le système proprioceptif. Nous voulions qu'au fil du temps, les futures cohortes d'étudiants en ergothérapie puissent travailler avec les enseignants afin de concevoir des interventions ciblant les autres sens —un à la fois— à chaque année successive. Les enseignants étaient encouragés à penser à des activités proprioceptives pour tout le corps (p. ex., pousser contre le mur, déplacer des livres, etc.) lors de la planification des interventions, car on croyait que cela répondrait davantage aux besoins sensoriels d'un grand groupe d'élèves. Ces genres d'activités peuvent avoir des effets calmants ou stimulants, et ils sont peu susceptibles de surcharger le système nerveux (Williams et Shellenberger, 1996). En ce qui concerne les stratégies environnementales durables, les enseignants ont eu la possibilité de faire des modifications qui, selon eux, permettraient d'atteindre un équilibre entre les stimuli auditifs et visuels dans la classe. Les classes encombrées ont été remises en ordre, les cadres des tableaux ont été recouverts de ruban rouge, les « coins tranquilles » ont été décorés et peints avec des couleurs reposantes, et on a ajouté des oreillers et des couvertures dans chaque classe. On a aussi remis aux dirigeants de l'école de l'information sur les détaillants où ils pourraient se procurer des écouteurs pour les coins tranquilles.

En raison des barrières de langue et pour aider les enseignants à mieux comprendre la nature des stratégies sensorielles utilisées en ergothérapie, on les a invités à participer à des activités axées sur l'apprentissage expérientiel—un processus récursif propice à « l'expérimentation, la réflexion, la pensée et l'action » (Kolb et Kolb, 2015, p.194). Des exercices de réflexion ont été utilisés pour aider les enseignants à comprendre comment leurs propres comportements et choix d'activités correspondaient à leurs diverses préférences et réactions aux stimuli sensoriels. Ceci a permis de clarifier la relation entre les profils de traitement sensoriel et les comportements d'autorégulation inconscients. L'apprentissage expérientiel a été favorisé davantage grâce aux visites aléatoires qui ont été faites tout au long de la journée pour demander aux enseignants d'identifier le niveau de fonctionnement de leur « moteur » en étant à l'écoute de leurs sensations corporelles, de leurs comportements actuels et des différents éléments de l'environnement. De plus, les classes du programme, offertes après les heures de travail des enseignants, commençaient généralement par une activité proprioceptive en groupe. Cette activité avait pour but d'optimiser l'apprentissage des enseignants en abordant les niveaux de « faible vitesse de leur moteur » qu'ils mentionnaient souvent et pour aider les enseignants à comprendre à quel point il est difficile pour les élèves ayant besoin de modulation sensorielle de se concentrer en classe.

D'autres activités du programme visaient à consolider les compétences en raisonnement des enseignants associées au traitement de l'information sensorielle, par la pratique active. Pendant les deux activités, on a demandé aux enseignants de verbaliser (en temps réel) les changements qui survenaient dans les niveaux moteurs des élèves et qui se manifestaient dans leurs comportements. Les activités étaient suivies de séances de discussions, pour faciliter la réflexion et permettre aux enseignants de formuler leur raisonnement. Finalement, les enseignants ont été mis au défi d'adapter de manière autonome des stratégies sensorielles pour trois de leurs élèves. Cette étape a été conçue pour donner aux enseignants la chance de mettre leurs nouvelles compétences en pratique et, grâce à la rétroaction constructive qui a suivi, de leur donner le sentiment qu'ils avaient les compétences requises pour adapter et mettre en œuvre les stratégies, de manière autonome.

Dans notre plan de programme, l'accent a été mis sur l'apprentissage expérientiel, non seulement parce qu'on a démontré que l'apprentissage expérientiel favorisait la confiance des élèves en leurs habiletés thérapeutiques, en leur capacité de prendre des décisions et en leur autonomie (Smith, Emmett et Woods, 2008), mais aussi pour favoriser la pérennité du programme. Nous espérons qu'en permettant aux enseignants d'expérimenter directement les effets de simples stratégies sensorielles, ils auraient confiance en ces stratégies et ils seraient intrinsèquement motivés à continuer de les utiliser après notre départ. On a bien sûr démontré dans la littérature que l'anticipation de résultats positifs améliorerait les perceptions des enseignants face à l'acceptabilité des stratégies et on a déterminé que l'acceptabilité du programme comptait parmi les quatre « ingrédients essentiels » caractérisant les programmes en classe qui sont durables (Han et Weiss, 2005, p. 672). Les autres éléments que nous avons pris en considération étaient la compatibilité du programme avec les croyances personnelles des enseignants, le développement de l'auto-efficacité des enseignants et la prévention du surmenage (Han et Weiss, 2005). Comme il n'y avait pas assez de personnel à l'école, les adaptations mentionnées précédemment visaient surtout à faciliter la gestion du programme afin d'éviter le surmenage et le découragement des enseignants.

Réflexions finales

Les stages à base communautaire offerts aux étudiants en ergothérapie favorisent l'acquisition d'habiletés pour le développement de programmes d'ergothérapie à base communautaire (Gat et Ratzon, 2014). L'acquisition de ces compétences et ce stage dans un nouveau rôle en Inde m'ont bien préparée pour l'emploi que j'occupe actuellement. En effet, ma transition vers mon poste à Merritt, en Colombie-Britannique a aussi exigé que je définisse un rôle pour l'ergothérapie afin de répondre aux besoins de la communauté. Ce processus a été plus facile qu'il ne l'aurait été autrement, parce que j'avais acquis une base solide dans un nouveau rôle en ergothérapie à base communautaire. Même s'il peut être intimidant de faire une formation à partir d'une supervision virtuelle, cette façon de faire facilite aussi l'acquisition d'une solide identité professionnelle (Wood, 2005, tout en améliorant la compétence culturelle et les sentiments de responsabilité personnelle des étudiants (Gat et Ratzon, 2014). Mon séjour à l'ASSA a rehaussé ma résilience et ma capacité de m'adapter à des milieux atypiques, ce qui en a fait une pierre angulaire de mon cheminement professionnel.

Mise à jour sur l'ASSA

Depuis le début de 2016, l'ASSA collabore avec sept universités canadiennes qui envoient des étudiants en stage tout au long de l'année universitaire. Des ergothérapeutes canadiens se rendent maintenant à l'ASSA pour offrir des services d'ergothérapie bénévoles et pour superviser les étudiants sur place. Pour en savoir davantage au sujet de l'ASSA et sur son programme de bénévolat, prière de communiquer avec Dinesh Krishna à : dkrish6@gmail.com.

Remerciements

J'aimerais remercier l'ASSA de m'avoir inspirée par sa lumière, Janna MacLachlan, qui m'a encadrée et offert du mentorat avec passion, la professeure Melissa Park, pour son soutien inconditionnel et pour avoir eu l'idée de cet article, et la professeure Caroline Storr, qui a rendu possible cette extraordinaire expérience de stage.

Références

- Amar Seva Sangam. (2014). *Annual Report 2013-2014*. Téléchargé au https://www.amarseva.org/uploads/default/files/accounts/stuff/8ad9de8694540dd78a_c754aa4323eab4.pdf
- Cobb, S. M., Fitzgerald, B., et Lanigan-O'Keefe, C. (2014). The Alert Program for self-management of behaviour in second level schools: Results of phase 1 of a pilot study. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 19, 410-425. doi:10.1080/1363 2752.2014.903593
- Gat, S., et Ratzon, N. Z. (2014). Comparison of occupational therapy students' perceived skills after traditional and nontraditional fieldwork. *American Journal of Occupational Therapy*, 68, e47-e54. doi:10.5014/ajot.2014.007732
- Han, S. S., et Weiss, B. (2005). Sustainability of teacher implementation of school-based mental health programs. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 665-679. doi:10.1007/s10802-005-7646-2
- Hui, C. (2014). Using occupational performance coaching to target teachers' perception of their own performance, satisfaction, and self-efficacy in supporting the self-regulation of their students: A pilot study (thèse de maîtrise non publiée). Université McGill, Montréal, QC.
- Kolb, A. Y., et Kolb, D. A. (2005). Learning styles and learning spaces: Enhancing experiential learning in higher education. *Academy of Management Learning & Education*, 4, 193-212. doi:10.5465/AMLE.2005.17268566
- Krishna, D. (2003). *Study of rehabilitation and integration of disabled in rural India – Tirunelveli District of Tamil Nadu*. Téléchargé au http://handicareintl.org/News_Letter/News_Letter_Files/study_by_volunteers.htm
- Scaffa, M. E. (2001). *Occupational therapy in community-based practice settings*. Philadelphia, PA: F.A. Davis.
- Smith, L. M., Emmett, H. E., et Woods, M. (2008). Experiential learning driving community based nursing curriculum. *Rural and Remote Health*, 8, 1-9. Téléchargé au <http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=901>
- TherapyWorks, Inc. (2015). *Alert Program® literature and research: Published literature, research, and resources*. Téléchargé au <https://www.alertprogram.com/documents/AP%20Literature%20and%20Research.pdf>
- Thew, M., Hargreaves, A., et Cronin-Davis, J. (2008). An evaluation of a role-emerging practice placement model for a full cohort of occupational therapy students. *British Journal of Occupational Therapy*, 71, 348-353. doi:10.1177/030802260807100809
- Townsend, E. A., et Polatajko, H. J. (2013). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation* (2nd ed.). Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Wells, A. M., Chasnoff, I. J., Schmidt, C. A., Telford, E., et Schwartz, L.D. (2012). Neurocognitive habilitation therapy for children with fetal alcohol spectrum disorders: An adaptation of the Alert Program®. *American Journal of Occupational Therapy*, 66, 24-34. doi:10.5014/ajot.2012.002691
- Williams, M. S., et Shellenberger, S. (1996). *"How Does Your Engine Run?": A leader's guide to the Alert Program® for self-regulation*. Albuquerque, NM: TherapyWorks, Inc.
- Wood, A. (2005). Student practice contexts: Changing face, changing place. *British Journal of Occupational Therapy*, 68, 375-378. doi:10.1177/030802260506800806

À propos de l'auteure

Jana Abdulrahman, MSc(ergothérapie), ergothérapeute, travaille actuellement dans la région rurale intérieure de la Colombie-Britannique. On peut la joindre à : jana.asad@gmail.com.

Le pouvoir de l'engagement occupationnel : l'histoire de Norm

Rhona Anderson et Heidi Reznick

En 2007, l'ACE a publié de nouvelles lignes directrices canadiennes. Dans ces lignes directrices, le Modèle canadien du rendement occupationnel (MCRO) a été élargi, afin d'y ajouter le construit de la participation occupationnelle. Ainsi, dans le Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P) (Polatajko, Townsend et Craik, 2007), la *participation* est considérée comme étant un terme plus inclusif que le rendement; Polatajko et ses collaborateurs définissent la *participation* comme étant tout ce qu'une personne fait « pour s'impliquer ou s'occuper » (Houghton Mifflin Company, 2014, tel que cité dans Polatajko et al., 2013). Selon le MCRO-P, on peut considérer qu'un individu participe à une occupation, sans nécessairement l'effectuer en soi, ce qui permet d'avoir une perspective plus large sur l'occupation. Neuf ans se sont écoulés depuis et, fait anecdotique, il semble que la compréhension de ce nouveau modèle soit limitée, en particulier en ce qui concerne le concept de la participation occupationnelle, et que les possibilités que ce modèle peut offrir soient mal comprises. Le but de cet article est de décrire comment le MCRO-P peut être utilisé pour orienter la pratique de l'ergothérapie dans un milieu de réadaptation, à partir d'une histoire de cas.

L'histoire de Norm

Norm (pseudonyme) était un homme âgé de 48 ans qui vivait dans une maison à plusieurs étages avec sa famille élargie lorsqu'il a subi une lésion cérébrale acquise. Au moment de sa lésion, il ne travaillait pas et il a indiqué que son rôle le plus significatif était d'être « un homme centré sur sa famille », qui orchestrait et organisait les rencontres de famille. Après avoir reçu les interventions typiques pour sa lésion cérébrale acquise, Norm a été admis au service de réadaptation des patients ayant subi une lésion cérébrale acquise d'un grand hôpital universitaire. Quelques jours après son admission, Norm, en collaboration avec un membre de sa famille et un membre de l'équipe de soins – il ne s'agissait pas d'un ergothérapeute à cette occasion—ont déterminé les buts généraux suivants pour Norm : améliorer la fonction de son bras droit, recommencer à marcher et être autonome pour prendre sa douche et s'habiller.

Comme à l'habitude, l'équipe interprofessionnelle a déterminé des plans d'intervention pour cibler les barrières et les aborder, en visant, au moment du congé de Norm, une amélioration de ses 'capacités fonctionnelles' et une progression vers l'atteinte de ses objectifs, dans les délais fixés. Les principales barrières identifiées étaient l'hémiplégie de Norm, son incapacité de marcher, une détérioration des habiletés organisationnelles et séquentielles, une distractivité et une communication inefficace (en raison de son aphasie); par ailleurs, il montrait des signes de détérioration de l'humeur et une augmentation de sa frustration.

Mettre l'accent sur le rendement occupationnel

L'ergothérapeute de Norm a regardé au-delà des handicaps de Norm et des objectifs liés aux soins personnels ciblés à son admission, afin d'élargir et d'approfondir sa compréhension des occupations significatives pour Norm. Norm et sa famille ont révélé sa passion pour préparer des repas élaborés pour sa famille et pour

organiser des soupers spéciaux pendant lesquels ils passaient des heures à déguster de la nourriture, à converser et à fraterniser. Norm et son ergothérapeute ont donc décidé de travailler sur des tâches liées à la préparation des repas, compte tenu du sens inhérent qu'elles avaient pour Norm. Afin d'améliorer les compétences de Norm pour la préparation des repas, l'ergothérapeute a proposé des approches adaptées et des aides techniques (p.ex., planche à découper adaptée avec couteau pour couper des aliments d'une seule main et dispositifs d'aide à la communication). En parallèle, l'ergothérapeute a enseigné à Norm et à sa famille des façons d'utiliser ces occupations comme une thérapie, ce qui leur a donné un moyen de travailler les habiletés physiques (p. ex., mise en charge sur son bras affecté) et cognitives (p. ex., planification et séquençage), dans l'espoir que le raffinement des habiletés qui en résulterait se généraliserait et améliorerait le rendement occupationnel de Norm dans toutes les situations.

Toutefois, le rendement occupationnel de Norm ne s'est pas amélioré, même si la thérapie était centrée sur cet aspect. De plus, son état dépressif s'est maintenu, malgré le recours à des tâches significatives pour favoriser l'acquisition d'habiletés. Il a peut-être obtenu ces résultats en raison du choix d'utiliser ces tâches comme *moyen* d'atteindre son objectif d'acquérir des habiletés (c'est-à-dire, usage thérapeutique de l'activité), plutôt que d'utiliser ces tâches dans le *but* d'organiser et de servir un souper de famille. Pendant son séjour à l'unité de réadaptation, Norm, sa famille et l'équipe interprofessionnelle ont observé une amélioration minimale de ses habiletés physiques et cognitives et de ses habiletés à communiquer et aucune amélioration de son rendement occupationnel. Norm a cessé de travailler sur ses objectifs en matière de soins personnels, car il les trouvait frustrants et inconséquents. Son moral a continué de se détériorer.

Examen de la participation et du graphique d'ajustement

Pour mieux comprendre l'histoire de Norm, examinons le MCRO-P et, en particulier, l'application des construits occupationnels du *rendement* et de la participation, y compris la place qu'ils occupent dans le graphique d'ajustement (Polatajko, 2007; voir la figure 1). Le graphique d'ajustement aide les praticiens à organiser et comprendre le rendement occupationnel et la participation d'un client et il nous a aidés à comprendre l'expérience vécue par Norm face à ses problèmes occupationnels. Nous voyons que le *rendement* occupationnel de Norm a été mis au défi en raison d'un manque de correspondance entre ses capacités (habiletés, compétences et connaissances) et les exigences de l'occupation et de l'environnement. Nous pouvons aussi considérer que le manque de correspondance entre sa participation occupationnelle et les exigences de l'occupation est lié à son degré de motivation, ses intérêts, sa raison d'être et son sentiment d'auto-efficacité (les médiateurs de son rendement occupationnel). Le manque de correspondance entre ce que Norm voulait faire et les exigences de l'occupation et de l'environnement ont entraîné son faible rendement, sa faible participation et ce qui semble être un sentiment d'apathie dans le milieu de réadaptation.

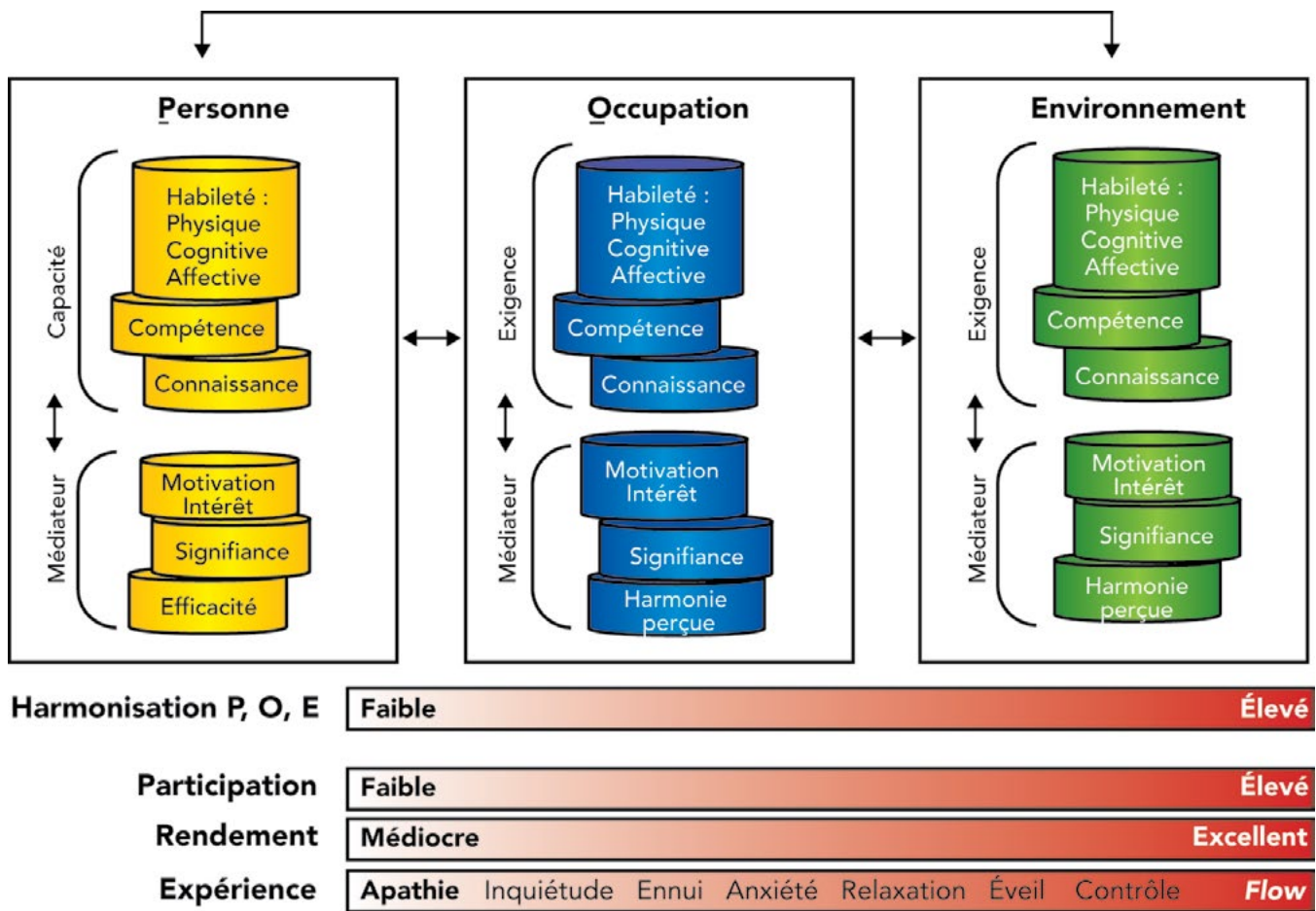


Figure 1. Le Graphique d'ajustement (Polatajko, 2007). Reproduit avec l'autorisation de CAOT Publications ACE.

Le graphique d'ajustement comprend le concept des états et de la fluidité de l'expérience (tiré des travaux de Csikszentmihalyi, 2003) et il décrit la difficulté de l'occupation en fonction de la capacité de la personne de surmonter cette difficulté, tout au long du continuum de l'expérience. Ce continuum, représenté de façon linéaire dans le graphique d'ajustement, est tiré de la description graphique de Csikszentmihalyi des expériences quotidiennes qui illustre, d'une part, le contrôle et la fluidité (états positifs), et d'autre part, l'apathie et l'inquiétude (états négatifs), tout au long de ce continuum. Le concept de fluidité enrichit notre compréhension des problèmes de Norm en matière de rendement occupationnel et de participation.

Les habiletés physiques, cognitives et affectives de Norm étaient réduites à la suite de sa lésion cérébrale. Ainsi, les tâches liées à la préparation des repas qui ont été choisies pour les séances thérapeutiques ont été simplifiées pour mieux correspondre à ses habiletés. Toutefois, Norm avait encore besoin d'aide pour préparer de simples repas. L'environnement où ces habiletés étaient exercées se trouvait à l'unité de réadaptation, et, bien que l'espace était adapté

et équipé d'outils conçus pour les personnes ayant une hémiparésie, certains aspects contextuels importants pour Norm, comme les variables sociales et culturelles présentes dans son milieu familial naturel, ne se trouvaient pas dans cet environnement. Compte tenu de tous ces changements, il est raisonnable de croire que la motivation, l'intérêt, la raison d'être et l'auto-efficacité de Norm ont aussi été affectés. La réaction de Norm, c'est-à-dire son état dépressif, suggère que le choix de mettre l'accent sur le rendement face à la préparation d'un repas n'était pas judicieux et significatif et, que cette approche n'était certainement pas efficace.

Mettre l'accent sur la participation occupationnelle

Dans une séance ultérieure, Norm et l'ergothérapeute ont examiné le sens que Norm accordait à la préparation d'un repas et ils ont déterminé que le fait de cuisiner donnait à Norm l'occasion de rassembler sa famille et d'être un hôte, ce qu'il définissait comme son principal rôle. En tenant compte de cette perspective, Norm et son ergothérapeute ont décidé d'organiser une soirée, car cela reflétait

À propos des auteures

Rhona Anderson, Erg. Aut. (Ont.), est enseignante clinique en ergothérapie au Toronto Rehabilitation Institute, qui fait partie du University Health Network; elle est également directrice intérimaire de la formation clinique au département de la science de l'occupation et de l'ergothérapie de l'University of Toronto. Rhona a grandement apprécié cette possibilité de discuter de 'Norm' avec sa précieuse collègue **Heidi Reznick, Erg. Aut. (Ont.)**. Heidi est ergothérapeute et directrice de l'enseignement clinique et du développement de programme au sein des FunctionAbility Rehabilitation Services. On peut joindre Rhona à : rhona.anderson@utoronto.ca.

davantage le sens réel de l'objectif que la simple préparation d'un repas. L'équipe et la famille de Norm ont participé à l'exécution des tâches liées à cette soirée et Norm a participé à toutes les étapes visant à orchestrer l'événement, avec l'aide de toute son équipe. Le nouvel accent mis sur la participation occupationnelle est devenu plus dominant et le rendement occupationnel est devenu une composante moins importante des objectifs et de l'approche.

L'expérience vécue par Norm face à cette occupation a été enrichie par le fait qu'il était l'hôte de la soirée. Dans ce contexte, il a réalisé un but occupationnel, celui de la participation occupationnelle, même s'il n'a pas cuisiné. Les expériences précédentes de Norm en cuisine lui avaient occasionné des inquiétudes en raison du manque de correspondance entre ses capacités personnelles et les exigences de l'occupation et de l'environnement. Pendant la soirée, il a eu le sentiment d'avoir plus de contrôle, en prenant conscience qu'il recevait de nouveau sa famille. En raison de sa plus grande participation à l'occupation, Norm était plus susceptible de vivre une expérience de fluidité, ou d'avoir le sentiment d'être en immersion complète dans une activité en y participant pleinement, en ayant du plaisir et en arrivant à mieux se concentrer (Csikszentmihalyi, 2003). La meilleure correspondance entre Norm et ses occupations de même que cette expérience enrichie ont aussi commencé à s'étendre au-delà de l'activité spécifique de recevoir des gens; en effet, l'équipe de réadaptation a observé une amélioration de l'humeur de Norm et de sa participation dans toutes ses thérapies et routines quotidiennes. Par ailleurs, fait tout aussi important, Norm et sa famille ont mieux compris ce qu'il était important pour eux de faire ensemble, et ils ont vu comment il était possible pour une personne de participer à une occupation, peu importe les tâches qu'elle effectue; en réalité, ils ont tous appris comment faire participer Norm à des occupations. Grâce à cet apprentissage, Norm et sa famille ont décidé d'ajouter une cuisine et une salle de réception à l'étage de leur maison qui est accessible pour Norm. Cette planification a été facilitée par l'ergothérapeute de Norm. De plus, les opinions de l'équipe interprofessionnelle ont commencé à changer en ce qui concerne

les résultats visés en matière de rendement occupationnel pour les patients, en particulier pour les personnes qui peuvent être incapables de faire des gains dans les domaines physiques, cognitifs et de la communication.

L'histoire de Norm met en relief l'importance d'une habilitation efficace, en particulier en ce qui concerne la participation occupationnelle. La tâche qui consiste à impliquer les clients dans la détermination d'un but significatif, à cibler leurs difficultés et à collaborer pour trouver des solutions qui favorisent la participation et le rendement occupationnels peut être très complexe. Les ergothérapeutes sont invités à se servir du MCRO-P et du graphique d'ajustement comme des pierres angulaires de leur pratique pour atteindre ces importants résultats occupationnels.

Références

- Csikszentmihalyi, M. (2003). *Good business: Leadership, flow, and the making of meaning*. London, UK: Penguin Books Ltd.
- Polatajko, H. J., (2007). *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation* : (p. 213). Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Polatajko, H. J., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L., et Zimmerman, D. (2013). Préciser le domaine primordial d'intérêt : l'occupation comme centralité. Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko, *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (p. 15-40). Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Polatajko, H. J., Townsend, E.A., et Craik, J. (2007). Le Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P): Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko, *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation* (p. 23). Ottawa, ON. CAOT Publications ACE.

Concours de photos pour les pages couverture des *Actualités ergothérapeutiques*

Nous avons reçu plusieurs images excellentes dans le cadre de notre concours inaugural de photos pour la page couverture des *Actualités ergothérapeutiques*. Merci à Isabella Cheng et Bonnie Klassen pour leur opinion précieuse en tant que juges du concours. Les photos ou images retenues apparaîtront sur les pages couverture des numéros de 2016 et du début de 2017 de la revue. Plusieurs autres images ont reçu une mention honorable et elles seront publiées au fil des prochains numéros. Les deux photos ci-dessous ont été fournies par Emma Smith. Elle nous explique les raisons pour lesquelles ces images sont significatives pour elle.



« Cette photo représente la possibilité de surmonter une difficulté lorsqu'il ne semble y avoir aucune option. Souvent, l'escalade exige que le grimpeur cherche des possibilités cachées pour surmonter les défis ou qu'il aborde une tâche d'une autre manière. Je crois que les ergothérapeutes aident souvent leurs clients à trouver ces possibilités dans leur vie quotidienne. »



« Cette photo représente la possibilité de mouvement et d'action. Bien que les bateaux soient immobiles, ils ont un grand potentiel. J'aime penser à toute l'activité qu'ils connaîtront dans leur vie et aux heures de pleine conscience qu'ils offriront aux personnes qui les utiliseront. »

LE SENS DE L'AGIR



ÉDITRICE THÉMATIQUE :
SHANON PHELAN

De l'itinérance à la vie en résidence : Réflexions sur le parcours occupationnel de Tim

Tracey Faulkner

Les mots de la Dre Brené Brown (2011), chercheur, professeure, auteure et femme d'affaires, résonnent dans ma tête alors que j'amorce ma réflexion : « Vous êtes imparfait et vous êtes conçu pour avoir des problèmes, mais vous méritez d'être aimé et d'être parmi nous ». Cette citation me rappelle que nous sommes tous des humains imparfaits qui font de leur mieux pendant leur vie, traversant parfois des difficultés et grandissant par moments. Mais cette citation m'aide surtout à réfléchir à l'humanité dont les ergothérapeutes font preuve dans leur travail, en formant un partenariat avec les clients tout au long de leurs cheminements occupationnels. Dans cet article, je partagerai les expériences que j'ai vécues en travaillant avec un homme, tout au long de son cheminement d'une situation chronique d'itinérance vers un hébergement et des expériences occupationnelles enrichies. Ce changement a été possible grâce à son courage et à sa volonté de faire confiance aux autres.

J'ai rencontré Tim (pseudonyme) pour la première fois à l'automne 2014, au refuge pour personnes sans-abri du quartier. Je venais de me joindre à l'équipe clinique ayant été mise sur pied pour appuyer les équipes du programme Logement d'abord qui travaillent avec diligence pour héberger des personnes ayant une histoire d'itinérance chronique, et dont plusieurs ont des problèmes de toxicomanie ou de santé mentale. Après quelques rencontres brèves avec Tim, j'ai commencé à mieux comprendre qui il était et quels étaient ses forces et faiblesses occupationnelles. Il a accepté de me rencontrer une fois par semaine à l'approche de l'hiver.

Profil occupationnel

Pour présenter le profil occupationnel de Tim, je me suis inspirée du Modèle Personne- Environnement-Occupation (Law, Cooper, Strong, Rigby et Letts, 1996) :

Personne

Tim est un homme mince de taille moyenne, âgé de plus de soixante-dix ans. Il porte généralement de grosses bottes et une veste de sécurité munie de plusieurs poches par-dessus son manteau d'hiver. Les poches de tous ses vêtements sont remplies de plusieurs articles : des stylos, des morceaux de métal et à peu près tout ce que vous pouvez imaginer! Tim m'a dit qu'il était itinérant dans ce quartier depuis plus de 20 ans. Plus tard, j'ai appris que Tim avait perdu sa femme dans un incendie et qu'il était resté en contact avec plusieurs de ses enfants et de ses petits-enfants.

Environnement

Tim m'a raconté qu'il passait la plus grande partie de ses journées dans la ville et, à l'occasion dans les villes voisines, et qu'il passait ses soirées et ses nuits au refuge local, avec plus de 100 autres personnes. Tim m'a expliqué qu'il n'enlevait pas ses bottes et ses vêtements pour

dormir « parce que j'ai peur de me faire voler mes biens personnels » (communication personnelle, décembre 2014). Le matin, après avoir pris un café et une pâtisserie offerts gracieusement aux personnes sans-abri, il part pour le reste de la journée, en se rendant parfois à la soupe populaire du coin pour son repas du midi.

Occupation

Habituellement, pendant la journée, Tim fait le tour du quartier sur l'une des bicyclettes qu'il cache dans la ville. La bicyclette est son principal moyen de transport depuis qu'on lui a enlevé son permis de conduire en raison de son comportement—dans ce cas, il avait rempli son auto de tant de choses que les fenêtres étaient obstruées, ce qui l'empêchait de conduire son véhicule en toute sécurité. Tim a dit fièrement qu'il négociait souvent avec quelques propriétaires d'entreprises du coin pour obtenir des pièces pour réparer ses bicyclettes et ses remorques ou pour les utiliser pour d'autres projets. Il ramassait des bouteilles de boissons jetées aux ordures et faisait des petits boulots à l'occasion pour compléter sa pension. Tim s'identifiait à plusieurs églises du quartier et gérait ses propres finances. Le moment le plus remarquable de sa semaine avait été d'assister au programme artistique du programme Logement d'abord, offert deux fois par semaine au centre d'arts communautaire du centre-ville.



Figure 1. Voici Tim.

Habiliter à l'occupation à l'aide de l'approche par les capacités

Tout en adoptant l'approche par les capacités définie par Sen (1985, 2005) ayant fait l'objet d'une discussion dans Townsend (2012) et Hammell (2015), et selon laquelle l'accent est mis sur les forces du client et la promotion de la justice occupationnelle, Tim et moi avons continué de consolider notre relation de confiance et à éliminer les barrières auxquelles les clients atteints des problèmes de santé mentale se heurtent fréquemment; puis, nous nous sommes concentrés sur le principal objectif occupationnel de Tim, c'est-à-dire trouver un endroit où il se sentirait chez lui. Dans sa vision, il voyait un appartement où il « se sentirait en sécurité et où il pourrait faire les choses qu'il aime faire » (communication personnelle, janvier 2015).

Pendant plusieurs mois, nous avons visité de nombreux logements et avons fait plusieurs demandes de logement social, mais ces demandes ont été refusées en raison de nombreuses inquiétudes face à l'excentricité de Tim, ses problèmes de santé mentale (dont son problème d'accumulation pathologique d'objets) et sa capacité de gérer ses occupations quotidiennes. Avec le consentement de Tim, nous avons fait une demande à l'organisme d'hébergement des personnes âgées du quartier. Tim, qui venait de prendre sa douche et d'enfiler de nouveaux vêtements et une écharpe qui lui seyaient à merveille, a accepté de rencontrer le directeur des demandes d'hébergement et, même si on nous avait dit qu'il n'y avait aucun logement pour aînés de disponible, le directeur nous a invités à visiter la résidence du centre-ville et à en rencontrer la directrice.

Le jour de la visite, nous avons été accueillis chaleureusement par la directrice de la résidence, qui a respectueusement utilisé le nom complet de Tim et qui s'est fait un devoir de s'adresser directement à lui pendant toute la durée de la conversation. Pendant la visite de la résidence, on nous a présenté plusieurs des membres du personnel régulier. J'ai observé Tim avec beaucoup d'attention pendant la visite; J'ai vu qu'il écoutait attentivement et qu'il examinait soigneusement l'environnement. Alors qu'il saluait quelques personnes qu'il avait connues dans le passé, j'ai vu des lueurs d'espoir dans ses yeux. Après la visite, nous avons été invités à revenir prendre le repas du midi la semaine suivante. Après ce dîner, la directrice de la résidence a offert à Tim de faire un essai d'un mois. Au début, Tim n'était pas très chaud à l'idée de vivre en résidence. Toutefois, Tim et moi avons analysé ses finances et son budget, et nous avons discuté des avantages et des désavantages de vivre en résidence; il a finalement décidé d'accepter. Nous avons travaillé pour nous assurer que le loyer et l'assurance du locataire du premier mois seraient payés et que quelques meubles et autres articles pertinents seraient prêtés grâce à la générosité de l'Armée du Salut et de la Furniture Bank. Nous avons célébré le déménagement de Tim avec des ballons et des friandises. Je me souviens de la joie que j'ai ressentie ce jour-là en voyant comment Tim était bien accueilli dans son nouveau logement par le personnel et les résidents.

Transitions occupationnelles : Faire, être, devenir et appartenir

Comme Tim avait vécu tant d'années dans la rue, son admission dans la résidence a nécessité un ajustement majeur non seulement pour lui, mais également pour le personnel et les autres résidents. Il lui a fallu du temps pour s'habituer à l'horaire des repas, à se faire servir et à vivre cette expérience communautaire, et pour se familiariser avec

son nouvel espace de vie sans ressentir le besoin d'être constamment sur ses gardes. Au début, nous avons remarqué qu'il était souvent très fatigué et agité le matin, et qu'il passait la plus grande partie de la nuit à regarder des documentaires à la télé pour apprendre « tout ce qu'il pouvait » (communication personnelle, juin 2015). Pour l'aider à s'adapter à son logement et à faire ses transitions occupationnelles, notre équipe a rendu visite à Tim de trois à quatre fois par semaine pendant les quatre premiers mois, en travaillant avec lui pour l'aider à acquérir un sentiment d'appartenance et de sécurité. Une étude réalisée par Andonian et MacRae (2011) a indiqué que la participation sociale était atteinte en conséquence d'un sentiment d'appartenance, d'une vie saine et active et de l'acceptation des différences et du changement. La directrice de la résidence, son personnel et les autres résidents ont fait des efforts considérables pour accueillir et accepter Tim, pour changer leurs attentes, pour l'aider à s'adapter aux routines quotidiennes et pour l'inclure dans les activités et les sorties offertes à la résidence. Au fil des semaines et des mois, nous avons pu observer que « le faire » et « l'être » se transformaient progressivement en devenir et en appartenance (Wilcock, 1998; Hammell, 2014; Rebeiro, Day, Semeniuk, O'Brien et Wilson, 2000).

Pendant cette transition, Tim et moi avons travaillé en vue d'améliorer son hygiène personnelle et ses manières et nous nous sommes exercés à faire quelques activités instrumentales de la vie quotidienne (lessive, budget, organisation). Il a accepté que les services de soins à domicile l'évaluent et lui prodiguent de l'aide à la douche deux fois par semaine. Au fil du temps, nous avons remarqué une réduction de son agitation; à présent, la majorité du temps, il est de bonne humeur et il aime converser. Presque tous les résidents ont ouvertement accepté sa présence et les membres du personnel, avec l'appui de la directrice de la résidence, ont gagné sa confiance et ils l'aident à demeurer propre et à limiter sa tendance à accumuler des biens. Mon plus beau souvenir du cheminement de Tim jusqu'à maintenant a été de le regarder savourer un bon repas et participer à toutes les festivités, comme la soirée de Noël à la résidence. Il semblait très animé et détendu, pendant qu'il chantait au son de la musique et complimentait les autres sur la nourriture, la musique et les décorations. Quelques personnes avaient les larmes aux yeux dans la salle, dont la directrice de la résidence et moi-même.

Acquérir un sens de soi par l'agir

J'ai également été témoin de la transformation de l'identité occupationnelle de Tim par sa participation à d'anciennes et nouvelles occupations (Christiansen, 1999; Kielhofner, 2002). Tim et moi nous rencontrions initialement dans un petit café du quartier ou un restaurant de mets rapides. Je le voyais à l'occasion au centre d'arts, car je savais qu'il aimait y aller et qu'il accordait beaucoup d'importance à l'art. Comme Thomas, Gray, McGinty et Ebringer (2011) l'ont démontré, les programmes d'arts offrent des possibilités de participation occupationnelle, de même qu'une routine et un milieu positif et sécuritaire. Tout comme les résultats de Thomas et de ses collaborateurs (2011), le sens de l'identité et la confiance de Tim ont continué de croître grâce à cette forme d'inclusion sociale et ont été rehaussés davantage lorsque ses œuvres d'art ont récemment été reconnues dans le cadre d'une exposition publique au centre d'art.

Nous avons aussi constaté la croissance de la confiance en soi et du sentiment de soi de Tim lorsque nous avons organisé une entrevue d'emploi avec le directeur du programme Clean Sweep du centre-ville et qu'on lui a offert un emploi hebdomadaire à temps partiel. Il

À propos de l'auteure

Tracey Faulkner travaille à titre d'ergothérapeute au sein des Alberta Health Services, en partenariat avec la Ville de Lethbridge. Elle se passionne pour la justice occupationnelle et aime passer du temps dans les montagnes. On peut la joindre à : tracey.faulkner@ahs.ca.

aime toujours son travail pour le directeur du programme, dans lequel il nettoie et répare de petits moteurs. Il envisage de construire un prototype de chariot pour transporter de l'équipement pour réparer des bicyclettes, afin de faciliter les tâches physiques des autres employés.

Les éléments les plus captivants de la participation communautaire, selon le point de vue de Tim et de divers chercheurs (Rebeiro, 2001; Blank, Harries et Reynolds, 2015), sont, notamment, de meilleures possibilités de participation à des occupations significatives et désirées, de même que l'augmentation exponentielle du sentiment d'identité que cela crée chez une personne. Depuis qu'il a emménagé à la résidence, Tim a pu apprécier de plus en plus diverses activités de loisirs, comme la zoothérapie, les visites au musée et un voyage de pêche en montagne. Les mots de Tim résonnent fortement dans ma tête : « le vrai plaisir, c'est que je sens que je peux être moi-même, que je peux être entouré de bonnes personnes et avoir de bonnes pensées » (communication personnelle, décembre 2015).



Figure 2. Tim devant une exposition de ses œuvres.

Conclusion

Cet article vous a raconté la réussite de la transition d'un client vers un lieu d'hébergement et de son intégration sociale par l'occupation, du point de vue de l'auteure. J'ai trouvé un sens à mon travail non seulement en apprenant à connaître cet homme créatif, résilient et intelligent, mais aussi en ayant la possibilité de défendre ses droits au logement, à la justice occupationnelle, à la participation occupationnelle et à l'identité occupationnelle.

J'espère que l'histoire du parcours de Tim nous rappellera fermement que la participation occupationnelle et le rendement occupationnel ne se résument pas à l'individualisme et à l'autonomie, mais aussi à l'établissement de la confiance, au respect, à l'habilitation de la participation significative et à l'acquisition d'un sentiment d'appartenance à la communauté (Hancock, Honey et Bundy, 2015; Norman, Pauly, Marks et Palazzo, 2015). Ce parcours nous rappelle également les réflexions de Hammell (2015) face à l'approche par les capacités : « L'essence de cette perspective est de définir les capacités, non pas comme des habiletés physiques ou cognitives, mais comme la liberté ou la possibilité de choisir ce que l'on veut faire ou être, et la capacité d'agir en vue de réaliser ces souhaits » (p. 81).

Remerciements

Je tiens à exprimer toute mon appréciation à « Tim », à mes collègues et aux directeurs des Alberta Health Services et de la Ville de Lethbridge, au Lethbridge Shelter, à la Green Acres Foundation, au Dr Lasore, M.D., et à tous les programmes Logement d'abord et organismes affiliés qui ont rendu l'hébergement et les occupations significatives possibles pour Tim.

Références

- Andonian, L., et MacRae, A. (2011). Well older adults within an urban context: Strategies to create and maintain social participation. *British Journal of Occupational Therapy*, 74, 2-11. doi:10.4276/030802211X12947686093486
- Blank, A. A., Harries, P., et Reynolds, F. (2015). "Without occupation you don't exist": Occupational engagement and mental illness. *Journal of Occupational Science*, 22, 197-209. doi:10.1080/14427591.2014.882250
- Brown, B. (2011, 3 janvier). *Brene Brown: The power of vulnerability* [fichier vidéo]. Téléchargé au <http://www.youtube.com/watch?v=iCvmsMzIF7o>
- Christiansen, C. H. (1999). Defining lives: Occupation as identity: An essay on competence, coherence and the creation of meaning. *American Journal of Occupational Therapy*, 53, 548-558. doi:10.5014/ajot.53.6.547
- Hammell, K. W. (2014). Belonging, occupation, and human well-being: An exploration. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 81, 39-50. doi:10.1177/0008417413520489
- Hammell, K. W. (2015). Quality of life, participation and occupational rights: A capabilities perspective. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62, 78-85. doi:10.1111/1440-1630.12183
- Hancock, N., Honey, A. et Bundy, A. C. (2015). Sources of meaning derived from occupational engagement for people recovering from mental illness. *British Journal of Occupational Therapy*, 78, 508-515. doi: 10.1177/0308022614562789
- Kielhofner, G. (2002). *Model of Human Occupation: Theory and Application* (3rd ed.). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., 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
- Norman, T., Pauly, B., Marks, H., et Palazzo, D. (2015). Taking a leap of faith: Meaningful participation of people with experiences of homelessness in solutions to address homelessness. *Journal of Social Inclusion*, 6(2), 19-35.
- Rebeiro, K. L. (2001). Enabling occupation: The importance of an affirming environment. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 68, 80-89. doi:10.1177/000841740106800204
- Rebeiro, K. L., Day, D. G., Semeniuk, B., O'Brien, M. C., et Wilson, B. (2001). Northern Initiative for Social Action: An occupation-based mental health program. *The American Journal of Occupational Therapy*, 55, 493-500. doi:10.5014/ajot.55.5.493
- Sen, A. (1985). *Commodities and capabilities*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Sen, A. (2005). Human rights and capabilities. *Journal of Human Development*, 6, 151-166. doi:10.1080/14649880500120491
- Thomas, Y., Gray, M., McGinty, S., et Ebringer, S. (2011). Homeless adults engagement in art: First steps towards identity, recovery and social inclusion. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58, 429-436. doi:10.1111/j.1440-1630.2011.00977.x
- Townsend, E. A. (2012). Boundaries and bridges to adult mental health: Critical occupational and capabilities perspectives of justice. *Journal of Occupational Science*, 19, 8-24. doi:10.1080/14427591.2011.639723
- Wilcock, A. A. (1998). Réflexion sur agir, être et devenir. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 65, 248-256. doi:10.1177/000841749806500501

NOTRE PASSÉ ERGOTHÉRAPIQUE



ÉDITRICE THÉMATIQUE : HADASSAH RAIS

Guérir le corps et l'esprit par le travail : Interdépendance entre la formation en métiers d'arts de la Mount Allison University et la formation en ergothérapie de l'University of Toronto

Judith Friedland

L'article suivant a déjà été publié dans un catalogue d'exposition de la Owens Art Gallery, à la Mount Allison University (2015). Nous le reproduisons ici avec la permission de la galerie. On peut trouver l'article original dans la publication suivante :

Owens Art Gallery. (2015). *All Things Useful and Artistic: Applied Arts at Mount Allison University 1906-1960*. Sackville, NB: Mount Allison University.

Lorsque les soldats blessés pendant la Première Guerre mondiale ont commencé à rentrer au Canada pour leur traitement et leur convalescence, des femmes qui étaient habiles pour faire des activités d'artisanat ont offert leur aide. Les soldats devaient souvent faire une longue convalescence et ces femmes, que l'on appelait alors des aides de guerre, leur fournissaient des occupations au lit, sur les unités et dans des ateliers curatifs. Des activités d'artisanats particulières étaient choisies en fonction des intérêts et de la tolérance du soldat blessé et de la possibilité d'adapter les activités aux handicaps et limitations du soldat; par exemple, les activités d'artisanats pouvaient être utilisées pour améliorer les capacités physiques par le renforcement musculaire et l'augmentation de l'amplitude articulaire, de même que pour améliorer les fonctions cognitives, puisqu'elles exigeaient des degrés croissants de concentration et la capacité de porter attention aux détails et de résoudre des problèmes. Dans une activité donnée et dans l'ensemble des activités, dont le but à long terme était de retourner le soldat blessé dans son foyer et sa famille et dans son milieu de travail, les tâches étaient graduées afin de favoriser le développement progressif des habiletés et de l'endurance. À titre d'exemple, le tissage sur un petit métier à tisser qui avait été construit spécialement pour être utilisé au lit pouvait être gradué d'un simple motif à un motif complexe et d'un degré de fatigue minimal à maximal. Cette occupation était parfois suivie d'une activité de vannerie à l'unité, puis d'une activité de menuiserie dans un atelier adapté. Toutefois, la première étape déterminante pour l'aide de guerre était de convaincre le soldat de participer. En effet, c'est à elle que revenait la tâche de l'aider à restaurer son esprit qui avait été durement éprouvé, voire anéanti par la guerre. Elle devait faire preuve de compassion et d'ingéniosité tout en ayant la capacité d'enseigner.

Dans les premières années de la guerre, les occupations sur les unités n'étaient pas offertes de manière concertée; mais, au fil du temps, avec l'augmentation des blessés, cette intervention a été considérée comme étant essentielle par la Commission des hôpitaux militaires du Canada; le poste d'aide de guerre a alors été officialisé. Vers 1918, des cours de formation pour les aides de guerres étaient offerts à l'University of Toronto (U of T). Trois diplômées du département des arts de la Mount Allison University ont suivi ces cours : Greta Ogden, Wenonah Brennan et Margaret Harris. Au printemps 1919, un cours a aussi été offert à l'Université McGill, à Montréal; ce cours a attiré sept diplômées de la

Mount Allison : Vesta Taylor, Sybil Calkin, Marjorie Ayer, Ada Ford, Bessie Bole, Jean Smith et Marian Terry¹. Les cours étaient conçus pour aider les femmes à mieux comprendre ce que le soldat avait enduré physiquement et émotionnellement, et pour leur enseigner des connaissances sur les procédures hospitalières. Elles suivaient aussi des cours d'artisanat – qui n'étaient pas vraiment tous essentiels pour les diplômées en métiers d'art de Mount Allison et d'ailleurs². Dans les lettres de référence de la Commission des hôpitaux militaires, on considérait que les diplômées du cours pour les aides de guerre « étaient qualifiées pour enseigner aux patients diverses activités d'artisanat; par exemple, la vannerie, la menuiserie, le travail du métal, le tissage, la reliure de livres et la broderie perlée³ ». Les cours étaient en grande demande, malgré le fait qu'en suivant ces cours, la candidate devait accepter d'être envoyée partout au Canada et de travailler pour le ministère du Rétablissement civil des soldats pendant au moins un an après l'obtention de son diplôme.

Même avant la guerre, l'affinité entre la Mount Allison University et ce qui deviendrait éventuellement l'ergothérapie était évidente pour Thomas Bessell Kidner. On avait fait venir Kidner d'Angleterre en 1900 à l'aide du Macdonald Manual Training Fund, afin qu'il organise la formation manuelle en Nouvelle-Écosse⁴. De 1904 à 1911, Kidner était le directeur de la formation manuelle et des arts ménagers pour le Nouveau-Brunswick. Comme d'autres enseignants de la réforme de cette époque, Kidner s'est consacré au développement des habiletés manuelles en vue d'améliorer le degré d'éducation de la population. Dans un discours qu'il a adressé aux étudiantes du cours en arts ménagers de la Mount Allison en 1905, il félicitait le programme d'avoir donné l'exemple



Class in Woodwork—First Year, Occupational Therapy

Avec l'autorisation de l'University of Toronto Archives and Records Management.

de « l'esprit de l'éducation moderne, esprit qui consiste à chercher et faire, plutôt que l'ancien esprit axé sur la réceptivité passive⁵ » (mots mis en italiques par l'auteur). De 1911 à 1915, Kidner a poursuivi ce genre de travail à Calgary, alors qu'il a été nommé secrétaire des métiers et professions pour la Commission des hôpitaux militaires du Canada. Dans ce nouveau poste, il avait l'intention de contribuer au rétablissement des soldats canadiens blessés en les retournant à leurs anciens emplois, ou encore, en les formant pour de nouveaux emplois. Le programme de Kidner a été mis en oeuvre par des aides de guerre et il a éventuellement été connu sous le nom de thérapie par le travail (ergothérapie)⁶. En 1917, Kidner est devenu le fondateur de la (American) National Society for the Promotion of Occupational Therapy et, dans les années 1920, il a effectué trois mandats en tant que président de cette société. Ainsi, sa présence dans les provinces de l'Atlantique avant la guerre et, particulièrement, son long séjour au Nouveau-Brunswick, ont sans doute incité les femmes de ces régions à poursuivre son travail pendant la guerre.

À la fin de la guerre, les ergothérapeutes ont cherché à étendre leur travail aux populations civiles et à établir un programme de formation permanent. Le programme menant à un diplôme de l'U of T a commencé en 1926 et, jusqu'en 1950, c'était le seul programme offert au Canada. Encore une fois, un diplôme préalable en métiers d'arts était considéré comme un réel avantage et le lien entre la Mount Allison et l'ergothérapie (établi en premier par Ogden, Brenan et Harris) a été maintenu. Déjà, en 1931, on parlait d'un programme en collaboration, où les étudiantes pourraient suivre un programme en métiers d'arts à la Mount Allison, puis transférer au programme d'ergothérapie de l'U of T pour leur deuxième année universitaire; cette formation serait suivie d'une expérience de deux mois en milieu hospitalier. Le 29 octobre 1929, dans le procès-verbal d'une réunion du Department of University Extension, qui offrait le cours en ergothérapie, on avait noté : « il faut bien comprendre que cet arrangement se poursuivra jusqu'à ce que l'University of Mount Allison puisse offrir la formation au complet. . . »⁷. Vers 1933, les cours ont débuté et le projet d'affiliation semble avoir été accepté. En 1939, le président Trueman de la Mount Allison a écrit une lettre à W.J. Dunlop, le directeur du Department of University Extension, pour confirmer que les arrangements tenaient toujours. Il affirme que la Mount Allison avait « grandement développé ses activités d'artisanat et j'ai le sentiment qu'un plus grand nombre d'étudiantes seront intéressées par cette formation ». Toutefois, la réponse de Dunlop laisse clairement entendre que l'arrangement ne s'est pas concrétisé; en effet, le 11 décembre 1939, il écrivait : « jusqu'à maintenant, aucune étudiante n'a profité de l'arrangement que nous avons pris il y a six ans »⁸.

On ne sait pas vraiment pourquoi Trueman s'intéressait autant à l'ergothérapie, bien qu'il soit possible que sa cousine, Elizabeth McLeod l'aie influencé, puisqu'elle était directrice du département des beaux-arts à la Mount Allison de 1916 à 1935. En effet, elle avait rencontré Florence Wright, une diplômée du cours des aides de guerre et du cours de l'U of T (et également diplômée du Ontario College of Art), lorsque Mme Wright avait visité la Mount Allison à l'été 1931, et elles avaient sans doute abordé ce sujet. L'intérêt continu de Trueman pour l'ergothérapie était évident lorsqu'il a accepté de devenir membre honoraire du comité consultatif de l'Association canadienne d'ergothérapie en 1932⁹. Pendant ce temps, l'idée que la Mount Allison et l'U of T aient profité réellement de leur relation a persisté car, en 1940, Marion (Terry) Gibbon, une diplômée de la Mount Allison et étudiante du cours d'aides de guerre



Avec l'autorisation de CAOT Publications ACE.

offert à Montréal, écrivait : «...Il y a place à l'expansion [de l'ergothérapie] dans cette province [Nouveau-Brunswick], car plusieurs hôpitaux pourraient et devraient offrir des services, et il y aussi une excellente possibilité de suivre une partie de la formation à la Mount Allison University, qui a un cours affilié avec l'University of Toronto.¹⁰ » (mots mis en italiques par l'auteur)

En regardant le programme en ergothérapie de 1926 de l'U of T, on peut facilement voir l'affinité entre ce programme et le programme en métiers d'arts de la Mount Allison. Mis à part les cours médicaux (anatomie, physiologie, psychologie, psychiatrie, etc.), le programme contenait des cours d'arts et de design et des cours pratiques sur différentes activités d'artisanat, comme le travail du cuir, la poterie, la menuiserie, le travail du métal, la fabrication de petits tapis, la reliure de livres, la broderie perlée, le tissage, la fabrication de bijoux et la vannerie, pour nommer les plus populaires¹¹. Cependant, au fil du temps, l'accent mis sur l'artisanat a commencé à décroître et, vers la fin des années 1970, l'artisanat avait presque complètement disparu du programme. De toute évidence, l'enseignement de l'artisanat était un problème pour tout programme universitaire, que ce soit à l'U of T ou à la Mount Allison – car, on avait le sentiment que la fabrication d'objets ne devait pas faire partie d'un programme d'études universitaires. Ce critère n'a pas été imposé par l'établissement d'enseignement dans le cas de l'U of T; ce critère a plutôt été exprimé de l'intérieur, car les défenseurs de l'ergothérapie voulaient élever le statut universitaire de la formation. Comme Virgil Hammock l'a dit en comparant le statut des beaux-arts au programme en métiers d'arts de la Mount Allison : « il était mieux vu d'être un penseur qu'une personne d'action¹² ». Personne ne disait alors que la réflexion pouvait accompagner l'action, par exemple : Qu'est-ce que la créativité? Qu'est-ce qu'une occupation significative? Quelle est l'importance d'être fier d'avoir fabriqué quelque chose de ses mains? En quoi le fait de participer à une activité permet-il à la personne de détourner son esprit de son stress, ou même, de ses pensées pathologiques?¹³

La philosophie de William Morris et le mouvement Arts and Crafts ont semblé imprégner les pensées face à l'usage de l'artisanat dans le traitement des soldats blessés. On considérait alors, comme le professait Morris, que l'art était pour tout le monde, y compris les patients¹⁴.

À propos de l'auteure

Judith Friedland est professeure émérite en science de l'occupation et en ergothérapie à l'University of Toronto, et ancienne présidente du département. Ses travaux de recherche récents portaient principalement sur les débuts de l'histoire de l'ergothérapie et ont donné lieu, entre autres, à la rédaction du livre *Restoring the Spirit: The beginnings of occupational therapy in Canada, 1890-1930*, qui a été publié par la McGill-Queen's University Press, en 2011.

Par ailleurs, plusieurs des articles ou objets ayant été produits étaient supposés être utiles¹⁵. L'utilité était importante, car les patients pouvaient parfois suppléer au revenu familial (lorsque les articles étaient vendus dans des boutiques d'artisanat), ou permettre à la famille d'épargner de l'argent (lorsqu'on pouvait utiliser ces articles à la maison). Cependant, pour que les articles fabriqués en ergothérapie puissent être vendus, leur design et leur fabrication devaient être impeccables. Ainsi, l'une des raisons pour lesquelles le programme d'ergothérapie de l'U of T voulait attirer des diplômées de la Mount Allison (et celles d'autres programmes d'arts) était de s'assurer que les diplômées en ergothérapie pourraient non seulement enseigner l'artisanat, mais également veiller à la production d'articles de qualité, pouvant être vendus. En ce qui concerne les diplômées en arts, comme il y avait peu de possibilités au début du 20^e siècle pour les femmes qui désiraient travailler à l'extérieur de la maison, le fait de pouvoir se servir de leur formation en art dans un emploi rémunéré devait être attirant. L'ergothérapie offrait des défis, un sentiment d'aventure et la possibilité d'aider les autres.

Vers la fin de la guerre, on s'est rendu compte que l'économie canadienne ne pouvait se permettre de garder ses soldats blessés dans un état de dépendance. Alors qu'il était secrétaire des métiers et professions et qu'il avait mis sur pied son programme de formation

manuelle, Kidner avait souligné l'importance du travail, ce qui a eu une grande influence sur l'ergothérapie. L'association entre le travail et la restauration de l'esprit inhérente aux objectifs de l'ergothérapeute se reflétait sur l'insigne de la coiffe qu'elle portait (et de son célèbre uniforme vert)¹⁶. Sur l'insigne, de forme triangulaire, était représenté un poing fermé tenant un marteau appuyé sur une barre, avec un lever de soleil en arrière plan. Ces symboles sont associés à la noblesse du travail et à la façon dont le travail peut illuminer l'esprit et le corps. Les mots latins *Per Mentum et Manus ad Sanitatem* (« la santé par l'esprit et les mains ») ont rapidement été ajoutés¹⁷ pour décrire le processus et les résultats que les ergothérapeutes cherchaient à atteindre. Les diplômées du programme en métiers d'arts de la Mount Allison qui sont devenues des ergothérapeutes trouvaient que leur formation en art leur procurait un grand avantage. Elles ont tiré parti de cet avantage pour contribuer de manière significative au bien-être des soldats blessés pendant la Première Guerre mondiale et pour faire valoir l'importance de l'ergothérapie pour les civils¹⁸. Elles étaient des artistes très habiles pour faire des activités d'artisanat et elles avaient la capacité de motiver les soldats et de garder leur intérêt pendant qu'elles leur enseignaient de nouvelles habiletés. Par l'usage de son esprit et de ses mains, le soldat pouvait alors amorcer son cheminement vers la santé.

¹ M. Gibbon. "History of occupational therapy in the Maritimes". *Revue canadienne d'ergothérapie*, 7, no. 2 (1940): 73-74. Plusieurs autres femmes des provinces de l'Atlantique et de Terre-Neuve sont devenues ergothérapeutes; par exemple, Mary Black, Eileen Keeffe, Alice Murdoch, Lillian Sweeney, Jean Blanchard et Edith Hunton. Il y en a sans doute eu d'autres.

² De nombreuses femmes qui sont devenues ergothérapeutes avaient suivi des programmes de formation en art; par exemple, au Pratt Institute in New York, à la Boston School of Art, et au Ontario College of Art in Toronto.

³ Bibliothèque et Archives Canada, fonds du Ministère des Affaires des anciens combattants.

⁴ J. Friedland et N. Davids-Brumer. "From Education to Occupation: the story of Thomas Bessell Kidner." *Revue canadienne d'ergothérapie*, 74, no. 1 (2007): 27-37.

⁵ *Allisonia*, Vol. III, No.1, Sackville New Brunswick, Novembre 1905, 228.

⁶ Le plan initial pour le rétablissement des soldats blessés a été instigué par un femme de Toronto, Ina Matthews, qui avait offert des occupations au lit à des soldats en convalescence à Sydney, en Nouvelle-Écosse, dans la maison de sa sœur, Mme J.K.L. (Ethel) Ross. Matthews a travaillé avec d'autres personnes pour attirer l'attention sur ce sujet à Ottawa, dans le document parlementaire 35a. Voir le livre *Restoring the Spirit: The beginnings of occupational therapy in Canada, 1890-1930*. Montreal: McGill-Queen's University Press, 2011.

⁷ University of Toronto Archives and Records Management (UTARMS), Department of University Extension. Voir aussi W.J. Dunlop. "A brief history of occupational therapy." *Revue canadienne d'ergothérapie*, 1, No. 1 (1933): 6-10.

⁸ Mount Allison University Archives, 7837/1A/307

⁹ Mount Allison University Archives, 7837/1A/307

¹⁰ M. Gibbon. "History of occupational therapy in the Maritimes". *Revue canadienne d'ergothérapie*, 7, no. 2 (1940), p.74: 73-74.

¹¹ UTARMS, Calendars for Academic Programs. Ces calendriers ne contiennent aucun document sur la peinture sur porcelaine.

¹² V. Hammock "Art at Mount Allison." Dans *Liberal education and the small university in Canada*, par Christine Storm, 105-113. Montréal, Mc-Gill-Queen's University Press, 1996.

¹³ Aujourd'hui, les programmes d'ergothérapie étudient sérieusement ces questions afin d'approfondir les connaissances en science de l'occupation. L'accent mis dès les débuts de la profession sur la participation à des activités significatives est décrit dans Friedland, *Restoring the Spirit*.

¹⁴ William Morris : « Je ne demande pas l'art pour quelques-uns, pas plus que je ne demande l'éducation ou la liberté pour quelques-uns ». *The Lesser Arts*, In *Hopes and Fears for Art*.

¹⁵ Morris : « N'ayez rien dans vos maisons que vous ne sachiez utile ou que vous ne jugiez beau ». *The Beauty of Life*, In *Hopes and Fears for Art*.

¹⁶ Le travail réalisé par ces femmes a attiré l'attention des journaux et des magazines. Voir, par exemple, G. Pringle, "God Bless the Girls in Green" dans le magazine *MacLean's*, 15 février, 1922.

¹⁷ L'insigne a été conçu par N. Burnette et S. Fryer et il a été utilisé dans différentes variations jusqu'en 1988.

¹⁸ Margaret Harris a obtenu son diplôme du programme en métiers d'arts de la Mount Allison en 1912; elle a suivi le deuxième cours pour les aides de guerre offert à Toronto en 1918, et elle y est restée pendant plusieurs mois pour enseigner. Elle a aussi produit des documents pédagogiques sur le tissage et la fabrication de petits tapis. À son retour au Nouveau-Brunswick, elle a été nommée superviseuse provinciale des aides de guerre. Toutefois, vers 1924, elle et Ada Ford sont parties aux États-Unis pour enseigner à la School of Occupational Therapy à St Louis, au Missouri. Wenonah Brenan est devenue la directrice du cours pour les aides de guerre à l'Université McGill, deux mois à peine après avoir obtenu son diplôme d'aide de guerre à l'U of T. Elle est ensuite allée au Camp Hill Hospital en Nouvelle-Écosse pour superviser les travaux dans cette province, puis elle est partie aux États-Unis. Elle a fini par enseigner les arts ménagers à la Cornell University. Ces femmes se sont battues pour que les services d'ergothérapie soient offerts aux populations civiles. Greta Ogden est rentrée au Nouveau-Brunswick pour travailler au Old Government House Military Hospital à Fredericton, avant de retourner à la Mount Allison pour enseigner et poursuivre ses travaux artistiques dans les domaines de la peinture sur porcelaine et la broderie.