

HISTOIRES QUOTIDIENNES

L'organisme Life Rolls On en Nouvelle-Écosse 3
Paula Green

Quoi de neuf? 5

REHAUSSER LA PRATIQUE : SANTÉ MENTALE

Explorer la méditation de la pleine conscience en ergothérapie : Introduction aux principes de base 6
Nina Elliott

REHAUSSER LA PRATIQUE : ADULTES

L'Alberta Algorithm : la réadaptation à la conduite automobile en ergothérapie 9
Cherie Henderson, Cynthia Johnson, Debra Froese, Christine Gregoire-Gau, Hilary Irvine et Ryan Sommer

NOTRE PASSÉ ERGOTHÉRAPIQUE

Il était une fois...l'histoire de l'un des premiers cabinets privés en ergothérapie au Canada 12
Margaret Tompson

L'APPLICATION DES CONNAISSANCES EN ERGOTHÉRAPIE

Appliquer la thérapie par contrainte induite et la thérapie bi-manuelle dans la pratique 14
Sophie Lam-Damji, Linda Fay, Julia Lockhart et Sue Hoffman

REHAUSSER LA PRATIQUE : AÎNÉS

Faire avancer les choses pour les aînés : Deux nouvelles approches pour améliorer l'usage des fauteuils roulants manuels chez les aînés ... 17
Ed Giesbrecht, Krista L. Best et William C. Miller

REHAUSSER LA PRATIQUE : AÎNÉS

Les compressions budgétaires dans les services de santé et leurs effets sur les immigrants âgés du Canada 20
(Hedy) Anna Walsh

REHAUSSER LA PRATIQUE : SANTÉ MENTALE

La spiritualité au sein du système de santé mentale en contexte judiciaire : une perspective étudiante 22
Natalie A. Hunt et Meghan J. Harris

LIENS INTERNATIONAUX

Trouver son identité dans un monde en constante évolution : L'ergothérapie à l'échelle des populations 25
Emma Scammell

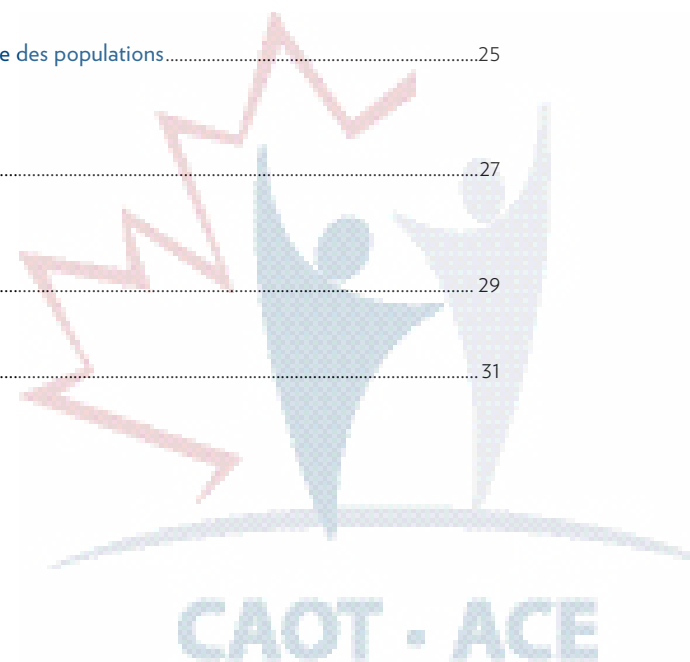
LIENS INTERNATIONAUX

Nouvelles de la Fédération mondiale des ergothérapeutes 27
Sandra Bressler

PERSPECTIVES ESTUDIANTINES

Apprendre...dans des endroits inusités 29
Kristy Taylor et Catherine White

Nouvelles de la Fondation canadienne d'ergothérapie 31



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:

ACE – Édifice CTTC

3400 – 1125, promenade Colonel By
Ottawa, Ontario K1S 5R1 CAN

Courriel: publications@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

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. Aut. (Ont.), LLDS, FCAOT

Sumaira Mazhar, BSc, Erg

ex-officio : Helene Polatajko, PhD, Erg. Aut. (Ont.), FCAOT, FCAHS

ex-officio : Julie Lapointe, erg. Erg. Aut. (Ont), PhD

RESPONSABLES DE CHRONIQUE

La santé des Autochtones et l'ergothérapie au Canada

Janet Jull, PhD, Erg. Aut. (Ont.), erg(c)

Alison Gerlach, MSc, OT Reg (BC)

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

Liens internationaux

Sandra Bressler, BOT, MA, FCAOT

Pleins feux sur la technologie d'assistance

poste vacant

Notre passé ergothérapeutique

Susan Baptiste, MHSc, Erg. Aut. (Ont.)

Réflexions sur la pratique privée

poste vacant

Le sens de l'agir

Shanon Phelan, PhD, Erg. Aut.

La télésanté et l'ergothérapie

poste vacant

L'application des connaissances en ergothérapie

Heidi Cramm, PhD, Erg. Aut. (Ont.)

Heather Colquhoun, PhD, Erg. Aut. (Ont.)

Rehausser la pratique

Aînés : Sandra Hobson, MAEd Erg. Aut. (Ont.), LLDS, FCAOT

Adultes : Patricia Dickson, M.Sc., Erg. Aut. (Ont.)

Enfants et adolescents : poste vacant

Santé mentale : Regina Casey, PhD, M.A., OT

Pratique en milieu rural : Alison Sisson, M.Sc., OT

Perspectives estudiantines :

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

Christina Lamontagne, Erg. Aut. (Ont.)

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



Histoires quotidiennes

L'organisme Life Rolls On en Nouvelle-Écosse

Paula Green

Il y a un peu plus de dix ans, alors que je débutais ma carrière d'ergothérapeute, je travaillais au Nova Scotia Rehabilitation Center à Halifax, en Nouvelle-Écosse auprès des clients ayant subi des lésions de la moelle épinière. Bon nombre des clients avec qui je travaillais avaient subi de nouveaux types de lésions traumatiques. Ils étaient jeunes et avaient toujours été très actifs auparavant; je voyais qu'ils étaient envahis de diverses pensées et qu'ils se demandaient comment ils pourraient passer à autre chose après cette lésion ayant changé leur vie et comment ils pourraient à nouveau faire les activités plaisantes et captivantes qui les avaient aidés à se définir en tant qu'individus. J'ai fait des recherches en ligne pour trouver des exemples de personnes qui avaient réussi cet exploit et auxquelles mes clients pourraient s'identifier. Au fil de mes recherches, j'ai découvert Jesse Billauer, le directeur général et chef de la direction de l'organisme à but non lucratif « Life Rolls On », basé en Californie.

En 1996, le surfeur de compétition Jesse Billauer a subi une lésion complète de la moelle épinière à C-6, alors qu'il faisait du surf à son site préféré, à Zuma Beach, en Californie. À sa sortie de l'hôpital, Jesse était motivé à recommencer à faire du surf même s'il était quadriplégique et il voulait aider d'autres personnes à vivre leurs passions. C'est ainsi qu'il a fondé l'organisme Life Rolls On, qui « se consacre à l'amélioration de la qualité de vie des jeunes ayant subi une lésion de la moelle épinière et il se sert de différents sports comme plateforme pour inciter ces jeunes à saisir d'innombrables possibilités malgré leur paralysie » (Life Rolls On, 2014). Le visionnement de vidéos de Jesse en train de surfer sur une planche de surf adaptée dans des rouleaux de bord impressionnants à travers le monde a été une formidable source de motivation et d'inspiration pour mes clients.

À cette étape de ma carrière, je ne m'identifiais pas comme une surfeuse. Quelques années plus tard, j'exerçais à titre d'ergothérapeute à Bondi Beach, en Australie, où j'ai rencontré mon futur mari (et surfeur insatiable). Nous nous sommes éventuellement établis sur la magnifique côte est de la Nouvelle-Écosse. Le surf est devenu mon passe-temps favori et la plage, un mode de vie pour ma famille – un lieu où nous vivons et jouons tous les jours. J'ai recommencé à travailler avec des clients ayant subi des lésions de la moelle épinière au Nova Scotia Rehabilitation Centre et j'ai graduellement pris conscience du fait que bon nombre de mes clients ayant des problèmes de mobilité ne pouvaient pas se rendre sur les magnifiques plages qui représentaient une si grande partie de ma vie. La Nouvelle-Écosse est reconnue comme « le terrain de jeu du Canada » et pourtant, nos plages sont pratiquement inaccessibles pour tant de gens. C'est en consultant le site web de l'organisme « Life Rolls On » que j'ai eu le rêve d'organiser une activité de surf adapté en Nouvelle-Écosse. J'ai fait une demande pour importer le programme emblématique « They Will Surf Again » de l'organisme en Nouvelle-Écosse et, à ma grande surprise, on m'a dit oui! Notre activité, présentée le 20 septembre 2014, était le premier événement canadien et international de l'organisme Life Rolls On.

Réflexions et leçons apprises

Après l'excitation initiale provoquée par l'ajout de notre activité à la tournée 2014 du Life Rolls On - Get On Board Tour, je me suis sentie un peu dépassée par les événements. Je me suis demandé si les personnes ayant des problèmes de mobilité en Nouvelle-Écosse voulaient vraiment apprendre à surfer dans l'océan Atlantique nord? Comment pourrions-nous les amener à la plage? Comment arriverions-nous à amasser suffisamment de fonds pour rendre la plage accessible et acheter l'équipement adapté requis pour aider les participants sur la plage et dans l'eau? C'est Jesse qui m'a donné la confiance dont j'avais besoin pour aller de l'avant. Avec sa voix relaxe et calme, il m'a dit qu'il croyait que nous pouvions y arriver – et il en était tellement convaincu que je l'ai cru. À chaque fois que le doute m'envahissait, une nouvelle idée, ressource ou personne se présentait et nous aidait à nous rapprocher de notre but. J'ai repris contact avec une ancienne amie d'enfance qui m'a transmis de précieux conseils en relations publiques, en marketing et en communication. Elle était mariée à un récréologue et surfeur passionné qui possédait les habiletés et les contacts dont nous avons besoin pour inciter les communautés de surfeurs et les professionnels de la santé à appuyer l'événement. Ensemble, nous avons mis sur pied un conseil d'administration formé de bénévoles enthousiastes qui se passionnaient tous pour le surf et, avec le soutien de commanditaires, de subventions provinciales et de nos activités de financement, nous avons amassé près de 50 000 \$ en moins d'un an.

Grâce aux fonds amassés et à l'appui du Government of Nova Scotia et de la Surf Association of Nova Scotia, d'importants travaux ont été effectués sur une plage de surf locale, le Martinique Beach Provincial Park, en vue d'en améliorer l'accessibilité. La mise à niveau comprenait une nouvelle salle de bain et un vestiaire, une nouvelle rampe donnant accès à la plage, ainsi que des améliorations de l'accessibilité du stationnement, des sentiers et des aires de pique-nique. De plus, nous avons fait l'achat d'un fauteuil roulant de plage, d'un tapis de plage (qui permet aux fauteuils roulants conventionnels



Scott Jones, un participant du programme local de Life Rolls On.

de rouler facilement sur le sable) et de deux planches de surf adaptées. Les fonds amassés ont aussi permis à Jesse Billauer et à une petite équipe de soutien de se déplacer de la Californie à la Nouvelle-Écosse pour nous aider à présenter l'activité de surf adapté, à laquelle ont participé 24 personnes et plus de 100 bénévoles.

Cette activité représentait beaucoup plus qu'une journée de surf. Il s'agissait de créer un legs durable en Nouvelle-Écosse pour l'accessibilité des plages et le surf adapté. Nous souhaitons aussi rassembler des gens qui ne se seraient pas rencontrés autrement : le milieu du surf, les professionnels de la santé et les personnes ayant des problèmes de mobilité. Nous désirions aussi démontrer que tout est possible lorsqu'on a les bons mécanismes de soutien, le pouvoir de la pensée positive et le travail en collaboration.

Les sourires sur les visages des participants, des bénévoles et des spectateurs de la journée d'activité en disaient long. Certains participants n'avaient pas été dans l'eau ou sur la plage depuis 20 ans. La magie qu'ils ont créée était exaltante et contagieuse et on parlait encore de l'événement après la fermeture du parc pour la saison. L'équipe de Life Rolls On s'est engagée à revenir en Nouvelle-Écosse en 2015 et nous a annoncé que l'activité de l'an prochain sera encore plus captivante et plus importante.

Paul Vienneau, l'un des participants du programme Life Rolls On de la Martinique Beach a dit : « j'aime l'idée qu'il ne s'agit pas

seulement de surf pour les personnes handicapées. C'était du surf, un point c'est tout. Merci à Jesse et à l'équipe de Life Rolls On d'avoir considéré de nouveau le surf comme une réponse au diagnostic 'vous ne marcherez plus jamais' ».

Pour en savoir davantage au sujet du programme Life Rolls On, nous vous invitons à vous joindre au groupe Facebook au : <https://www.facebook.com/LifeRollsOnMartinique> ou à faire parvenir un courriel à : lromartinique@gmail.com.

Pour visionner l'entrevue de Paula et du participant Scott Jones à la Global television, rendez-vous au : <http://globalnews.ca/video/1567980/martinique-beach-hosts-they-will-surf-again>.

Pour voir le reportage de CTV News sur l'événement, consultez le : <http://atlantic.ctvnews.ca/video?clipId=446031>

Référence

Life Rolls On. (2014). *About us*. Téléchargé le 3 novembre 2014, au www.liferollson.org

Karen Goldenberg nommée à l'Ordre du Canada!



Karen Goldenberg a été nommée membre de l'Ordre du Canada « pour son rôle dans l'avancement de la recherche et de la pratique en ergothérapie et pour son leadership au sein d'organismes de services sociaux » (Le gouverneur général du Canada, 2014). Félicitations à Karen pour cet honneur bien mérité!

Karen eu une carrière très diversifiée qui a des effets durables au sein et à l'extérieur de la profession d'ergothérapeute. En tant que chef de file, entrepreneur et ergothérapeute, Karen a fait de nombreux apports, notamment dans les domaines de la santé prénatale et des services de santé mentale et de santé communautaire. Elle a joué de nombreux rôles, dont la prestation de services directs, l'enseignement, l'administration, la recherche et l'élaboration de politiques. Karen a contribué à la fondation des Community Occupational Therapy Associates (le premier organisme canadien à base communautaire et à but non lucratif) et de la Fondation canadienne d'ergothérapie (Ortal, Davis et Trentham, 2009).

Pour en apprendre davantage sur les nombreux apports de Karen Goldenberg, nous vous invitons à lire l'histoire orale rédigée par Aya Ortal, Jane Davis et Barry Trentham, qui est affichée sur le site web L'ergothérapie : Un patrimoine canadien : <http://www.otlegacy.ca/past/documents/Goldenberg.pdf>

Références

Le gouverneur général du Canada. (30 juin 2014). *Nominations au sein de l'Ordre du Canada*. Téléchargé le 5 novembre 2014, au <http://www.gg.ca/document.aspx?id=15694&lan=fra>

Ortal, A., Davis, J., et Trentham, B. (2009). *At the Helm: The Life Journey of Karen Goldenberg*. Téléchargé au <http://www.otlegacy.ca/past/documents/Goldenberg.pdf>



Chaîne vidéo de l'ACE sur YouTube

L'ACE a maintenant sa propre chaîne vidéo sur YouTube : <http://www.youtube.com/channel/UckV1G8zJxmN8pEnXRwAVKeg>. Visitez ce site régulièrement pour voir les mises à jour sur les réunions du conseil de l'ACE, de l'information clé sur les activités de développement professionnel et les faits saillants des activités et événements de l'ACE.

Merci aux bénévoles qui contribuent à la revue *Actualités ergothérapeutiques*

Nous tenons à remercier les membres suivants de l'ACE qui ont terminé leur mandat en tant que responsables de chroniques publiées dans les *Actualités ergothérapeutiques* :

- Laura Bradley – Rehausser la pratique : Enfants et adolescents
- Sue Baptiste – Notre passé ergothérapeutique
- Christel Seeberger et Jonathan Rivero – Réflexions sur la pratique privée
- Lili Liu et Masako Miyazaki – La télésanté et l'ergothérapie (et précédemment, La télé-ergothérapie)

Merci d'avoir su faire preuve d'un si grand dévouement et d'avoir mis votre expertise à contribution afin de produire la revue de l'ACE sur la pratique. Ce fut un réel plaisir de travailler avec vous tous!

Nouvel atelier de l'ACE

Dementia : Its Challenges and Opportunities. Preparing Ourselves for the Future.

Ce nouvel atelier interactif de deux jours de l'ACE offrira aux ergothérapeutes et autres professionnels de la santé des connaissances de pointe et des compétences essentielles pour rehausser leur pratique auprès des personnes âgées atteintes de démence ou qui se trouvent aux premiers stades de pertes cognitives. L'atelier sera présenté à Toronto en janvier, à Saskatoon en mars et à Halifax en avril 2015. Pour en savoir davantage ou pour vous inscrire, veuillez visiter le : www.caot.ca/education/.



Nomination de Janet Craik à titre de directrice générale de l'ACE

Au nom de l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE), la présidente Lori Cyr a le plaisir d'annoncer que le 3 novembre dernier, Mme Janet Craik a été nommée directrice générale de l'ACE. En tant que directrice générale, Mme Craik sera chargée de diriger efficacement l'Association et elle représentera l'ACE

sur les scènes nationales et internationales face à des enjeux touchant l'ergothérapie et la santé.

Janet possède plus de 25 ans d'expérience professionnelle en ergothérapie dans les secteurs de la pratique, de l'enseignement, de la recherche et des associations. Depuis 2005, Janet a eu le plaisir de travailler avec l'ACE et d'assumer un rôle de leadership de plus en plus important au sein de l'Association. Tout au long de sa carrière professionnelle, elle a été motivée par un engagement profond envers la profession et elle a cherché à occuper des postes où elle pouvait contribuer à l'avancement de la profession.

« Je considère cette possibilité de diriger l'ACE comme une occasion exceptionnelle; je pourrai ainsi contribuer à la croissance continue de l'Association et collaborer avec d'autres chefs de file des domaines de la pratique, de la politique et de l'enseignement au sein et à l'extérieur de la profession, afin de soutenir les ergothérapeutes et de rehausser et faire valoir la pratique de l'ergothérapie » – Janet Craik

Le conseil de l'ACE tient à remercier Mme Craik pour son apport à titre de directrice générale par intérim au cours de l'année qui vient de s'écouler et lui souhaite un franc succès dans sa mission visant à promouvoir l'excellence en ergothérapie.

Suivez le blogue des conférences ED de Janet au : <https://caotedtalks.wordpress.com/>

Nouvelles de la Fondation canadienne d'ergothérapie

La date limite du Concours de subventions de recherche de la FCE est le 28 février 2015. De nouvelles subventions sont offertes! Pour faire une demande de subvention en ligne, prière de visiter le : www.cotfcanada.org



RESPONSABLE : REGINA CASEY

Explorer la méditation de la pleine conscience en ergothérapie : Introduction aux principes de base

Nina Elliott

Le stress est largement répandu au sein du système de santé et on peut en observer l'impact chez les bénéficiaires et le personnel des services de santé. Parmi les exemples retrouvés dans la littérature, citons notamment une étude montrant que de 75 % à 90 % des consultations des professionnels en soins de santé primaire avaient une composante liées au stress (American Psychological Association, 2004, tel que cité dans Mitrovic, Fish de Pena, Frassetto et Mellin, 2011), et une autre étude indique que près de 50 % des ergothérapeutes déclarent qu'ils sont stressés ou très stressés (Wilkins, 2007, tel que cité dans McCorquodale, 2013). Les travailleurs de la santé stressés déclarent des problèmes subséquents dans tous les aspects de leur vie, comme la satisfaction face à l'emploi, des troubles des fonctions cognitives (p. ex., attention, prise de décision), des problèmes interpersonnels et une moins grande capacité de faire preuve d'empathie et de s'engager auprès des clients (Stew, 2011). Une main-d'œuvre stressée ne se sent pas bien et prend plus de congés de maladie, et elle risque davantage de faire des erreurs cliniques, de manquer de compassion et de vivre un épuisement professionnel (McCabe-Ruff et MacKenzie, 2009; Stew, 2011). L'une des solutions possibles est de faire connaître aux ergothérapeutes la pratique de la méditation de la pleine conscience. On a montré que la pleine conscience avait une utilité professionnelle en tant qu'outil de gestion du stress et que pratique d'autogestion des soins pouvant moduler la réaction au stress (Gura, 2010). Les ergothérapeutes canadiens commencent à apprécier le rôle de la pleine conscience en ergothérapie, tel que mis en évidence par la publication d'articles sur le sujet dans les *Actualités ergothérapeutiques* (p. ex., McCorquodale, 2013) et la *Revue canadienne d'ergothérapie* (p. ex., Reid, 2013). Bien que la publication de ces articles soit prometteuse, ils ne présentent pas concrètement les raisons pour lesquelles la pleine conscience est pertinente pour tous les ergothérapeutes et les façons de l'incorporer dans la vie personnelle et les soins de routine d'une personne. Le présent article vise à combler certaines de ces lacunes et à offrir aux praticiens une introduction aux principes fondamentaux de la pleine conscience.

Les avantages de la pleine conscience

Les avantages de l'intégration de la pleine conscience dans la pratique sont nombreux tant sur les plans personnel que professionnel; on a montré que la pleine conscience avait des effets positifs sur les habiletés sociales, les sentiments de compassion envers soi et les autres, l'autogestion, la conscience somatique (Reid, 2013) et la souplesse mentale (Thompson, 2009).

Des études indiquent que l'enseignement de la pleine conscience aux professionnels de la santé améliore non seulement la qualité des soins qu'ils offrent, mais que cela entraîne également une amélioration de la qualité de vie et de la santé générale (Gura,

2010). La réduction du stress par la pleine conscience est considérée comme l'une des interventions ayant fait l'objet du plus grand nombre d'études parmi les interventions visant à réduire le stress (Gura, 2010); par ailleurs, la pratique personnelle de la pleine conscience par les professionnels de la santé est considérée comme la façon la plus efficace d'en disséminer les avantages au sein du système de santé (McCabe-Ruff et MacKenzie, 2009). Outre le fait que la pleine conscience soit un outil de gestion du stress efficace pouvant être appliquée à grande échelle, elle est très abordable et il est aussi possible de l'appliquer partout et de la personnaliser. Malgré ces faits, il semble que l'enseignement de la pleine conscience et de la réduction du stress soit rare à l'extérieur des milieux de la santé, ce qui suggère que la gestion du stress est souvent un aspect négligé des soins de santé.

Les ergothérapeutes sont dans une situation idéale pour combler cette lacune, puisque la pleine conscience peut être utilisée à la fois sur le plan personnel et le plan thérapeutique. Toutes les personnes ayant un problème de santé entraînant de la souffrance ou ayant une composante liée au stress peuvent bénéficier de la pratique de la pleine conscience; la douleur persistante (Stroh-Gingrich, 2012), le psoriasis, l'anxiété, la dépression, le cancer, la toxicomanie (Kabat-Zinn, 1990), les troubles alimentaires (Smalley et Winston, 2010), les expériences traumatiques (McCabe-Ruff et MacKenzie, 2009) et les lésions cérébrales acquises (Bedard et al., 2005) comptent parmi les problèmes de santé pour lesquels on a démontré des liens entre la pratique de la pleine conscience et l'amélioration du bien-être. La pleine conscience offre aussi un moyen de remettre du pouvoir aux clients, pour des aspects comme l'autogestion de la santé, la responsabilité personnelle et l'adoption d'un mode de vie sain (Kabat-Zinn, 1990; Reid, 2013; Thompson, 2009). On reconnaît largement que la pleine conscience est mieux reçue lorsqu'elle est offerte par un enseignant ayant sa propre pratique méditative; il est donc recommandé d'avoir établi une solide pratique personnelle avant de l'introduire en milieu clinique (Gura, 2010).

Pleine conscience 101

La pleine conscience est un état de conscience qui vise à se préoccuper de l'expérience du moment présent; elle consiste à prêter attention sans porter de jugement, de manière présente et significative (Reid, 2013). Le but de la pleine conscience est de demeurer conscient d'un moment à l'autre et de se désengager de son attachement aux croyances, aux pensées ou aux émotions (McCabe-Ruff et MacKenzie, 2009). Le but ultime est un état constant de pleine conscience et, dans cette poursuite de la pleine conscience, une personne peut pratiquer de manière formelle et informelle. La pratique formelle de la pleine conscience fait appel à une séance quotidienne, pendant laquelle la personne s'assit et ferme

les yeux, en observant sa respiration ou en vivant l'expérience de la pleine conscience pendant 45 minutes et plus. Ces séances formelles permettent de prêter attention à l'expérience de l'esprit et du corps au moment présent et d'avoir une pratique répétitive en ne réagissant pas à ce qui se manifeste. Dans la pratique informelle, la personne prête attention à l'expérience de l'esprit et du corps, tout au long de la journée. Voici trois exercices simples utilisés couramment pour introduire le concept de la pleine conscience :

Respiration consciente : Assoyez-vous confortablement dans une position droite et stable en fermant ou en baissant les yeux. Concentrez-vous sur les sensations physiques associées à votre respiration (Smalley et Winston, 2010). Il n'est pas nécessaire de contrôler votre respiration; soyez simplement conscient du processus naturel et normal qui se produit. Prenez conscience de la température de l'air qui entre et sort de vos narines, et de la sensation provoquée par l'air qui touche votre lèvre supérieure lorsque vous expirez. Observez les sensations dans votre poitrine lorsque vos poumons se gonflent et se dégonflent. Posez vos mains sur votre abdomen et sentez-les monter et descendre au rythme de vos inspirations et expirations. Faites un effort pour suivre le cours de votre respiration, pendant que l'air pénètre dans les narines, la gorge et les poumons et visualisez l'air qui se déplace à travers votre corps. Prenez conscience du moment précis où votre respiration passe de l'inspiration à l'expiration et de l'expiration à l'inspiration. Essayez de garder votre esprit concentré sur cette tâche si simple en apparence, pendant 10 respirations (Smalley et Winston, 2010). Si votre esprit vagabonde, ce qui se produira sûrement, ramenez-le simplement à votre respiration, sans être frustré ou irrité envers vous-même (Kabat-Zinn, 1990). Avec de la pratique, vous arriverez à demeurer conscient de votre respiration pour des périodes de plus en plus longues; visez des périodes de 20 à 30 minutes, une à deux fois par jour (Meleo-Meyer et Smith, 2014).

Méditation gustative : Assoyez-vous confortablement et prenez quelques minutes pour vous installer dans votre siège. Le but de cet exercice est d'expérimenter l'alimentation comme vous ne l'avez jamais fait auparavant ou de contempler l'objet qui sera consommé, avant de le faire. Placez trois raisins devant vous et observez leur couleur, leur forme et leur senteur avant d'en porter un à vos lèvres. Avant de mettre l'objet dans votre bouche, prenez conscience de sa texture, sa température et sa saveur. Soyez conscient des pensées, sensations et émotions qui se manifestent pendant cet exercice (Smalley et Winston, 2010), par exemple, des jugements basés sur votre préférence pour les raisons ou les pensées associées à l'exercice en soi. Si des distractions se manifestent, laissez-les passer sans vous laisser distraire par le contenu ou l'émotion (Kabat-Zinn, 1990). Prenez une bouchée et observez comment votre expérience se transforme à la suite de cette action. Prenez conscience de tous les mouvements et sensations liés au fait de mastiquer l'aliment. Soyez aussi conscient de la réaction salivaire et observez les changements de textures. Mâchez l'objet lentement et essayez de demeurer pleinement conscient pendant toute la durée de l'exercice. Essayez de prendre consciemment la décision d'avaler. Prenez votre temps.

Mangez chaque aliment de manière lente et réfléchie. Réfléchissez à la manière dont vous mangez habituellement des raisins. Faites le même exercice avec une tasse de thé. Réfléchissez à la façon dont vous mangez habituellement l'ensemble d'un repas (Kabat-Zinn, 1990; Smalley et Winston, 2010).

Méditation par la marche consciente : Cet exercice vous permettra d'explorer les sensations liées à la marche et la respiration. Marchez en cercle à un endroit où personne ne peut vous observer, comme dans votre salon. Pour commencer, tenez-vous debout, prenez trois longues respirations conscientes et observez toutes les sensations qui vous permettent de vous tenir debout. Faites un pas lentement et pensez à la façon dont l'expérience vous transforme par l'intention, par les mouvements. Adoptez un rythme qui vous permet d'être pleinement conscient (Kabat-Zinn, 1990). Concentrez-vous sur les sensations dans vos pieds et soyez conscient de l'endroit où vos pieds touchent le sol et de la façon dont cela affecte votre démarche. Soyez conscient des sensations que vous éprouvez dans les chevilles, les genoux, les hanches, la poitrine, la tête et le haut du corps; observez la sensation des vêtements sur votre peau et le contact du sol sous vos pieds. Continuez de marcher lentement tout en demeurant attentif à toutes vos sensations corporelles, comme votre respiration, les pensées qui vous envahissent et vos émotions. Si vous êtes dehors, élargissez votre conscience à votre environnement (c'est-à-dire, la sensation du vent, du soleil, de la surface et de la pente du sol, de même que les bruits). Demeurez conscient de toutes les sensations liées à la marche consciente. Votre esprit vagabondera; l'exercice est de constamment ramener votre attention et votre conscience sur l'expérience de la marche consciente, au moment présent. Faites cet exercice le plus souvent possible (Meleo-Meyer et Smith, 2014).

Stratégies additionnelles de pleine conscience au quotidien

- Visez à être pleinement conscient sur une base quotidienne. Une minute de pleine conscience vaut mieux que rien du tout.
- Prenez trois respirations conscientes, par exemple, à chaque fois que vous allez à la salle de bain, que vous vous regardez dans le miroir, que vous démarrez la voiture, que vous vérifiez vos courriels ou répondez au téléphone. Prévoyez votre propre « moment de pleine conscience ».
- Prenez conscience de ce qui se passe dans votre corps lorsque vous vous sentez bousculé, dépassé ou fatigué. Prenez note de la façon dont votre tension se manifeste et des endroits où elle se manifeste pendant ces moments et faites un effort pour vérifier ces endroits régulièrement.
- Observez vos schèmes de pensée lorsque vous êtes fatigué, irrité, stressé ou affamé et prenez note de votre état émotionnel pendant ces moments.
- Observez ce qui se passe dans votre corps lorsque vous êtes détendu, joyeux, confortable ou à l'aise.
- Ralentissez le rythme. Évitez de vous dépêcher.

À propos de l'auteure

Nina Elliott est la seule ergothérapeute dans un rayon de 100 km de Twillingate, à Terre-Neuve, où elle vit et travaille. Elle travaille au Notre Dame Bay Memorial Health Center dans une unité de soins aigus, de soins prolongés et de soins de rétablissement, et elle assume également le rôle de coordonnatrice du programme de soins de rétablissement. Elle a commencé à s'intéresser à la réduction du stress et à la pleine conscience alors qu'elle travaillait dans le domaine de la réadaptation des personnes ayant une lésion cérébrale acquise en Ontario et en Angleterre. Depuis, Nina a suivi plusieurs cours sur la pleine conscience, et elle a effectué une retraite silencieuse de 10 jours axée sur la méditation. Elle souhaite poursuivre ses études dans ce domaine. Nina est une adepte d'activités de plein-air, instructrice de yoga et tricoteuse passionnée. On peut la joindre à : naelliott@gmail.com.

La technique STOP est une façon simple de faire des prises de conscience à tout moment de votre journée, lorsque vous remarquez que vous n'êtes pas pleinement conscient du moment présent. Il ne vous faudra que cinq secondes pour faire cette technique en quatre étapes (Smalley et Winston, 2010) :

1. S : STOP! Arrêtez-vous.
2. T : Prenez le TEMPS de respirer.
3. O : OBSERVEZ ce qui se passe.
4. P : POURSUIVEZ.

Commencez l'exercice tout simplement en vous rappelant la technique et en interrompant ce que vous faites actuellement, puis, prenez une respiration. Pour observer, vous devez plonger dans votre corps afin d'observer tout ce qu'il y a à observer. Il peut s'agir d'une mauvaise posture ou d'une douleur lancinante au dos, d'une émotion ou du sentiment d'être bousculé. Peu importe l'expérience dont il s'agit, observez-la, puis poursuivez. Le fait de reconnaître l'expérience que vous vivez dans le moment présent, peu importe ce qu'elle est, vous met en contact avec la réalité de cette expérience et vous aide à l'accepter.

Conclusion

Compte tenu de l'approche globale de la santé et du bien-être mise de l'avant en ergothérapie, la pleine conscience est une alliée naturelle pour les ergothérapeutes, même si elle est toujours peu utilisée, malgré les résultats prometteurs documentés dans de nombreux domaines de pratique. Ainsi, en adoptant la méditation de la pleine conscience dans leur vie personnelle, les ergothérapeutes pourraient mieux gérer leurs propres situations de stress et amorcer avec leurs clients des activités d'application des connaissances axées sur les avantages et les techniques de la pleine conscience.

Ressources recommandées

Si vous êtes intéressé à poursuivre votre exploration de la pleine conscience, voici quelques suggestions et ressources utiles :

1. Regardez des vidéos éducatives en cherchant le terme « pleine conscience (mindfulness) » sur YouTube (www.youtube.com).
2. Lisez des blogs sur la méditation de la pleine conscience.
3. Explorez des « apps » gratuites sur la méditation, comme les suivantes :
 - Stop, Breathe & Think – Comprend des exercices de méditation de durées différentes, dont la méditation de la pleine conscience, la méditation qui éveille la bienveillance et la méditation pour la conscience du corps. (<http://stopbreathethink.org/>)
 - Apps sur l'apprentissage de la pleine conscience de Sounds True Divers apps offrent de l'enseignement de la part de professeurs bien connus dans le domaine de la pleine conscience, comme Jon Kabat-Zinn. D'autres apps proposent des conférences sur la science de la pleine conscience, la neuroplasticité et le bonheur. (disponibles par l'intermédiaire de itunes.com)
4. Inscrivez-vous à un cours de méditation ou de hatha yoga dans votre communauté.
5. Abonnez-vous au magazine *Mindful*, publié à Halifax (<http://www.mindful.org/mindful-magazine>).
6. Assistez à un atelier de développement professionnel sur la pleine conscience. Des possibilités sont offertes dans la plupart des grandes villes canadiennes. Par ailleurs, www.soundstrue.com offre un programme de réduction du stress de huit semaines, basé sur la pleine conscience.
7. Explorez des livres sur la pleine conscience, comme les suivants :
 - Hanson, R. (2009). *Buddha's Brain: The Practical Neuroscience of Love, Happiness and Wisdom*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of your Body and Mind to face Stress, Pain and Illness* (Rev. ed.). New York, NY: Bantam Dell.
- Nhat Hanh, T. (1991). *Peace is Every Step: The Path of Mindfulness in Everyday Life*. New York, NY: Bantam Books.
- Smalley, S., et Winston, D. (2010). *Fully Present: The Science, Art, and Practice of Mindfulness*. Boston, MA: Da Capo Lifelong Books.
- Smalley, S., et Winston, D. (2013). *Pleinement présent : La science, l'art et la pratique de la pleine conscience*. Canada. Éditions AdA Inc.

Références

- Bedard, M., Felteau, M., Gibbons, C., Klein, R., Mazmanian, D., Fedyk, K., et Mack, G. (2005). A mindfulness-based intervention to improve quality of life among individuals who sustained traumatic brain injuries: One-year follow up. *The Journal of Cognitive Rehabilitation*, 23(1), 8-13.
- Gura, S. T. (2010). Mindfulness in occupational therapy education. *Occupational Therapy in Health Care*, 24, 266-273. doi:10.3109/07380571003770336
- Meleo-Meyer, F., et Smith, R. (2014, juin). Hints, reminders, and suggestions for the on-going facilitation of full health for the graduates of the stress reduction program [Course handout]. Handout provided at *Mindfulness Tools for Living the Full Catastrophe*, Rhinebeck, NY: Omega Institute.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of your Body and Mind to face Stress, Pain and Illness*. New York, NY: Bantam Dell.
- McCabe-Ruff, K., et MacKenzie, E. R. (2009). The role of mindfulness in healthcare reform: A policy paper. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 5, 313-323. doi: 10.1016/j.explore.2009.10.002.
- McCorquodale, L. (2013). La pleine conscience dans la vie d'une ergothérapeute : 'L'être' qui se cache derrière 'l'agir'. *Actualités ergothérapeutiques*, 15(3), 14-16.
- Mitrovic, I., Fish de Pena, L., Frassetto, L., et Mellin, L. (2011). Rewiring the stress response: A new paradigm for health care. *Hypothesis*, 9 (1). Téléchargé au <http://www.hypothesisjournal.com/?p=955>
- Reid, D. T. (2013). Teaching mindfulness to occupational therapy students: Pilot evaluation of an online curriculum. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 80, 42-48. doi:10.1177/0008417413475598
- Stew, G. (2011). Mindfulness training for occupational therapy students. *British Journal of Occupational Therapy*, 74, 269-276. doi: 10.4276/030802211X13074383957869
- Stroh-Gingrich, B. (2012). L'ergothérapie et la méditation de la pleine conscience : une intervention pour lutter contre la douleur persistante. *Actualités ergothérapeutiques*, 14(5), 21-22.
- Smalley, S., et Winston, D. (2010). *Fully Present: The Science, Art, and Practice of Mindfulness*. Boston, MA: Da Capo Lifelong Books.
- Smalley, S., et Winston, D. (2013). *Pleinement présent : La science, l'art et la pratique de la pleine conscience*. Canada. Éditions AdA Inc.
- Thompson, B. (2009). Mindfulness-based stress reduction for people with chronic conditions. *British Journal of Occupational Therapy*, 72, 405-410. doi: 10.1071/PY09063.

REHAUSSER LA PRATIQUE :
ADULTES



L'Alberta Algorithm : la réadaptation à la conduite automobile en ergothérapie

RESPONSABLE : PATRICIA DICKSON

Cherie Henderson, Cynthia Johnson, Debra Froese, Christine Gregoire-Gau, Hilary Irvine et Ryan Sommer

Les ergothérapeutes sont des experts pour faciliter la participation à des occupations significatives dans tous les aspects des activités quotidiennes et pour favoriser la satisfaction et l'autonomie des clients. Peu d'activités sont aussi intimement associées à la perception d'autonomie que la conduite d'un véhicule automobile. La conduite automobile est une activité instrumentale complexe de la vie quotidienne, qui comporte de multiples facettes et qui peut être un domaine de pratique captivant pour les ergothérapeutes. La conduite automobile peut avoir des répercussions importantes pour les clients, les familles et la population générale, en particulier si l'évaluation et l'intervention ne sont pas effectuées par des professionnels compétents. L'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE; 2009) fait valoir l'importance de la participation des ergothérapeutes à l'évaluation de la conduite automobile, dans l'affirmation suivante :

« Par leur compréhension des relations entre la personne, l'occupation et l'environnement, les ergothérapeutes sont en mesure d'offrir des programmes de réadaptation à la conduite automobile centrés sur le client et axés sur la participation communautaire » (« Services de réadaptation à la conduite automobile », para. 8). Les ergothérapeutes doivent chercher à offrir des services qui témoignent des pratiques exemplaires, qui utilisent les ressources de manière responsable et qui correspondent à leur niveau de compétence.

En 2011, des ergothérapeutes de l'Alberta ont formé un groupe de travail provincial en vue d'examiner les rôles, les pratiques exemplaires et la possibilité de normalisation dans le domaine du dépistage, de l'évaluation et de l'intervention auprès des conducteurs à risque. Au cours des deux années suivantes, le groupe a mis au point plusieurs outils et ressources, dont un algorithme qui est basé sur un système

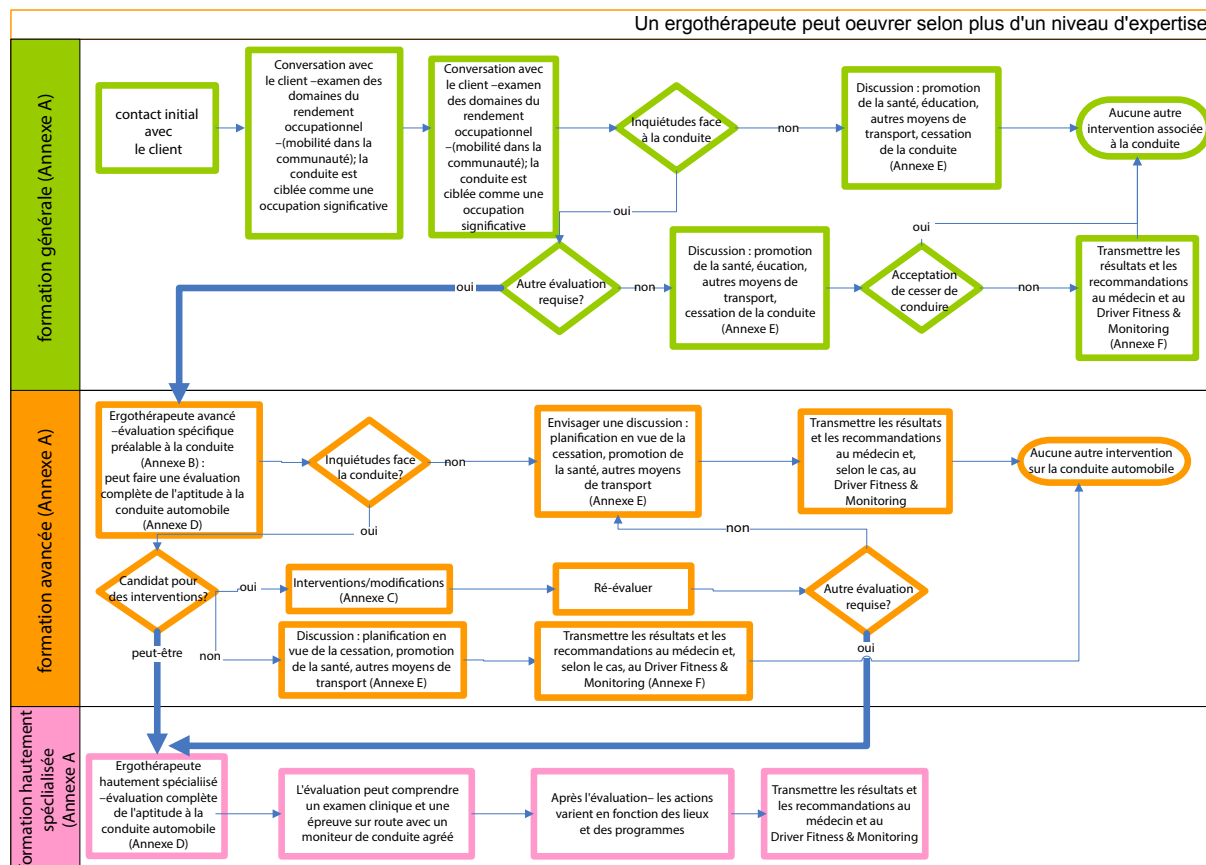


Figure 1. Alberta Health Services Occupational Therapy Process Enabling Safe Participation in Driving.

à trois volets pour décrire l'expertise de l'ergothérapeute, soit : formation générale, formation avancée et formation hautement spécialisée (Davis, 2003; Korner-Bitensky, Toal-Sullivan et von Zweck, 2007). L'algorithme et les documents à l'appui ont été élaborés à partir des connaissances actuelles appliquées dans les pratiques exemplaires et ils sont conformes aux recommandations de l'ACE en ce qui concerne le rôle de l'ergothérapie dans la réadaptation à la conduite automobile (Korner-Bitensky et al., 2007; ACE, 2009; Dickerson, Reistetter, Schold Davis et Monahan, 2011; Vrkljan, McGrath et Letts, 2011). Les trois volets de l'algorithme ne sont pas mutuellement exclusifs et ils ne précisent pas d'exigences spécifiques en matière de formation. C'est donc à chaque praticien que revient la responsabilité de vérifier ses compétences, ses connaissances et ses habiletés et d'exercer selon son niveau d'expertise. Dans cet article, nous décrivons chaque volet de l'algorithme à l'aide d'études de cas, pour démontrer comment l'algorithme peut aider les ergothérapeutes à aborder la conduite automobile dans leur milieu de pratique quotidien.

L'ergothérapeute ayant une formation générale

« Les ergothérapeutes ayant une formation générale » (voir la figure 1) travaillent dans divers milieux et ils possèdent l'expertise requise pour promouvoir la santé et le maintien de la mobilité dans la communauté et pour dépister les personnes à risque de conduire de manière imprudente (Korner-Bitensky et al., 2007). Lorsque des préoccupations sont soulevées en ce qui concerne l'aptitude à la conduite automobile d'un client, il est parfois nécessaire de l'aiguiller vers un ergothérapeute ayant une « formation avancée » ou « hautement spécialisée ». Dans d'autres cas, comme pour les clients ayant de sévères troubles cognitifs, l'ergothérapeute ayant une formation générale peut recommander de cesser la conduite automobile en se basant sur son expertise pour évaluer la sécurité lors de la réalisation d'activités instrumentales complexes de la vie quotidienne. Idéalement, la cessation de la conduite automobile doit être abordée avec le client, la famille et l'équipe de santé, y compris les médecins. Dans la plupart des provinces, ce sont les médecins qui sont chargés de déclarer leurs préoccupations aux organismes qui décernent les permis de conduire; toutefois, l'ACE croit qu'il faut accorder aux ergothérapeutes le pouvoir de faire cette déclaration, s'ils estiment que cela est requis (Korner-Bitensky et al., 2007). En Alberta, les médecins n'ont pas l'obligation de déclarer les conducteurs à risque, mais tous les ergothérapeutes devraient connaître les lois et le contexte de leur province en ce qui concerne l'octroi des permis de conduire, la déclaration des préoccupations liées à la sécurité du conducteur et les lignes directrices de leur association professionnelle.

Dans les situations où la cessation de la conduite automobile n'est pas nécessaire, l'ergothérapeute ayant une formation générale peut envisager d'aborder le sujet du renoncement éventuel à la conduite automobile, par exemple, avec les conducteurs âgés ou les personnes ayant des maladies progressives. La planification et la préparation à l'avance de la cessation de la conduite automobile peuvent aider les clients à conserver un sentiment d'autonomie, même s'ils doivent envisager de renoncer à conduire leur voiture à un moment donné (Gustafsson et al., 2011).

Étude de cas : M. J est un homme de 78 ans diabétique, ayant subi un accident vasculaire cérébral et ayant de légers troubles cognitifs. Il a récemment obtenu son congé de l'hôpital, après avoir été admis en

raison d'une chute, et il retourne à domicile, où il vit seul. Avant son hospitalisation, il était autonome pour réaliser ses activités de base de la vie quotidienne (ABVQ), recevait de l'aide pour faire certaines activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) et il conduisait dans sa communauté. Il a été aiguillé vers une ergothérapeute pour une évaluation à domicile.

Scénario 1 : L'évaluation n'indique aucun changement dans son état fonctionnel. M. J a les habiletés physiques, sensorielles et cognitives requises pour effectuer les activités instrumentales complexes de la vie quotidienne, comme la préparation des repas. L'ergothérapeute lui fournit des ressources sur la prudence au volant et initie une discussion sur la possibilité de devoir éventuellement renoncer à la conduite automobile.

Scénario 2 : L'ergothérapeute a de nombreuses préoccupations face aux capacités fonctionnelles de M. J. En effet, selon les évaluations normatives et fonctionnelles, ses fonctions cognitives sont gravement atteintes et il a besoin d'indices verbaux pour faire la plupart de ses ABVQ. Sa coordination et sa vision sont faibles du côté droit. Des discussions avec des membres de sa famille ont révélé qu'il avait évité de peu plusieurs accidents alors qu'il était au volant. L'ergothérapeute informe M. J qu'elle s'inquiète de sa sécurité au volant et face à la possibilité qu'il se blesse et qu'il blesse d'autres personnes. Comme il n'est pas d'accord avec ces affirmations, l'ergothérapeute l'informe qu'elle parlera à son médecin et que l'un d'entre eux déclarera ces préoccupations à l'organisme qui décerne les permis de conduire. L'organisme communiquera ensuite avec M. J pour l'informer des prochaines étapes à suivre –soit, une évaluation médicale, la suspension de son permis de conduire ou une évaluation complète de son aptitude à la conduite automobile. Elle lui propose des ressources et des solutions de rechange pour ses déplacements dans la communauté.

Scénario 3 : L'ergothérapeute constate que M. J se débrouille bien avec ses ABVQ, mais elle a quelques inquiétudes au sujet de sa conduite automobile. La fille de M. J effectue la plupart des AIVQ pour lui, la fonction de son bras droit est limitée et il ne conduit que dans le voisinage, car il est nerveux au volant. L'ergothérapeute croit qu'une demande de consultation auprès d'un ergothérapeute ayant une formation hautement spécialisée lui donnera la possibilité de faire l'essai d'équipement adapté et de faire une épreuve sur route, pour évaluer son aptitude à la conduite automobile. Elle fait la demande de consultation et suggère à M. J de cesser de conduire jusqu'à son évaluation.

L'ergothérapeute ayant une formation avancée

« L'ergothérapeute ayant une formation avancée » (voir la figure 1) utilise des évaluations normatives hors route et sur route pour évaluer les aspects physiques, cognitifs, visuo-perceptifs et comportementaux requis pour conduire prudemment (Korner-Bitensky, et al., 2007). L'ergothérapeute ayant une formation générale peut parfois jouer le rôle de l'ergothérapeute ayant une formation avancée lorsqu'il fait des évaluations dans le but spécifique d'associer les résultats à la conduite automobile. Cet ergothérapeute peut posséder les compétences pour recommander des interventions ou des modifications pour faciliter la conduite automobile et il peut ou non effectuer des épreuves sur route, selon le lieu et les ressources du service.

À propos des auteurs

Les auteurs de cet article étaient tous membre du Alberta Health Services Occupational Therapy Driving Working Group. Outre les auteurs, le groupe de travail comprenait également les membres suivants : **Todd Farrell, Amy Lau, Nicole Thompson, Gary Spiess et Brenda Wilson.** Pour en savoir davantage sur le travail du groupe, prière de communiquer à : practice.consultation@albertahealthservices.ca

Étude de cas : Mme W est une femme de 24 ans ayant subi une lésion incomplète de la moelle épinière à T7. Pendant sa réadaptation au centre pour patients hospitalisés, elle a travaillé avec un ergothérapeute pour devenir autonome face à la réalisation de ses AVQ, ses déplacements en fauteuil roulant et la planification de son congé.

Scénario 1 : Mme W a bien progressé, en renforçant ses groupes musculaires intacts, en faisant ses transferts de manière autonome, et en atteignant une bonne stabilité du tronc. Elle n'a aucun déficit pour ce qui est de ses fonctions cognitives, de la force de ses bras ou de son jugement. Son ergothérapeute recommande des modifications de son véhicule (commandes manuelles /bouton pour faire tourner le volant). Au moment de son congé, l'équipement est installé dans la voiture de Mme W et elle s'exerce sur la ferme d'un ami. Lorsqu'elle se sent prête, elle passe son épreuve sur route et on lui redonne son permis de conduire.

Scénario 2 : Après sa réadaptation, Mme W a un faible contrôle du tronc et elle n'a pas suffisamment de force aux bras pour faire tourner le volant ou pour appuyer sur les commandes manuelles. Elle discute avec son ergothérapeute de différentes possibilités : continuer à travailler sur ses déficits dans un centre de réadaptation offrant des services externes et refaire une évaluation plus tard, ou faire une demande de consultation auprès d'une ergothérapeute ayant une formation hautement spécialisée pour être évaluée et recevoir une formation pour conduire un véhicule ayant subi des transformations hautement technologiques (p. ex., pédales de frein et d'accélération électroniques, servo-direction). Compte tenu de la possibilité qu'elle s'améliore et du coût des modifications hautement technologiques, ils décident de réévaluer son état et sa situation dans six mois.

L'ergothérapeute ayant une formation hautement spécialisée

« Les ergothérapeutes ayant une formation hautement spécialisée » (voir la figure 1) ont des compétences spécialisées pour l'évaluation, la résolution de problèmes complexes, l'usage de la technologie d'assistance et la modification des véhicules, de même que des compétences pour l'entraînement et la réadaptation à la conduite automobile (Korner-Bitensky et al., 2007). Ils ont souvent suivi une formation spécialisée et obtenu un diplôme de deuxième cycle ou une attestation à titre de spécialiste de la réadaptation à la conduite automobile. Ils font des évaluations complètes et exhaustives de la conduite automobile, et ils sont souvent accompagnés par un moniteur agréé en évaluation de la conduite automobile. Bien que les évaluations complètes et exhaustives de la conduite automobile soient considérées comme la norme pour l'évaluation de la conduite automobile, elles sont parfois difficiles d'accès, et les demandes de consultation à cet effet doivent être guidées par un usage responsable des ressources de santé.

Étude de cas : M. Y est un homme de 17 ans atteint d'une hémiplégié droite. Son médecin l'a dirigé vers un programme d'évaluation de la conduite automobile local pour évaluer s'il est apte à conduire. L'ergothérapeute ayant des compétences spécialisées et le moniteur en conduite automobile ont effectué une évaluation complète et exhaustive de la conduite automobile et ils croient que M. Y a la capacité d'apprendre à conduire à l'aide d'équipement adapté. Il essaie de conduire avec son pied droit, mais en raison de ses problèmes de coordination, des commandes manuelles sont recommandées. Après avoir suivi des cours de conduite automobile, M. Y revient au programme pour faire ses cours sur route avec le moniteur de conduite automobile et il réussit son épreuve sur route.

Ces exemples illustrent des façons dont les ergothérapeutes peuvent utiliser l'algorithme pour aborder efficacement l'AVQ qu'est la conduite automobile. L'algorithme comprend plusieurs annexes dont le but est d'offrir un soutien additionnel pour le dépistage, l'enseignement, l'évaluation et l'intervention associés à la conduite automobile.

Tout ergothérapeute peut et doit jouer un rôle face aux problèmes liés à la conduite automobile lorsqu'il s'agit de l'une des occupations significatives d'un client. Nous croyons que les outils conçus par le Alberta Health Services Occupational Therapy Driving Working Group peuvent être utilisés pour développer les connaissances, les compétences et les habiletés des ergothérapeutes, en rehaussant leur capacité de favoriser la conduite automobile sécuritaire chez les clients. Ces outils ont été mis au point pour le contexte de l'Alberta, et les groupes d'utilisateurs peuvent les adapter (en citant les sources) à leurs propres contextes. Lorsque les ergothérapeutes adaptent ces outils, ils doivent bien connaître les lois provinciales, en particulier les exigences relatives à la divulgation des préoccupations en matière de conduite automobile, au partage d'information avec les organismes de réglementation et aux titres qui peuvent être utilisés pour décrire le rôle de l'ergothérapeute. Le groupe de travail des Alberta Health Services continuera d'élaborer des ressources pour raffermir les compétences dans les trois volets d'expertise des ergothérapeutes, de revendiquer la formation de plus de professionnels aux échelons de la pratique avancée et de la pratique spécialisée et de disséminer ces outils pour atteindre les intervenants aux échelons local et national.

Références

- Association canadienne des ergothérapeutes. (2009). *Prise de position de l'ACE : L'ergothérapie et la réadaptation à la conduite automobile*. Téléchargé au <http://caot.ca/default.asp?pageid=1353>
- Davis, E.S. (2003). Defining OT roles in driving. *OT Practice*, 8(1), 15-18.
- Dickerson, A., Reistetter, T., Schold Davis, E., et Monahan, M. (2011). Evaluating driving as a valued instrumental activity of daily living. *American Journal of Occupational Therapy*, 65, 64-75. doi: 10.5014/ajot.2011.09052
- Gustafsson, L. A., Liddle, J. M., Lua, S., Hoyle, M. F., Pachana, N. A., Mitchell, G. K., et McKenna, K. T. (2011). Participant feedback and satisfaction with the UQDRIVE groups for driving cessation. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 78, 110-117. doi:10.2182/cjot.2011.2.6
- Korner-Bitensky, N., Toal-Sullivan, D. et von Zweck, C. (2007). Les personnes âgées et la conduite automobile : vers une stratégie ergothérapique nationale pour le dépistage et l'évaluation des conducteurs à risques. *Actualités ergothérapiques*, 9(4), 3-5.
- Vrkljan, B., McGrath, C., et Letts, L. (2011). Assessment tools for evaluating fitness to drive: A critical appraisal of evidence. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 78, 80-96. doi:10.2182/cjot.2011.78.2.3

NOTRE PASSÉ ERGOTHÉRAPIQUE



RESPONSABLE : SUE BAPTISTE

Il était une fois...l'histoire de l'un des premiers cabinets privés en ergothérapie au Canada

Margaret Tompson

Je me suis lancée un jour dans la pratique privée parce que j'ai eu la témérité de demander un emploi à temps partiel. C'était au début des années 1970, à Saskatoon, et lorsqu'on a refusé ma demande de passer d'un emploi à temps complet à un emploi à temps partiel, j'ai répondu que dans ce cas, je quitterais mon emploi et que je me lancerais dans la pratique privée. Ma réponse a provoqué une forte réaction chez le directeur de mon département, qui m'a dit que cela était impossible, car les ergothérapeutes ne faisaient pas ce genre de chose. Je lui ai simplement répondu : « Regardez-moi bien aller! »

Ce fut le début de l'un des premiers cabinets privés au Canada. L'autre cabinet privé ayant été lancé à l'époque, Community Occupational Therapy Associates (COTA), regroupait cinq ergothérapeutes; ce cabinet est littéralement devenu une marque de commerce en Ontario. Ma propre entreprise avait un but précis, celui de mettre fin au monopole de l'emploi, mais elle n'a jamais connu une croissance permettant d'embaucher plus d'une personne. Lorsque je songe aux quarante dernières années, je garde de très précieux souvenirs de cette période de ma carrière.

Le début

J'ai eu la chance d'avoir un mari qui m'a soutenue et heureusement, à cette époque, une famille pouvait survivre avec un seul revenu. Je me souviens des activités intenses des premiers jours : obtenir un permis d'exploitation d'une entreprise à domicile, trouver un nom (Consultative Occupational Therapy Services), enregistrer l'entreprise dans les registres de la ville et de la province et souscrire une assurance contre la faute professionnelle. Personne n'avait entendu parler de l'ergothérapie; il fallait donc que j'explique à tous mes interlocuteurs le type d'entreprise que je m'apprêtais à lancer. Un jour, la ville a même fait une inspection impromptue de mon entreprise. Je ne sais pas ce qu'on s'attendait à y trouver, mais certainement pas une jeune mère avec deux jeunes enfants.

Marketing

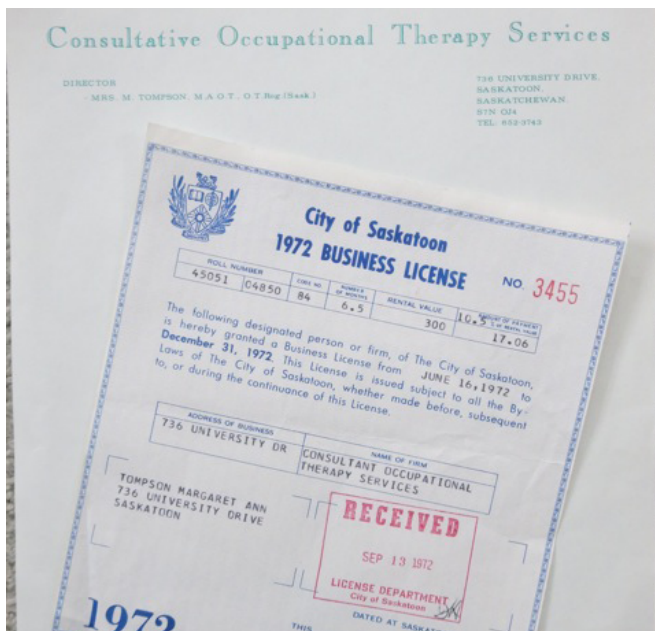
Ma première étape a été de faire appel à un graphiste pour concevoir de la papeterie professionnelle. J'avais une entête imprimée et soulignée d'un trait vert au bas pour imiter les feuilles de rapports d'ergothérapie que l'on insérait au dossier des patients à l'hôpital. J'ai demandé au graphiste de concevoir des carnets de demande de consultation, car à cette époque, les ergothérapeutes de la Saskatchewan ne pouvaient travailler que si un médecin avait fait une demande de consultation en ergothérapie. J'étais enfin prête à commencer. J'ai envoyé une lettre à tous les médecins de la ville pour décrire mes services et j'ai inséré dans chaque enveloppe un carnet de demande de consultation en ergothérapie. Puis, je me suis assise et j'ai attendu...très longtemps... J'ai été très naïve de croire que cette approche serait efficace. En effet, les médecins étaient trop occupés pour répondre et, de plus, ils étaient sans doute peu intéressés à envisager de faire appel à l'ergothérapie.

Éventuellement, j'ai réussi à susciter l'intérêt de deux médecins. Je me suis également fait quelques contacts dans les foyers de soins de longue durée. Il était plus facile d'obtenir des demandes de consultation des médecins en passant par les résidents des foyers de soins de longue durée. Une fois que le personnel avait identifié un résident ayant des besoins, j'avais un entretien avec eux, pour me faire une idée générale des besoins du résident, puis j'envoyais une lettre à son médecin. Dans cette lettre, je décrivais la façon dont je croyais pouvoir venir en aide au résident et je demandais au résident de signer une copie de la lettre (qui était jointe dans une enveloppe adressée et munie d'un timbre) pour attester qu'il acceptait que je l'évalue et le traite. Cette stratégie fonctionnait bien; puis, je faisais un suivi de ma visite et rédigeais un rapport. Malheureusement, mes rapports devaient être beaucoup plus longs et détaillés qu'un rapport traditionnel, car je devais profiter de toutes les occasions qui se présentaient pour démontrer aux médecins la valeur de l'ergothérapie.

« Être ou ne pas être » physiothérapeute

La partie « être » de ce souvenir est liée à l'offre aimable de la directrice du département de physiothérapie de m'employer en utilisant une partie du financement de l'un de ses postes « en physiothérapie », sur une base contractuelle. L'administrateur des services cliniques a accepté, tout comme les représentants du gouvernement, qui savaient qu'en fait, je n'étais pas une physiothérapeute. Toutes les parties en jeu étaient d'accord pour dire que c'était la meilleure façon de mettre en œuvre une étude pilote sur le rôle de l'ergothérapie au sein d'une pratique familiale. Les patients étaient choisis par la directrice, car elle avait à cœur de prouver la rentabilité des services d'ergothérapie. Un patient en particulier a joué un rôle déterminant pendant l'étude pilote. C'était un plombier qui s'était blessé au doigt et qui se blessait constamment, jusqu'au point où il a dû cesser de travailler. Une intervention d'une heure et une simple orthèse de travail lui ont permis de retourner au travail et de continuer à travailler. À la suite de ce projet pilote, la clinique a décidé de créer un nouveau poste pour un ergothérapeute, pour lequel elle a obtenu un financement.

L'incident lié à la partie « ou ne pas être » s'est produit pendant que je tentais de faire inscrire mon entreprise dans les Pages Jaunes du bottin téléphonique local. On m'a dit que je serais inscrite sous la rubrique « physiothérapie ». Lorsque j'ai protesté, on m'a informée qu'il n'y avait pas de catégorie pour l'ergothérapie et que cela était tout ce que l'on pouvait m'offrir. Comme je n'arrivais à aucun résultat avec la compagnie de téléphone, j'ai communiqué avec les représentants de l'organisme de réglementation en physiothérapie, qui m'ont assurée qu'ils réagiraient si mon entreprise était inscrite sous la rubrique physiothérapie dans les Pages Jaunes. J'ai ensuite communiqué avec la compagnie de téléphone pour dire que si les physiothérapeutes me poursuivaient, je n'aurais pas le choix de poursuivre la compagnie de téléphone pour fausse représentation.



Le permis d'exploitation commerciale de 1972 et la papeterie commerciale de l'auteure.

En raison de ma position face à ce problème, j'ai reçu un appel du siège social de la compagnie de téléphone en Ontario qui demandait des précisions sur la situation. Le représentant m'a expliqué que la compagnie ne pouvait pas créer une catégorie pour une seule personne. Il a été surpris d'apprendre qu'il y avait plus d'une ergothérapeute au Canada et, qu'en fait, il y en avait des milliers. Encore une fois, il a fallu que j'explique notre rôle dans la communauté. Et, si ma mémoire est bonne, cet appel a duré près d'une heure, car la personne à l'autre bout du fil était vraiment intriguée par ce groupe de professionnels de la santé dont elle ne s'était jamais doutée de l'existence. C'est ainsi qu'est apparue la catégorie 'ergothérapie' dans les Pages Jaunes du bottin téléphonique.

Honoraires professionnels

Comme j'étais l'une des premières à débiter la pratique privée en ergothérapie, la création d'une grille d'honoraires s'est avérée difficile. Finalement, j'ai établi trois niveaux de paiement. Le niveau supérieur représentait le montant que l'on devait me payer, c'est-à-dire des honoraires que je chargeais aux foyers de soins de longue durée, aux départements gouvernementaux ou à tout autre tiers payeur. Le deuxième niveau était réservé aux individus qui payaient de leur poche. Ces honoraires couvraient mes dépenses, sans plus. Finalement, il y avait des individus, habituellement des personnes âgées, qui me donnaient quelques dollars en me demandant si c'était suffisant. Heureusement, ces cas étaient plus rares et, j'imagine qu'il s'agissait alors de ma propre forme de bénévolat.

Une seule valise peut vous mener loin!

Ma pratique était très autonome, au point où je pouvais mettre tout mon matériel dans une seule valise : matériel pour fabriquer des orthèses, pistolet à air chaud, évaluations cognitives, quelques aides techniques de base et tout ce qu'il faut pour faire une visite à domicile. Il était très pratique de pouvoir rassembler toutes mes ressources en un seul endroit lorsque je partais en vacances; je n'avais qu'à remettre la valise à la personne qui me remplaçait.

À propos de l'auteure

Margaret Tompson, MCEd, PhD, FCAOT, est une enseignante en ergothérapie à la retraite. Tout au long de sa carrière en Saskatchewan, elle a fait valoir la profession et a revendiqué la mise sur pied d'un programme de formation en ergothérapie dans la province. Dans les dernières années, elle s'est engagée activement en tant que représentante des survivants au cancer. On peut joindre Margaret à : tompson@sasktel.net

Différences entre la pratique en établissement et la pratique privée

L'une de mes découvertes les plus étonnantes a été de constater que ma façon d'offrir des services d'ergothérapie a changé par rapport à la façon dont j'exerçais auparavant, alors que je travaillais dans des établissements de soins de santé. En effet, j'étais très consciente du fait que les gens payaient pour mon temps et j'essayais donc d'être aussi efficace que possible, tout en continuant d'offrir un service efficace et de qualité. Je tentais d'effectuer mes interventions en approximativement trois visites. Si je constatais qu'il faudrait plus de temps, j'essayais alors d'aiguiller le patient vers le système public, pour qu'il puisse recevoir gratuitement les services d'ergothérapie. Je me souviens d'une situation où la patiente a d'abord refusé de passer au système public. Elle était convaincue que j'étais la seule personne à pouvoir fabriquer ses orthèses pour les doigts. Nous avons réussi à résoudre le problème à la satisfaction de la patiente lorsque j'ai accepté de l'accompagner dans le local du département d'ergothérapie pour montrer à l'ergothérapeute qui la prendrait en charge comment fabriquer ces orthèses.

Une autre ramification inattendue du monde de la pratique privée était la supposition, de la part de mes collègues, que j'étais devenue riche; après tout, je chargeais des honoraires représentant approximativement le double de leur salaire horaire. J'ai réussi à corriger cette impression erronée en leur expliquant que ma facture était basée sur le temps passé avec le patient. Je leur ai aussi rappelé les nombreuses activités effectuées alors que le patient n'était pas présent. J'ai également commencé à me décrire comme une « travailleuse autonome » plutôt que comme une praticienne exerçant en cabinet privé, ce qui semblait plus acceptable.

Finalement, j'ai commencé à apprécier à quel point il est plus facile pour une ergothérapeute de se faire connaître en travaillant dans la communauté. À l'hôpital, je n'étais que l'un des nombreux professionnels de la santé. Toutefois, dans la communauté, c'était très différent. À de nombreuses reprises, j'étais la seule professionnelle de la santé, mis à part le médecin de famille, qui traitait les gens. Les gens se souvenaient de moi, parlaient de mes services à leur famille et à leurs amis. Il s'agissait d'excellentes relations publiques pour la profession. Cependant, le fait d'être l'une des quelques personnes à voir le patient comportait aussi des désavantages. Cela m'a rendu très consciente de la responsabilité de cibler tout problème, car, si je ratais quoi que ce soit, aucun autre membre d'équipe ne remarquerait mon erreur.

En conclusion

Je n'ai jamais fait beaucoup d'argent en cabinet privé, mais j'ai appris beaucoup et j'ai eu la satisfaction d'exercer de manière autonome, sans avoir à subir les contraintes d'un établissement. Je suis également parvenue à démontrer la valeur des services d'ergothérapie, ce qui m'a permis d'atteindre mon principal objectif : le développement de nouveaux départements d'ergothérapie, ce qui a entraîné une augmentation des possibilités d'emplois pour les ergothérapeutes à Saskatoon et mis fin au monopole du seul employeur qui existait dans les années 1970.

L'APPLICATION DES CONNAISSANCES EN ERGOTHÉRAPIE



RESPONSABLES : HEIDI CRAMM ET HEATHER COLQUHOUN

Appliquer la thérapie par contrainte induite et la thérapie bi-manuelle dans la pratique

Sophie Lam-Damji, Linda Fay, Julia Lockhart et Sue Hoffman

Les enfants hémiplegiques ont un faible contrôle moteur sélectif, de la spasticité, des déficits sensoriels et un mauvais usage des membres atteints. La recherche sur la thérapie par contrainte induite et la thérapie bi-manuelle a démontré que ces interventions permettaient d'améliorer la fonction des membres supérieurs chez les enfants hémiplegiques (Novak et al., 2013). Dans le cadre d'une revue systématique, Novak (2013) s'est servi des Oxford Levels of Evidence et du Evidence Alert Traffic Light, qui lui ont permis de découvrir que la thérapie par contrainte induite et la thérapie bi-manuelle étaient des interventions judicieuses, car des données scientifiques très robustes appuient leur usage auprès des enfants hémiplegiques. La thérapie par contrainte induite est axée sur la fonction unilatérale des mains; il s'agit d'une thérapie faisant appel à la restriction du membre non atteint, accompagnée d'exercices répétés intensifs du membre atteint, en vue d'améliorer l'usage spontané de ce membre (Gordon, 2011). La thérapie bi-manuelle est centrée sur la fonction bilatérale des mains; cette thérapie a été créée par Gordon (2011) pour aborder les limitations de la thérapie par contrainte induite, tout en poursuivant l'entraînement intensif du membre atteint.

Il est parfois difficile d'appliquer les faits scientifiques dans la pratique;

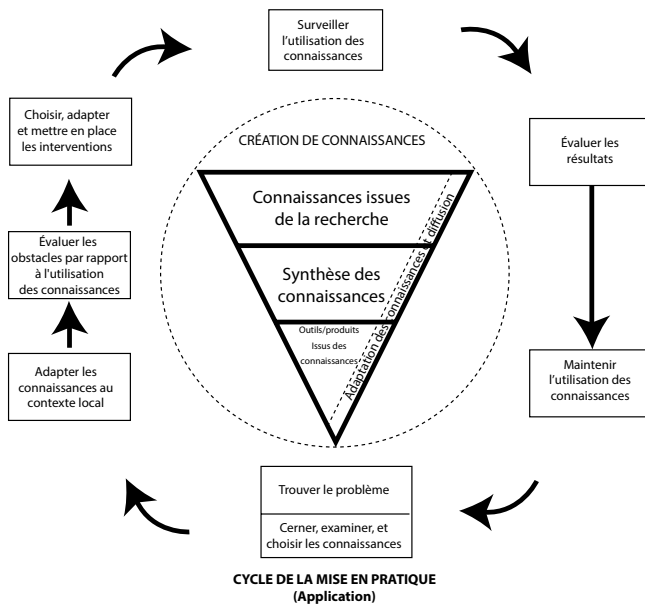


Figure 1. Le processus des connaissances à la pratique. Tiré de « Lost in knowledge translation: Time for a map? » par Graham et al., *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, Vol. 26, p. 13-24.

Copyright © 2006 The Alliance for Continuing Education in the Health Professions, The Society for Academic Continuing Medical Education, and The Council on CME, Association for Hospital Medical Education.

Utilisation autorisée.

voilà pourquoi les chercheurs tentent de trouver des données pour combler le fossé entre les connaissances et la pratique (Grohl et Grimshaw, 2003). Cet article décrit la façon dont le Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital (HBKR) et le Children's Developmental Rehabilitation Program (CDRP) ont utilisé le processus des connaissances à la pratique (Graham et al., 2006) pour favoriser la mise en œuvre de ces thérapies dans la pratique. Le processus des connaissances à la pratique (voir la figure 1) décrit la relation entre la création de connaissances (le cercle intérieur) et les activités requises pour l'application des connaissances (le cycle de mise en pratique extérieur) (Instituts de recherche en santé du Canada, 2014).

Création de connaissances

Pendant cette étape, nous nous sommes concentrées sur la synthèse des connaissances, en faisant la synthèse des meilleures données probantes disponibles en vue de les utiliser dans la pratique. Une revue critique de la littérature et des données probantes a ensuite été effectuée. À l'origine, la thérapie par contrainte induite était utilisée auprès des adultes ayant subi un accident vasculaire cérébral pour les aider à surmonter le non usage appris du membre atteint (Taub, 1994). Les enfants hémiplegiques négligent aussi le membre atteint dans leur vie quotidienne, car pour eux, l'usage du membre non atteint est plus efficace. DeLuca, Case-Smith, Stevenson et Ramey (2012) ont décrit ce phénomène comme une négligence développementale. Un peu plus tard, la thérapie par contrainte induite a été adoptée pour les enfants hémiplegiques; le type de contrainte et l'intensité de cette thérapie ont été modifiés pour que cette approche soit mieux adaptée aux enfants (Charles, Wolf, Schneider et Gordon, 2006; Eliasson, Krumlind-Sundholm, Shaw et Wang, 2005). Dans des études comparant la thérapie par contrainte induite et la thérapie bi-manuelle, on a découvert que les enfants qui recevaient la thérapie par contrainte induite réussissaient mieux les tâches bilatérales. Récemment, une approche combinée de ces deux thérapies a été recommandée (Dong et al., 2013).

Cycle de la mise en pratique

Le cycle de la mise en pratique décrit le processus de la mise en œuvre des connaissances; il comprend sept étapes (Graham et al., 2006).

Trouver le problème.

Les deux centres (HBKR et CDRP) recevaient des demandes de thérapie par contrainte induite de la part des familles. Afin d'avoir une approche centrée sur le client et d'employer les meilleures données probantes dans la pratique, les intervenants ont pris la décision de s'engager dans un processus visant à intégrer ces deux thérapies.

Adapter les connaissances au contexte local.

Compte tenu des données probantes et du contexte local, les ergothérapeutes ont examiné les ressources disponibles et pris en

considération le temps requis pour créer, offrir et poursuivre les deux thérapies (en tenant compte du personnel, de l'espace et du matériel disponibles), de même que l'expérience et les compétences du personnel actuel et la pertinence de ces thérapies pour la clientèle locale.

Évaluer les obstacles à l'utilisation des connaissances.

Les obstacles à la mise en œuvre de la thérapie par contrainte induite étaient, entre autres de trouver comment mettre en œuvre certains aspects de cette thérapie (p. ex., comment restreindre le membre non atteint et comment offrir des programmes de développement adaptés aux enfants d'âges différents).

Du point de vue de la famille et du client, les obstacles à la participation à ces programmes étaient la frustration du client, la sécurité, l'engagement des participants (p. ex., porter la mesure de contention, se rendre aux visites d'évaluation, faire les programmes à domicile) et l'horaire de la thérapie intensive (y compris une possible interférence avec l'école).

Choisir, adapter et mettre en place les interventions.

Afin de réduire le fossé entre les connaissances et la pratique, un ergothérapeute a fait une présentation à l'équipe de direction de l'HBKR sur le développement de la thérapie par contrainte induite. Le directeur médical et l'ergothérapeute ont soumis un article présentant des données probantes au CanChild Centre for Childhood Disability Research, un centre de recherche et de formation situé à la McMaster University, à Hamilton, en Ontario (Lam-Damji et Fehlings, 2006).

Afin de surmonter les obstacles cités plus haut, les ergothérapeutes ont effectué des activités d'autoapprentissage en faisant, notamment une recension des écrits, en participant à des réunions de clubs de lecture avec le directeur médical et la direction et en assistant à des groupes de réflexion et à des conférences locales et internationales pour rehausser leurs connaissances sur la thérapie par contrainte induite et la thérapie bi-manuelle. À l'HBKR, les ergothérapeutes ont fait des présentations au personnel, aux chercheurs et à leurs collègues afin de les informer et de les sensibiliser à ces deux thérapies fondées sur les faits scientifiques. Un plan d'affaires a été conçu et présenté à la direction afin de préciser les ressources et les coûts. Pour surmonter les obstacles mentionnés par les clients, des programmes adaptés à leur stade de développement et divers protocoles ont été établis.

Au CDRP, les ergothérapeutes ont également fait une recension des écrits et participé à des groupes de réflexion et des conférences. Toutefois, comme il s'agit d'un centre beaucoup plus petit, les ergothérapeutes ont pu discuter directement de leurs idées avec le directeur médical avant d'officialiser leurs protocoles.

Intégrer la thérapie par contrainte induite et la thérapie bi-manuelle dans la pratique.

Programmes individuels : Pour les programmes individuels de thérapie par contrainte induite et de thérapie bi-manuelle, les ressources présentement requises sont, des ergothérapeutes, des orthésistes et des assistants de l'ergothérapeute. En effet, les assistants de l'ergothérapeute font la mise en œuvre des programmes de thérapie, sous la direction de l'ergothérapeute. Le client participe à une séance hebdomadaire avec l'assistant de l'ergothérapeute, sur une période de 12 semaines, et il fait des activités axées sur le contrôle moteur unilatéral, la force, la vitesse et l'efficacité, de même que sur les compétences manuelles bilatérales. La sélection de la mesure de contention est basée sur des facteurs comme la sécurité, le confort, le climat, les tissus et l'hygiène (Eliasson et al., 2014). Parmi les autres facteurs à considérer, citons le contrôle moteur des membres supérieurs du client, la mobilité et l'équilibre, le degré de frustration et de participation, et les environnements du client. Chaque client peut choisir de porter une mesure de contention temporaire de deux à quatre heures par jour, durant plusieurs semaines, ou une mesure de contention permanente, pendant trois semaines. Des programmes à domicile sont fournis aux clients. On fait un

suivi auprès des enfants, afin de déterminer s'il faut répéter la thérapie par contrainte induite. Par ailleurs, des programmes individuels de thérapie par contrainte induite et de thérapie bi-manuelle sont maintenant offerts tout au long de l'année, dans les deux établissements.

Camp d'été : Pour les camps, les ressources requises sont, des ergothérapeutes, des assistants de l'ergothérapeute, des bénévoles, des travailleurs sociaux, des musicothérapeutes, des thérapeutes par la danse, des magiciens et des maîtres nageurs. Les travailleurs sociaux offrent du soutien aux clients et aux parents, de même qu'une intervention visant à les sensibiliser au handicap. Les participants fréquentent le camp quatre heures par jour. Avant le camp, les participants doivent porter une mesure de contention permanente pendant une semaine. Cette mesure de contention est coupée en deux dès le premier jour du camp et transformée en une mesure de contention temporaire. La mesure de contention temporaire est portée trois heures par jour tout au long de la première semaine du camp; elle a pour but de favoriser le développement d'habiletés unilatérales. Pendant la deuxième semaine du camp, l'enfant porte la mesure de contention une heure par jour dans le but d'intégrer des habiletés unilatérales dans des activités bilatérales. Les activités du camp sont conçues à l'aide du modèle de l'apprentissage moteur et elles sont incorporées dans un cadre basé sur l'activité. Tout au long de la progression des participants pendant le camp, les activités sont graduées à partir d'une analyse de la tâche, afin de représenter un défi « adapté » aux capacités de l'enfant. Les camps sont offerts tous les ans, pendant l'été.

Les évaluations pour les programmes individuels et le camp sont effectuées avant l'intervention, et à nouveau une semaine et six mois après l'intervention. Parmi ces évaluations, citons l'évaluation des déficits moteurs (p. ex., le Quality of Upper Extremity Skills Test [DeMatteo et al., 1993; Thorley, Lannin, Cusick, Novak et Boyd, 2012], the ACQUIREc Motor Activity Log [DeLuca, Echols, & Ramey, 2007] et le Jebsen Hand Taylor Test [Sears et Chung, 2009]), et l'évaluation de la participation (p. ex., le Assisting Hand Assessment [Krumlinde-Sundholm, Holmefur, Kottorp et Eliasson, 2007], la Mesure canadienne du rendement occupationnel [Law et al., 1990], ou le Children's Hand Use Evaluation Questionnaire [Sköld, Hermansson, Krumlinde-Sundholm et Eliasson, 2011]). Plus récemment, au HBKR, les évaluations comportaient également une évaluation sensorielle (p. ex., le Semmes Weinstein Filament Test, le Two Point Discrimination Test, le Stereognosis [Auld, Ware, Boyd, Moseley et Johnston, 2012]).

Surveiller l'utilisation des connaissances.

Les ergothérapeutes continuent de recenser les données actuelles et de participer à des activités de formation continue. Les résultats ont été disséminés dans le cadre de diverses conférences locales, nationales et internationales de groupes de discussions sur les pratiques exemplaires. Plusieurs centres qui sont membres de l'Association ontarienne des services de réadaptation pour les enfants ont fait des demandes de consultation pour savoir comment lancer un programme de thérapie par contrainte induite et de thérapie manuelle et pour partager nos ressources.

Évaluer les résultats.

Les résultats des évaluations standardisées permettent d'éclairer la pratique. À la suite des interventions à l'aide des deux thérapies, des tendances positives ont été observées face au développement des habiletés des membres supérieurs, avec une amélioration des activités quotidiennes; ces améliorations ont persisté jusqu'à six mois après l'intervention. Des questionnaires à l'intention des clients et des soignants ont aussi permis de recueillir des rétroactions sur le camp. Les rétroactions reçues indiquent que les familles accueilleraient favorablement d'autres camps et qu'elles aimeraient que les camps durent plus longtemps que quatre heures par jour et qu'ils se poursuivent sur plus de deux semaines.

Maintenir l'utilisation des connaissances.

Le Constraint and Bimanual Therapy Handbook pour les programmes à

domicile sera bientôt disponible sur le site web du HBKR pour en faciliter l'accès et le partage avec les partenaires communautaires. L'élaboration de ce manuel a permis aux ergothérapeutes de rehausser leurs compétences face à ces deux thérapies. Nous espérons également que ce manuel permettra d'améliorer les compétences générales au sein du système. Les ergothérapeutes des deux centres continuent de collaborer avec le Bloorview Research Institute pour étudier davantage l'efficacité de la thérapie par contrainte induite et de la thérapie bi-manuelle.

Conclusion

Le processus des connaissances à la pratique a été un outil utile pour faciliter la mise en œuvre de la thérapie par contrainte induite et de la thérapie bi-manuelle dans la pratique. Le processus permet de veiller à ce que cette mise en œuvre soit fondée sur les faits, à ce qu'elle réponde aux besoins des clients et à ce qu'elle aide les ergothérapeutes à évaluer systématiquement les faits pour s'assurer que les thérapies continueront d'être fondées sur les meilleures données scientifiques. Ce processus continuera d'être un outil utile que les ergothérapeutes pourront appliquer à d'autres interventions fondées sur les faits, pour réduire ainsi le fossé entre les connaissances et la pratique.

Remerciements

Le temps consacré à la rédaction de ce manuscrit a été financé en partie par l'Institut ontarien du cerveau, une société à but non lucratif, et par le Gouvernement de l'Ontario. Les opinions, résultats et conclusions présentés dans cet article sont ceux des auteures et ne doivent pas être considérés comme étant ceux de l'Institut ontarien du cerveau ou comme étant reconnus par cet organisme.

Les auteures tiennent à remercier sincèrement la Dre Darcy Fehlings pour son temps, ses conseils et son soutien tout au long de la rédaction de cet article.

Références

- Auld, M.L., Ware, R.S., Boyd, R.N., Moseley, G.L., et Johnston, L.M. (2012). Reproducibility of tactile assessments for children with unilateral cerebral palsy. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 32, 151-166. doi:10.3109/01942638.2011.652804
- Charles, J.R., Wolf, S.L., Schneider, J.A., et Gordon, A.M. (2006). Efficacy of a child friendly form of constraint-induced movement therapy in hemiplegic cerebral palsy: A randomized control trial. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 48, 635-642.
- DeLuca, S., Case-Smith, J., Stevenson, R., et Ramey, S. L. (2012). Constraint-induced movement therapy (CIMT) for young children with cerebral palsy: Effects of therapeutic dosage. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine*, 5, 133-142. doi:10.3233/PRM-2012-0206
- DeLuca, S., Echols, K., et Ramey, S. (2007). *Acquire C Therapy: A Training Manual for Effective Application of Pediatric Constraint Induced Movement Therapy*. Hillsborough, NC, USA : MindNurture Inc.
- DeMatteo, C., Law, M., Russell, D., Pollock, N., Rosenbaum, P., et Walter, S. (1993). Reliability and validity of the Quality of Upper Extremity Skills Test. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 13 (2), 1-18. Doi:10.1080/J006V13no2_01
- Dong, V. A., Tung, I. H., Siu, H. W., et Fong, K. N. (2013). Studies comparing the efficacy of constraint-induced movement therapy and bimanual training in children with unilateral cerebral palsy: A systematic review. *Developmental Neurorehabilitation*, 16, 133-143. doi:10.3109/17518423.2012.702136
- Eliasson, A., Krumlinde-Sundholm, L., Gordon, A., Feys, H., Klingels, K., Aarts, P., ... Hoare, B. (2014). Guidelines for future research in constraint-induced movement therapy for children with unilateral cerebral palsy: An expert consensus. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 56, 125-137. doi:10.1111/dmcn.12273
- Eliasson, A.C., Krumlinde-Sundholm, L., Shaw, K., et Wang, C. (2005). Effects of constraint induced movement therapy in young children with hemiplegic cerebral palsy: An adapted model. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 47, 266-275.
- Gordon, A. M. (2011). To constrain or not to constrain, and other stories of intensive upper extremity training for children with unilateral cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 53(Suppl. 4), 56-61. doi:10.1111/j.1469-7499.2011.04066.x
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M., Straus, S., Tetroe, J., Caswell, W., et Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: Time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26, 13-24.
- Grol, R., et Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: Effective implementation of change in patients' care. *Lancet*, 362(9391), 1225-30.
- Instituts de recherche en santé du Canada. (2014). *À propos de l'application des connaissances et de la commercialisation*. Téléchargé au <http://www.cchr-irsc.gc.ca/f/29418.html>
- Krumlinde-Sundholm, L., Holmefur, M., Kottorp, A., et Eliasson, C. (2007). The Assisting Hand Assessment: Current evidence of validity, reliability and responsiveness to change. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49, 259-264.
- Lam-Damji, S., et Fehlings, D. (2006). *An update on constraint therapy in children with hemiplegia*. Téléchargé sur le site web du Canchild Centre for Childhood Disability. <http://www.canchild.ca/en/canchildresources/constrainttherapy.asp>
- Law, M., Baptiste, S., McColl, M., Opzoomer, A., Polatajko, H., et Pollock, N. (1990). The Canadian Occupational Performance Measure: An outcome for occupational therapy. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 57, 82-87.
- Novak, I., Mcintyre, S., Morgan, C., Campbell, L., Dark, L., Morton, N., et Goldsmith, S. (2013). A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: State of the evidence. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 55, 885-910. doi:10.1111/dmcn.12246
- Sears, E., et Chung, K. (2010). Validity and responsiveness of the Jebsen Taylor Hand Function Test. *Journal of Hand Surgery*, 35, 30-37. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jhsa.2009.09.008.
- Sköld, A., Hermansson, L.N., Krumlinde-Sundholm, L., et Eliasson, A.C. (2011). Development and evidence of validity for the Children's Hand Use Experience Questionnaire. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 53, 436-442.
- Taub, E. (1994). Overcoming learned nonuse: A new behavioral medicine approach to physical medicine. Dans J. G. Carlson, S. R. Seifert, & N. Birbaumer (Édit.), *Clinical applied psychophysiology* (p.185 à 220). New York, NY: Plenum.
- Thorley, M., Lannin, N., Cusick, A., Novak, I., et Boyd, R. (2012). Reliability of the Quality of Upper Extremity Skills Test for children with cerebral palsy aged 2 to 12 years. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 32, 4-21. doi:http://dx.doi.org/10.3109/01942638.2011.602399.

À propos des auteures

Sophie Lam-Damji, Erg. Aut. (Ont.), et Linda Fay, Erg. Aut. (Ont.), sont toutes deux ergothérapeutes au Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital et elles ont un statut de titulaire au Department of Occupational Science and Occupational Therapy de l'University of Toronto. Prière d'envoyer toute correspondance à : slam-damji@hollandbloorview.ca

Julia Lockhart, Erg. Aut. (Ont.), et Sue Hoffman, Erg. Aut. (Ont.), sont toutes deux ergothérapeutes au Children's Developmental Rehabilitation Program du McMaster Children's Hospital et Julia enseigne aussi à la McMaster University. Prière d'envoyer toute correspondance à : lockhart@hhsc.ca



RESPONSABLE : SANDRA HOBSON

Faire avancer les choses pour les aînés : Deux nouvelles approches pour améliorer l'usage des fauteuils roulants manuels chez les aînés

Ed Giesbrecht, Krista L. Best et William C. Miller

Les fauteuils roulants et les aînés

Le fauteuil roulant est l'une des formes les plus reconnaissables de la technologie d'assistance et sans doute la plus importante. Plus de 60 % des Canadiens utilisant des fauteuils roulants sont des personnes âgées, une population dont on s'attend à ce que le nombre double d'ici 2050 (Statistique Canada, 2008). L'acquisition d'un fauteuil roulant entraîne des coûts considérables pour le consommateur et les systèmes de santé; en effet, le prix d'achat, de même que le processus d'évaluation et d'attribution peuvent facilement dépasser les 10 000 \$. Le simple fait d'acquiescer un fauteuil roulant ne garantit pas que l'utilisateur saura en faire un usage autonome ou sécuritaire. Près de 60 % des aînés utilisant des fauteuils roulants au Canada ont besoin que d'autres personnes les aident pour leurs déplacements de base (Shields, 2004). Le manque d'autonomie dans les déplacements peut entraîner une réduction de la participation, une perte d'appartenance sociale, une augmentation du fardeau de l'aidant et l'abandon ou la désuétude des aides à la mobilité (Finlayson et van Denend, 2003; Turner Goins et al., 2014). De plus, un mauvais usage d'un fauteuil roulant peut entraîner des collisions, des renversements et des chutes, en particulier chez les aînés, qui représentent près de 70 % des visites à l'urgence associées à des accidents de fauteuils roulants (Xiang, Chany et Smith, 2006).

Facteurs entraînant un mauvais usage d'un fauteuil roulant

Divers facteurs systémiques et sociaux se combinent, au désavantage des aînés en fauteuil roulant. Les stéréotypes associés à l'acquisition d'un fauteuil roulant lorsque l'on prend de l'âge suggèrent que les aînés n'ont pas la capacité d'être des usagers actifs et qu'ils sont perçus comme étant moins capables d'apprendre de nouvelles habiletés. Les aînés intériorisent souvent ces perceptions sociales discriminatoires, car l'autoefficacité en fauteuil roulant est associée négativement avec le vieillissement et ils ont de moins grandes attentes face à leur capacité d'utiliser un fauteuil roulant (Sakakibara, Miller, Souza, Nikolova et Best, 2013). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) reconnaît que l'entraînement au fauteuil roulant est un élément essentiel à l'usage optimal du fauteuil roulant (OMS, 2008), une position qui est appuyée par des données probantes. L'entraînement aux habiletés en fauteuil roulant doit idéalement comprendre de 10 à 12 séances offertes par un praticien expert. De plus grandes capacités d'utilisation peuvent être atteintes dans la communauté, une fois que le client a reçu son congé de l'hôpital (Best, Kirby, Smith et MacLeod, 2005). Toutefois, les limitations en matière de ressources en soins de santé entraînent une réduction des séjours à l'hôpital, de même que des priorités concurrentielles. Par conséquent, peu d'usagers de fauteuils roulants reçoivent un entraînement avancé en matière de mobilité; de plus, une réduction

des services de réadaptation signifie que les ergothérapeutes oeuvrant à base communautaire ont peu de temps pour enseigner et utiliser des compétences spécialisées comme l'entraînement au fauteuil roulant.

Innovation dans le domaine de l'entraînement aux habiletés en fauteuil roulant

Comme il est peu probable que les ressources en réadaptation augmentent dans le milieu actuel du financement, il est essentiel de mettre au point d'autres méthodes d'entraînement. Deux nouvelles approches de l'enseignement de la mobilité en fauteuil roulant ont récemment été élaborées par des chercheurs de l'University of British Columbia et de l'University of Manitoba. Les principes conceptuels de l'andragogie (apprentissage chez l'adulte; Knowles, 1980) et la théorie sociale cognitive (autoefficacité) (Bandura, 1997) ont été utilisés pour cibler spécifiquement les besoins des aînés en matière d'apprentissage et favoriser l'adoption de la technologie d'assistance ainsi que la participation active au processus d'entraînement.

Favoriser la participation dans la communauté en améliorant les habiletés en fauteuil roulant : le programme EPIC WheelS

Le programme EPIC WheelS est un programme d'entraînement à domicile d'une durée d'un mois qui est offert par l'intermédiaire d'une tablette électronique pour enseigner les habiletés en fauteuil roulant aux aînés. Des aînés expérimentés, eux-mêmes usagers de fauteuils roulants manuels, de même que des soignants et des praticiens autorisés à prescrire des fauteuils roulants ont été engagés tout au long de la création et de l'évolution du programme EPIC WheelS. Un ergothérapeute ayant de l'expertise pour enseigner les habiletés en fauteuil roulant anime deux séances d'entraînement individuelles d'une heure. Pendant les séances, l'ergothérapeute évalue les besoins et les objectifs d'apprentissage des participants, puis il enseigne les habiletés pour utiliser un fauteuil roulant et la façon d'utiliser le programme à domicile par l'intermédiaire de la tablette électronique. Les participants se servent d'une tablette électronique de 10 pouces, simplement attachée à une plateforme rigide fixée sur le fauteuil roulant. Cette configuration unique permet aux participants de voir les démonstrations et les activités d'entraînement pendant qu'ils roulent, et ils peuvent ainsi s'exercer dans pratiquement n'importe quel environnement dans leur communauté, ce qui favorise la généralisation des habiletés. Par exemple, les participants peuvent « faire une ballade dans des montagnes russes » à l'écran de la tablette pour s'exercer à faire des transferts de poids, afin de faire l'acquisition d'habiletés qui leur permettront de monter des pentes et de rouler sur des plans inclinés en fauteuil roulant.

Le programme à domicile EPIC WheelS est interactif et composé de menus qui sont activés au moyen de l'interface de l'écran tactile. Le matériel d'entraînement est multimodal, c'est-à-dire qu'il comporte des illustrations et des vidéos, ce qui permet de guider les participants étape par étape et de faire des démonstrations au ralenti à l'aide de modèles adaptés aux aînés. Les activités pratiques peuvent être illustrées clairement; ces activités sont à la fois fonctionnelles et basées sur des jeux interactifs. Les activités d'entraînement sont graduées en fonction de leur complexité et de leur degré de difficulté. Afin de renforcer la participation, une icône de « progrès » annonce quotidiennement au participant le nombre de minutes qu'il s'est exercé chaque semaine. Pendant la période d'étude de quatre semaines, la tablette contenant le programme EPIC WheelS est prêtée sans frais, de même qu'un appareil mobile Internet pour permettre l'échange de messages vocaux entre le participant et son ergothérapeute et pour téléverser les données de la tablette sur un site web sécurisé. L'ergothérapeute peut suivre l'entraînement et les progrès du participant en ligne, apporter des changements au plan d'intervention et communiquer avec le participant par messagerie vocale, au moment qui lui convient le mieux. Les proches du participants (c'est-à-dire, les membres de sa famille, ses amis ou ses soignants) sont invités à participer aux séances d'entraînement, pendant lesquelles ils peuvent aussi apprendre des stratégies et des techniques de repérage qui rendront le programme à domicile encore plus interactif et renforceront les principes du programme EPIC WheelS.

La prestation de programme de réadaptation à domicile pour les aînés a été efficace pour améliorer divers résultats, comme la force (Layne et al., 2008), l'activité physique (Jette et al., 1998), les soins personnels (Gill et al., 2002) et l'exercice (Campbell et al., 1997). Les faibles demandes en matière de déplacements et de contact direct, de même que la souplesse de l'horaire pour l'ergothérapeute et le participant, rendent cette solution plus rentable qu'une thérapie traditionnelle offerte aux patients par l'intermédiaire des services externes. Un programme à domicile d'entraînement au fauteuil roulant offert sous surveillance qui est efficace et rentable pour les aînés peut également être appliqué à d'autres groupes, par exemple, les personnes vivant en milieu rural et éloigné ayant un accès limité à des programmes de réadaptation.

Le programme Wheelchair training Self-efficacy enhanced for Use: WheelSeeU

Le programme WheelSeeU est un programme à base communautaire offert par un aîné qui est également un usager expérimenté d'un fauteuil roulant manuel. Les participants prennent part à l'intervention en dyades, mais ils font un entraînement individuel basé sur leurs objectifs personnels. Afin de favoriser la poursuite du programme, d'offrir une perspective et de faciliter la pratique sécuritaire des habiletés acquises à l'extérieur de l'intervention, les participants sont invités à amener un « proche » aux séances d'entraînement. Le pair formateur aide les participants à se fixer des objectifs significatifs en matière de mobilité en fauteuil

roulant, puis il applique des méthodes de résolution de problème semblables à celles que l'on utilise dans les programmes d'autogestion pour atteindre chaque objectif. Les quatre composantes de la théorie sociale cognitive, soient l'expérience indirecte, la maîtrise du rendement, la persuasion verbale et la réinterprétation des réactions physiologiques (Bandura, 1997), sont utilisées pour favoriser l'entraînement et l'apprentissage.

L'expérience indirecte consiste à observer la réussite chez des pairs comparables et elle est établie de deux façons. Premièrement, par l'intermédiaire d'un pair mentor qui facilite l'intervention, les participants apprennent des habiletés en observant une personne qui est expérimentée dans l'usage d'un fauteuil roulant. Deuxièmement, en travaillant en paires, les participants apprennent, en observant d'autres personnes qui leur ressemblent passer par un processus d'essai et d'erreur pour d'obtenir de bons rendements. Le fait d'observer un pair en train de réussir raffermi la croyance du participant en sa propre capacité de réussir (Bandura, 1997). La maîtrise du rendement consiste à apprendre à effectuer une habileté spécifique et il s'agit de la source d'autoefficacité la plus robuste. Pour parvenir à la maîtrise des habiletés en fauteuil roulant, la formation doit être centrée sur les objectifs ciblés par le participant. La persuasion verbale découle d'une communication crédible et d'une rétroaction ciblée pour guider l'apprenant tout au long de la tâche et l'inciter à fournir un effort optimal. La persuasion verbale est fournie par le pair formateur, les autres participants et les proches. On enseigne aux participants comment réinterpréter les réactions physiologiques en leur apprenant des stratégies pour identifier, puis aborder les problèmes, comme les réactions au stress et à l'anxiété associées à des situations difficiles, au moyen de jeux de rôle, de discussions et de capsules situationnelles. Des programmes dirigés par les pairs ont été utilisés efficacement dans divers milieux cliniques pour améliorer l'autoefficacité et les comportements de santé associés, par exemple, pour le traitement de problèmes de santé comme l'arthrite et le diabète, de même que pour la réadaptation cardiaque et la promotion de l'exercice. On a également démontré que les taux de rétention élevés et les avantages perçus des programmes dirigés par les pairs favorisaient l'adoption à long terme des programmes chez les aînés (Dorgo, King, Bader et Limon, 2011).

Sommaire

Les programmes EPIC WheelS et WheelSeeU offrent des approches novatrices pour aborder les problèmes de mobilité en fauteuil roulant auprès d'une population vieillissante. Le programme EPIC WheelS offre au client qui reçoit l'entraînement les avantages uniques de l'intimité, de la commodité et du contrôle dans un contexte d'apprentissage familial et authentique, tout en réduisant le temps, l'effet et les frais de déplacement du client et de l'ergothérapeute. Le programme WheelSeeU offre l'avantage notable de la formation par les pairs, qui ont tendance à être plus empathiques et respectueux que les praticiens, en particulier chez les aînés (Bratter et Freeman, 1990). Ce programme peut être effectué en paires ou en groupe, ce

À propos des auteurs

Ed Giesbrecht, ergothérapeute, est chargé d'enseignement au Department of Occupational Therapy de l'University of Manitoba et candidat au doctorat au programme des sciences de la réadaptation de l'University of British Columbia. Ses intérêts de recherche portent sur la mobilité en fauteuil roulant et la participation des aînés.

Krista Best, PhD, a terminé ses études doctorales au programme des sciences de la réadaptation de l'University of British Columbia et elle est actuellement boursière postdoctorale à l'Université Laval. Elle possède plus de 12 ans d'expérience en recherche et application des connaissances dans le domaine de l'entraînement au fauteuil roulant basé sur les faits scientifiques.

William Miller, PhD, FCAOT, est professeur au Department of Occupational Science and Occupational Therapy de l'University of British Columbia. Le Dr Miller a de l'expertise en recherche dans les domaines des aides à la mobilité, des déterminants de l'usage des fauteuils roulants, des outils de mesure (développement et évaluation), de l'autoefficacité en fauteuil roulant et de l'évaluation de la technologie d'assistance. Il a obtenu des subventions de fonctionnement des IRSC pour les deux études décrites dans cet article. On peut joindre le Dr Miller à : bill.miller@ubc.ca

qui en augmente l'efficacité et la rentabilité et favorise un sentiment d'appartenance à la communauté chez les participants (Webel, Okonsky, Trompeta et Holzemer, 2010). Le programme WheelSeeU peut devenir durable lorsque des partenariats sont établis entre différents programmes communautaires de mentorat par les pairs. Nous procédons actuellement à l'évaluation de la faisabilité et de l'efficacité de ces programmes par l'intermédiaire de deux essais cliniques. L'amélioration des habiletés en fauteuil roulant est le principal résultat d'intérêt, mais nous évaluons également la sécurité, l'autonomie et la mobilité dans la communauté des personnes en fauteuil roulant. Lorsqu'ils sont combinés, les programmes EPIC WheelS et WheelSeeU peuvent offrir des solutions novatrices pour l'entraînement au fauteuil roulant, en abordant les barrières sociales, systémiques et économiques à l'autonomie et à la pleine participation dans la communauté pour les aînés en fauteuil roulant. Pour obtenir de plus amples renseignements sur ces études, prière de visiter notre site web, au : <http://millerresearch.osot.ubc.ca/research/participate/>

Références

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: W. H. Freeman and Company.
- Best, K. L., Kirby, R. L., Smith, C., et MacLeod, D. A. (2005). Wheelchair skills training for community-based manual wheelchair users: A randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86, 2316-2323. doi:10.1016/j.apmr.2005.07.300
- Bratter, B., et Freeman, E. (1990). The maturing of peer counselling. *Generations*, 14(1), 49-52.
- Campbell, A. J., Robertson, M. C., Gardner, M. M., Norton, R. N., Tilyard, M. W., et Buchner, D. M. (1997). Randomised controlled trial of a general practice programme of home based exercise to prevent falls in elderly women. *British Medical Journal*, 315, 1065-1069.
- Dorgo, S., King, G. A., Bader, J., et Limon, J. S. (2011). Comparing the effectiveness of peer mentoring and student mentoring in a 35-week fitness program for older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52, 344-349. doi:10.1016/j.archger.2010.04.007
- Finlayson, M., et van Denend, T. (2003). Experiencing the loss of mobility: Perspectives of older adults with MS. *Disability and Rehabilitation*, 25, 1168-1180. doi: 10.1080/09638280310001596180
- Gill, T. M., Baker, D. I., Gottschalk, M., Peduzzi, P. N., Allore, H., et Byers, A. (2002). A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. *The New England Journal of Medicine*, 347, 1068-1074. doi: 10.1056/NEJMoa020423
- Jette, A. M., Rooks, D., Lachman, M., Lin, T. H., Levenson C., Heislein, D., ... Harris, B. A. (1998). Home-based resistance training: Predictors of participation and adherence. *Gerontologist*, 38, 412-421. doi:10.1093/geront/38.4.412
- Knowles, M. S. (1980). *The modern practice of adult education: From pedagogy to andragogy*. Englewood Cliffs, NJ: Cambridge Adult Education.
- Layne, J. E., Sampson, S. E., Mallio, C. J., Hibberd, P. L., Griffith, J. L., Das, S. K., ... Castaneda-Sceppa, C. (2008). Successful dissemination of a community-based strength training program for older adults by peer and professional leaders: The people exercising program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56, 2323-2329. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.02010.x
- Organisation mondiale de la santé. (2008). *Guide pour les services de fauteuils roulants manuels dans les régions à faibles revenus*. Téléchargé au http://www.who.int/disabilities/publications/technology/wheelchairguidelines_fr_finalforweb.pdf?ua=1
- Sakakibara, B. M., Miller, W. C., Souza, M., Nikolova, V., et Best, K. L. (2013). Wheelchair skills training to improve confidence with using a manual wheelchair among older adults: A pilot study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94, 1031-1037. doi: org/10.1016/j.apmr.2013.01.016
- Shields, M. (2004). Use of wheelchairs and other mobility devices. *Health Reports*, 15, 37-40.
- Statistique Canada. (2008). *Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2006*. Ottawa: Auteur.
- Turner Goins, R., Jones, J., Schure, M., Rosenberg, D. E., Phelan, E. A., Dodson, S., et Jones, D. L. (2014). Older adults' perceptions of mobility: A metasynthesis of qualitative studies. *The Gerontologist*. Publication hâtive en ligne. doi:10.1093/geront/gnu014.
- Webel, A. R., Okonsky, J., Trompeta, J., et Holzemer, W. L. (2010). A systematic review of the effectiveness of peer-based interventions on health-related behaviors in adults. *American Journal of Public Health*, 100, 247-253. doi: 10.2105/ajph.2008.149419
- Xiang, H., Chany, A. M., et Smith, G. A. (2006). Wheelchair related injuries treated in US emergency departments. *Injury Prevention*, 12, 8-11. doi:10.1136/ip.2005.010033

REHAUSSER LA PRATIQUE : AÎNÉS



RESPONSABLE : SANDRA HOBSON

Les compressions budgétaires dans les services de santé et leurs effets sur les immigrants âgés du Canada

(Hedy) Anna Walsh

Les compressions budgétaires dans les services de santé (Forget, Deber, Roos et Walld, 2005) ont posé de plus en plus de défis aux ergothérapeutes et autres fournisseurs de soins de santé, en particulier, face à la prestation de services aux populations multiculturelles diverses du Canada (Wisensale, 2006). Ces réformes ont entraîné une réduction de la durée des séjours à l'hôpital, une augmentation des soins à base communautaire et des pressions de plus en plus grandes sur les familles afin qu'elles offrent des soins informels et privés à leurs proches âgés (Baranek, Williams et Deber, 1999).

La majorité des personnes âgées de plus de 75 ans continuent de vivre de manière autonome dans la collectivité; toutefois, il y a des personnes qui ont besoin d'aide pour effectuer leurs activités de la vie quotidienne, comme prendre un bain, s'habiller et manger, de même que pour réaliser leurs activités instrumentales de la vie quotidienne, comme faire leurs courses et leurs opérations bancaires et se déplacer à l'aide d'un moyen de transport (Wisensale, 2006). Il arrive parfois que les fournisseurs de soins de santé s'attendent à ce que différents groupes ethnoculturels fournissent un soutien informel à leurs proches pour ce genre d'activités, en raison de nombreuses des idées reçues au sujet des relations familiales étroites, des traditions culturelles qui vénèrent les personnes âgées et des compétences innées des individus pour prodiguer des soins. Ces idées reçues entraînent des prédictions inadéquates des besoins des personnes âgées en matière de services de soins à domicile (Brotman, 2002). Bien que les relations basées sur les soins réciproques fassent partie de nombreuses traditions culturelles, l'information relative à la loyauté de la famille et aux attitudes d'obligation et d'engagement demeure mal comprise de la part des fournisseurs de soins de santé (Tomlinson et Åstedt-Kurki, 2008). Le but de cet article est de susciter la discussion entre les ergothérapeutes sur les effets des compressions budgétaires sur les besoins en matière de soins et de participation occupationnelle des immigrants âgés au Canada.

Les défis associés à la prestation de soins au Canada

Les immigrants âgés représentent un grand nombre de Canadiens. En effet, la migration internationale a été la principale source de croissance de la population canadienne depuis le début des années 1990 (Statistique Canada, 2013). Au sein de la population née à l'étranger, 18 % des gens sont âgés de 65 ans et plus, comparativement à 11 % des personnes nées au Canada (Wu et Hart, 2002).

Les compressions budgétaires au sein des programmes de santé canadiens ont donné lieu à la stratégie 'vieillir chez-soi', qui encourage les personnes âgées à demeurer à domicile et à se fier à des sources de soins publiques, privées et informelles (Lai, 2004). Malgré l'effet positif associé au fait d'encourager les gens à continuer à résider à domicile, cette situation a toutefois entraîné une dépendance plus grande aux familles pour prodiguer les soins, car de nombreuses personnes âgées sont incapables de s'offrir des soins privés (Dorazio-Migliore, Migliore et Anderson, 2005).

En raison de l'augmentation des compressions budgétaires, la priorité a été accordée à la dépense pour les soins médicaux aigus; conséquemment, les aînés ont plus de difficulté à accéder au soutien médical dont ils ont besoin pour leurs problèmes chroniques (Simms, 2003) et à recevoir des services comme la préparation de repas, l'entretien ménager, la socialisation, le transport et les soins personnels, qui sont considérés comme des services non médicaux (Simms, 2003). Les demandes concurrentielles créées par les besoins complexes en matière de santé exacerbent le problème du droit limité à ce genre de services. De plus, il arrive souvent que l'on n'accorde pas la priorité aux aspects linguistiques et culturels. Ces facteurs peuvent se traduire par l'augmentation des consultations auprès de fournisseurs de soins de santé qui sont déjà débordés (Fiscella et Epstein, 2008).

Tendances culturelles en matière de prestation de soins

Historiquement, la responsabilité des soins de longue durée dans les cultures occidentales était largement considérée comme une responsabilité de la famille. Cette notion a changé depuis, car les attentes ont changé en raison, entre autres de la participation des femmes à la main-d'œuvre rémunérée et de leur manque de disponibilité pour prodiguer des soins à temps plein. Un autre facteur ayant contribué à ce changement est l'individualisme, qui met l'accent sur le besoin d'autodétermination, d'autonomie et d'intimité. Ceci entre souvent en conflit avec les valeurs de la famille, qui mettent l'accent sur l'importance de la famille dans la prestation des soins (Montgomery, 1999). Par exemple, la prescription d'aides techniques, comme des barres d'appui pour assurer la sécurité du client dans la salle de bain, peut entrer en conflit avec les valeurs d'une famille et le fait qu'elle préfère s'en passer (Benoit et Hallgrímsdóttir, 2008).

Les tendances en matière de prestation de soins sont largement influencées par des facteurs comme les traditions culturelles, les croyances, le temps passé dans un nouveau pays, le degré de scolarité et des facteurs économiques (Jones, Zhang, Jaceldo-Siegl et Meleis, 2002). La culture a été définie comme l'ensemble des valeurs, croyances, normes et pratiques qui sont transmises et partagées entre les individus (Jirwe, Gerrish et Emami, 2006). Bien que les traditions culturelles en matière de prestation de soins soient souvent transmises d'une génération à l'autre (Won Min, 2005), des variations peuvent se produire en raison du phénomène de 'l'acculturation', ce qui fait que des différences culturelles peuvent se manifester dans un nouveau pays. On définit l'acculturation comme « les phénomènes qui se produisent lorsque des groupes d'individus ayant des cultures différentes entrent continuellement en contact direct, ce qui entraîne des changements dans les tendances culturelles originales de l'un ou des deux groupes » (Rohmann, Piontkowski et Van Randenborgh, 2008, p. 337 à 338).

Les attentes des travailleurs de la santé face à la prestation de soins ne sont pas éclairées uniquement par leurs interprétations personnelles des sens culturels et des valeurs culturelles; elles peuvent aussi être influencées par l'accent mis par le gouvernement sur la compression des coûts des services

de santé — p. ex., les congés précoces de l'hôpital et une plus grande dépendance à des sources des soins privées et informelles sont encouragés. Par exemple, les valeurs culturelles qui encouragent les membres de la famille à aider leurs proches à effectuer leurs soins personnels pendant qu'ils sont à l'hôpital peuvent être perçues négativement par le personnel de l'hôpital qui a encouragé la personne à améliorer son autonomie; ainsi, ce genre d'aide peut être considéré comme une façon éventuellement de retarder le congé. Ce genre de problème risque de perpétuer la division culturelle entre les aidants naturels et les fournisseurs de soins de santé. Les interprétations de la culture doivent donc être considérées à la lumière de la restructuration des services de santé canadiens, selon laquelle l'objectif politique de la compression des coûts accorde la priorité à une plus grande autonomie et au congé précoce, et à une moins grande dépendance au système de santé public (Anderson, Tang et Blue, 2007).

Recommandations

Le résultat de la situation décrite dans cet article est que l'on peut assumer que les immigrants âgés du Canada ont plus de soutien familial qu'ils n'en ont en réalité et par conséquent, il est possible qu'ils aient plus de difficulté à accéder aux services de soutien financés par les fonds publics. En d'autres mots, les milieux sociaux et institutionnels pourraient ne pas appuyer suffisamment la participation occupationnelle de base de nombreuses personnes âgées à domicile. Ainsi, les ergothérapeutes doivent prendre en considération les effets des réformes de la santé, car ils ont une influence sur les personnes âgées et leur accès aux ressources, de même que les répercussions de ces effets sur les systèmes de soutien intergénérationnels (Joubert et Bradshaw, 2006). Afin d'aborder cet enjeu, les ergothérapeutes peuvent entreprendre les actions suivantes :

1. Encourager les personnes âgées et les membres de leur famille à exprimer librement leurs besoins en matière de soins, en déterminant dans quelle mesure ils ont accès à des soins formels, informels et privés. Tenir compte des effets possibles de l'acculturation sur les tendances en matière de prestation de soins, afin que les attentes des aînés et des membres de leur famille en matière de soins soient réalistes et claires, plutôt que d'assumer ces attentes.
2. Recommander des services de soins à domicile fondés sur des évaluations réalistes du soutien informel et privé disponible.
3. Favoriser la production de données probantes pour aider les praticiens à mieux comprendre le rôle de la famille dans la prestation de soins à leurs proches âgés.
4. Revendiquer plus de temps pour la prestation de soins adaptés à la culture et pour aborder les besoins complexes des aînés en matière de santé.

Conclusion

Les ergothérapeutes peuvent jouer un rôle important en habitant les immigrants âgés du Canada à participer à des occupations quotidiennes dans leurs propres domiciles et en les aidant (de même que leur famille) à avoir accès à des ressources de santé, sociales et économiques. L'accent continu mis sur la compression des coûts dans les services publics représente un défi pour ce rôle (Padilla, 2007). Afin de répondre adéquatement aux besoins des immigrants âgés en matière de soins, les ergothérapeutes doivent bien comprendre les effets des compressions budgétaires des services de santé et le rôle de la famille dans la prestation des soins.

Références

- Anderson, J., Tang, S., et Blue, C. (2007). Health care reform in the paradox of efficiency: "Writing in" culture. *International Journal of Health Services*, 37, 291-320. doi:10.2190/2416-5314-7785-70M6
- Baranek, P. M., Williams, A. P., et Deber, R. (1999). Policy trade-offs in "home care": The Ontario example. *Canadian Public Administration*, 42, 69-94.
- Benoit, C., et Hallgrímsdóttir, H. K. (2008). Engendering research on care and care work across different social contexts. *Canadian Journal of Public Health*, 99, S7-S10.
- Brotman, S. (2002). Primacy of family in elder care discourse: Home care services to older ethnic women in Canada. *Journal of Gerontological Social Work*, 38(3), 19-52.
- Dorazio-Migliore, M., Migliore, S., et Anderson, J. M. (2005). Crafting a praxis-oriented culture concept in the health disciplines: Conundrums and possibilities. *Health*, 9, 339-360. doi: 10.1177/1363459305052904
- Fiscella, K., et Epstein, R. M. (2008). So much to do, so little time: Care for the socially disadvantaged and the 15-minute visit. *Archives of Internal Medicine*, 168, 1843-1852. doi:10.1001/archinte.168.171843
- Forget, E., Deber, R., Roos, L., et Walld, R. (2005). Canadian health reform: A gender analysis. *Feminist Economics*, 11(1), 123-141.
- Jirwe, M., Gerrish, K., et Emami, A. (2006). The theoretical framework of cultural competence. *Journal of Multicultural Nursing & Health*, 12(3), 6-16.
- Jones, P. S., Zhang, X. E., Jaceldo-Siegl, K., et Meleis, A. I. (2002). Caregiving between two cultures: An integrative experience. *Journal of Transcultural Nursing*, 13, 202-209.
- Joubert, J., et Bradshaw, D. (2006). Population ageing and health challenges in South Africa. Dans K. Steyn, J. Fourie, et N. Temple (Édit.), *Chronic Diseases of Lifestyle in South Africa: 1995-2005* (p. 204 à 219). Cape Town: South African Medical Research Council.
- Lai, D. W. L. (2004). Use of home care services by elderly Chinese immigrants. *Home Health Care Services Quarterly*, 23(3), 41-56.
- Montgomery, R. J. (1999). The family role in the context of long-term care. *Journal of Aging and Health*, 11, 383-416. doi:10.1177/089826439901100307
- Padilla, R. (2007). Educating leaders for the AOTA centennial vision. *Occupational Therapy in Health Care*, 21, 305-307.
- Rohmann, A., Piontkowski, U., et Van Randenborgh, A. (2008). When attitudes do not fit: Discordance of acculturation attitudes as an antecedent of intergroup threat. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34, 337-352.
- Simms, M. (2003). Opening the black box of rationing care in later life: The case of "community care" in Britain. *Journal of Aging and Health*, 15, 713-737.
- Statistique Canada. (2013). *Section 1: Population totale. Dans Estimations démographiques annuelles : Canada, provinces et territoires*. Téléchargé au <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-215-x/2012000/part-partie1-fra.htm>
- Tomlinson, P. S., et Åstedt-Kurki, P. (2008). A systemic view of family health. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, 1-4.
- Wisensale, S. K. (2006). Aging societies and intergenerational equity issues: Beyond paying for the elderly, who should care for them? *Journal of Feminist Family Therapy*, 17, 79-103.
- Won Min, J. (2005). Cultural competency: A key to effective future social work with racially and ethnically diverse elders. *Families in Society*, 86, 347-358.
- Wu, Z., et Hart, R. (2002). Social and health factors associated with support among elderly immigrants in Canada. *Research on Aging*, 24, 391-412. doi:10.1177/01627502024004001

À propos de l'auteure

(Hedy) Anna Walsh détient un baccalauréat ès science en ergothérapie de l'Université McGill, un baccalauréat en droit et en jurisprudence de la Osgoode Hall Law School, une maîtrise en science de la santé de l'University of Toronto et un doctorat de la Factor-Inwentash Faculty of Social Work de l'University of Toronto. Elle travaille actuellement à temps partiel à titre d'arbitre pour le tribunal en matière de permis de Toronto. On peut la joindre à : hedywalsh@utoronto.ca



RESPONSABLE : REGINA CASEY

La spiritualité au sein du système de santé mentale en contexte judiciaire : une perspective étudiante

Natalie A. Hunt et Meghan J. Harris

Àu Canada, la pratique de l'ergothérapie est souvent orientée par le Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P) (Polatajko, Townsend et Craik, 2007). L'un des concepts centraux du MCRO-P est la spiritualité et pourtant, malgré son importance au sein du modèle, les ergothérapeutes ont de la difficulté à « nommer, définir et utiliser la spiritualité dans leur pratique » (Smith, 2012, p. 78). Dans cet article, nous discuterons de la spiritualité en fonction de l'expérience étudiante unique vécue par les auteures, alors qu'elles faisaient un stage dans un établissement de santé mentale en contexte judiciaire. L'article traitera du fossé qui semble exister entre la théorie et la pratique dans l'ensemble de la pratique clinique actuelle en ergothérapie et présentera quelques réflexions sur les façons dont les ergothérapeutes peuvent commencer à réfléchir à la spiritualité et à l'incorporer dans leur propre pratique.

Selon la littérature en ergothérapie, la spiritualité ne semble pas être bien comprise et il n'existe aucune définition du concept pouvant s'appliquer de manière universelle (Koenig, 2009; Wilding, May et Muir-Cochrane, 2005; Egan et Swedersky, 2003). Kaye et Raghaven (2002) présentent une définition professionnellement pertinente de la spiritualité : « un mode de vie central qui guide le comportement des gens et... l'essence de l'existence d'un individu qui incorpore et transcende les dimensions physique, émotionnelle, intellectuelle, volitionnelle et sociale » (p. 231). De façon sans doute plus explicite, la spiritualité peut être définie comme le fait de vivre et d'être humain, tout en donnant un sens et un but à la vie et aux activités de tous les jours (Bassett, Lloyd et Tse, 2008; Egan et Swedersky, 2003). Si l'on se base sur le MCRO-P, la pratique clinique est généralement éclairée par un examen des influences physiques, cognitives, affectives et environnementales du rendement occupationnel (Polatajko et al., 2007). Toutefois, il est important de ne pas négliger le rôle que la spiritualité peut jouer, par exemple, dans le processus de rétablissement des personnes ayant une maladie mentale. Dans le contexte de la santé mentale, Chidarikire (2012) parle de ce thème, en affirmant que « la spiritualité et la religiosité ont été définies comme des éléments clés du processus de rétablissement des troubles mentaux graves... donnant ainsi un sens à la souffrance et de l'espoir » (p. 289).

En tant qu'étudiantes effectuant des stages au Southwest Centre for Forensic Mental Health Care à St. Thomas, en Ontario, nous avons eu la possibilité d'observer le rôle déterminant que la spiritualité pouvait jouer dans le rétablissement d'un client atteint d'une maladie mentale grave et persistante. Dans cet établissement, les individus atteints d'une maladie mentale sévère et persistante sont appuyés par l'intermédiaire du système de santé mentale en contexte judiciaire lorsqu'ils ont eu des conflits avec le système judiciaire. L'approche interdisciplinaire visant à faciliter le rétablissement qui était utilisée dans ce milieu était basée sur une approche de la réadaptation

psychosociale (RPS) (Psychosocial Rehabilitation/Réadaptation Psychosociale [PSR/RPS] Canada, 2009).

Les principes et les valeurs de base de PSR/RSP Canada sont axés sur la pertinence de la spiritualité, et ils indiquent que la pratique doit « tenter d'aider les individus à améliorer la qualité de tous les aspects de leur vie, y compris les dimensions sociales, occupationnelles, éducatives, résidentielles, intellectuelles et financières » (PSR/RPS, 2014, para. 11). Ainsi, au Southwest Centre for Forensic Mental Health Care, les soins spirituels et la spiritualité jouent un rôle essentiel au sein du paradigme de la prestation de services (St. Joseph's Health Care London, 2013).

Dans cet établissement, les clients racontent souvent les expériences qu'ils ont vécues face à la perte de rôles importants ou à leur moins grande participation. Souvent, ils ont perdu leur famille, leurs amis, leur emploi, leur maison et la capacité de participer à des occupations significatives (Reilly, 1969; Batten, 2012). Patricia Deegan (1995), défenseur bien connu dans le domaine de la santé mentale et ancienne bénéficiaire de services de santé mentale, élabore sur ce thème :

« Avant de devenir des participants actifs de notre propre processus de rétablissement, bon nombre d'entre nous traversent une période de grande apathie et d'indifférence. Pendant cette période, notre cœur est endurci. Plus rien ne nous dérange [sic]. Pendant cette période, nous avons le sentiment de faire partie des morts vivants : d'être seul, abandonné et de dériver sur une mer morte et silencieuse, sans destination et sans repère » (p. 93).

Pour favoriser la participation des clients à des occupations significatives, les praticiens du Southwest Centre for Forensic Mental Health Care établissent un partenariat avec chaque client face à son propre processus de rétablissement. Ce genre d'approche permet aux clients de réfléchir à des questions spirituelles comme les suivantes : « Quelle personne puis-je devenir et pourquoi devrais-je dire oui à la vie? » (Deegan, 1995, p. 92).

Au Southwest Centre for Forensic Mental Health Care, les soins cliniques spirituels sont orientés par le révérend Stephen Yeo, un spécialiste agréé en soins pastoraux au sein de l'Association canadienne de soins spirituels. Bien sûr, tous les ergothérapeutes et les membres de l'équipe interdisciplinaire sont encouragés à répondre collectivement aux besoins spirituels uniques de chaque client (St. Joseph's Health Care London, 2013). Dans ce contexte, le concept de la spiritualité permet aux intervenants de se concentrer sur l'histoire personnelle, le cheminement spirituel unique et l'expérience existentielle générale de chaque client. Grâce à une approche spécialisée combinée à une approche interdisciplinaire de l'intervention spirituelle, les clients sont constamment encouragés à trouver et donner un sens à l'expérience unique qu'ils vivent. Sur le plan pratique, ils sont incités à explorer leur histoire personnelle, à accepter l'ensemble de leur histoire et à découvrir ou du moins

à envisager leur participation éventuelle à différents rôles dans l'avenir. Dans l'établissement, on encourage les clients à puiser dans leur spiritualité pour trouver une source de force et d'espoir tout au long de leur cheminement personnel vers le rétablissement. Dans cette perspective, « la spiritualité aide les individus à accepter les changements provoqués par la maladie . . . [et] elle est une source puissante de force, de détermination et de résilience devant l'adversité » (Bassett, Lloyd et Tse, 2008, p. 256).

Le révérend Stephen Yeo met en relief les quatre thèmes fondamentaux et universels qu'il explore lorsqu'il travaille avec des clients de ce milieu, soient les suivants : espoir et désespoir, sentiment d'appartenance et absence d'appartenance, sens et absence de sens, et identité (communication personnelle, 9 décembre 2013). Pendant notre stage, l'ancien consommateur de services de santé mentale, auteur acclamé et défenseur des intérêts Brett Batten a partagé l'expérience qu'il a vécue dans un établissement de soins de santé mentale en contexte judiciaire, que ce soit en personne ou à travers des conversations téléphoniques. Il a expliqué comment ces thèmes spirituels fondamentaux avaient exercé une influence sur son rétablissement à la suite d'une maladie mentale. Brett a affirmé que tout au long de son cheminement avec la maladie mentale, il était dans la noirceur et le désespoir; cependant, en explorant sa spiritualité, il a amorcé un processus pour donner un sens à ce qu'il vivait. Brett a décrit l'expérience qu'il a vécue face à la maladie mentale comme une expérience d'isolement et de solitude, mais, avec le temps, il a réussi à se servir de la spiritualité pour tisser des liens avec d'autres personnes. Il a dit qu'il avait le sentiment de toujours être en train de reformer les éléments de son identité et que le processus d'exploration visant à attribuer un nouveau sens aux occupations et rôles était orienté par sa spiritualité (communication personnelle, 9 décembre 2013).

Leçons apprises

Ce qui a distingué notre stage dans un établissement de santé mentale en contexte judiciaire des autres stages que nous avons faits, ce sont la centralité, la constance et l'influence thématique de la spiritualité ayant éclairé les histoires des clients et le paradigme des soins. Le travail auquel nous avons été exposées dans cet établissement incarne la nature centrale de la spiritualité décrite dans le MCRO-P, sur un plan plus pratique (Polatajko et al., 2007). La spiritualité est le tenant le plus déterminant qui oriente la prestation respectueuse de soins au Southwest Centre for Forensic Mental Health Care (St. Joseph's Health Care London, 2013). En effet, la spiritualité oriente constamment les interactions entre le personnel et les clients, de même que les choix, l'autonomie et la participation occupationnelle des clients. Les clients sont encouragés à explorer leur spiritualité, et ils s'engagent régulièrement dans un dialogue pour discuter de leur histoire personnelle et spirituelle. On leur donne aussi l'occasion de participer à diverses pratiques spirituelles, comme par exemple, les groupes spirituels dirigés, la méditation, la marche méditative dans un labyrinthe, la prière, la musique et les services interconfessionnels, de même que des services offerts par une communauté spirituelle spécifique. Cette approche permet à des clients comme Brett Batten d'avoir de l'aide pour faire face avec dignité à une maladie mentale sévère et persistante et de s'engager dans le cheminement souvent incertain qui est associé à leur interaction avec le système judiciaire.

Le recours à la pratique réflexive (Kinsella, 2001) nous a permis d'apprécier à quel point cette expérience de stage nous avait incitées à explorer et redéfinir notre propre histoire spirituelle. En effet, nos suppositions et croyances initiales sur la spiritualité sont profondément transformées et l'influence de la spiritualité, tant sur le plan personnel que professionnel, est bien évidente pour nous. Initialement, nous considérions la spiritualité comme un concept

complexe dont il serait difficile de discuter avec des individus et qu'il serait difficile d'incorporer dans notre pratique. Grâce à notre expérience de stage, nous avons finalement compris que même si la spiritualité était complexe, il était possible de l'incorporer dans la pratique de plusieurs façons simples, tout en ayant toujours un impact profond sur les processus de rétablissement et de guérison d'un individu. Au fil de nos conversations avec les clients et les superviseurs et de notre participation à l'apprentissage expérientiel, nous avons rehaussé nos connaissances et notre capacité d'incorporer la spiritualité dans la pratique centrée sur le client.

Le fossé entre la théorie et la pratique

Dans la profession d'ergothérapeute, il y a un fossé entre la théorie et la pratique, en ce qui concerne la spiritualité (Morris, 2013). Dans la littérature, on a argumenté que la pratique de l'ergothérapie peut s'avérer moins centrée sur le client si les cliniciens ne reconnaissent pas la composante spirituelle dans la vie d'un client (Rebeiro, 2001). Bien que les ergothérapeutes reconnaissent le rôle important joué par la spiritualité dans leur vie personnelle et dans la vie de leurs clients, bon nombre d'entre eux indiquent qu'ils n'ont pas les compétences requises pour aborder des questions spirituelles et qu'ils craignent d'offenser leurs clients (Egan et Swedersky, 2003). On observe également que les ergothérapeutes ont parfois besoin de temps pour devenir plus confiants en leur capacité de gérer des protocoles d'interventions courants et comprendre les diagnostics, et qu'ils doivent y parvenir bien avant de pouvoir développer et affiner leur capacité d'aborder les aspects spirituels de la personne (Egan et Swedersky, 2003). Nous encourageons les praticiens et les étudiants en ergothérapie à amorcer une réflexion sur la spiritualité et sur la façon dont elle oriente leur histoire personnelle et professionnelle. Quelles sont vos forces et vos faiblesses en ce qui concerne la spiritualité? Comment définissez-vous la spiritualité? Quelles sont vos pratiques spirituelles? Quelles sont vos suppositions et vos croyances sur la spiritualité? Les ergothérapeutes ne devraient pas s'aventurer au-delà des frontières de leur expertise ou de leur zone de confort (Rosenfeld, 2001); cependant, en amorçant une réflexion sur ce genre de questions, les cliniciens peuvent être plus conscients de la façon dont la spiritualité influence leur vie personnelle et de la manière dont ils pourraient l'incorporer dans un contexte pratique.

Conclusion

Le rôle de la spiritualité en ergothérapie contribue dans une large part à la pratique centrée sur le client. Notre expérience de stage a été un catalyseur qui nous a permis de reconnaître le fossé qui existe en ergothérapie entre la théorie et la pratique en ce qui concerne la spiritualité. Même si les ergothérapeutes reconnaissent que la spiritualité est située au centre du MCRO-P (Polatajko et al., 2007), il semble que les conséquences de sa centralité ne soient pas bien comprises ou incorporées dans leurs interventions auprès des clients. Le révérend Stephen Yeo croit que les cliniciens ne doivent pas nécessairement être des experts en soins cliniques spirituels ou trouver des réponses aux questions existentielles de leurs clients. Les ergothérapeutes peuvent plutôt aborder la spiritualité dans la pratique en reconnaissant que tous les individus sont des êtres spirituels, en confirmant et en validant les expériences vécues par leurs clients et en les aidant à travailler en vue de jouer des rôles occupationnels significatifs. Le révérend Stephen Yeo a mis l'accent sur le fait que « nous devons tous trouver un sens et de l'espoir; nous voulons tous faire partie de quelque chose; nous nous posons tous des questions existentielles » (communication personnelle, 9 décembre 2013). Nous espérons que les ergothérapeutes commenceront à explorer leur propre spiritualité et celle de leurs clients et qu'ils envisageront de contribuer à combler le fossé entre la théorie et la pratique dans ce domaine.

Remerciements

Nous aimerions remercier notre superviseur de stage, le Dr Clark P. Heard, qui nous a permis de participer à une expérience d'apprentissage si riche. Nous tenons également à remercier Brett Batten (www.BrettBatten.com) et le révérend Stephen Yeo pour leur apport et leur aide lors de la formulation de nos idées en vue de la rédaction de cet article. Finalement, nous exprimons notre reconnaissance envers les clients avec qui nous avons travaillé en étroite collaboration pendant nos six semaines de stage au Southwest Centre for Forensic Mental Health Care à St. Thomas, en Ontario; ils nous ont enseigné la compassion, tout en nous rappelant que la personne passe toujours avant tout.

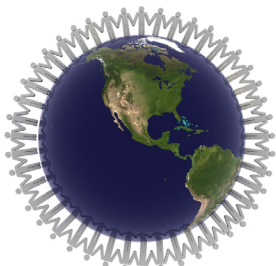
Références

- Bassett, H., Lloyd, C., et Tse, S. (2008). Approaching in the right spirit: Spirituality and hope in recovery from mental health problems. *International Journal of Therapy and Rehabilitation, 15*, 254-261. Téléchargé au : <http://hdl.handle.net/10072/40138>
- Batten, B. (2012). *Bio: A difficult journey*. Téléchargé au : <http://brettbatten.com/about/>
- Chidarikire, S. (2012). Spirituality: The neglected dimension of holistic mental health care. *Advances in Mental Health, 10*, 298-302. doi:10.5172/jamh.2012.10.3.298
- Kaye, J., et Raghavan, S. K. (2002). Spirituality in disability and illness. *Journal of Religion and Health, 41*, 231-242. doi:10.1023/A:1020284819593
- Kinsella, E. A. (2001). Réflexions sur la pratique réflexive. *Revue canadienne d'ergothérapie, 68*, 195-198. doi: 10.1177/000841740106800308
- Koenig, H. G. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *Canadian Journal of Psychiatry, 54*, 283-291.
- Morris, D. N. (2013). Perceptions of spirituality and spiritual care in occupational therapy practice. *Occupational Therapy in Mental Health, 29*, 60-77. doi:10.1080/0164212X.2013.761109
- Polatajko, H. J., Townsend, E. A., et Craik, J. (2007). Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E). Dans E. A. Townsend & H. J. Polatajko, *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation* (p. 23). Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Psychosocial Rehabilitation Canada. (2014). *Principles of Psychosocial Rehabilitation (PSR)*. Téléchargé au : http://www.psrrpscanada.ca/index.php?submenu=_about&src=gendocs&ref=Core%20Principals&category=Main
- Rebeiro, K. L. (2001). Client-centered practice: Body, mind and spirit resurrected. *Revue canadienne d'ergothérapie, 68*, 65-69. doi:10.1177/000841740106800201
- Reilly, M. (1969). The educational process. *American Journal of Occupational Therapy, 23*, 299-307.
- Rosenfeld, M. S. (2001). Spiritualité, motivation et rendement. *Actualités ergothérapeutiques, 3(6)*, 5-9.
- Smith, S., et Suto, M. J. (2012). Religious and/or spiritual practices: Extending spiritual freedom to people with schizophrenia. *Revue canadienne d'ergothérapie, 79*, 77-85. doi:10.2182/cjot.2012.79.2.3 10.2182/cjot.2012.79.2.3
- St. Joseph's Health Care London. (2013). *Southwest Centre for Forensic Mental Health Care: Patient and family handbook*. Téléchargé au : https://www.sjhc.london.on.ca/sites/default/files/pdf/southwest_centre_patient_and_family_handbook_rev.pdf
- Wilding, C., May, E., et Muir-Cochrane, E. (2005). Experience of spirituality, mental illness and occupation: A life-sustaining phenomenon. *Australian Occupational Therapy Journal, 52*, 2-9. doi:10.1111/j.1440-1630.2005.00462.x

À propos des auteures

Natalie Hunt est une nouvelle diplômée de la cohorte de 2014 du programme d'ergothérapie de la Queen's University. Elle détient un baccalauréat ès science en kinésiologie de l'University of Western Ontario.

Meghan Harris est une nouvelle diplômée de l'University of Alberta et ergothérapeute occasionnelle au sein de Qi Creative Inc. à Edmonton, Alberta. On peut la joindre à : meghan2@ualberta.ca



RESPONSABLE : SANDRA BRESSLER

Trouver son identité dans un monde en constante évolution : L'ergothérapie à l'échelle des populations

Emma Scammell

En 2014, j'ai effectué un stage au département des données et de l'analytique, recherche et politique, au siège social de l'UNICEF. Pendant ce stage final, j'ai travaillé sur des projets relatifs au handicap chez les enfants. L'University of Toronto offre des stages finaux dans de nouveaux rôles dans des milieux où il n'y a pas de services d'ergothérapie établis. J'ai eu la chance d'avoir cette offre de stage après avoir fait une demande de stage estival au siège social de l'UNICEF et du fait que j'avais communiqué à l'avance avec mon superviseur de stage. Dans cet article, je présente une réflexion sur mes expériences en tant qu'étudiante en ergothérapie dans ce milieu, et je traite particulièrement de la façon dont mes compétences en ergothérapie ont été appliquées à l'échelle des populations.

J'avais des doutes – tout en étant très excitée – lorsque je suis entrée au siège social de l'UNICEF à New-York, le premier jour de mon stage. Jusqu'à cet instant, je n'avais eu aucune expérience dans le domaine du développement international et je n'avais jamais travaillé au sein d'une organisation se portant à la défense des droits des enfants. Je suis donc arrivée avec de nombreuses questions : Est-ce que ma formation en ergothérapie m'avait préparée pour ce poste? Que comportaient les initiatives sur les données et les analyses sur les enfants handicapés? Comment devais-je me présenter en tant qu'étudiante en ergothérapie dans ce stage non traditionnel?

Après avoir rencontré l'équipe et travaillé quelques heures, je me suis rendu compte que ma formation en ergothérapie m'avait procuré une identité et une façon de penser et de résoudre des problèmes qui étaient conformes à la vision et la mission de l'UNICEF. La mission de l'UNICEF, telle que mandatée par l'Assemblée générale des Nations Unies, est « de défendre les droits des enfants, d'aider à répondre à leurs besoins essentiels et de favoriser leur plein épanouissement. » (UNICEF, 2003, para. 1). Cette mission est conforme à celle de l'ergothérapie, car au sein de la profession, on croit qu'un monde occupationnel juste permet à toute personne d'avoir accès à des occupations (Townsend et Whiteford, 2005).

Pendant que j'étais à l'UNICEF, j'ai pu prendre la pleine mesure du besoin et de l'urgence de trouver une nouvelle façon de percevoir les enfants handicapés à travers le monde. L'équipe qui travaillait sur des projets pour les enfants handicapés au département des données et de l'analytique revendiquait une conceptualisation du handicap basée sur les droits, selon laquelle les droits de toute personne sont respectés, qu'elle soit ou non handicapée. Le handicap est souvent considéré selon une approche biomédicale à travers le monde; toutefois, cette perception est centrée sur le déficit plutôt que sur la pleine participation de l'individu dans la société; subséquemment, les droits de nombreux enfants handicapés ne sont pas respectés. Par exemple, on a démontré que les enfants handicapés fréquentent moins souvent l'école que leurs pairs ayant un développement normal (Filmer, 2005).

Tout au long de mon programme de maîtrise, des modèles comme le Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P; Polatajko, Townsend et Craik, 2007) ont guidé mes réflexions. Mais, comment appliquer ces modèles à l'UNICEF, à l'extérieur d'un milieu clinique et à l'échelle d'une population, c'est-à-dire que la clientèle représente tous les enfants dans le monde? Par ailleurs, pendant mon programme d'ergothérapie, j'avais acquis des connaissances sur le développement de l'enfant et sur la façon de fragmenter les activités et d'incorporer des éléments de l'environnement dans mon raisonnement clinique. Dans ce nouveau milieu, comment ces connaissances pouvaient-elles m'aider à voir plus loin que l'environnement local de ma communauté mondiale? J'ai rapidement découvert que je n'aurais pas dû me concentrer uniquement sur mon identité et mes capacités lorsque je suis arrivée à l'UNICEF. J'aurais plutôt dû me poser la question suivante : Comment vais-je appliquer à cette organisation toutes les connaissances que j'ai acquises pendant mon programme d'ergothérapie? Et en quoi cela enrichira-t-il les projets sur les données et les analyses sur les enfants handicapés de l'UNICEF?

Tout au long de mes premières semaines de stage, j'ai commencé à voir comment je pourrais appliquer mon ensemble de compétences en ergothérapie dans les trois principaux projets auxquels je participais. Premièrement, j'ai fait la mise à jour d'une base de données sur les enfants handicapés, en compilant toutes les données de recensement et d'enquêtes internationales sur les enfants handicapés, et des questions et définitions correspondantes sur le handicap. Grâce à ce travail, j'ai pu découvrir le nombre d'enfants handicapés dans le monde, car ce nombre exerce une influence sur les programmes et ressources à l'intention de ces enfants. J'ai également constaté qu'il fallait recueillir des données de plus grande qualité, car cela influence aussi les programmes et ressources offerts à ces enfants. Pendant ce projet, j'ai décidé de mettre mes compétences pour la recherche acquises pendant ma maîtrise au



Emma Scammell à l'UNICEF.

service de l'UNICEF. Ma formation en ergothérapie m'avait bien préparée à faire des cueillettes et des analyses de données à l'échelle des populations.

J'ai ainsi offert mon aide pour un projet de lignes directrices qui devaient être disséminées pour éduquer les intervenants qui évaluent les enfants handicapés dans les pays à moyen et faible revenus. J'ai été en mesure de compiler des ressources et des références pour enrichir les connaissances sur des modèles du handicap, le développement de l'enfant, les évaluations cliniques, et les processus de cueillette de données et d'analyse. Pendant que je travaillais sur ces lignes directrices, j'ai pu constater que les auteurs des ressources parlaient le même langage que les ergothérapeutes face au fonctionnement et aux activités. J'étais confiante, car je venais tout juste d'apprendre pratiquement le même contenu face au développement de l'enfant et aux modèles du handicap dans le programme d'études en ergothérapie de l'University of Toronto. Encore une fois, j'ai eu le sentiment que ma formation m'avait bien préparée à compiler des ressources et des références en lien avec ces lignes directrices.

Finalement, j'ai participé à la préparation d'un atelier d'une semaine sur ces lignes directrices; cet atelier devait éventuellement être présenté à des intervenants dans le monde entier, dans les années suivantes. J'ai appliqué mes compétences en application des connaissances pour disséminer l'information aux utilisateurs de connaissances, au moyen de présentations, en accordant une grande attention aux détails présentés dans les lignes directrices. Je suis parvenue à mettre en œuvre des méthodes pédagogiques stimulantes pour ces présentations, afin de favoriser la pensée critique et l'apprentissage des participants. En créant le matériel de l'atelier pour favoriser la cueillette éthique et précise de données sur les enfants handicapés, je facilitais la participation de ces intervenants au processus de cueillette de données. Je me suis inspirée des nombreuses méthodes pédagogiques dont j'avais été témoin dans mes cours de maîtrise et je les ai appliquées à la situation.

Ce qui est devenu clair pour moi alors que je travaillais sur ces projets, c'est que les intervenants (p. ex., décideurs et statisticiens) devaient reformuler leurs pensées sur la façon dont le fonctionnement et la participation sont conceptualisés. Tout en faisant la mise à jour de la base de données sur les enfants handicapés, j'ai observé qu'il semblait y avoir un lien direct entre les questions et les statistiques montrant un nombre élevé d'enfants handicapés. Ce lien était également clair pour l'UNICEF, et il correspond parfaitement au cadre choisi pour orienter sa cueillette de données sur les enfants handicapés : la *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : Version pour enfants et adolescents* (CIF-EA; Organisation mondiale de la santé, 2007). La CIF-EA est conforme au MCRO-P (Stamm, Cieza, Machold, Smolen et Stucki, 2006), car elle met en relief la façon dont la participation et l'engagement dans des activités sont influencés par des facteurs contextuels, comme des facteurs liés à l'environnement et la personne (p. ex., démographie). Le MCRO-P situe la participation à des occupations significatives de la même façon : c'est-à-dire comme une interaction entre les contextes environnementaux, l'occupation en soi et des facteurs spécifiques à la personne (Polatajko et al., 2007). Tout au long de mon stage à l'UNICEF, j'ai eu l'impression de parler le même langage que l'équipe. Grâce à cela, je n'ai pas eu le sentiment que mon identité à titre 'd'ergothérapeute en herbe' devait être dissimulée

ou transformée. J'étais complètement à l'aise en sachant que mes compétences correspondent au profil d'une personne qui travaille sur des projets visant à quantifier le nombre d'enfants handicapés dans le monde.

L'application et la portée de l'ergothérapie s'étendent à de nouveaux environnements et il n'est pas nécessaire de changer notre identité pour nous adapter à ce monde en constante évolution. En tant que profession, nous sommes bien équipés pour appliquer nos compétences au contexte mondial qui se présente à nous. Que ce soit en occupant des postes au sein d'organismes non gouvernementaux ou par l'intermédiaire de projets qui améliorent les politiques au sein des hôpitaux locaux, les ergothérapeutes possèdent les compétences pour travailler à l'échelle des populations. Dans ce milieu de stage, j'ai eu le sentiment que je pouvais faire valoir des cadres de travail qui examinent la participation et les capacités fonctionnelles et, par conséquent, la participation à des occupations. À l'UNICEF, la participation à des activités significatives s'étend à tous les enfants, pour veiller à ce que leurs droits soient reconnus.

Remerciements

Je tiens à remercier sincèrement Janet Njelesani et Claudia Cappa au siège social de l'UNICEF pour leur soutien lors de la création de ce stage dans un nouveau rôle et pour leurs commentaires et conseils lors de la rédaction de cet article. Je suis très reconnaissante envers elles!

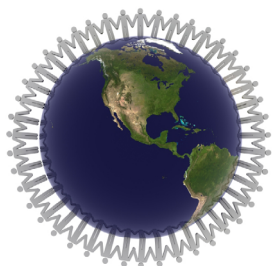
Références

- Filmer, D. (2005). *Disability, Poverty and Schooling in Developing Countries: Results from 11 Household Surveys* (Discussion Paper No. 0539). Téléchargé sur le site web de The World Bank : <http://siteresources.worldbank.org/SOCIALPROTECTION/Resources/SP-Discussion-papers/Disability-DP/0539.pdf>
- Organisation mondiale de la santé. (2007). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : Version pour enfants et adolescents : CIF-EA*. Téléchargé au http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/81988/1/9789242547320_fre.pdf?ua=1
- Polatajko, H. J., Townsend, E. A., et Craik, J. (2007). Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E). Dans E. A. Townsend & H. J. Polatajko, *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation* (p. 23). Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Stamm, T. A., Cieza, A., Machold, K., Smolen, J. S., et Stucki, G. (2006). Exploration of the link between conceptual occupational therapy models and the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Australian Occupational Therapy Journal*, 53, 9-17. doi: 10.1111/j.1440-1630.2005.00513.x
- Townsend, E. A., et Whiteford, G. (2005). A participatory occupational justice framework: Population-based processes of practice. Dans F. Kronenberg, S. S. Alagado, & N. Pollard (Édit.), *Occupational Therapy without Borders: Learning from the Spirit of Survivors* (p. 110 à 126). Toronto, ON: Elsevier Churchill Livingstone.
- UNICEF. (April 25, 2003). *UNICEF's Mission Statement*. Téléchargé le 12 septembre 2014, sur le site web de l'UNICEF : http://www.unicef.org/french/about/who/index_introduction.html

À propos de l'auteure

Emma Scammell, BA (avec distinction), MScOT, Erg. Aut. (Ont.), est une diplômée de l'University of Toronto. Elle est la lauréate du 2014 I.V. League of Occupational Therapists Prize in International Health et du 2014 Nina Mehta Underserved Populations Recognition Award décernés par l'University of Toronto. On peut la joindre à : scammell.e@gmail.com

LIENS INTERNATIONAUX



Nouvelles de la Fédération mondiale des ergothérapeutes

Sandra Bressler, déléguée de l'ACE à la FME

RESPONSABLE : SANDRA BRESSLER

Cet article présente les faits saillants des activités récentes de la Fédération mondiale des ergothérapeutes (FME) : Journée de réflexion du conseil de la FME; réunion du conseil de la FME tenue à Chiba, au Japon; le 16e congrès de la FME, ayant eu lieu à Yokohama, au Japon; et Journée mondiale de l'ergothérapie.

Journée de réflexion du conseil de la FME

Lori Cyr (qui était alors présidente élue de l'ACE) et moi (déléguée de l'ACE à la FME) avons assisté à la Journée de réflexion du conseil, tenue à Chiba, une journée avant la réunion du conseil de la FME. Cette journée avait pour objectif de promouvoir la planification à long terme auprès des délégués et des suppléants, pour veiller à ce que la FME réponde aux besoins actuels et futurs des associations membres qu'ils représentent. Les sujets traités pendant la discussion étaient, notamment, un aperçu du Projet de la FME sur les ressources humaines, un examen du plan stratégique 2013 – 2018 et une vue d'ensemble des résultats et des dernières étapes visant à compléter la révision des Normes minimales relatives à la formation des ergothérapeutes (MSEOT). Les participants ont aussi eu l'occasion de se rencontrer en groupes régionaux pour discuter des tendances actuelles dans le domaine de la santé dans leurs pays respectifs.

Pour avoir un aperçu du nombre de ressources humaines en ergothérapie à travers le monde, consulter la carte interactive de la FME au : <https://mapsengine.google.com/map/viewer?mid=zzCP5B35cUvo.kH3G44H1hkoU>

Réunion du conseil de la FME

Plus de 80 délégués et observateurs représentant 48 pays ont assisté à la 31e réunion du conseil de la FME ayant eu lieu du 10 au 14 juin 2014, à Chiba, au Japon.

La réunion du conseil a donné lieu à des discussions, des débats et des prises de décisions sur des enjeux importants pour la FME et pour l'ergothérapie, à l'échelle internationale.

Les nouvelles prises de position suivantes de la FME ont été approuvées par le conseil de la FME; on peut les consulter au : <http://www.wfot.org/ResourceCentre.aspx>

- Télésanté
- Les déplacements humains (révisé)
- Professionnalisme international
- Recrutement d'ergothérapeutes au sein des communautés internationales (révisé)
- Reconnaissance de la formation antérieure
- Santé mondiale : Éclairer la pratique de l'ergothérapie
- Portée et élargissement de la pratique
- Spécialisation et compétences avancées en ergothérapie
- L'ergothérapie dans le domaine de la préparation et de l'intervention en situation de catastrophe

Deux associations, soient la Bulgarie et le Malawi, ont été admises à titre de membre à part entière de la FME, et le titre de membre associé a été accordé aux Îles Féroé, au Madagascar et à la Zambie.

Le prix de la Fondation Thelma Cardwell décerné par la FME a été attribué à la Dre Katherine Wimpenny, agrégée supérieure de recherche et chargée de cours senior en ergothérapie à la Coventry University, pour le projet intitulé : « Preparation for an uncertain world: International curriculum development for mental health occupational therapy practice preparation. »

Le conseil a élu une nouvelle équipe de direction supérieure; le mandat des membres de l'équipe a débuté à la fin du congrès :

- Marilyn Pattison – Présidente
- Sue Baptiste – Vice-présidente
- Samantha Shann – Vice-présidente – Finances
- Ritchard Ledgerd – Directeur général
- Sandra Bressler – Coordonnatrice de programme :
 - Développement de la pratique
- Sue Coppola – Coordonnatrice de programme : Recherche
- Lyle Duque – Coordonnateur de programme : Éducation
- Athena Tsai – Coordonnatrice de programme : Normes et qualité



Paulette Guitard, Giovanna Boniface, Janet Craik et Lori Cyr au kiosque de l'ACE lors du Congrès 2014 de la FME à Yokohama, au Japon.

Le 16e congrès de la FME

Plus de 6 400 délégués provenant de 72 pays ont assisté au Congrès 2014 de la FME ayant eu lieu du 18 au 21 juin à Yokohama, au Japon. De nombreux ergothérapeutes canadiens ont participé au congrès et présenté des conférences. L'ACE a organisé un souper pour les participants canadiens, qui a donné à ces derniers une occasion informelle de faire du réseautage.

L'empereur et l'impératrice du Japon ont assisté à l'ouverture officielle du congrès. Ce fut un moment de fierté pour les hôtes japonais du congrès. Les invités impériaux ont participé à la cérémonie d'ouverture, puis ils ont rencontré les dirigeants et les délégués de la FME, de même que les représentants de la JAOT lors d'une réception officielle.

L'un des faits saillants du congrès a été la conférence inaugurale de la FME intitulée « Seizing the Future: Occupational therapy's readiness for the Global Health Stage », présentée par Sharon Brintnell, qui était

alors la présidente de la FME. En tant que première récipiendaire du Prix de conférence de la FME, Sharon a été reconnue comme ayant contribué de manière exemplaire en ergothérapie dans les domaines de l'enseignement et de la recherche, du développement de programme, des publications et des conférences, du mentorat et de la promotion de la profession et des organismes professionnels.

Journée mondiale de l'ergothérapie

La Journée mondiale de l'ergothérapie est célébrée annuellement, le 27 octobre. Il s'agit d'une occasion de faire valoir les travaux de développement de la profession et de promouvoir les activités de la FME localement, nationalement et internationalement. L'objectif est d'intégrer la Journée mondiale de l'ergothérapie de la FME à d'autres célébrations et promotions nationales de la mission et des buts de l'ergothérapie. Pour obtenir de plus amples renseignements, prière de visiter le : <http://www.wfot.org/AboutUs/WorldOTDay.aspx>

PERSPECTIVES ESTUDIANTINES



RESPONSABLES : LAURA HARTMAN ET CHRISTINA LAMONTAGNE

Apprendre...dans des endroits inusités

Kristy Taylor et Catherine White

À l'époque que je fréquentais la School of Occupational Therapy de la Dalhousie University, je m'attendais à apprendre en classe et en laboratoire, mais je ne me doutais pas que je mettrais ce que j'avais appris en pratique au bureau administratif de l'école et à notre pente de ski locale. En effet, Michelle Mahoney, une adjointe administrative de l'école, est née avec une maladie connue sous le nom d'arthrogrypose. Cette maladie neuromusculaire entraîne une grande faiblesse musculaire et des contractures, ce qui rend impossible la flexion et l'extension des articulations atteintes. Même si les deux poignets et l'un des genoux de Michelle sont atteints, cela ne la ralentit en rien. Elle conduit la voiture, joue du piano et elle a une technique unique pour « taper du clavier avec ses jointures ». C'est alors que je me suis demandé si elle pouvait skier.

Comme je suis monitrice de ski de niveau deux au sein de l'Association canadienne des skieurs handicapés (ACSH), j'ai rencontré beaucoup de gens qui croyaient qu'il était impossible pour eux de dévaler des pentes de ski, d'envisager cette possibilité et de l'essayer. C'est un tel privilège pour moi de partager ma passion pour le ski et de permettre aux gens de vivre l'expérience captivante qui consiste à glisser vers le bas des pentes pour la première fois. Cette sensation leur donne un réel sentiment de liberté, d'après ce qu'on m'a dit.

Un jour, j'ai finalement posé la question suivante à Michelle, « Avez-vous déjà pensé à faire du ski? » Elle m'a d'abord fixé un long moment, puis elle a ri. Elle m'a dit : « Je voulais vraiment faire du ski. Je l'ai essayé une fois... ça m'a terrorisée ». Elle a précisé qu'elle était allée avec des amis qui ne savaient pas vraiment comment l'aider et qui ne s'étaient pas rendu compte des défis auxquels elle faisait face. Par exemple, le fait de devoir remonter la pente alors qu'elle n'arrivait pas à tenir le câble de remontée n'avait pas été une expérience très agréable! Je lui ai expliqué qu'il y avait un programme de ski adapté à un centre de plein-air qui se trouvait à proximité et qu'on y proposait différentes approches pour permettre aux personnes ayant divers handicaps de faire du ski. Michelle était enthousiaste à l'idée de faire un essai.

Avant que Michelle et moi nous rendions sur les pentes de ski, j'ai recruté quelques camarades de ma classe d'ergothérapie qui étaient intéressés à devenir bénévoles au sein du programme. Cela semblait correspondre parfaitement à nos connaissances en ergothérapie, tout en nous offrant une excellente expérience d'apprentissage. Il est possible d'adapter le ski pour que les personnes ayant diverses capacités et difficultés puissent participer. En tant que monitrice de ski à l'ACSH, j'ai aidé plusieurs personnes ayant une gamme de problèmes physiques ou cognitifs à skier, comme des personnes atteintes de paralysie cérébrale, de troubles visuels, du syndrome de Down, d'ataxie cérébelleuse, de sclérose en plaques, d'autisme,

du syndrome d'Angelman et bien d'autres. En nous appuyant sur les forces et les habiletés de chaque personne, nous collaborons avec elle pour choisir le bon équipement et la meilleure approche pour rendre cette activité amusante et sécuritaire.

Les étudiants bénévoles ont découvert les différents types d'équipement et d'approches, et ils ont aidé les moniteurs de ski à résoudre les problèmes et à trouver des solutions pour chaque skieur. En jumelant un moniteur de ski et un bénévole avec un skieur (plutôt que d'utiliser deux moniteurs de ski), le programme peut doubler le nombre de personnes qui veulent faire du ski. Mes camarades de classe ont apporté avec eux « leur perspective ergothérapique » et ils ont pu ainsi collaborer avec les skieurs et les moniteurs de ski pour appuyer le programme.

Pour me préparer à introduire le ski adapté à Michelle, j'ai commencé par observer la façon dont elle faisait les choses. Je voulais savoir quels étaient les mouvements qu'elle pouvait faire, et dans quelle situation elle aurait besoin d'aide. J'ai donc pu mettre en œuvre mes compétences pour l'analyse de l'activité et le raisonnement clinique! En raison de ses contractures aux poignets et de son genou fixe, il n'était pas possible pour elle de faire du ski en position debout. Michelle avait un bon contrôle du tronc; je savais donc qu'elle serait capable de faire des virages par elle-même. Après avoir examiné différentes options, j'ai pensé que le fauteuil-ski (une technique en position assise qui dépend du contrôle du tronc et de la force de la partie supérieure du corps) serait l'idéal pour elle (voir la photo).



Kristy et Michelle sur la pente de ski.

Michelle est arrivée pour son premier jour de ski avec enthousiasme et anticipation. Une fois que nous avons été rendus en haut de la pente, un bénévole m'a aidée à installer Michelle dans le fauteuil-ski et nous avons adapté les coussins afin qu'elle ait suffisamment de soutien et qu'elle soit en sécurité. Pour des raisons de sécurité, il fallait qu'une personne soit attachée au fauteuil-ski de Michelle pour la guider jusqu'au bas de la pente; c'était mon travail. Grâce aux deux bénévoles qui skiaient derrière nous pour « contrôler le trafic », Michelle a vécu la véritable sensation de faire du ski et elle a commencé à apprendre à faire des virages. Nous avons zigzagué de gauche à droite, jusqu'au bas de la pente. Grâce à l'équipement adapté, aux bénévoles et au personnel du centre de ski, Michelle a réussi à monter et descendre du télésiège en toute sécurité, à plusieurs reprises.

Elle a adoré ça! « La première fois que j'ai descendu la pente, j'étais épatée. C'était sans doute la plus belle journée de ma vie », a-t-elle dit. « C'était tellement exaltant de descendre cette pente – tellement agréable. Avant, je détestais l'hiver, mais maintenant, grâce au ski et aux étudiants, j'ai toujours hâte que cette saison arrive. Ils ont réussi à me convaincre de faire du ski. J'ai tout simplement pleuré le premier jour où j'ai fait du ski et j'ai dit merci, merci. Cela est vraiment très significatif pour moi ».

Nous sommes retournés de nombreuses fois sur les pentes depuis et, à sa troisième sortie, Michelle a fait une dégringolade. Elle s'est éraflé le visage, mais elle en a bien ri. « Je suis fière de dire que je me suis blessée en skiant ». Elle aime le fait que le ski fasse maintenant partie de ses activités d'hiver et que ce n'est pas seulement un sport pour les autres. « Ils ont trouvé la façon d'adapter cette activité pour moi. C'est formidable ».

Les moniteurs de ski de l'ACSH ont vraiment apprécié l'apport des étudiants en ergothérapie sur les pentes de ski et nous avons tous hâte à l'hiver qui s'annonce. Les moniteurs de ski disent que les étudiants en ergothérapie sont excellents pour résoudre des problèmes, penser à des adaptations et rendre le ski accessible à chaque personne. Nous savons que tout le monde est différent et nous essayons seulement d'utiliser les forces et les habiletés de chacun pour rendre les choses possibles, pour *habiliter à l'occupation*. Cette expérience pratique a été fantastique et, tout en continuant notre programme d'ergothérapie, j'espère que nous aurons de plus en plus de choses à offrir. Cela ne fait que confirmer le fait que nous pouvons apprendre dans les endroits les plus inusités.

Pour en savoir davantage sur les programmes de ski adaptés au Canada, visitez le site web de l'Association canadienne pour les skieurs handicapés : <http://disabledskiing.ca/>

À propos des auteures

Kristy Taylor est une étudiante de deuxième année au programme de maîtrise en ergothérapie de la Dalhousie University. Elle est une skieuse passionnée et monitrice de ski au sein de l'Association canadienne pour les skieurs handicapés. On peut la joindre à : Kristy.Taylor@Dal.ca

Catherine White est professeure adjointe à la School of Occupational Therapy de la Dalhousie University.

Nouvelles de la Fondation canadienne d'ergothérapie

Deirdre Dawson est une donatrice mensuelle de la FCE. Dans les paragraphes suivants, elle nous explique ce qui la motive à poser ce geste.

Les raisons pour lesquelles Deirdre verse des dons à la FCE

Ma première bourse d'études supérieures et l'une de mes premières subventions de recherche m'ont été décernées par la FCE. À l'époque, j'étais très emballée lorsque j'ai découvert qu'il y avait un organisme qui s'intéressait tout particulièrement à la recherche en ergothérapie et en science de l'occupation. En fait, je suis toujours très emballée à ce sujet ! La recherche est essentielle pour faire avancer la science et les faits scientifiques au sein de notre profession. Par ailleurs, les chercheurs canadiens en ergothérapie sont de véritables chefs de file à travers le monde et ils le doivent en grande partie à la FCE. L'une des façons pour moi d'appuyer ma profession et de 'redonner' ce que j'ai reçu est de verser des dons à la FCE.

Les raisons pour lesquelles Deirdre est devenue une donatrice mensuelle de la FCE

J'ai opté pour des dons mensuels plutôt que des dons annuels pour plusieurs des œuvres caritatives auxquelles je verse des dons. Cela me semble plus logique – comme je base mes décisions financières sur un revenu mensuel fiable, je souhaite que la FCE ait la même stabilité, afin qu'elle puisse se développer et croître sans avoir à se préoccuper d'avoir suffisamment de fonds dans ses coffres chaque mois pour payer le loyer.

Les avantages associés au fait d'être une donatrice mensuelle

Pour moi, il y a deux avantages clés associés au fait d'être une donatrice mensuelle. En effet, lorsque j'ai décidé de passer aux dons mensuels, j'ai constaté que cela avait mentalement changé quelque chose pour moi. J'ai commencé à avoir le sentiment de réellement appuyer un organisme que je considère essentiel pour notre profession, plutôt que d'avoir l'impression d'être 'en marge'. J'aime cela ! Sur une note plus pragmatique, cela m'a facilité la vie. J'ai décidé d'appuyer la FCE – cela se fait au moyen d'un retrait

automatique. Mes finances mensuelles sont plus stables et je n'ai pas à me demander si je dois envoyer de l'argent à chaque demande ou mention – c'est déjà fait !

D'autres nouveaux prix pour le Concours de subventions de recherche de 2015 :

1. Subvention de recherche de la FCE pour la traduction dans le domaine de l'application des connaissances au montant de 5 000 \$ pour la traduction d'une publication en anglais ou en français.
2. Subvention de recherche de l'Association of Yukon Occupational Therapists au montant de 3 000 \$ pour soutenir la recherche en milieu rural ou éloigné.

Visitez le <http://www.cotfcanada.org/index.php/research-grants> pour voir toutes les subventions et pour faire une demande de subvention en ligne.

Fondation canadienne d'ergothérapie

Anne McDonald, Adjointe à la direction
Tél. : 613-523-2268 poste 226/ 1-800-434-2268 poste 226
amcdonald@cotfcanada.org

Sangita Kamblé, MA, CAE, Directrice générale
Tél. : 613-523-2268 poste 241/ 1-800-434-2268 poste 241
skamble@cotfcanada.org

Édifice CTTC, 3401-1125, promenade Colonel By Ottawa,
Ottawa, ON K1S 5R1 Canada
Télécopieur : 613-523-2552

Facebook : <http://www.facebook.com/cotffce>
Twitter : <https://twitter.com/COTFFCE>

Faites un don dès aujourd'hui! www.cotfcanada.org

La FCE est le seul organisme qui finance exclusivement des ergothérapeutes membres de l'ACE.