

Table des matières

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

Quoi de neuf?.....	3
L'équipe du bureau national de l'ACE.....	5
Assemblée générale annuelle virtuelle de 2015..... Janet Craik	7
Lancez-vous...tout simplement! (Mais faites d'abord votre recherche et votre plan)..... Chelsea Gordon	8

DES CONNAISSANCES À LA PRATIQUE

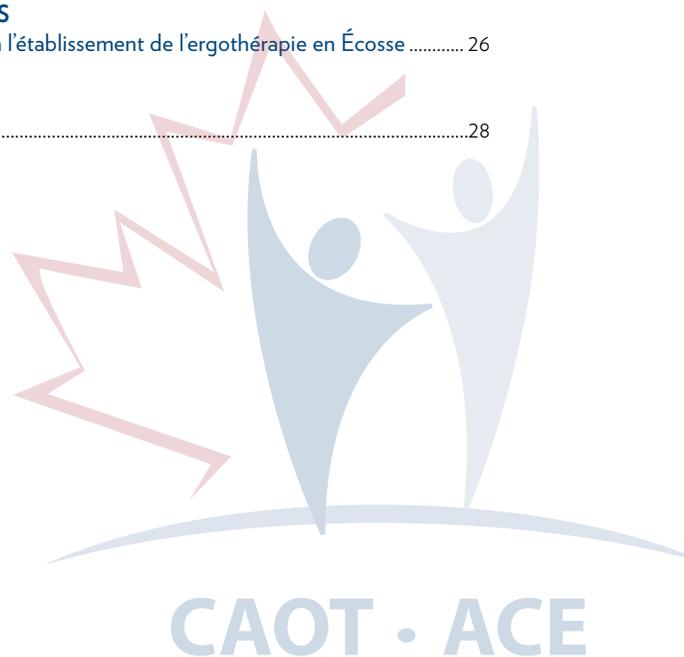
Intervention novatrice utilisant une caméra vidéo lors d'un réentraînement à la conduite automobile chez la clientèle ayant subi un accident vasculaire cérébral ou un traumatisme craniocérébral..... Nancy Boulanger, Daniel Tessier et Isabelle Gélinas	10
Le rôle des professionnels de la santé face à la négligence de soi..... Marie-Eve Laniel	13
Liste de lecture sur la justice occupationnelle.....	16

PARTAGE DE PERSPECTIVES

Réflexions d'une étudiante sur le dévoilement d'un handicap..... Laura Bulk	18
De la salle de classe à la salle du conseil d'administration : Comment un stage en santé mentale au travail dans un nouveau rôle s'est transformé en emploi..... Laura Kalef, Lydia Beck et Andrea Duncan	20
L'ergothérapie en région éloignée : un cheminement international..... Felicity Pidgeon	23

INFLUENCER LA VIE DES GENS, LES COMMUNAUTÉS ET LES SYSTÈMES

« L'ergothérapie canadienne est la meilleure au monde » : contributions canadiennes à l'établissement de l'ergothérapie en Écosse..... Sarah Slocombe	26
Qui, moi? Rendre le leadership accessible..... Katie Lee Bunting	28



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

Tous droits de rédaction réservés

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

PRÉSIDENTE DE L'ACE

Lori Cyr, OT(C)

Directrice générale de l'ACE

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

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

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

Courriel: publications@caot.ca

INDEXAGE

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

PUBLICITÉ

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

ABONNEMENTS

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

DROIT D'AUTEUR

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

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

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

RÉDACTRICE EN CHEF

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

TRADUCTION

De Shakespeare à Molière, Services de traduction

CONCEPTION GRAPHIQUE ET MISE EN PAGE

JAR Creative

CORRECTRICE D'ÉPREUVES

Claire Hurd, MSc (ergothérapie)

COMITÉ ÉDITORIAL DES ACTUALITÉS ERGOTHÉRAPIQUES

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

ÉDITEURS THÉMATIQUES

La santé des Autochtones et l'ergothérapie au Canada

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

Liens internationaux

Andrew Freeman, PhD, erg.

Notre passé ergothérapeutique

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

Réflexions sur la pratique privée

Flora To-Miles, ergothérapeute

Le sens de l'agir

Shanon Phelan, PhD, Erg. Aut.

La télésanté et la technologie d'assistance

Pam McCaskill, OT. Reg. (NB)

L'application des connaissances en ergothérapie

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

Rehausser la pratique

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

Perspectives estudiantines :

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

La RCE : des faits scientifiques pour votre pratique

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

Formation clinique et théorique

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

Compétences en gestion de la pratique et compétences professionnelles

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

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

Quoi de neuf?



Conseil d'administration de l'ACE

L'ACE aimerait annoncer les changements survenus dans la composition de son conseil d'administration. Nous tenons à remercier toutes les personnes ayant terminé leur mandat pour leur dévouement et leur travail assidu. Bienvenue aux nouveaux membres du conseil; nous sommes très enthousiastes à l'idée de travailler avec vous.

Délégué de l'ACE à la Fédération mondiale des ergothérapeutes - déléguée sortante : Sandra Bressler; nouveau délégué : Andrew Freeman

Saskatchewan – représentante sortante : Cheryl Johnston; nouvelle représentante : Christine Fleming

Nouvelle présidente : Nicola MacNaughton (mandat débutant le 1er octobre 2016)

La liste des coordonnées des membres du conseil de l'ACE se trouve au : www.caot.ca.

Les ergothérapeutes en tant qu'agents de changement : améliorer la vie des Canadiens

Le numéro de septembre des *Actualités ergothérapeutiques* à l'intention des consommateurs est maintenant en ligne et libre d'accès pour la population. Le but de ce numéro thématique est de présenter à un large auditoire, soient les ergothérapeutes, les professionnels de la santé, les décideurs, la population générale et autres intervenants, de l'information sur les solutions ergothérapeutiques favorisant le changement à l'échelle des populations et à l'échelle individuelle. Les articles vedettes de ce numéro décrivent le travail réalisé auprès des Canadiens d'origine autochtone, des aidants naturels, du personnel militaire et des anciens combattants, et des personnes vivant dans la pauvreté. Ce numéro propose également des solutions créatives pour améliorer l'accès aux services d'ergothérapie en pédiatrie, de même que des stratégies pour aborder les problèmes complexes vécus par les clients en fin de vie. N'hésitez pas à partager largement le lien suivant : <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=394>.

Pouvez-vous penser à des intervenants à qui il serait judicieux d'envoyer ce numéro ou un article spécifique de ce numéro? Prière d'envoyer vos suggestions à : otnow@caot.ca.

NOUVEL appel d'articles pour les *Actualités ergothérapeutiques*

À chaque année, le numéro de septembre des *Actualités ergothérapeutiques* vise à présenter à un large auditoire de l'information sur la gamme de rôles joués par les ergothérapeutes dans un domaine de pratique particulier. Pour le numéro de septembre 2016, nous sommes à la recherche d'articles traitant du travail des ergothérapeutes dans le domaine de la santé mentale. Pour consulter l'appel d'articles, prière de se rendre au : <http://www.caot.ca/default.asp?ChangelD=25&pageID=7>. La date limite pour soumettre un article est le 1er avril 2016.

Concours pour la nouvelle page couverture des *Actualités ergothérapeutiques*

Pour la toute première fois, la revue *Actualités ergothérapeutiques* vous

invite à faire des propositions pour les images ou photos de ses pages couvertures! Nous espérons ainsi que la page couverture du magazine représentera davantage l'ergothérapie au Canada. Un jury choisira les images de chacun des numéros du volume de 2016 de la revue parmi toutes les propositions que nous aurons reçues. Pour en savoir davantage sur les spécifications concernant les images ou photos et la date limite du concours, prière de consulter le : <http://www.caot.ca/default.asp?ChangelD=25&pageID=7>.

Bienvenue aux nouveaux éditeurs thématiques des *Actualités ergothérapeutiques!*

Niki Kiepek – Pratique en milieu rural et éloigné

Hadassah Rais – Notre passé ergothérapeutique

Briana Zur – La RCE : des faits scientifiques pour votre pratique

Cathy White – Les stages et la formation en ergothérapie

Tiziana Bontempo – Compétences en gestion de la pratique et compétences professionnelles

Andrew Freeman – Liens internationaux

Le comité de rédaction des *Actualités ergothérapeutiques* souhaite

également la bienvenue aux nouveaux réviseurs et aux réviseurs spéciaux suivants : Joan Versnel, Paulette Guitard, Katie Bunting et Meagan Hawkins.

Félicitations à Jenny Hardy, membre de l'ACE!



Jenny Hardy (à gauche) en compagnie de la ministre d'État (aînés), l'honorable Alice Wong, et d'Ahila Poollogandran de la Toronto Community Housing du programme Nouveaux Horizons pour les aînés, lors de l'annonce du financement du 28 juillet 2015.

Félicitations à Jenny Hardy, membre de l'ACE et coordonnatrice du projet de l'Association canadienne pour la santé mentale en Ontario, *Living Life to the Full for Older Adults*. Ce projet compte parmi les six projets connexes ayant été proposés dans le cadre du Plan d'impact collectif de Toronto, soit le Engagement to Reduce Isolation of Caregivers at Home and Enhancing Seniors (ENRICHES), qui vise à réduire l'isolement des aînés à Toronto. La ministre d'État (aînés), l'honorable Alice Wong, a annoncé récemment que l'Association

canadienne pour la santé mentale en Ontario était l'un des récipiendaires du financement de près de 3,7 millions accordé par le fédéral au Programme Nouveaux Horizons pour les aînés, qui appuiera le Plan d'impact collectif ENRICHES.

Le projet coordonné par Jenny a pour but de favoriser la résilience et le bien-être mental des aidants naturels de Toronto en améliorant leur capacité de composer avec des difficultés complexes de la vie. En collaboration avec des partenaires de la communauté, le projet présentera au moins 90 séances du cours *Living Life to the Full*. Ce cours, d'une durée de huit semaines (12 heures), est axé sur l'acquisition d'habiletés. Il sera présenté dans des milieux communautaires à de

petits groupes (10 à 15 participants) par des facilitateurs ayant suivi une formation. Le projet sera basé sur le projet pilote récent de l'ACSM coordonné par Jenny, *Living Life to the Full*, à l'intention des aînés. Ce projet a permis de mettre en relief les avantages décrits par les participants du programme, soient un meilleur soutien social et l'acquisition de nouvelles habiletés.

Pour lire le communiqué de presse sur l'annonce, consulter le : http://nouvelles.gc.ca/web/article-fr.do?mthd=advSrch&crtr.mnthndVI=&crtr.mnthStrtVI=&crtr.page=1&nid=1008629&crtryrndVI=&crtr.kw=wong&crtr.yrStrtVI=&crtr.dyStrtVI=&crtr.dyndVI=&_ga=1.182930414.992417536.1440525943

L'équipe du bureau national de l'ACE

L'ACE est fière de l'équipe du bureau national, qui travaille sans relâche afin d'offrir aux membres des services, produits, événements et possibilités de réseautage visant à aider les ergothérapeutes à atteindre l'excellence dans leur pratique professionnelle. Le personnel de l'ACE offre également une direction pour faire avancer et promouvoir l'ergothérapie au Canada et sur la scène internationale.

L'ACE aimerait profiter de cette tribune pour présenter les membres de l'équipe qui travaille pour vous et pour la profession d'ergothérapeute.

La direction

Janet Craik – Directrice générale
jcraik@caot.ca

Janet est chargée de diriger et de gérer efficacement l'Association en fonction de l'orientation stratégique établie par le conseil d'administration. Elle fait valoir et représente la profession à de nombreux comités, groupes de travail, coalitions et groupes spéciaux, sur les scènes nationales et internationales.

Mike Brennan – Chef de l'exploitation
mbrennan@caot.ca

Mike travaille avec la direction et le personnel de l'ACE en vue de mettre en œuvre et d'exécuter le mandat et les opérations commerciales de l'ACE. Mike dirige également le développement commercial de l'Association, notamment, le développement de nouvelles possibilités et catégories de membres, et des programmes et services aux membres.

Services aux membres

La division des services aux membres a pour but de veiller à ce que tous les membres puissent profiter de leur adhésion et exprimer leur opinion. Avec l'aide de toute l'équipe de l'ACE, les services aux membres visent à créer de nouveaux produits et services novateurs pour aider les membres à exceller dans leur profession et à sensibiliser la population à l'ergothérapie au Canada. Les services aux membres ont été créés afin d'aider les membres à profiter de tous les avantages offerts par l'ACE!

Diane Braz Wessman – Directrice des services aux membres
dbrazwessman@caot.ca
Diane est chargée de la gestion des services aux membres et du personnel de soutien des services aux membres.

Tracy Kelso – Adjointe à la direction des services aux membres
tkelso@caot.ca
Tracy soutient la directrice des services aux membres dans la gestion des services aux membres et de l'équipe des services aux membres.

Chantal Houde – Représentante des services aux membres
choude@caot.ca
Chantal mène des sondages téléphoniques et fait le suivi de ces sondages au téléphone, afin de veiller à ce que les membres soient satisfaits des services offerts par l'ACE. Elle conseille les membres afin qu'ils profitent des outils, des ressources et des avantages 'affinité' offerts par l'ACE.

Christine Dettwiler – Représentante des services aux membres
cdettwiler@caot.ca
Christine offre une gamme de services aux membres, en répondant aux requêtes, en analysant les besoins, en venant en aide aux membres, en développant des occasions de vente croisée, en effectuant les transactions et en traitant les demandes des membres, et en réglant les problèmes associés aux comptes des membres.

Pratique professionnelle

Julie Lapointe – Directrice de la pratique professionnelle
jlapointe@caot.ca
Julie est chargée de promouvoir l'excellence dans la pratique de l'ergothérapie; elle est la principale personne-ressource pour les membres, les groupes de consommation pertinents, les différents paliers de gouvernement et autres organismes, en ce qui concerne la pratique de l'ergothérapie.

Normes et examen

Alison Douglas – Directrice des normes
adouglas@caot.ca
Alison supervise les travaux de l'ACE associés à l'agrément des programmes de formation (pour les programmes d'ergothérapie et d'assistant de l'ergothérapeute), l'examen national d'attestation en ergothérapie (ENAE) et la reconnaissance et la surveillance des titres de compétences des membres; elle analyse également les politiques relatives à l'attestation professionnelle et l'agrément.

Ryan McGovern – Administrateur des services d'examen et d'attestation
exam@caot.ca
Ryan administre les processus associés à l'examen national d'attestation en ergothérapie, offre du soutien au comité de l'examen d'attestation et répond aussi aux requêtes concernant l'examen d'attestation. Il offre également un soutien administratif au comité d'agrément des programmes universitaires de l'ACE.

ACE-CB

Giovanna Boniface – Directrice générale de l'ACE-CB
gboniface@caot.ca
Giovanna est chargée du fonctionnement quotidien du premier chapitre provincial de l'ACE, et elle offre une représentation régionale et du soutien aux ergothérapeutes de la Colombie-Britannique.

Défense des intérêts, politiques publiques et affaires gouvernementales

Havelin Anand – Représentante des politiques et des affaires gouvernementales
hanand@caot.ca
Le rôle d'Havelin est de rehausser les connaissances sur la profession et de faire valoir l'ergothérapie par l'intermédiaire d'activités où elle

représente l'ACE et les ergothérapeutes auprès des gouvernements et des fonctionnaires. Elle soutient les activités de revendication des associations provinciales en ergothérapie et elle représente l'ACE à différentes coalitions nationales.

Administration

Suzanne Maurice Kay – Directrice des ressources humaines
skay@caot.ca

Suzanne est chargée de la gestion des installations et des ressources de l'Association, y compris l'entretien des systèmes informatiques et la gestion et l'administration des ressources humaines.

Jeanne Salo – Coordinatrice de projets
jsalo@caot.ca

Jeanne est chargée de gérer les contrats de l'ACE et de coordonner et de participer à divers projets spéciaux.

Andrea Santos – Adjointe à la direction
asantos@caot.ca

Andrea offre un soutien administratif et à la coordination à la directrice générale et aux autres directeurs du bureau national, de même qu'à la présidente de l'ACE, aux autres membres du conseil d'administration et aux comités de l'ACE.

Formation continue, congrès et publicité

Lisa Sheehan – Gestionnaire des congrès et de la publicité
conference@caot.ca

Lisa gère la planification et l'organisation des congrès de l'ACE, de même que la publication et l'administration du site web de l'Association. Lisa a travaillé dans la plupart des départements de l'ACE depuis 18 ans.

Christina Lamontagne – Coordinatrice du développement professionnel
education@caot.ca

Christina est chargée de la coordination et de l'évaluation des ateliers, des webinaires, des modules en ligne (MEE, MPCe et Momentum) et des réseaux de l'ACE qui favorisent la mise à jour, le perfectionnement et l'élargissement des compétences et connaissances des ergothérapeutes, de même que l'excellence dans l'exercice de la profession.

Développement commercial

Jessica Walsh – Gestionnaire du développement commercial
jwalsh@caot.ca

Jessica développe de nouveaux marchés afin d'accroître les revenus et de diversifier l'offre de produits de l'Association dans les domaines des publications, des congrès, de la publicité, des services aux membres et des commanditaires.

Finances

L'équipe des finances est chargée d'administrer les ressources en vue de hausser et de faciliter les activités professionnelles de l'ACE, y compris la planification et l'administration des finances et de la trésorerie de l'Association.

Vicky Wang – Directrice des finances
vwang@caot.ca

Vicky assure la direction de toutes les activités en veillant à la conformité financière. Elle aide les cadres dirigeants à prendre des décisions en vue d'améliorer la pérennité de l'ACE.

Mursalin Chowdhury – Coordonnateur des finances

mchowdhury@caot.ca

Mursalin est chargé des opérations commerciales quotidiennes du bureau national, comme les rapports de fin de mois, la préparation des états financiers, la préparation des audits externes de fin d'année, le grand livre général et la petite caisse.

Jiwen Zhang – Administratrice de bureau

jzhang@caot.ca

Jiwen effectue le traitement et la tenue de dossier des opérations financières quotidiennes de l'Association, comme les rapports de fin de mois, la préparation des états financiers, la préparation des audits externes de fin d'année, le grand livre général, les comptes créditeurs et les comptes débiteurs.

Publications et périodiques

Danielle Stevens – Directrice de la conception graphique et de la production

dtp@caot.ca

Danielle gère la production des publications de l'ACE et du matériel de communication, de la conception et de la mise en page, jusqu'au produit final imprimé.

Stéphane Rochon – Administrateur des publications

srochon@caot.ca

Stéphane effectue tous les processus liés à la production des publications de l'ACE, y compris le traitement des commandes de publications de l'ACE, les abonnements et la saisie de données pour la facturation et le suivi des demandes relatives au droit d'auteur.

Helene Polatajko – Rédactrice en chef, *Revue canadienne d'ergothérapie*
cjoteditor@caot.ca

Helene assure la direction de la revue et elle veille à ce que son orientation soit claire et sa mission remplie. Elle veille tout particulièrement à ce que tous les aspects de l'intégrité scientifique de la revue soient respectés, de la soumission et la révision du manuscrit, jusqu'à sa publication.

Janna MacLachlan – Rédactrice en chef, *Actualités ergothérapeutiques*
otnow@caot.ca

Janna gère tous les aspects touchant la réception, la révision et la préparation des manuscrits qui sont publiés dans les *Actualités ergothérapeutiques*, la revue de l'ACE sur la pratique.



Le nouveau domicile du bureau national l'ACE, au 100-34, chemin Colonnade, Ottawa, Ontario.

Assemblée générale annuelle virtuelle de 2015

Janet Craik, directrice générale de l'ACE

Le 31 mars 2015, à partir de midi, heure avancée de l'est, l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) a tenu sa première Assemblée générale annuelle (AGA) virtuelle. Auparavant, l'AGA se tenait pendant le congrès annuel de l'ACE, en mai ou en juin, mais, en raison des changements récents apportés à la Loi canadienne sur les organisations à but non lucratif, l'ACE a dû changer l'horaire de l'AGA. L'ACE a travaillé très fort afin de concevoir un système et un procédé pour présenter une AGA virtuelle qui permettrait à plus de membres de participer, de se conformer aux règles et procédures, de gérer les droits de vote et de faciliter la communication pour les participants. L'avis concernant la réunion a été affiché au www.caot.ca/agm et distribué aux membres par l'intermédiaire du bulletin *L'Hebdo de l'ACE* et des *Actualités ergothérapeutiques*. Les membres ont été invités à assister en personne à l'un des sites physiques prévus à travers le Canada qui étaient animés par les membres du conseil d'administration de l'ACE, ou encore, à participer en ligne à un webinaire en direct (à l'aide de la plateforme de webinaire Adobe Connect), à partir d'un ordinateur personnel. En prévision de l'événement, l'ACE a fait un essai du système qui lui a permis de perfectionner le processus et a offert une séance de formation sur l'AGA au personnel et aux membres du conseil de l'ACE. L'ACE a aussi conçu un système de dépannage multi-niveaux, pour veiller à ce que les membres puissent participer à l'aide de la technologie. À l'heure dite, Lori Cyr, la présidente de l'ACE, a procédé à l'ouverture de l'AGA. Madame Cyr a débuté la réunion en expliquant aux participants les différentes façon de voter. Aucun problème technique n'est survenu pendant la diffusion de l'AGA à partir du bureau national. Le personnel de l'ACE a aidé quelques participants à se connecter au système. Nos membres ont participé activement à la rencontre et le vote s'est déroulé

sans encombre. De nombreux participants ont émis des commentaires positifs à l'aide de la fenêtre de dialogue et dans le sondage de rétroaction distribué après l'AGA (voir le tableau 1). L'ACE se basera sur ces commentaires pour planifier l'AGA de 2016.

Pour de nombreuses organisations, l'avenir de l'Assemblée générale annuelle est virtuelle. En effet, les AGA en personne font appel à d'importantes ressources organisationnelles, exigeant souvent que les membres et les membres du conseil soient présents dans un certain lieu, en même temps. Ce système traditionnel peut occasionner des frais de déplacement élevés et, conséquemment, un taux d'assistance moins élevé à l'AGA. Nous sommes fiers d'avoir réussi cette transition vers l'AGA virtuelle, qui permet d'utiliser efficacement les ressources organisationnelles, d'éliminer ou de réduire le temps requis et les frais de déplacement et qui offre des avenues multiples pour favoriser la participation des membres. L'ACE est enthousiaste à l'idée de présenter de nombreuses autres AGA virtuelles. Nous tenons à remercier les membres du conseil et les membres de l'ACE qui nous ont aidés à mettre à l'essai ce nouveau système et ce nouveau procédé.

Faits saillants

- 1 AGA diffusée à partir du bureau national
 - 79 personnes inscrites pour assister à l'AGA à l'un des 15 sites à travers le Canada
 - 103 personnes inscrites pour participer à partir de leur poste de travail personnel
- = La plus grande assistance à une AGA de l'ACE jusqu'à maintenant!

Tableau 1. Sommaire des rétroactions des membres

	Réponses des membres de l'ACE	Commentaires de l'ACE et mesures prévues
Satisfaction générale	90 %	Merci à tous ceux qui ont participé et adopté ce nouveau système!
Principale raison pour laquelle certains membres n'ont pas participé	Conflit d'horaire	Il peut être difficile de prévoir une date et une heure qui conviendront aux membres qui ont des horaires chargés et souvent imprévisibles. Le fait qu'il y ait six fuseaux horaires différents et des jours de vacances ajoute au défi. Selon l'information recueillie, l'ACE a prévu que l'AGA de 2016 aura lieu le mercredi 30 mars 2016, de midi à 12 h 30, HAE.
Commentaires	<ul style="list-style-type: none"> -le webinaire était très pratique -il s'est déroulé facilement et efficacement -bien organisé -a permis à plus de membres de participer (grâce à un mélange d'options en personne et par l'intermédiaire d'un webinaire) -court et concis -les instructions étaient claires -15 % ont assisté à l'AGA parce qu'il était possible d'y assister en personne; 48 % y ont assisté parce qu'il était possible de participer en ligne -une heure est suffisante pour l'AGA -il était difficile de trouver l'ordre du jour et les documents de l'AGA -plus d'information financière requise pour les diapositives -s'assurer que les participants ont suffisamment de temps pour inscrire des commentaires/questions - Comment cette formule pourrait-elle permettre d'aborder des points controversés qui exigent une discussion en profondeur? Il faudrait prévoir des discussions ouvertes. 	<p>Selon les commentaires recueillis, nous prévoyons diffuser de nouveau l'AGA à partir du bureau national et les participants pourront se connecter à partir de leur poste de travail personnel ou assister en personne à différents sites à travers le pays.</p> <p>L'ordre du jour et les documents de la réunion seront disponibles au www.caot.ca/agm. Les membres peuvent imprimer les états financiers ou téléphoner au bureau pour demander une copie. Nous explorerons la possibilité d'ajouter plus d'information financière aux diapositives PowerPoint.</p> <p>L'ACE est toujours à l'affût des commentaires et suggestions des membres. Veuillez utiliser les coordonnées présentées au http://www.caot.ca/default.asp?ChangeID=70&pageID=62 pour nous appeler ou envoyer un courriel. Des discussions ouvertes en compagnie de la directrice générale et de la présidente de l'ACE se produisent pendant le congrès annuel de l'ACE, par l'intermédiaire d'un webinaire de l'ACE ou lors des forums à l'intention des membres, offerts dans différentes régions tout au long de l'année. Nous sommes très réceptifs à vos commentaires et nous tiendrons certainement compte du besoin de présenter d'autres forums pour aborder des sujets exigeant des discussions en profondeur avec nos membres.</p>

RÉFLEXIONS SUR LA PRATIQUE PRIVÉE



ÉDITRICE THÉMATIQUE :
FLORA TO-MILES

Lancez-vous...tout simplement! (Mais faites d'abord votre recherche et votre plan)

Chelsea Gordon, interne en ergothérapie

Amit Kumar et Lakshmi Gupta n'ont pas peur d'essayer de nouvelles choses, surtout s'ils peuvent le faire ensemble. Ils sont ergothérapeutes, entrepreneurs à succès, propriétaires de Life Skills Therapy (une entreprise en pleine croissance offrant des services communautaires en ergothérapie) et de Neurofunction Rehab (une nouvelle clinique de réadaptation neurologique) situées à Surrey, en Colombie-Britannique, et ils sont les fiers parents de deux enfants. Cependant, leur situation au départ était très différente de leur situation actuelle. Quelques membres du personnel du bureau national de l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) ayant eu le plaisir de les rencontrer l'an dernier, en raison de leur participation active en tant que membres de l'Association, ont eu le sentiment qu'ils avaient une belle histoire à raconter. Plusieurs mois plus tard, en tant que nouvelle interne en ergothérapie aimant raconter des histoires, j'ai saisi l'occasion de m'entretenir avec Amit et Lakshmi de leur cheminement en ergothérapie, notamment des risques qu'ils ont pris et de leurs réussites.

J'ai donc eu un entretien téléphonique avec Amit et Lakshmi. J'ai ainsi appris qu'ils étaient tous les deux originaires de l'Inde et qu'ils avaient étudié et exercé leur profession dans plusieurs pays à travers le monde, notamment en Inde, au Kuwait, en Angleterre et en Irlande. J'ai aussi découvert qu'ils cumulaient près de 30 ans d'expérience clinique très variée, dans les domaines des soins de courte durée, de la réadaptation neurologique, de la réadaptation communautaire et en milieu hospitalier, de la gériatrie et de la thérapie de la main. Ils m'ont raconté qu'après avoir pris la décision de venir vivre au Canada en 2011 et après avoir lu à propos des longs mois de neige, de grésil et de températures sous zéro dans les autres provinces, ils avaient conclu que la Colombie-Britannique était la bonne province pour eux. Toutefois, après leur déménagement, ils ont rapidement commencé à fonder une famille et se sont retrouvés sans travail. Comme ils ne voulaient pas abandonner avant d'avoir absolument tout essayé pour réussir leur transition au Canada en tant qu'ergothérapeutes, ils ont décidé de prendre un risque et de lancer leur propre entreprise.

Travailler avec ses forces

Lorsque nous avons commencé à parler plus précisément de leur transition au Canada et du fait qu'ils sont devenus propriétaires d'entreprise, j'ai rapidement constaté qu'Amit et Lakshmi étaient une équipe équilibrée et dynamique. Ils ont parlé ouvertement de l'importance de s'appuyer sur leurs forces mutuelles, d'apprendre l'un de l'autre et de toujours pousser l'autre à grandir. Lakshmi a décrit Amit comme un véritable leader. Elle m'a dit qu'il a toujours une vision très claire des objectifs à court terme et à long terme, qu'il peut dynamiser et motiver les gens qui l'entourent, et qu'il est centré sur les

solutions. Pour sa part, Amit attribue une grande partie de la réussite du tandem à l'approche méthodique de Lakshmi et à l'attention qu'elle porte aux détails afin de transformer leurs objectifs en actions. Grâce à leur confiance et à leur soutien mutuels, Amit et Lakshmi ont pu prendre le risque de déménager au Canada et de lancer un cabinet privé en ergothérapie. En s'appuyant sur leurs forces individuelles et combinées, ils ont connu la réussite et leur couple continue de grandir, en tant qu'ergothérapeutes et entrepreneurs.

Un transfert de compétences naturel : de cliniciens à propriétaires d'entreprise

Amit et Lakshmi étaient persuadés que leur formation en ergothérapie leur avait donné les compétences et les outils requis pour lancer des entreprises et assurer leur croissance. Comme ils n'avaient aucune formation commerciale particulière, ils ont abordé le lancement de l'entreprise Life Skills Therapy de la même façon qu'ils auraient abordé des interventions ergothérapeutiques avec un client. Ils se sont fixé des objectifs, ont fait une évaluation complète, ont conçu un plan, ont fait des ajustements au besoin, et ont continuellement évalué leur progrès. Pour eux, il n'y avait pas d'autres façons de faire et, comme Amit l'a dit, « l'ergothérapie est un mode de vie! C'est ancré en nous! » Je leur ai demandé de m'expliquer leur processus; en voici la description :

Détermination du but : Soutenir leur famille en croissance et améliorer leur carrière en lançant une entreprise privée en ergothérapie.



Lakshmi Gupta et Amit Kumar

Évaluation : Pendant que Lakshmi prenait soin de leurs enfants et de leur maison, Amit a exploré la communauté en procédant à une évaluation rigoureuse des besoins du marché communautaire. Il s'est servi de ses solides habiletés interpersonnelles pour tisser des liens dans la communauté, en offrant des ateliers et des conférences gratuites dans les résidences de soins, les résidences pour retraités et les centres de santé. Amit a ainsi réussi à avoir de nombreuses discussions avec des membres de la communauté, des fournisseurs de soins de santé et des utilisateurs de services sur la meilleure façon de desservir sa communauté. Au fil du temps, il a commencé à charger des frais minimes pour l'animation d'un groupe thérapeutique à l'intention de survivants du cancer. Il a aussi fait des recherches sur d'autres entreprises dans la communauté pour connaître les services offerts et les services en demande. Grâce à ces évaluations exhaustives, Amit et Lakshmi sont parvenus à s'assurer d'une présence au sein de la communauté et à cibler des lacunes dans les services.

Planification et mise en oeuvre : Life Skills Therapy a commencé à offrir des services d'ergothérapie dans le secteur de l'assurance, mais l'entreprise a rapidement pris de l'expansion en vue d'offrir des consultations générales en ergothérapie dans la communauté. Depuis 2011, cette entreprise à domicile a connu une croissance continue, passant de deux ergothérapeutes (Amit et Lakshmi) à l'embauche de 10 ergothérapeutes, six kinésiothérapeutes et un administrateur, qui travaillent tous dans la communauté.

Évaluation : L'approche méthodique et systématique de Lakshmi en ergothérapie et en gestion d'entreprise, combinée aux visions d'avenir grandissantes d'Amit les ont amenés à évaluer constamment leur rendement et à adapter leurs stratégies au besoin, pour favoriser la croissance de l'entreprise. Ceci leur a permis de lancer leur plus récente entreprise, une clinique de réadaptation neurologique appelée Neurofunction Rehab, qui fait appel à des technologies de réadaptation modernes, comme la réalité virtuelle, et qui fait aussi office de siège social pour Life Skills Therapy.

Soutien de l'ACE

Amit et Lakshmi a raconté que lorsqu'ils se sentaient bloqués ou incertains face à la manière d'aller de l'avant, ils se tournaient vers les ressources offertes par l'ACE et l'ACE-CB. Ils utilisaient régulièrement le réseau de l'ACE-CB sur la pratique privée, les nombreuses prises de position (ils ont cité fréquemment les prises de position sur le retour au travail et la gestion de la douleur), les ressources sur la déontologie professionnelle, les possibilités de formation professionnelle (comme les nouveaux webinaires, les webinaires archivés et les ateliers) et la rubrique des offres d'emploi de l'ACE pour annoncer des postes en ergothérapie (voir les liens vers les ressources ci-dessous). Amit a dit bien simplement, « l'ACE soutient ses membres ». L'ACE a été la principale source à soutenir leur réussite en tant qu'ergothérapeutes et entrepreneurs du secteur privé.

Quelques conseils et un aperçu de l'avenir

J'ai demandé à Amit et Lakshmi s'ils avaient des conseils à donner à d'autres ergothérapeutes qui envisagent de changer de domaine de pratique ou de prendre le risque de lancer une pratique privée. Amit m'a répondu que si les gens veulent lancer une entreprise dans le simple but de faire de l'argent, ça ne marchera pas; il faut « cibler vos véritables intérêts, suivre ce qui vient naturellement et, simplement...se lancer! » Bien que les conseils de Lakshmi fassent échos à l'affirmation d'Amit selon laquelle il est important « de faire les choses progressivement, de lâcher prise et de permettre aux choses de prendre forme par elles-mêmes », elle a exprimé clairement que lorsqu'on prend des risques, il est primordial de faire des recherches, de concevoir un plan, de ne pas avoir peur de rencontrer des gens et de poser des questions pour réussir.

Dans l'avenir, Amit et Lakshmi veulent redonner à la profession qui les a si bien servis. Ils sont enthousiastes à l'idée de développer davantage leurs entreprises pour offrir des services dans l'ensemble de la région du Lower Mainland en Colombie-Britannique, d'accueillir des étudiants en ergothérapie dans leur nouveau centre de réadaptation, de soutenir la recherche en établissant un programme de bourse, d'offrir des ateliers et de tenter de devenir un centre d'excellence. Dans dix ans, le couple envisage de transférer une partie de leur charge de travail à leur personnel et de prendre un peu de temps pour voyager.

Les ressources sur la pratique privée offertes par l'ACE

Si vous êtes un ergothérapeute offrant des services privés ou si vous envisagez de vous lancer dans le secteur privé, l'ACE peut vous offrir de nombreux outils, ressources, documents et possibilités de mentorat pour soutenir votre carrière :

- Des ressources sur la pratique privée sont proposées au : <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=2039>
- Renseignements au sujet du Réseau d'entreprises en pratique privée de l'ACE-CB : <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=4217>
- Les ergothérapeutes travaillant à l'extérieur de la Colombie-Britannique qui désirent en savoir davantage au sujet du Réseau de l'ACE sur la pratique privée sont priés d'envoyer un courriel à : education@caot.ca
- Ressources et activités de développement professionnel offertes par l'ACE : <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=2424>
- Offres d'emploi : http://www.caot.ca/CAOT_career_listings.asp?pageid=1001
- Pour toute question relative à la pratique privée, veuillez communiquer avec la directrice de la pratique professionnelle à l'ACE, à : practice@caot.ca

LA TÉLÉSANTÉ ET LA
TECHNOLOGIE D'ASSISTANCEÉDITRICE THÉMATIQUE :
PAM MCCASKILLIntervention novatrice utilisant une
caméra vidéo lors d'un réentraînement à
la conduite automobile chez la clientèle
ayant subi un accident vasculaire cérébral
ou un traumatisme craniocérébral

Nancy Boulanger, Daniel Tessier et Isabelle Gélinas

Les ergothérapeutes travaillant dans les programmes de réadaptation auprès de la clientèle ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) ou un traumatisme craniocérébral (TCC) rapportent que la reprise de la conduite automobile est une priorité pour leurs clients. Cette activité est très significative pour ceux-ci qui, souvent, avaient une vie pré-morbide active. Malheureusement, plusieurs d'entre eux échouent l'évaluation fonctionnelle des capacités à conduire en raison de séquelles physiques, cognitives, perceptuelles ou comportementales. Il est préoccupant de constater que seulement 30 % à 60 % des personnes présentant un AVC reprennent la conduite automobile (Devos et al., 2011; Fisk, Owsley et Pulley, 1997; Heikkilä, Korpelainen, Turkkka, Kallanranta et Summala, 1999).

Le besoin d'un nouvel outil d'intervention pour la
conduite

Les moyens d'intervention pour le développement des habiletés de conduite automobile sont limités et il y a peu de données probantes sur l'efficacité de ceux-ci (Hunt et Arbesman, 2008). Selon l'enquête effectuée par Couture, Vincent et Gélinas (2011), les ergothérapeutes au Québec travaillant dans les programmes d'évaluation à la conduite automobile utilisent principalement l'entraînement sur route avec moniteur de conduite comme moyen d'intervention. Lors de ces pratiques, ce sont surtout les techniques de conduite, les manœuvres et les adaptations techniques qui sont ciblées (Van Zomeren, Brouwer et Minderhoud, 1987). De plus, lorsqu'il y a des pratiques sur route seul à seul avec le moniteur, selon chaque centre de réadaptation au Québec, l'implication de l'ergothérapeute est variable : présence dans le véhicule; discussion avec le client et le moniteur avant et après chaque pratique; aucune implication mise à part la transcription par écrit des objectifs à travailler. À notre connaissance, il existe peu de programmes de réentraînement qui soient bien structurés et intégrés aux services de réadaptation.

Selon la littérature consultée, il n'y a aucun programme de réentraînement à la conduite automobile qui soit basé sur l'autoperception des habiletés à conduire, alors que l'autoperception est un élément clé dans la réussite d'un réentraînement. En effet, la capacité d'autoperception est un prédicteur important d'une conduite sécuritaire (Anstey, Wood, Lord et Walker, 2005). Puisque des déficits d'autoperception sont souvent observés chez les clientèles ayant subi un AVC ou TCC (Anderson et Tranel, 1989), il semble important d'inclure cette composante dans un programme de réentraînement de l'aptitude à conduire. D'ailleurs, des données probantes démontrent que l'amélioration de l'autoperception est reliée à l'atteinte d'objectifs en réadaptation. L'autoperception

peut être améliorée par des techniques de rétroaction directes : commentaires verbaux durant l'activité, visionnement de séquences vidéo filmées durant l'activité, comparaison entre l'évaluation du thérapeute et l'autoévaluation du client (Fleming et Ownsworth, 2006). Des études effectuées auprès de la clientèle cérébro-lésée démontrent l'efficacité de l'utilisation d'une rétroaction à l'aide de vidéo pour améliorer l'introspection et le rendement dans les activités de la vie quotidienne (Fleming et Ownsworth, 2006; Liu, Chan, Li, Lee et Hui-Chan, 2002; Barco, Crosson, Balesta, Werts et Stout, 1991; Schmidt, Fleming, Ownsworth et Lannin, 2013).

En partant de ce constat, nous avons décidé d'élaborer et de tester une approche novatrice de réentraînement à la conduite automobile basée sur la rétroaction et le développement de l'autoperception. De plus, cette étude exploratoire visait à évaluer l'applicabilité (faisabilité) de l'approche avec la technologie utilisée. Nous tenions aussi à évaluer l'impact de cette approche sur la capacité d'autoperception et sur la réussite au test routier. Cinq sujets recrutés ont effectué le protocole de recherche proposé. Le comité d'éthique de la recherche du Centre de Recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain a approuvé cette recherche.

Description de l'approche élaborée

Cette approche est offerte aux clients qui, à la suite de l'échec d'un premier test routier, ont démontré un potentiel de récupération. L'approche est constituée de six entraînements sur route qui sont chacun suivis d'une rencontre en salle avec l'ergothérapeute du programme de réadaptation. L'ergothérapeute ayant fait l'évaluation des habiletés à conduire élabore un plan d'intervention détaillé qui sert de guide pour chacune des séances sur la route. Lors de la pratique sur route avec moniteur, une caméra est installée sur la tête du client. Dans les jours qui suivent, la vidéo ainsi obtenue est visionnée en salle avec l'ergothérapeute du programme de réadaptation. Les extraits vidéo servent donc de rétroaction. Lorsque le programme de réentraînement est complété (six entraînements sur route, six rencontres en salle), le client effectue son deuxième test sur route.

Applicabilité de l'approche

L'approche a été testée auprès de cinq clients du Programme conduite auto de l'Hôpital juif de réadaptation à Laval, au Québec. Ceux-ci présentaient un diagnostic d'AVC ou de TCC, avaient échoué à un premier test routier avec ergothérapeute et démontraient un potentiel d'amélioration. Deux ergothérapeutes, en collaboration avec un moniteur de conduite, travaillaient de concert pour effectuer cette intervention avec ces participants.

Tableau 1. Description détaillée de l'approche

Interventions		Outils (technologiques et autres)
Sur route (facilitées par l'ergothérapeute du programme de conduite automobile)	Avant Discussion entre l'ergothérapeute, le client et le moniteur de conduite. Sont précisés par l'ergothérapeute : - objectifs visés par l'entraînement (indiqués sur la fiche d'autoévaluation) - type de trajet - environnement - manœuvres	
	Pendant - Installation de la caméra sur la tête du client (voir la figure 1). - Difficultés/erreurs sur route prises en note par le moniteur de conduite.	- Caméra HD Contour 2 ultra légère (image HD, lentille grand angle de vue de 170°, enregistrement des données GPS; Contour, 2015).
	Après - Préparation du prochain entraînement sur route basé sur l'évolution du client avec gradation de l'activité (environnement, complexité de manœuvre).	- Fiche d'autoévaluation (manœuvres/habilités de conduite ciblées pour l'entraînement) remplie par le client. Cotation de sa perception par rapport à l'atteinte de chaque objectif (atteint, partiellement atteint, non atteint). Cette fiche sera bientôt accessible au public, au : http://hjr-jrh.qc.ca/ - Même fiche remplie par le moniteur.
En salle (facilitées par l'ergothérapeute du programme de réadaptation)	Avant - Préparation du matériel technique, révision des fiches et sélection des extraits vidéo.	- Logiciel « Contour Story Teller » (Contour, 2015) servant à visionner la vidéo. Affichage simultané de la vidéo et des données GPS (trajet, vitesse du véhicule). - Télévision HD à grand écran.
	Pendant - Retour général sur le dernier entraînement - Analyse des fiches remplies en mettant l'accent sur les disparités. Progrès/améliorations soulignés. - Visionnement en mode continu des extraits vidéo commentés en fonction des objectifs ciblés. Mode ralenti ou « pause » utilisé au besoin. Comparaison avec des manœuvres bien exécutées - Réflexion avec le client sur les objectifs qu'il se fixe réalistement pour le prochain entraînement sur route.	

L'approche s'est avérée facile à mettre en oeuvre. Le temps requis par l'ergothérapeute du Programme conduite auto est similaire au temps nécessaire pour faire le suivi dans l'approche traditionnelle (pratiques sur route avec moniteur). De 30 à 60 minutes de préparation sont requises par l'ergothérapeute du programme de réadaptation avant chaque rencontre en salle, ce qui nous semble raisonnable. Le temps direct avec le client et le temps de rédaction sont similaires à ce qui est requis lors d'un suivi régulier en ergothérapie.

À la suite de l'expérimentation de l'intervention, les participants et les intervenants impliqués ont été interrogés sur leur perception de l'approche.

Perception des participants:

- 5/5 des participants ont trouvé que la fiche d'autoévaluation de suivi à remplir après chaque séance sur route était facile ou très facile à utiliser;
- 5/5 des participants ont trouvé le port d'une caméra ultra légère sur la tête assez ou très confortable;
- 5/5 des participants ont rapporté que le visionnement des vidéos et la discussion avec l'ergothérapeute les a vraiment aidés à mieux connaître leurs habiletés de conduite.
- 4/5 des participants ont rapporté que le visionnement des vidéos

les a beaucoup aidés à améliorer leur conduite.

Perception des intervenants:

- Les deux ergothérapeutes et le moniteur de conduite ont trouvé l'approche facile à utiliser et ont rapporté une amélioration des habiletés de conduite chez les participants.

Impact de l'intervention

Afin de mesurer l'impact potentiel de cette approche, nous avons vérifié le taux de réussite au test routier ainsi que l'impact au niveau de l'autoperception chez nos cinq participants.

Deux participants sur cinq ont réussi le test routier final. Les participants ayant échoué ont l'impression d'avoir fait tout ce qu'ils pouvaient pour réussir et semblent accepter un peu mieux la situation. Malgré leur échec, tous se sont montrés très reconnaissants pour le soutien qu'ils ont reçu pendant l'intervention et aucun ne s'est montré amer ou fâché.

Selon les données obtenues (comparaison des formulaires d'évaluation remplis par le moniteur de conduite et le client), l'autoperception des participants s'est améliorée au cours du programme de réentraînement. Pour quatre des cinq participants,

À propos des auteurs

Nancy Boulanger, BSc, erg., a obtenu son diplôme en ergothérapie à l'Université de Montréal en 1997. L'auteure a travaillé pendant six ans au Programme d'évaluation à la conduite automobile de l'Hôpital juif de réadaptation à Laval, au Québec.

Daniel Tessier, BSc, erg., a obtenu son diplôme à l'Université McGill en 1991. Il travaille à l'Hôpital juif de réadaptation depuis les 17 dernières années et il cumule une dizaine d'années d'expérience spécifiquement auprès de la clientèle ayant subi un TCC. On peut le joindre par courriel à : dtessier_hjr@ssss.gouv.qc.ca

Isabelle Gélinas PhD, erg., est professeure agrégée à l'École de physiothérapie et d'ergothérapie de l'Université McGill et chercheure au Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain.



Figure 1 : Exemple d'une vidéo filmée lors d'une séance d'entraînement sur route.

l'écart entre la perception de ses habiletés et celle de l'ergothérapeute a diminué à la suite du programme de réentraînement (voir la figure 2).

Conclusion

Nous avons constaté que l'approche élaborée est relativement facile à mettre en œuvre et qu'elle exige un investissement de temps raisonnable de la part de chacun des ergothérapeutes impliqués, ce qui nous permet donc de conclure de la faisabilité de cette approche et de la technologie utilisée. De plus, l'approche est perçue très positivement par les participants et par les intervenants. En ce qui concerne les participants ayant échoué, l'approche semble les aider à faire le deuil de la conduite automobile. Une étude à plus grande échelle sera nécessaire afin de valider les avantages liés à l'utilisation de cette approche.

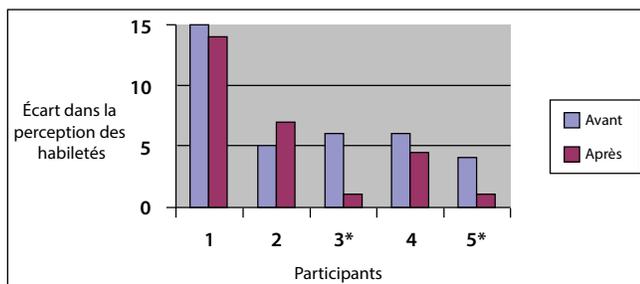


Figure 2. Écart de perception participant/ergothérapeute quant aux habiletés de conduite, avant/après le programme de réentraînement. Afin de quantifier l'écart entre l'autoperception du client et la perception du moniteur de conduite, un ou deux points d'écart sont ajoutés sur la feuille d'autoperception quand le client estime une habileté « acquise » quand elle est dans les faits « partiellement acquise » ou « non acquise ».

* Les sujets 3 et 5 ont réussi le test sur route final.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier les personnes et organismes suivants : La Fondation de l'Hôpital juif de réadaptation; le Centre de recherche Feil et Oberfeld CRIR; le Service de soutien informatique de l'HJR, M. Michel Jetté, moniteur de conduite à l'École Tecnic ainsi que les clients ayant accepté de participer à cette étude.

Références

- Anderson, S.W. et Tranel, D. (1989). Awareness of disease states following cerebral infarction, dementia, and head trauma: Standardized assessment. *The Clinical Neuropsychologist*, 3, 327-339. doi: 10.1080/13854048908401482
- Anstey, K. J., Wood, J., Lord, S. et Wasler, J.G. (2005). Cognitive, sensory and physical factors enabling driving safety in older adults. *Clinical Psychology Review*, 25, 45-65. doi: 10.1016/j.cpr.2004.07.008
- Barco, P.P. Crosson, B., Bolesta, M. M., Werts, D. et Stout, R. (1991). Training awareness and compensation in postacute head injury rehabilitation. Dans J. S. Kreutzer & P. H. Wehman (Édit.), *Cognitive rehabilitation for person's with traumatic brain injury: A functional approach* (p. 129 à 146). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Contour [Apparatus and software]. (2015). Téléchargé au <http://contour.com>
- Couture M., Vincent, C., et Gélinas, I. (2012). Enquête concernant l'entraînement des fonctions cognitives en vue de la conduite automobile. *ErgOTHérapies*, 47, 5-14.
- Devos, H., Akinwuntan, A.E., Nieuwboer, A., Ringoot, I., Van Gerghen, K.V., Tant, M., . . . De Weerd, W. (2010). Effect of simulator training on fitness-to-drive after stroke: A 5-year follow-up of a randomized controlled trial. *Neurorehabilitation and Neuro repair*, 24, 844-850. doi: 10.1007/s11883-013-0331-y
- Fisk, G. D., Owsley, C., Pulley, L. V. (1997). Driving after stroke: Driving exposure, advice, and evaluations. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 78, 1338-1345. doi: 10.1016/S0003-9993(97)90307-5
- Fleming, J. M. et Ownsworth, T. (2006). A review of awareness interventions in brain injury rehabilitation. *Neuropsychological rehabilitation*, 16, 474-500. doi: 10.1080/09602010500505518
- Heikkilä V. M., Korpelainen J., Turkka J., Kallanranta T., et Summala H. (1999). Clinical evaluation of the driving ability in stroke patients. *Acta Neurologica Scandinavica*, 99, 349-355. doi: 10.1111/j.1600-0404.1999.tb07363.x
- Hunt, L.A., Arbesman, M. (2008) Evidenced-based and occupational perspective of effective interventions for older clients that remediate or support improved driving performance. *American Journal of Occupational Therapy*, 62, 136-148. doi:10.5014/ajot.62.2.136
- Liu K. P. Y., Chan C.C. H., Lee, T. M. C., Li, L. S. W., et Hui-Chan, C. W. Y. (2002). Self-regulatory learning and generalization for people with brain injury. *Brain injury*, 16, 817-824. doi:10.1080/02699050210127295
- Schmidt, J., Fleming, J., Ownsworth, T., et Lannin, N. A. (2013). Video feedback on functional task performance improves self-awareness after traumatic brain injury: A randomized controlled trial. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 27(4), 316-324. doi:10.1177/1545968312469838
- Van Zomeren, A. H., Brouwer, W. H., Minderhoud, J. M. (1987). Acquired brain damage and driving: a review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 68, 694-705.

AÎNÉS



ÉDITRICE THÉMATIQUE :
SANDRA HOBSON

Le rôle des professionnels de la santé face à la négligence de soi

Marie-Eve Laniel

La négligence de soi est un terme utilisé pour décrire l'incapacité d'une personne de se procurer les biens et les services dont elle a besoin pour répondre à ses besoins fondamentaux (Dyer, Goodwin, Pickens-Pace, Burnett et Kelly, 2007, p. 1671). Il s'agit généralement du refus ou de l'incapacité de se procurer de la nourriture, de l'eau, des vêtements et un logement adéquats, de faire son hygiène personnelle, de prendre des médicaments de manière adéquate ou de prendre des mesures de sécurité (Dong et Gorbien, 2005). Ainsi, les personnes qui se négligent ne gèrent pas leurs occupations quotidiennes de manière à favoriser leur santé. Certaines études indiquent que la négligence de soi est plus courante chez les aînés (Dyer et al., 2007; Naik, Burnett, Pickens-Pace et Dyer, 2008).

Près de 1,2 million de cas de négligence de soi chez les aînés sont déclarés annuellement aux États-Unis (Dong et Gorbien, 2005). Compte tenu des conséquences sérieuses de la négligence de soi, les professionnels de la santé jouent un rôle déterminant en aidant les aînés qui ne subviennent pas à leurs besoins de base. Cependant, la négligence de soi comporte des dilemmes éthiques pour les professionnels de la santé, car leur intervention est susceptible d'avoir un impact négatif sur l'autonomie des aînés. À quel niveau, dans quelle mesure et de quelle façon le professionnel de la santé doit-il intervenir? Afin d'aborder ces questions, nous examinerons dans cet article les facteurs et les conséquences associés à la négligence de soi au sein de la population âgée, les principes éthiques et l'aptitude à gérer ses biens et sa personne, de même que les interventions utilisées par les professionnels de la santé.

Facteurs et conséquences associés à la négligence de soi

De nombreux facteurs et conséquences sont associés à la négligence de soi chez les aînés. Des degrés de douleur plus élevés (déclarés par les patients) (Pickens, Burnett, Naik, Holmes et Dyer, 2006), des taux de dépression plus élevés (Burnett, Cloverdale, Pickens et Dyer, 2006) et un déclin de la fonction exécutive (Dong et al., 2010) sont tous associés à la négligence de soi chez les aînés. La fonction exécutive peuvent être définie comme la capacité de planifier, d'organiser, de faire preuve d'une conscience de soi et d'exécuter des tâches (Dong et al., 2010).

Par ailleurs, comme la négligence de soi est définie comme une incapacité de se procurer les biens ou les services requis pour répondre à ses besoins fondamentaux (Dyer et al., 2007), cela peut signifier que l'aîné qui se néglige ne fait pas ou n'est pas capable de faire les activités ou occupations qui lui permettraient de répondre à ces besoins fondamentaux (p. ex., préparer un repas et le manger ou prendre une douche). Un manque de soutien environnemental

ou une incapacité d'accéder au soutien qui aiderait un individu à participer à des occupations, peut également contribuer à la négligence de soi. Par exemple, les ressources financières ou les programmes de soutien ne sont peut-être pas offerts à l'individu qui se néglige ou cet individu peut être incapable de se prévaloir de ces ressources (Choi, Kim et Asseff, 2009). Avec la progression et l'augmentation de la sévérité de la négligence de soi, l'incapacité de répondre à ses propres besoins fondamentaux (au moyen d'activités comme se nourrir, faire ses soins d'hygiène ou prendre des médicaments) peut avoir des répercussions sur la santé de cet individu et entraîner d'autres problèmes physiques, cognitifs et fonctionnels. Éventuellement, cette situation peut entraîner une baisse de la capacité d'effectuer certaines activités ou de participer à des occupations.

Ainsi, les conséquences de la négligence de soi peuvent être sérieuses. La négligence de soi est associée à une augmentation de la morbidité et de la mortalité (Naik et al., 2008), et à des taux d'hospitalisation plus élevés (Dong, Simon et Evans, 2012).

Principes éthiques et aptitude à gérer ses biens et sa personne

Il n'y a pas de solution parfaite pour aborder le problème complexe de la négligence de soi. Toutefois, il est important de faire une réflexion sur ce genre de situations complexes pour tenter de trouver une solution équilibrée et pragmatique qui favorisera à la fois la santé et l'autonomie de la personne âgée. Premièrement, lorsqu'ils interviennent auprès de ces personnes, les professionnels de la santé doivent explorer les principaux principes éthiques, de même que la capacité décisionnelle et l'aptitude de l'individu qui se néglige à exercer ses droits. En effet, les professionnels de la santé ont l'obligation éthique de favoriser l'autonomie des personnes avec qui ils travaillent (Mauk, 2011). Dans les cas de négligence de soi où un aîné refuse des soins ou des interventions en matière de santé, un professionnel qui exerce une pression en vue de faire une certaine intervention pourrait enfreindre le droit de l'aîné de prendre des décisions de manière autonome. Cependant, il y a des moments où l'obligation éthique de respecter l'autonomie d'un aîné peut entrer en conflit avec les principes éthiques de la bienveillance et de la non-malfaisance (Mauk, 2011). La bienveillance est un principe éthique qui consiste à agir pour le bien des autres, alors que la non-malfaisance est l'obligation de ne pas poser de geste pouvant causer du tort aux autres (Mauk, 2011). Ainsi, compte tenu de leurs connaissances sur les conséquences sérieuses et possibles de la négligence de soi, les professionnels de la santé doivent considérer le fait que les principes de la bienveillance et de la non-malfaisance ont prééminence

sur l'autonomie lorsque les personnes qui se négligent courent des risques importants de se blesser (Mauk, 2011). Cependant, un équilibre doit être atteint entre ces principes éthiques, en fonction de la sévérité de la négligence de soi, afin que les individus demeurent le plus autonome possible pour prendre des décisions.

La capacité décisionnelle réfère à la capacité d'un individu de comprendre et d'évaluer une situation ou un problème actuel, de même que la nature de l'intervention proposée, y compris ses risques et avantages, et de faire savoir aux autres qu'il a compris (Dong et Gorbien, 2005). On présume que tous les individus ont cette capacité, à moins de preuves contraires. Par exemple, un déficit cognitif peut faire obstacle à la capacité d'une personne de prendre des décisions éclairées et de comprendre les risques et les avantages d'une décision. Ainsi, les aînés peuvent se négliger sans le vouloir, en raison de leur incapacité d'évaluer les conséquences de leurs actions. Toutefois, ce ne sont pas tous les individus ayant des déficits cognitifs qui sont incapables de prendre des décisions éclairées. Il faut surtout comprendre qu'un aîné peut être apte à prendre des décisions éclairées et choisir tout de même de vivre en prenant des risques.

Ce qui ajoute à la complexité de l'évaluation de la capacité d'une personne est que cette personne doit non seulement avoir une capacité décisionnelle, mais également une capacité exécutive. La capacité exécutive est définie comme la capacité d'une personne d'exécuter une décision et d'adapter des plans (Braye, Orr et Preston-Shoot, 2011). Donc, un individu peut être capable d'expliquer qu'il doit prendre un médicament particulier et montrer qu'il comprend son importance (capacité décisionnelle), tout en étant incapable de prendre le médicament en suivant les directives inscrites sur l'étiquette de la prescription (capacité exécutive).

Ainsi, en cas de doute, la capacité doit être évaluée, en particulier si les interventions des professionnels de la santé sont susceptibles de prévenir les blessures ou les problèmes. Toutefois, on croit que la capacité se situe sur un continuum et qu'il ne s'agit donc pas d'un concept dichotomique (Dong et Gorbien, 2005), c'est-à-dire que les individus peuvent être aptes à prendre certaines décisions, tout en étant incapables de prendre d'autres décisions (p. ex., ils peuvent être capables de décider quels visiteurs ils souhaitent voir, mais incapables de prendre une décision médicale complexe, p. ex., décider d'accepter de subir une chirurgie cardiaque). De plus, la capacité peut fluctuer au fil du temps (Dong et Gorbien, 2005). Par exemple, une personne qui est dans un état de délire peut être confuse et inapte pendant toute la durée de son délire, et ne pas l'être après avoir été traitée pour cet état de délire. L'entrave à l'autonomie individuelle doit donc être très sélective. En outre, plus il y a de risques associés à une décision, et plus le degré d'aptitude doit être élevé chez l'individu (Dong et Gorbien, 2005). Ainsi, lorsqu'une décision comporte beaucoup de risques, le professionnel de la santé doit être persuadé que la personne est apte à prendre cette décision (Dong et Gorbien, 2005).

L'évaluation de l'aptitude doit de préférence être faite par une équipe interdisciplinaire, et dans le meilleur intérêt de l'aîné (Mauk, 2011). Le travail en équipe interdisciplinaire permet de veiller à ce que plusieurs points de vue et possibilités soient pris en considération et d'avoir ainsi une perspective plus globale. On encourage les ergothérapeutes à se familiariser avec les lois provinciales concernant les évaluations de l'aptitude à gérer ses biens et sa personne. Les

professionnels de la santé qui sont membres de l'équipe doivent éviter de remettre en question l'aptitude de la personne, du simple fait que cette personne choisit de ne pas suivre un avis professionnel. Les risques et les avantages associés à l'évaluation de l'aptitude, qui peuvent entraîner la déclaration de l'inaptitude d'une personne à prendre certaines décisions, doivent être soigneusement évalués. Si l'on détermine qu'une personne est inapte, cela signifie qu'il faut lui retirer le pouvoir de prendre des décisions de manière autonome. Toutefois, l'un des avantages peut être que l'on empêche une personne de prendre des décisions qui pourraient lui causer des préjudices sérieux (Lo, 1990). Dans les cas où une personne est déclarée inapte à consentir à des décisions relatives à des interventions, un mandataire sera désigné pour prendre les décisions au nom de la personne. Le mandataire doit prendre la décision qui est dans le meilleur intérêt de la personne tout en tenant compte des désirs antérieurs de la personne (Mauk, 2011). Par exemple, dans une situation où les services à domicile sont insuffisants pour prévenir la négligence de soi et où la personne aurait avantage à déménager dans un milieu offrant du soutien, si cette personne souhaite continuer de vivre à domicile, le mandataire doit alors prendre en considération les avantages et les conséquences d'un déménagement dans un nouvel environnement.

Une fois que les principaux principes éthiques, la capacité décisionnelle et la capacité exécutive ont été pris en compte, les professionnels de la santé peuvent effectuer les interventions pouvant favoriser la santé et la sécurité des aînés qui se négligent. Ces interventions doivent réduire au minimum l'intrusion et maximiser l'autonomie (Dong et Gorbien, 2005). Néanmoins, il est important d'adopter en premier lieu une approche moins restrictive avant de déterminer qu'une personne doit être déclarée « inapte » (Santé Canada, 1999).

Interventions

Actuellement, très peu de recherches se sont penchées sur l'efficacité des interventions auprès des personnes âgées qui se négligent (Hildebrand, Taylor et Bradway, 2014). Nous espérons que ce sujet fera l'objet de futures recherches. Cependant, plusieurs stratégies peuvent permettre d'orienter la pratique auprès de cette population particulière. Encore une fois, il n'existe aucune intervention parfaite pour résoudre les problèmes complexes liés à la négligence de soi. Les praticiens doivent examiner chaque situation de manière individuelle, pour tenter de trouver une solution équilibrée et pragmatique qui favorisera à la fois la santé et l'autonomie de la personne âgée.

La première étape consiste à évaluer la présence de négligence de soi le plus tôt possible. On a constaté qu'il était plus difficile d'intervenir dans les cas où la négligence de soi est chronique que lorsqu'elle commence à se manifester (Lauder, Anderson et Barclay, 2005). Il est également important de faire une évaluation sensible et complète pour identifier les capacités de la personne et les risques associés à une autonegligence continue (Braye et al., 2011). Ce genre d'évaluation comprend généralement des évaluations physiques, mentales et cognitives, l'obtention des histoires sociales et médicales, la compréhension des motivations et de la perception de la personne face à la situation, la réalisation d'une évaluation des risques à domicile, une évaluation des capacités fonctionnelles et, finalement,

À propos de l'auteure

Marie-Eve Laniel, BSc (ergothérapie), MSc (ergothérapie - post-professionnelle), Erg. Aut. (Ont.). Cet article a été rédigé alors que l'auteure effectuait sa maîtrise à la Dalhousie University. L'auteure travaille actuellement au Centre de santé mentale Royal Ottawa, en Ontario. On peut la joindre à : marie-eve.laniel@dal.ca.

l'acquisition d'une perspective historique pour aider les professionnels à déterminer si la situation actuelle découle ou non d'habitudes de longue date (Braye et al., 2011).

Les interventions auprès de cette population favorisent l'établissement de relations et la collaboration. Il est primordial d'établir une relation de confiance et de bienveillance pour travailler avec un adulte qui se néglige (Leff et Sonstegard-Gamm, 2006). L'équipe de santé peut d'abord envisager d'explorer les préoccupations communes des personnes autonomes et des professionnels, car cela pourrait augmenter les possibilités d'établir une relation positive (Leff et Sonstegard-Gamm, 2006). Il est essentiel de prendre en compte la façon dont l'ainé perçoit ses problèmes et expériences et d'offrir des interventions conséquentes (Lauder et al., 2005). Le but des interventions est d'aider les personnes autonomes à gérer les risques dans leur vie, et d'établir un équilibre entre ce que l'ainé accepte et ce que le professionnel considère comme un risque. On adoptant cette approche collaborative, la personne autonome sera plus réceptive à d'autres interventions au fil du temps (Braye et al., 2011). Cette approche cherche à respecter l'autonomie de la personne et à trouver un terrain d'entente par la collaboration et la négociation.

Comme la négligence de soi est très complexe et qu'elle comporte des enjeux intrinsèques associés à des aspects sociaux, médicaux et même juridiques, il est idéal d'avoir une équipe interdisciplinaire de professionnels qui peuvent mettre à contribution différentes perspectives pour aborder la situation (Braye et al., 2011; Lauder et al., 2005). Ceci permet de veiller à ce que les diverses interventions possibles soient prises en considération et d'obtenir les meilleurs résultats possibles.

Idéalement, un professionnel doit coordonner les services et être identifié comme l'intervenant-pivot de l'ainé. Ce professionnel sera de préférence celui qui a la relation la plus positive avec l'ainé et qui le connaît le mieux (Lauder et al., 2005). Les équipes de professionnels qui travaillent avec un ainé faisant preuve d'autonégligence doivent organiser des réunions d'équipe sur une base régulière pour coordonner leurs efforts et discuter des réussites, des échecs et des approches efficaces (Leff et Sonstegard-Gamm, 2006).

Conclusion

Les conséquences associées à la négligence de soi sont très sérieuses, notamment, des risques plus élevés de mortalité, de morbidité (Naik et al., 2008) et d'hospitalisation (Dong et al., 2012) et, possiblement, une baisse de la capacité de participer à des occupations quotidiennes. Ces conséquences ont toutes un immense impact sur la vie d'un ainé. Les professionnels de la santé peuvent faire face à des situations difficiles lorsqu'ils travaillent avec des personnes âgées qui se négligent et ils doivent trouver un équilibre en tentant de réduire au minimum les risques pour la santé et de favoriser l'autonomie maximale de ces personnes. En effectuant des évaluations complètes, en établissant des relations fondées sur la collaboration et le respect, en intervenant le plus tôt possible et en travaillant en équipes interdisciplinaires, les professionnels de la santé, y compris les ergothérapeutes, peuvent jouer un rôle déterminant en aidant les aînés qui se négligent à préserver leur sécurité, leur santé, leur bien-être et, éventuellement, leur vie.

Remerciements

L'auteure tient à remercier Jean-François Laniel pour ses suggestions et commentaires judicieux lors de la préparation de cet article.

Déclaration

Cet article a été rédigé et élaboré de manière indépendante par l'auteure, dans le cadre des travaux qu'elle a réalisés pendant sa maîtrise.

Références

- Braye, S., Orr, D., et Preston-Shoot, M. (2011). Conceptualising and responding to self-neglect: The challenges for adult safeguarding. *Journal of Adult Protection*, 13, 182-193. doi:10.1108/14668201111177905
- Burnett, J., Coverdale, J. H., Pickens, S., et Dyer, C. B. (2006). What is the association between self-neglect, depressive symptoms and untreated medical conditions? *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 18(4), 25-34. doi:10.1300/J084v18n04_04
- Choi, N. G., Kim, J., et Asseff, J. (2009). Self-neglect and neglect of vulnerable older adults: Reexamination of etiology. *Journal of Gerontological Social Work*, 52, 171-187. doi:10.1080/01634370802609239.
- Dong, X., et Gorbien, M. (2005). Decision-making capacity: The core of self-neglect. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 17(3), 19-36. doi: 10.1300/J084v17n03_02
- Dong, X., Simon, M., et Evans, D. (2012). Elder self-neglect and hospitalization: Findings from the Chicago Health and Aging Project. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60, 202-209. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03821.x
- Dong, X., Simon, M., Wilson, R., Mendes de Leon, C., Rajan, B., et Evans, D. (2010). Decline in cognitive function and risk of elder self-neglect: Finding from the Chicago Health Aging Project. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58, 2292-2299. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.03156.x
- Dyer, C. B., Goodwin, J. S., Pickens-Pace, S., Burnett, J., et Kelly, P. A. (2007). Self-neglect among the elderly: A model based on more than 500 patients seen by a geriatric medicine team. *American Journal of Public Health*, 97, 1671-1676. doi:10.2105/AJPH.2006.097113
- Hildebrand, C., Taylor, M., et Bradway, C. (2014). Elder self-neglect: The failure of coping because of cognitive and functional impairments. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 26, 452-462. doi:10.1002/2327-6924.12045
- Lauder, W., Anderson, I., et Barclay, A. (2005). A framework for good practice in interagency interventions with cases of self-neglect. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 12, 192-198. doi:10.1111/j.1365-2850.2004.00817.x
- Leff, E., et Sonstegard-Gamm, J. (2006). The home care team approach to self-neglecting elders. *Home Healthcare Nurse*, 24, 249-257. doi:10.1097/00004045-200604000-00014
- Lo, B. (1990). Assessing decision-making capacity. *Law, Medicine & Health Care*, 18, 193-201. doi:10.1111/j.1748-720X.1990.tb00022.x
- Mauk, K. L. (2011). Ethical perspectives on self-neglect among older adults. *Rehabilitation Nursing*, 36, 60-65. doi:10.1002/j.2048-7940.2011.tb00067.x
- Naik, A., Burnett, J., Pickens-Pace, S., et Dyer, C. B. (2008). Impairment in instrumental activities of daily living and the geriatric syndrome of self-neglect. *The Gerontologist*, 48, 388-393. doi:10.1093/geront/48.3.388
- Pickens, S., Burnett, J., Naik, A. D., Holmes, H. M., et Dyer, C. B. (2006). Is pain a significant factor in elder self-neglect? *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 18(4), 51-61. doi:10.1300/J084v18n04_06
- Santé Canada. (1999). *Négligence de soi chez les aînés. Renseignements du ... Centre national d'information sur la violence dans la famille*. Téléchargé http://publications.gc.ca/collections/Collection/H88-3-30-2001/pdfs/violence/neglct_f.pdf

Liste de lecture sur la justice occupationnelle

Le comité de rédaction des *Actualités ergothérapeutiques* a invité les délégués du Congrès 2015 de l'ACE ayant fait des conférences et présentations sur le thème de la justice occupationnelle à partager leurs références et ressources favorites sur le sujet. Grâce à ces délégués, nous avons pu dresser une liste judicieuse de diverses ressources traitent d'une large gamme de thématiques associées à la justice, au sein et à l'extérieur de la profession d'ergothérapeute. Sans être exhaustive, cette liste offre aux lecteurs un aperçu de différentes ressources associées à la justice. Nous remercions Brenda Beagan, Regina Casey, Juliette Cooper, Gina DeVos, Suzanne Huot et Gayle Restall d'avoir contribué à cette liste. Les lecteurs qui désirent en savoir davantage sont également invités à consulter les articles et les listes de références publiés dans le numéro thématique des *Actualités ergothérapeutiques* sur le congrès de l'ACE, publié en juillet 2015 (volume 17, numéro 5).

Livres

- Friedland, J. (2011). *Restoring the Spirit: The Beginnings of Occupational Therapy in Canada, 1890-1930*. Montreal, QC: McGill-Queen's University Press.
- Juliette Cooper a dit : « À la fin du 19^e siècle, les environnements sociaux, économiques et politiques ont engendré des conditions qui ont favorisé l'injustice occupationnelle et ont donné lieu à la naissance d'une profession basée sur ce que nous définissons maintenant comme des « occupations ». Bien que ces conditions aient changé, on peut toujours établir de nombreux parallèles dans la société contemporaine.
- Kronenberg, F., Algado, S. S., et Pollard, N. (Édit.). (2005). *Occupational therapy without borders: Learning from the spirit of survivors*. Toronto, ON: Elsevier Churchill Livingstone.
- Kronenberg, F., Pollard, N., et Sakellariou, E. (Édit.). (2011). *Occupational therapy without borders (Volume 2): Towards an ecology of occupation-based practice*. Toronto, ON: Elsevier Churchill Livingstone.
- Mikkonen, J., et Raphael, D. (2010). *Social determinants of health: The Canadian facts*. Téléchargé au <http://www.thecanadianfacts.org/>
- Juliette Cooper a dit, « cette monographie reconnaît pratiquement l'occupation comme un déterminant de la santé; elle est explicite au sujet des conditions sociales qui ont des répercussions sur la santé (p. ex., la distribution des revenus, l'insécurité alimentaire, le réseau de sécurité sociale) et qui ont un impact profond sur l'occupation. »
- Regina Casey a mentionné que Martha Nussbaum a publié plusieurs livres dignes d'intérêt. Voyez une brève vidéo de cette auteure qui discute du sujet, au : <http://www.hup.harvard.edu/catalog.php?isbn=9780674050549>
- Pollard, N., Sakellariou, D., et Kronenberg, F. (Édit.). (2008). *A political practice of occupational therapy*. Toronto: ON: Churchill Livingstone.
- Gayle Restall a dit, « Ce livre permet de prendre conscience de la partie intégrante jouée par les contextes politiques en ergothérapie, dans les domaines de la pratique clinique, de l'enseignement et de la recherche en ergothérapie. »
- Wilcock, A. (2005). Older people and occupational justice. Dans A. McIntyre & A. Atwal (Édit.), *Occupational therapy and older people* (p. 14 à 26). Oxford, NY: Blackwell.

Articles de revues

- Cook, J. A., Russell, C., Grey, D. D., et Jonikas, J. A. (2008). Economic grand rounds: A self-directed care model for mental health recovery. *Psychiatric Services*, 59, 600-602. doi: 10.1176/ps.2008.59.6.600
- Durocher, E., Gibson, B.E. et Rappolt, S. (2014). Occupational justice: A conceptual review. *Journal of Occupational Science*, 21, 418-430. doi: 10.1080/14427591.2013.775692
- Suzanne Huot affirme que la liste de références à la fin de cet article contient de nombreux articles qui valent la peine d'être lus.
- Hammell, K. W. (2013). Occupation, well-being and cultural environments: Theory and cultural humility. *Revue canadienne d'ergothérapie*. 80, 224-234. doi:10.1177/0008417413500465
- James, C. (2001). Reforming reform: Toronto's settlement house movement, 1900-20. *Canadian Historical Review*, 82 (1), 1-20. doi: 10.3138/CHR.82.1.55
- Juliette Cooper a dit que cet article « propose une autre perspective historique pour examiner la société au début des années 1900.
- Munoz, J. P. (2007). Culturally responsive caring in occupational therapy. *Occupational Therapy International*, 14, 256-280. doi: 10.1002/oti.238
- Nilsson, I., et Townsend, E. A. (2010). Occupational justice – bridging theory and practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 17, 57-63. doi: 10.3109/11038120903287182

Émissions baladodiffusées

- *Fragile Freedoms Lecture Series*. Cette série a été enregistrée en 2014 au Musée canadien pour les droits de la personne et elle a été diffusée à l'émission *Ideas*, à la CBC Radio. Connectez-vous aux présentations de huit conférenciers, par l'intermédiaire du lien suivant : <http://www.cbc.ca/radio/ideas/fragile-freedoms-germaine-greer-1.2914054>

Prises de position

Dans la section sur les prises de position, sur le site web de l'ACE (<http://www.caot.ca/default.asp?pageid=4>):

- *Prise de position conjointe sur la diversité* (2014)
- *L'ergothérapie et la sécurité culturelle* (2011)

World Federation of Occupational Therapists. (2006). *Position Statement on Human Rights*. Téléchargé au : <http://www.wfot.org/ResourceCentre.aspx>

Vidéos

- Tammy's Story II: 2013 Update – *People Like Us* episode #11 (sur la pauvreté) : http://www.youtube.com/watch?v=cqs4_Zs2GvI
- *Kicked Out: LBGT Youth Experience Homelessness* : <http://www.youtube.com/watch?v=TUhqodigPFk>
- *Gen Silent* (documentaire sur les personnes âgées LGBT). Bande annonce au : <http://www.youtube.com/watch?v=fV3O8qz6Y5g>
- Le comédien Aamer Rahman au sujet du racisme : <http://mic.com/articles/82223/this-comedian-brilliantly-destroys-the-myth-of-reverse-racism-in-less-than-3-minutes>
- *Grocery Store Racism* (avertissement : contient un langage violent) : http://www.youtube.com/watch?v=yg2HT_LljB8
- *Shopping While Black Social Experiment That Shows Racism Still Exists*: <http://www.youtube.com/watch?v=heUGwHhrtVM>

Sites web

- *Le Modèle de maturité pour les droits de la personne* : <http://www.hrmm-mmdp.ca/fra/au-sujet-du-modele>
 - Gayle Restall a dit, « Ce site web de la Commission canadienne des droits de la personne propose un modèle pour instaurer une culture des droits de la personne au sein des organisations. Ce modèle, qui a été conçu pour être utilisé dans les milieux de travail, propose un cheminement pour examiner les politiques et les processus selon une perspective axée sur les droits de la personne. »
- *Research into Recovery and Wellbeing* (King's College London): <http://www.researchintorecovery.com/>
 - Gina DeVos a dit, « Il s'agit d'un site qui remet du pouvoir aux professionnels de la santé, de même qu'aux consommateurs de services de santé mentale, et qui est axé sur la personne et les facteurs de rétablissement. »

Remarque de la rédactrice en chef :

N'oubliez pas que votre adhésion à l'ACE vous donne accès aux articles complets de nombreuses revues en ligne, au : <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=82>. L'adhésion de 2015-2016 comprend l'abonnement au *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*.

PERSPECTIVES ESTUDIANTINES



ÉDITRICES THÉMATIQUES :
LAURA HARTMAN ET
CHRISTINA LAMONTAGNE

Réflexions d'une étudiante sur le dévoilement d'un handicap

Laura Bulk

Les choses sont plus difficiles aujourd'hui. J'essaie de finir d'écrire une note au dossier que j'ai commencée hier, mais en regardant la page, je ne peux pas voir ce qui est écrit. J'ai agrandi les caractères trois fois plus qu'à l'habitude. Les choses sont seulement plus difficiles aujourd'hui. J'essaie de comprendre comment je vais réussir à finir ce stage.

En me rendant à la salle de traitement, j'ai de la difficulté à me déplacer vers mon poste de travail habituel. Le monde est plus embrouillé qu'à l'habitude. J'essaie seulement de m'y rendre sans me blesser ou sans blesser les autres. Finalement, j'arrive et je m'assois en soupirant. Je rencontre Corey (pseudonyme), et j'ai une conversation qui éclaircit un peu ma vision—une conversation qui a changé ma façon de percevoir le monde, les handicaps et, sans doute, ma façon de me percevoir moi-même.

En tant que personne handicapée, j'ai une façon unique de voir le monde. Je suis une fière membre d'une culture du handicap. Il s'agit d'un groupe culturel minoritaire qui s'appuie sur la force acquise en raison d'expériences de stigmatisation communes, d'une histoire d'oppression et de résilience et d'expressions artistiques de la marginalité (U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, 2006). Je reconnais et je respecte le fait que les personnes handicapées ont des opinions différentes face à cet aspect de l'identité, et donc, je n'essaie pas de présenter la meilleure façon de percevoir ce genre de situation, mais simplement la façon que j'ai trouvée et qui est bénéfique pour moi. Mon identité en tant que personne handicapée a un impact sur ma pratique et mes interactions avec mes collègues interprofessionnels, mes précepteurs et, sans doute de façon plus importante, avec mes clients. J'ai lu et écrit au sujet de l'expérience commune du handicap—je comprends que cette expérience existe et qu'elle a un sens. J'ai des connaissances au sujet de ce concept. Ma conversation avec Corey a rendu tout cela plus clair et m'a permis de transposer ces connaissances théoriques en quelque chose que je ressens.

Corey suit des traitements de réadaptation car il a subi une lésion de la moelle épinière. Il tente de s'adapter à sa vie afin de comprendre sa nouvelle façon de fonctionner. Aujourd'hui, j'essaie aussi de m'adapter à une nouvelle façon de fonctionner. Dans cette première rencontre, mon monde est plus embrouillé qu'à l'habitude et on peut le voir dans mes yeux. Je rassure Corey en lui disant que je sais que j'ai les yeux rouges, mais que ce n'est vraiment pas contagieux. Nous rions un peu du fait que mes yeux sont de la même couleur que sa chemise. En poursuivant notre conversation, je lui dis que j'essaie de m'adapter à une vision plus faible, de trouver de nouvelles façons de faire les choses, compte tenu de ce nouveau niveau de fonctionnement. Après une courte réflexion, il me dit, « Moi aussi... »

Ce fut un moment de connexion profond. Je ne veux pas comparer nos situations ou prétendre que je comprenais ce qu'il vivait, mais, ce fut un moment de reconnaissance mutuelle de ce que l'on ressent lorsque l'on doit s'adapter à des capacités changeantes. Nous nous sommes rapprochés sur un niveau unique et avons partagé un moment qui a constitué une base solide pour construire une relation thérapeutique efficace.

Les décisions entourant la divulgation d'un handicap sont différentes dans chaque situation et relation. Avec les clients, l'un des facteurs majeurs est de comprendre comment la divulgation peut être avantageuse pour le client. En ce qui concerne ma conversation avec Corey, j'ai choisi de divulguer mon handicap et j'ai le sentiment que cela a eu un impact positif sur le client, sur notre rapport et sur moi-même, en tant que praticienne réflexive. La divulgation est un ensemble complexe de décisions qu'une personne handicapée est forcée de faire plusieurs fois par jour. Les décisions relatives à la divulgation du handicap d'une personne sont des choix personnels qu'une personne évalue soigneusement : quand, à qui, de quelle façon et comment divulguer le handicap? Ces décisions ne sont pas faciles à prendre et elles ont des répercussions qui peuvent durer longtemps sur les relations et la carrière d'une personne.

Par exemple, j'ai choisi de dévoiler mon handicap à mes précepteurs avant chacun de mes stages—c'était mon choix, mais ce n'est peut-être pas le meilleur choix pour toute personne. Ma décision de divulguer mon handicap ne s'arrête à ma lettre de présentation; à tous les jours, je dois décider de nouveau ce que je dois dévoiler à diverses personnes—l'infirmière qui me croise, qui remarque que mes yeux sont rouges et qui me demande : « Avez-vous oublié vos lunettes? » ou le médecin qui remarque que je rapproche une feuille pour la lire et qui me dit : « Avez-vous oublié vos lunettes? » Comment dois-je répondre à cette question? Je suis en route pour rencontrer un client et je ne peux pas prendre trop de temps pour y répondre. Dois-je simplement rire et dire, « Oui, c'est vrai »? Dois-je prendre le temps de raconter ma vie encore une fois? Si je décide de divulguer mon handicap, quel impact cela aura-t-il sur ma relation avec ces personnes? Comment cela changera-t-il la façon dont je me perçois en tant qu'étudiante et professionnelle? Est-ce que la stigmatisation liée à mon handicap fera ombre à ma compétence dans l'exercice de ma profession?

En tant qu'ergothérapeutes, nous travaillons souvent avec des clients handicapés qui sont le plus souvent forcés, d'une certaine manière, de divulguer leur handicap afin de recevoir des services. Mais avez-vous déjà pensé au fait que vos clients ne sont peut-être pas les seuls à avoir des handicaps? Si vous êtes un précepteur, avez-vous déjà pensé au fait que vous pouvez avoir des stagiaires

handicapés? Quel serait l'impact de ces handicaps sur votre façon d'interagir avec les étudiants et de les superviser? Avez-vous déjà pensé que vos collègues peuvent avoir des handicaps qu'ils ont choisi de ne pas dévoiler? À votre avis, quelles sont les répercussions d'un handicap sur la pratique? Alors que nous allons de l'avant en favorisant la diversité au sein de la main-d'œuvre et que les personnes handicapées ont de plus en plus accès à des études supérieures, nous devons nous pencher sur ces questions afin de créer une profession favorable à l'intégration de tous.

Remerciements

Une bonne partie de ce que j'ai écrit ici est basé sur mon expérience et mon opinion. Mes perceptions évoluent constamment, et elles sont façonnées dans l'ensemble de ma vie par la littérature, les expressions artistiques, les expériences personnelles et professionnelles, les conversations enrichissantes et les personnes sages. À présent, je suis influencée par le travail que j'effectue au sein de l'International Collaboration for Inclusive Campuses (http://inclusive_campus.osot.ubc.ca) en examinant l'inclusion des personnes handicapées

au sein des professions de la santé et des services sociaux, dont l'ergothérapie. J'aimerais remercier les membres de cette équipe et les participants qui ont courageusement raconté leurs histoires. Je souhaite aussi remercier les merveilleux précepteurs avec qui j'ai eu le privilège d'apprendre tout au long de mon programme de maîtrise en ergothérapie à l'University of British Columbia—Stephen, Narges, Brenda, Jennifer, Kyle, Nancy, Natalie et Karen, de même que l'équipe du Psychiatric Day Hospital au Royal Jubilee Hospital—vous êtes des exemples lumineux de bons précepteurs. J'ai apprécié votre ouverture, votre créativité, vos conseils, votre enseignement et vos attitudes.

Références

U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration. (2006). *The rationale for diversity in the health professions: A review of the evidence*. Téléchargé au <http://bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/reports/diversityreviewevidence.pdf>

À propos de l'auteure

Laura Bulk est une ergothérapeute travaillant en Colombie-Britannique. Elle effectue également un doctorat à l'University of British Columbia, centré sur un projet interdisciplinaire qui explore les expériences liées à la cécité dans divers contextes et les perceptions complexes entourant la cécité. Elle se passionne pour la justice occupationnelle, est très reconnaissante d'être en vie et croit que toute personne a une valeur intrinsèque. On peut la joindre à : laurabulk@alumni.ubc.ca.

PERSPECTIVES ESTUDIANTINES



ÉDITRICES THÉMATIQUES :
LAURA HARTMAN ET
CHRISTINA LAMONTAGNE

De la salle de classe à la salle du conseil d'administration : Comment un stage en santé mentale au travail dans un nouveau rôle s'est transformé en emploi

Laura Kalef, Lydia Beck et Andrea Duncan

Les ergothérapeutes ont toujours fait valoir l'occupation dans de nombreux secteurs différents. Dans les dernières années, on a pu observer la croissance de notre profession dans de nouveaux domaines uniques. Les universités canadiennes proposent des stages dans de nouveaux rôles afin de promouvoir notre profession dans des secteurs non traditionnels. Ces stages se produisent dans des milieux qui n'ont pas de postes établis en ergothérapie et ils sont supervisés sur les lieux du stage par une personne qui n'est pas ergothérapeute, de même que par un ergothérapeute se trouvant à l'extérieur du milieu de stage. De plus en plus de données probantes indiquent que les stages dans de nouveaux rôles aident les étudiants à faire l'acquisition des compétences et des connaissances requises pour travailler dans des milieux non traditionnels (Clarke, deVisser, Martin et Sadlo, 2014). Au cours des dernières années, les universités à travers le pays ont oeuvré en vue de créer des stages dans de nouveaux rôles et dans des milieux non traditionnels. Par exemple, à l'University of Toronto, on consacre beaucoup de temps à établir des relations avec de nouveaux milieux et à aider les étudiants à créer eux-mêmes leurs propres stages dans de nouveaux rôles. Ainsi, à tous les ans, de 10 à 15 étudiants font un stage dans un nouveau rôle à leur dernier semestre.

L'évaluation de programme de ces stages dans de nouveaux rôles est effectuée après chaque stage, au moyen d'un sondage des étudiants et de leurs superviseurs non ergothérapeutes. Les étudiants ont déclaré qu'ils avaient fait l'acquisition de compétences dans les rôles de « gestionnaire de la pratique » et de « communicateur » (Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 2012) et qu'ils avaient l'impression que l'expérience leur avait permis d'augmenter leur employabilité. De plus, les superviseurs non ergothérapeutes du milieu de stage ont déclaré qu'ils comprenaient et appréciaient davantage la valeur de l'ergothérapie.

Dans cet article, nous racontons comment Laura Kalef et Lydia Beck, deux étudiantes à la maîtrise en ergothérapie, ont créé un stage dans un nouveau rôle dans le contexte de la santé mentale au sein des entreprises. Les réflexions des étudiantes et de leur préceptrice en ergothérapie sont également présentées dans cet article.

Le périple de Laura et de Lydia

Nous avons tous des amis ou des membres de notre famille et de la communauté qui ont eu des problèmes de santé mentale associés au milieu de travail. En effet, la maladie mentale touche une personne sur cinq en âge de travailler et elle est la principale cause des réclamations en matière d'invalidité au Canada, qui représentent des millions de dollars annuellement pour l'économie canadienne (Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction [CARMHA], 2012). Les milieux de travail font face à des coûts majeurs associés aux problèmes de santé mentale des employés en raison du roulement de personnel, de la perte de

productivité, de l'absentéisme et du présentéisme (le fait qu'un employé vient travailler tout en étant malade; CARMHA, 2012). La lentille globale de l'ergothérapie permet aux ergothérapeutes d'aider les individus et les organisations à faire face aux problèmes de santé mentale en milieu de travail. Cette lentille leur donne une perspective sur la multitude de facteurs interdépendants qui influencent la santé mentale au travail (c'est-à-dire, des facteurs individuels, environnementaux et occupationnels) et elle entraîne la création de solutions créatives et globales « qui favorisent la productivité et une culture positive du milieu de travail » (ACE, 2015, para. 1). En tant qu'étudiantes en ergothérapie, nous voulions nous servir de notre perspective ergothérapique pour aborder la santé mentale au travail de façon unique, dans le but de sensibiliser les divers intervenants à son importance et d'accroître les mécanismes de soutien au travail.

Alors que nous préparions le stage dans un nouveau rôle sur la santé mentale au travail que nous souhaitions faire, nous avons fait une étude de marché afin d'en apprendre davantage sur les services disponibles pour soutenir les milieux de travail, et de déterminer si certaines organisations seraient intéressées à recevoir des consultations en ergothérapie. Même s'il nous a fallu plusieurs mois pour effectuer ce processus, nous avons réussi à trouver des organisations intéressées à nous accueillir en stage dans un nouveau rôle, et à nous assurer de leur participation. Nous devons soumettre une proposition à nos professeurs, pour nous assurer que l'expérience de stage que nous avions organisée répondait à nos besoins en matière d'apprentissage et qu'elle correspondait aux exigences réglementaires de la profession.

Notre parcours

À la suite de nos rencontres avec plusieurs organisations, quatre d'entre elles ont accepté de participer à notre expérience de stage. De façon plus spécifique, nous avons travaillé avec un cabinet d'avocat, un cabinet comptable, une agence de placement et une compagnie d'assurance. Ces entreprises étaient intéressées à travailler avec des étudiants en sciences de la santé en vue d'apprendre des stratégies pour améliorer la santé mentale au travail, car plusieurs d'entre elles ont mentionné qu'elles ne savaient pas exactement comment aborder ce sujet. Afin d'avoir des expériences d'apprentissage enrichissantes et de nous conformer aux exigences réglementaires, nous devons avoir un superviseur en ergothérapie. Comme aucun ergothérapeute ne travaillait dans ces organisations, Andrea Duncan, l'une de nos enseignantes à l'University of Toronto, a accepté d'être notre préceptrice en ergothérapie à l'extérieur du milieu de stage. De plus, nous avons une supervision assurée par une personne non ergothérapeute dans chacune des entreprises. Malgré la présence de tous ces superviseurs, nous étions en grande partie laissées à nous-mêmes dans notre travail. Nous passions environ une journée par semaine dans chaque entreprise pour y effectuer des projets en santé mentale adaptés aux

besoins de chaque organisation. Afin de veiller à ce que nos projets soient utiles, nos idées ont été élaborées avant le début du stage, en collaboration avec chaque entreprise. Chaque projet complétait et élargissait le travail que ces entreprises effectuaient déjà en ce qui concerne le bien-être, l'inclusion, le handicap et l'équilibre travail-vie personnelle. Nous avons veillé à ce que notre travail soit en harmonie avec les efforts déployés auparavant par chaque organisation, afin que nos propositions soient judicieuses et appréciées. Les membres du personnel des entreprises étaient intrigués à l'idée de travailler avec des étudiantes en ergothérapie. Ils étaient très heureux d'apprendre que nous consacrerions du temps et de l'énergie au domaine important de la santé mentale au travail.

Bien que nos projets étaient différents pour chacune des entreprises, ils avaient plusieurs points communs. Par exemple, dans deux des entreprises, nous avons effectué des évaluations de la santé mentale au travail. Nous avons également réalisé des analyses internes des besoins pour comprendre les besoins de chaque milieu de travail en matière de santé mentale. Puis, nous avons recueilli des données à partir d'entrevues effectuées auprès des employés et d'un examen de données internes sur les handicaps et les avantages sociaux. Nous avons aussi fait des recherches sur les pratiques exemplaires visant à favoriser la santé mentale au travail dans des contextes corporatifs. Après avoir effectué nos évaluations, nous avons émis des recommandations en vue d'aborder les besoins ciblés. Nous avons ensuite partagé ces résultats avec la direction des entreprises, à l'aide de présentations.

En ce qui concerne la troisième entreprise, nous avons fait une recherche et avons élaboré une ressource sur le sujet de la fatigue de compassion. Finalement, à l'agence de placement, nous avons offert une formation sur les signes de problèmes de santé mentale et avons aussi fourni à la direction des ressources à partager avec les clients qui effectuent des transitions en matière d'emploi.

Résultats

Les différents intervenants des organisations avec lesquelles nous avons travaillé ont dit qu'ils avaient été impressionnés par notre travail, qu'ils ont grandement apprécié. Ils nous ont dit que nos produits livrables et les recommandations que nous avons émises avaient dépassé leurs attentes, ce qui les aideraient à améliorer leurs politiques organisationnelles et les programmes pour les employés. Dans les commentaires recueillis après le stage, un client a dit : « Laura et Lydia ont cherché activement à comprendre les besoins de notre organisation en tant qu'entreprise et elles ont adapté le matériel et la présentation au besoin ».

Après notre stage, les entreprises nous ont informées qu'elles tentaient de mettre nos recommandations en œuvre. Jusqu'à maintenant, une des quatre entreprises nous a embauchées pour procéder à la mise en œuvre de nos recommandations. Deux des autres organisations ont exprimé leur intérêt à travailler dans l'avenir en vue de favoriser la mise en œuvre des recommandations, une fois qu'elles auront modifié les procédures internes et qu'elles auront fait la planification requise. Nous avons réussi à transformer ce stage en un cabinet de consultation en ergothérapie des plus captivants.

Réflexions des étudiantes

Au début de notre stage, nous ne connaissions pas le milieu corporatif et nous avons appris à nous comporter et à communiquer efficacement dans ce milieu. Nous avons dû faire un effort pour expliquer clairement notre langage ergothérapeutique, afin d'être bien comprises par tous les professionnels. Nous avons dû fréquemment rappeler aux gens nos compétences, à quel point il est important d'aborder la santé mentale au travail et pourquoi l'ergothérapie est efficace dans ce domaine.

Nous avons été étonnées par les réactions positives que nous avons reçues lorsque nous avons présenté pour la première fois notre projet de stage aux directeurs généraux, gestionnaires et employés de première ligne du secteur corporatif. En raison des préjugés et de l'incertitude de la

population face à la santé mentale, nous nous attendions à rencontrer de la résistance, mais nous avons constaté que les professionnels de diverses industries occupant différents postes étaient très intéressés à en apprendre davantage, car ils se sentaient dépassés et incertains de ce qu'ils pouvaient faire pour favoriser la santé mentale dans leurs milieux de travail. L'un des apprentissages clés de notre stage est que les entreprises savent que la santé mentale est un enjeu majeur dans les milieux de travail, mais qu'elles ne savent pas comment l'aborder. Afin de rendre plus tangible le sujet de la santé mentale, nous avons utilisé le Modèle personne-environnement-occupation (PEO) (Law et al., 1996) pour présenter nos résultats et recommandations. En tant qu'ergothérapeutes, nous voyons clairement les avantages de ce mode de pensée global, mais nous étions surprises de la réaction positive que nous avons reçue de la part de la haute direction et des directeurs généraux face à ce cadre conceptuel.

En réfléchissant à nos expériences en tant qu'étudiantes en ergothérapie dans un milieu corporatif, nous avons constaté que nous avons pu faire l'acquisition de nouvelles compétences uniques. Le fait de mieux comprendre ce que le professionnalisme signifie dans un milieu corporatif a très utile pour notre développement professionnel. Nous avons eu de nombreuses occasions de mettre à contribution nos habiletés à communiquer par écrit et de manière verbale, lors de présentations formelles et lors d'interactions plus informelles en milieu de travail. En prenant en considération les besoins d'une organisation plutôt que les besoins d'un client individuel, nous avons commencé à voir « l'ensemble du tableau », ce qui nous a encouragées à revendiquer des changements au sein du système plutôt que des services individuels. Pour nous, le fait d'être exposées à l'un des nouveaux rôles de l'ergothérapeute à l'extérieur des milieux hospitaliers et communautaires traditionnels et d'apprendre à travailler dans les limites d'un nouveau contexte de pratique a été tout simplement formidable.

Par ailleurs, ce stage autodirigé a favorisé notre autonomie en tant qu'étudiantes en ergothérapie. En effet, nous pouvions prendre des initiatives, prendre des risques et demander du soutien au besoin, comme nous l'aurions fait à titre de nouvelles diplômées. Les autres étudiants qui sont motivés à sortir de leur « zone de confort » en ergothérapie et à essayer quelque chose de nouveau peuvent tirer profit de ces stages, qui sont extrêmement gratifiants et éducatifs et qui préparent les nouveaux diplômés à se démarquer dans le marché du travail actuel.

Nous sommes reconnaissantes d'avoir eu cette possibilité d'explorer un nouveau domaine de l'ergothérapie pendant notre dernier stage. Si nous n'avions pas eu l'occasion de faire l'essai d'un rôle d'experte-conseil en santé mentale au travail avec le soutien de l'université, il est peu probable que nous aurions entrepris ce genre de carrière si tôt dans notre cheminement ergothérapeutique. Tout au long de ce processus, nous avons fait l'acquisition d'un bon nombre de compétences spécifiques qui ne relèvent pas du domaine de l'ergothérapie, par exemple, comment lancer une entreprise, faire un plan financier, construire un site web et faire notre mise en marché et notre réseautage, ce que nous n'avions pas appris dans le cadre de notre programme d'études. En tant qu'ergothérapeutes, nous sommes des apprenantes à vie et nous avons les compétences requises pour entreprendre de nouveaux projets. Toutefois, comme ce n'est pas tout le monde qui a la possibilité de participer à un stage comme celui que nous avons fait, nous encourageons fortement les programmes d'ergothérapie à mettre un plus grand accent sur les compétences requises pour exercer en cabinet privé.

Réflexions de la préceptrice

Le fait d'être la préceptrice en ergothérapie de Lydia et Laura a été une expérience captivante et stimulante pour moi, et j'ai été très heureuse d'être leur superviseuse. Toutefois, le rôle de préceptrice d'étudiants en stage dans un nouveau rôle exige beaucoup de planification et de soins. Bien que les stages dans de nouveaux rôles soient une manière captivante de promouvoir la profession, de faire valoir l'occupation dans des secteurs

non traditionnels et d'aider les étudiants à utiliser leurs compétences, ils comportent des risques pour les étudiants, les organisations et les clients qui y participent. Pour réduire ces risques, il faut amorcer le processus de planification des mois à l'avance, avant le début du stage. La première étape suivie par l'University of Toronto est de demander aux étudiants de créer et de présenter une proposition exposant leurs idées et la façon dont leur travail leur permettra d'atteindre les résultats d'apprentissage escomptés. Il s'agit d'un processus itératif, car il force les organisations, les étudiants et les précepteurs à penser à différentes questions, comme la portée de l'ergothérapie, la documentation, le consentement, la logistique quotidienne et les attentes de toutes les parties. Une fois que la proposition est acceptée par l'université et le milieu de stage, une entente est établie pour veiller à ce que les étudiants soient prêts à vivre une expérience d'apprentissage stimulante, en toute sécurité. Lorsque la proposition est en place, les étudiants peuvent commencer à élaborer les plans de leurs projets et à déterminer les délais et les produits livrables de ces projets. Il s'agit de nouvelles compétences pour de nombreux étudiants; ils ont donc besoin d'un encadrement et d'un soutien considérables à cette étape.

Lorsque Laura et Lydia ont commencé leur stage, il y avait une rencontre hebdomadaire entre toutes les parties, pour discuter des activités de la semaine qui venait de s'écouler et des attentes pour la prochaine semaine. En tant que préceptrice dans un nouveau rôle, je n'étais pas présente sur les lieux à toutes les occasions et donc, ces plans et ces délais me permettaient de veiller à ce que les étudiantes aient des commentaires en temps opportun et continuent à travailler assidûment.

Le rôle du superviseur d'étudiants en stage dans un nouveau rôle consistait à trouver un équilibre entre la supervision et le moment où il fallait se retirer pour permettre aux étudiantes de faire leurs propres expériences. Pour atteindre cet équilibre, il fallait prévoir des échanges réguliers entre le superviseur et les étudiantes. Ces échanges n'exigeaient pas nécessairement des rencontres face à face, mais des courriels quotidiens, des textos et des appels pour vérifier si les étudiantes avaient suffisamment de soutien et si on leur laissait assez de liberté pour faire preuve d'autonomie professionnelle. Les étudiantes savaient qu'elles pouvaient demander de l'aide en tout temps, mais la confiance était un aspect primordial de la relation superviseur-étudiant.

Comme j'ai supervisé d'autres stages dans un nouveau rôle, j'ai fini par comprendre que ces stages ne conviennent pas à tous les étudiants. Pour que ce genre de stage soit une réussite, les étudiants doivent être flexibles, avoir une grande capacité d'adaptation, être autonomes et aptes à se diriger par eux-mêmes. Les étudiants qui ont souvent besoin de directives ou d'une structure quotidienne rigide ne réussissent pas aussi bien dans ce genre de stage que dans un stage traditionnel. Comme Laura et Lydia étaient des étudiantes de ma classe, je savais qu'elles possédaient les compétences et la diligence requises pour faire de leur stage une expérience d'apprentissage positive. Je savais aussi qu'elles seraient de fières représentantes de l'université.

Dans le même ordre d'idées, les stages dans un nouveau rôle ne sont pas pour tous les précepteurs. En effet, les précepteurs doivent aussi être flexibles et prêts à offrir aux étudiants un contexte bienveillant pour faire l'essai de nouvelles compétences et activités. Les précepteurs doivent être prêts à faire un plus grand effort et à passer plus de temps avec les étudiants, au besoin.

J'aimerais inviter tous les ergothérapeutes qui pensent posséder les compétences requises pour être un précepteur de stage dans un nouveau rôle à passer à l'action. Communiquez avec l'université de votre région afin d'explorer les différentes façons dont vous pourriez jouer l'un de ces rôles inestimables. Vous contribuerez ainsi à promouvoir la profession et à la formation des ergothérapeutes de l'avenir. L'expérience peut être très gratifiante tout en vous permettant d'élargir votre propre pratique.

Conclusion

En tant qu'ergothérapeutes, nous connaissons l'influence positive que les interventions centrées sur l'occupation peuvent avoir sur la vie de nos clients. Il est donc important de travailler tous ensemble pour continuer de faire valoir l'importance de l'occupation et transmettre ce message dans de nouveaux domaines. Notre rôle de défenseur ne doit pas être joué uniquement par des ergothérapeutes d'expérience, mais aussi par des étudiants. En offrant aux étudiants plus de possibilités, d'outils, de ressources et de compétences dans ce domaine pendant leurs études, les universités encourageront plus d'étudiants à explorer de nouveaux domaines de pratique en ergothérapie, à consolider la profession, à faire connaître l'ergothérapie et à se créer des emplois.

Références

- Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Téléchargé au <http://www.caot.ca/pdfs/2012otprofile.pdf>
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2015). *Prise de position de l'ACE : L'ergothérapie et la santé au travail*. Téléchargé au <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=1137>
- Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction. (2012). *Guarding Minds @ Work: A workplace guide to psychological health and safety*. Téléchargé au <http://www.guardingmindsatwork.ca/info>
- Clarke, C., de Visser, R., Martin, M., et Sadlo, G. (2014). Role-emerging placements: A useful model for occupational therapy practice education? A review of the literature. *International Journal of Practice-based Learning in Health and Social Care*, 2, 14-26. doi:10.11120/pblh.2014.00020
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., Letts, L. (1996). The person-environment- occupation model: A transactive approach to occupational performance. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 63, 9-23. doi:10.1177/000841749606300103



Laura Kalef et Lydia Beck

À propos des auteures

Laura Kalef, BScKin (Hons.), MSc (ergothérapie), Erg. Aut. (Ont.), et Lydia Beck, BA (spécialisé), MSc(ergothérapie), Erg. Aut. (Ont.), ont obtenu leur diplôme au programme d'ergothérapie de l'University of Toronto en 2014. Elles sont les copropriétaires de L&L Consulting et elles travaillent respectivement à temps partiel pour CBI Physiotherapy & Rehabilitation et Gowan Consulting. On peut les joindre à : laura@corporatementalhealth.ca et lydia@corporatementalhealth.ca.

Andrea Duncan, MBA, BSc (ergothérapie), Erg. Aut. (Ont.), est chargée de cours au Department of Occupational Science and Occupational Therapy de l'University of Toronto, où elle enseigne le développement de programme et l'évaluation de programme. Elle est experte-conseil principale chez Unicycle Consulting et présidente de Occupational Solutions. On peut la joindre à a.duncan@utoronto.ca.

PRATIQUE EN MILIEU RURAL ET ÉLOIGNÉ



L'ergothérapie en région éloignée : un cheminement international

Felicity Pidgeon

Comme je travaille dans le Territoire du Nord en Australie, je sais que la pratique de l'ergothérapie en région éloignée est une expérience unique et souvent difficile. À la fin de 2013, j'ai reçu une bourse de recherche qui m'a donné l'occasion de vivre l'expérience de l'ergothérapie en région éloignée au Canada et aux États-Unis et de réfléchir aux similitudes et aux différences entre ces contextes et ma pratique habituelle en région éloignée, en Australie.

Le Winston Churchill Memorial Trust of Australia donne à des Australiens la possibilité de voyager à l'étranger pour apprendre, étudier, suivre des formations et trouver des idées en leur accordant des bourses et du soutien financier qui leur permettent d'améliorer leurs pratiques de travail, au profit de l'Australie (Winston Churchill Memorial Trust, 2015). Il s'agit d'un concours annuel permettant de décerner des prix à près de 100 Australiens. Grâce à ce prix, j'ai pu visiter des équipes offrant des services dans des régions éloignées de l'Arizona, du Manitoba et du Nunavut, tout en observant et interviewant des ergothérapeutes travaillant dans chacune de ces régions. Un rapport complet de mon voyage est publié au : https://www.churchilltrust.com.au/media/fellows/Cultural_rehabilitation_services_to_disabled_isolated_persons_-_Pidgeon_F_2013.pdf

Comme le Churchill Trust favorise la dissémination des connaissances, j'ai travaillé en vue de publier des articles sur les connaissances que j'ai acquises tout au long de mon voyage. Par exemple, j'ai décrit les similitudes et les différences entre les divers milieux éloignés, en ce qui a trait à la pratique interculturelle et à la portée de la pratique, dans le *Journal of Rural and Remote Health* (Pidgeon, 2015). Dans le présent article, je présenterai les services offerts dans chaque région que j'ai visitée et je décrirai mes apprentissages en fonction de problèmes spécifiques liés à la pratique, notamment les barrières liées au temps limité pour les séances de thérapie face à face, à l'équipement et aux modifications du logement.

Structures des services

Australie

Je travaille habituellement dans les programmes de services aux personnes handicapées et de soins aux personnes âgées dans la région éloignée de l'Australie de la partie supérieure du Territoire du Nord, qui prodigue des services à 28 communautés (dont la population totale est de 26 700 personnes) à travers la région. L'équipe, qui travaille à deux sites (soient dans la ville de Darwin et, au sein d'une petite équipe satellite, dans la région d'East Arnhem Land), est composée d'un directeur, d'un chef d'équipe, de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes, d'orthophonistes, d'assistants en thérapie, de coordonnateurs et de professionnels en administration. L'équipe offre des services aux Australiens autochtones âgés ou handicapés. L'environnement physique

est accidenté et la température moyenne demeure au-dessus de 30 degrés Celsius pendant le jour, à l'année. C'est un milieu sablonneux, poussiéreux et sec huit mois par année, puis humide, vaseux et inondé pendant quatre mois, à la mousson.

Canada

Dans le territoire du Nunavut, au Canada, j'ai vécu ma première expérience dans l'Arctique; même en septembre, il y avait beaucoup de neige et de glace au sol et je prenais mes marches dans l'après-midi, à 15 degrés sous zéro. Dans ces régions, on se déplace souvent en motoneige et, en hiver, la température descend jusqu'à 50 sous zéro, avec peu d'ensoleillement, selon la latitude. Dans cette région, j'ai visité deux des équipes de santé les plus éloignées au Canada. Ces équipes offrent des services aux résidents, qui sont principalement des personnes autochtones, soient des Inuits.

Les Qikiqtaaluk Region Rehabilitation Services sur l'île de Baffin, au Nunavut, prodiguent des services à 12 communautés (population totale de 15 000 personnes) à travers la région, grâce à une équipe composée d'un directeur, de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes, d'audiologistes, d'un aide en audiologie, d'un orthophoniste et d'un interprète. Pour sa part, le Kivalliq Region Rehabilitation Service à Rankin Inlet, au Nunavut, est composé de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes et d'orthophonistes, et il offre des services à sept communautés (population totale de près de 9 000 personnes).

À Winnipeg, j'ai eu la possibilité de visiter le Rehabilitation Centre for Children, dont l'équipe de pédiatrie offre des services aux enfants ayant des handicaps physiques et intellectuels. Ce centre dispose d'une grande équipe qui comprend des services d'ergothérapie, de physiothérapie et d'orthophonie pour les enfants de nombreuses communautés éloignées au Manitoba.

États-Unis

Mon voyage s'est poursuivi aux États-Unis et dans les régions éloignées de l'Arizona. L'Institute of Human Development à Flagstaff, en Arizona, dirige plusieurs services différents, dont le programme d'intervention précoce Growing in Beauty pour les enfants de trois ans et moins, des services pour les enfants handicapés de trois à 22 ans et un programme d'aides techniques pour les clients, tout au long de leur vie. L'équipe, qui est composée d'ergothérapeutes, de physiothérapeutes, d'orthophonistes, d'un coordonnateur, d'un expert-conseil en éducation et de travailleurs sociaux, travaille dans ces différents programmes pour offrir des services aux peuples Navajo et Hopi qui vivent dans des réserves en Arizona. Ces réserves sont vastes et s'étendent jusqu'aux états voisins de l'Utah et du Nouveau-Mexique; il est donc difficile d'offrir des services équitables d'un état à l'autre.

Dans cette région, les conditions de températures sont extrêmes; en été, la température est chaude et caractéristique d'un paysage désertique et en hiver, les températures sont froides et il y a des tempêtes et des routes bloquées par la neige et la glace. Les résidents vivent souvent dans des ranchs familiaux situés à des heures des villes et des services, ou encore, ils vivent dans de petits villages Navajo et Hopi. Les résidents ont souvent peu d'engagements et d'affiliation avec la culture américaine dominante.

Problèmes communs

Même si les milieux et contextes culturels que j'ai visités étaient très différents, il est intéressant et surprenant de constater que de nombreux facteurs que je croyais uniques à la pratique dans les communautés éloignées du Territoire du Nord de l'Australie, étaient en fait les mêmes que les facteurs associés à la pratique dans les régions très éloignées du Canada et des États-Unis.

Temps limité pour les séances de thérapie face à face

Les déplacements et la capacité d'offrir un service régulier et constant ont été identifiés comme étant difficiles dans tous les contextes que j'ai visités. De multiples facteurs limitant les contacts réguliers face à face avec les clients ont été identifiés. Par exemple, les températures et conditions environnementales extrêmes, comme des tempêtes de neige, des inondations, du verglas, des routes non goudronnées et mal entretenues ou l'absence de route augmentent la difficulté de se rendre dans les communautés et d'en repartir, et de voir les clients. Les coûts exorbitants, comme les vols en avions vers les communautés (p. ex., un vol aller-retour entre Iqaluit et Resolute Bay au Nunavut peut coûter 4 500 \$), les frais d'hébergement (souvent plus de 200 \$ la nuit) ou la location d'un véhicule pour se déplacer et voir les clients dans les communautés (souvent plus de 100 \$ par jour) limitent la fréquence selon laquelle un service peut se déplacer vers chaque région.

Le manque de personnel pour faire une visite régulière dans chaque communauté représente aussi un défi. De plus, le roulement de personnel, qui semble être un problème pour toutes les équipes, a des répercussions sur la constance du service. Dans l'ensemble des équipes, la régularité de la prestation de services thérapeutiques face à face variait d'une fois toutes les deux semaines pour le programme Arizona Growing in Beauty à une fois tous les six mois ou à une fois par année pour l'équipe de Qikiqtaaluk sur l'île de Baffin.

Toutes les équipes ont adapté les modèles de service qui visent à accroître la régularité des contacts avec le client. Dans le Top End (Australie), l'équipe arrive à visiter les communautés à toutes les quatre à huit semaines, grâce à l'attribution d'un thérapeute clé (ergothérapeute ou physiothérapeute) qui effectue les visites dans chaque communauté et qui travaille selon une portée élargie de la pratique auprès de tous les clients de cette communauté. Chaque thérapeute visite seulement une à quatre communautés. Les autres disciplines offrent des services de consultation au besoin. Les nombres de cas se limitent aux personnes handicapées ou aux personnes âgées en perte d'autonomie (aucun service de prévention ou de santé générale n'est offert) et on consacre une grande partie du temps à la gestion de cas, à l'évaluation et à l'ajustement des clients vers des services de soutien à domicile.

L'équipe du programme Growing in Beauty a un modèle semblable, c'est-à-dire que des thérapeutes clés travaillent avec des clients en fonction des principaux objectifs thérapeutiques, et que les autres disciplines offrent également des consultations en matière de soutien. Les thérapeutes ont seulement quelques nombres de cas afin d'avoir un contact régulier avec leurs clients.

L'équipe de Qikiqtaaluk se sert de la télésanté par vidéoconférence pour faciliter le contact avec les clients au fil des mois, lorsque les thérapeutes ne sont pas en mesure de leur rendre visite. L'équipe peut aussi faire venir des clients ayant des besoins plus complexes à Iqaluit

pour faire une évaluation complète et une période de thérapie intensive. Cette équipe reçoit aussi un financement pour engager des assistants en thérapie qui peuvent faire des interventions thérapeutiques à distance dans certaines communautés. Un système de priorisation permet de veiller à ce que les clients dont les besoins sont les plus urgents soient vus en premier.

L'équipe de Kivalliq a un système de rotation entre les thérapeutes qui visitent les communautés, afin que chaque communauté soit visitée une fois par mois, soit par un orthophoniste, un physiothérapeute ou un ergothérapeute; chaque professionnel peut élargir la portée de sa pratique pour faire le suivi des problèmes inhabituels ou urgents des autres disciplines.

Équipement

La difficulté de fournir des aides techniques qui correspondent aux besoins, à l'environnement, à la culture et aux capacités fonctionnelles du client est un thème récurrent dans tous les contextes éloignés. Dans les régions éloignées, il n'est habituellement pas possible d'avoir accès à l'équipement ou à des techniciens pour faire l'essai d'équipement; il faut donc que les thérapeutes fassent l'acquisition d'habiletés pour fournir de l'équipement en région éloignée.

Les conditions environnementales sont difficiles dans toutes les régions. De plus, il y a peu de routes et les routes existantes sont souvent non goudronnées. L'équipement doit donc pouvoir résister aux conditions difficiles, car l'accès à des services de réparation et d'entretien peut être limité. Les thérapeutes doivent également avoir des habiletés et des connaissances pour prescrire de l'équipement robuste, qui comporte le moins de pièces amovibles possible, et ils doivent être aptes à effectuer des réparations et ajustements mineurs. Les thérapeutes ont indiqué que, compte tenu des modèles de financement de l'équipement, il est souvent impossible dans ce genre d'environnement d'entretenir l'équipement selon les normes pendant le nombre d'années prévues par la source de financement (qui est calculé en fonction d'un usage en zone urbaine).

L'une des stratégies employées par les ergothérapeutes du Territoire du Nord est de prescrire un type de fauteuil roulant standard à la plupart des clients. On a constaté que le fauteuil roulant qui a été choisi était très robuste dans cet environnement et qu'il était muni de pneus semblables à ceux d'un vélo de montagne. Cette stratégie permet d'interchanger des pièces et de garder en réserve une petite quantité de pièces de rechange. Une grande somme de travail a été effectuée pour modifier le modèle de financement de l'équipement local afin de négocier des délais plus raisonnables pour remplacer l'équipement en région éloignée.

Deux thérapeutes travaillant dans le nord du Canada ont élaboré un guide de prescription pour les fauteuils roulants dans les régions éloignées du nord, afin d'aider les nouveaux thérapeutes et les thérapeutes inexpérimentés à se familiariser avec tous les aspects à considérer pour faire de bonnes prescriptions en matière de fauteuil roulant (MacLachlan et Nason, 2011).

Modifications du logement

Malheureusement, il était évident que les difficultés liées à l'amélioration de l'accessibilité du domicile, comme des rampes et des barres d'appui, sont présentes dans tous les milieux éloignés. Dans les communautés canadiennes et australiennes, de nombreux clients vivent dans des logements sociaux et les modifications et ajouts sont la responsabilité des régions du logement. Les coûts sont extrêmement élevés pour faire des travaux de rénovations ou de modifications dans ces milieux éloignés et une bonne partie du financement disponible est attribué aux frais d'entretien généraux, qui sont énormes, en raison notamment d'un surpeuplement et des conditions de température extrêmes. En Arizona, de nombreux clients vivent dans leur propre domicile, mais ils ont rarement les ressources financières requises pour financer eux-mêmes leurs rénovations. Ainsi, la capacité de faire des modifications

importantes et coûteuses est généralement limitée dans tous les contextes.

Nous avons observé que les ergothérapeutes qui travaillent dans ces contextes sont très créatifs dans de nombreux domaines : pour prescrire de l'équipement afin de compenser les limites de l'environnement; pour travailler en collaboration afin de partager des idées; pour former du nouveau personnel en vue d'aborder des aspects spécifiques liés au logement; et pour identifier et revendiquer des modifications environnementales essentielles en vue de favoriser la participation occupationnelle en toute sécurité. Les thérapeutes évitent d'exiger des modifications qui n'étaient pas essentielles pour ne pas courir le risque que le travail essentiel ne soit pas accompli.

Réflexion sur mes expériences

Le voyage que j'ai fait grâce à la Churchill Fellowship m'a permis d'apprécier les nombreuses caractéristiques de ma propre équipe, qui lui permettent, à mon avis, de travailler efficacement. Par exemple, les visites mensuelles régulières effectuées par le principal thérapeute (ergothérapeute ou physiothérapeute) permettent de faire un suivi régulier et d'établir un bon rapport avec les clients. Ce modèle semble aider les clients, les services communautaires et les autres fournisseurs de services à entrer en lien avec les services et, il permet de veiller régulièrement à ce que les suivis soient faits en temps opportun et d'éviter que certains clients « passent à travers les mailles » du système.

Je suis convaincue à présent de l'avantage d'avoir une seule équipe d'intervenants complémentaires qui peut offrir des services et faire le suivi de tous les clients tout au long de leur vie, qui peut prescrire, commander, livrer et faire le suivi de l'équipement, et qui peut faire une coordination complète des cas. Bien que l'idéal serait qu'une équipe constituée d'un ergothérapeute, d'un physiothérapeute et d'un orthophoniste visitent ensemble les communautés sur une base régulière, cela ne semble pas possible présentement dans la plupart des milieux, en raison d'un manque de personnel et de financement.

Ce voyage m'a également sensibilisée davantage au fait qu'il y a très peu de données probantes pour orienter la pratique en région éloignée et qu'en tant qu'ergothérapeute travaillant en région éloignée, il est essentiel de participer à la recherche et à la production de connaissances

pour orienter la pratique dans l'avenir. Depuis mon retour en Australie, j'ai commencé un projet de recherche en vue d'étudier la participation des enfants handicapés dans une communauté autochtone éloignée. Ma recherche a pour but de sensibiliser les différents intervenants et d'accroître les connaissances sur les effets du handicap sur la participation de ces enfants.

J'ai également été inspirée par ces thérapeutes qui travaillent en région éloignée et qui prennent le temps d'écrire des articles, de créer du matériel éducatif pour guider les thérapeutes qui arrivent dans la région et de présenter leurs résultats et leurs expériences dans des congrès. Depuis mon retour, j'ai eu l'occasion de faire des conférences à deux congrès et je compte publier d'autres articles.

Conclusion

Cet article a permis de démontrer que la pratique de l'ergothérapie en région éloignée peut être une expérience unique et difficile, et à quel point elle peut être semblable dans des environnements physiques pourtant très différents. Chacune des équipes que j'ai visitées avait élaboré des stratégies pouvant s'appliquer dans différents milieux de pratique et j'espère que ce partage pourra se poursuivre dans l'avenir.

Références

- MacLachlan, J., et Nason, D. (2011). Wheelchair Considerations for Northern Canadian Communities. *Proceedings Manual of the 2011 Canadian Seating & Mobility Conference*, 105-108. Téléchargé au http://www.csmc.ca/docs/archives/2011_archive/ppp/P1%20-%20WHEELCHAIR%20CONSIDERATIONS%20FOR%20NORTHERN%20CANADIAN%20COMMUNITIES.pdf
- Pidgeon, F. (2015). Occupational therapy: What does this look like practised in very remote Indigenous areas? *Journal of Rural and Remote Health*, 15. Téléchargé au <http://www.rrh.org.au/articles/showarticlenew.asp?ArticleID=3002>
- Winston Churchill Memorial Trust. (2015). *About the Churchill Trust*. Téléchargé au <https://www.churchilltrust.com.au/about/the-trust/>

À propos de l'auteure

Felicity Pidgeon est une ergothérapeute qui travaille au Top End Remote Office of Disability, dans le Territoire du Nord, en Australie. On peut la joindre à : Felicity.pidgeon@nt.gov.au.



Les régions éloignées visitées par l'auteure : à gauche, l'Arizona aux États-Unis; à droite, le Territoire du Nord, en Australie, et en bas, le Nunavut, au Canada.

NOTRE PASSÉ ERGOTHÉRAPIQUE



ÉDITRICE THÉMATIQUE : HADASSAH RAIS

« L'ergothérapie canadienne est la meilleure au monde » : contributions canadiennes à l'établissement de l'ergothérapie en Écosse

Sarah Slocombe

Le *British Journal of Occupational Therapy* a récemment publié un article nécrologique au sujet de Jean Blades, l'une des premières ergothérapeutes britanniques (Cresswell, Paterson et Stewart, 2015). Madame Blades, qui a reçu sa formation et travaillé en Écosse toute sa vie, a contribué de manière remarquable à la profession d'ergothérapeute. Elle a également reçu la prestigieuse décoration de l'Ordre des membres de l'Empire britannique. Le comité de rédaction des *Actualités ergothérapeutiques* a récemment reçu une lettre rédigée à la main par une ancienne collègue de Madame Blades, qui nous suggérait de raconter l'histoire de sa formation et de la manière dont plusieurs ergothérapeutes canadiennes ont contribué à l'établissement de l'ergothérapie en Écosse, dans les années 1930 et 1940.

L'histoire commence en 1933, lorsque le lieutenant-colonel John Cunningham, surintendant médical de l'Astley Ainslie Hospital à Edinburgh, en Écosse, a demandé à la toute nouvelle Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) de lui envoyer des ergothérapeutes pour l'aider à créer un département d'ergothérapie dans son établissement (Robinson, 1981). À cette époque, on envoyait à cet hôpital les anciens combattants se rétablissant d'une maladie ou d'une blessure, afin d'ouvrir plus de lits à l'infirmerie locale. Toutefois, grâce au travail remarquable de ces ergothérapeutes, l'hôpital Astley Ainslie est devenu un centre reconnu de réadaptation et de formation en ergothérapie (Macdonald, 1939).

Amy DeBrisay a obtenu son diplôme d'aide de guerre en 1918, à l'University of Toronto et, tout au long de son travail au sein de l'Ontario Society of Occupational Therapists et du Toronto General Hospital, elle s'est rapidement démarquée en tant que pionnière de la profession d'ergothérapeute (Cardwell, 1965). Madame DeBrisay a été la première à répondre à la demande de Cunningham (Robinson, 1981).

Après la réussite de l'établissement du département d'ergothérapie au Astley Ainslie Hospital à Edinburgh, Madame DeBrisay est retournée à Toronto; Mabel MacRae a été envoyée à Edinburgh pour continuer le programme. Madame MacRae, qui était une nouvelle diplômée du programme d'ergothérapie de l'University of Toronto, a non seulement poursuivi le développement de l'ergothérapie au Astley Ainslie Hospital, mais elle a aussi dessiné un nouveau pavillon pour accueillir le département qui prenait rapidement de l'expansion (Friedland, Robinson et Cardwell, 2001). Le pavillon comprenait des ateliers « bruyants » et « calmes », de même que des matériaux pour la menuiserie, le travail du métal, la poterie et diverses techniques d'artisanat. Ces activités étaient graduées, afin de convenir aux

objectifs des patients en matière de réadaptation (Macdonald, 1939).

Tout au long des années 1930, le Canada a fait des progrès remarquables en développant ses programmes d'ergothérapie. Lorsque la Deuxième Guerre mondiale a été déclenchée, la Grande-Bretagne faisait face à une pénurie de services d'ergothérapie et avait grandement besoin d'ergothérapeutes qualifiées pour mettre sur pied des programmes de formation dans l'ensemble des îles Britanniques (Cockburn, 2001). L'ACE a reçu des demandes du British War Office et du Scotland Department of Health et, pour la deuxième fois, des ergothérapeutes canadiennes ont fait preuve d'un véritable leadership en traversant l'océan pour offrir leur aide (Robinson, 1981). Amy DeBrisay était dans le deuxième groupe de Canadiennes qui ont travaillé en vue d'établir des départements d'ergothérapie dans trois différents hôpitaux d'urgence en Écosse, avec Gertrude Ellis Dray et Mary Clark Ray. Barbara Hope Montaigne et Margaret (Peg) Langley se sont rapidement jointes à elles (Cockburn, 2001).

En 1941, Jean Hampson a commencé à travailler à titre d'ergothérapeute en chef au Astley Ainslie Hospital. Madame Hampson, qui était auparavant une enseignante dans les écoles publiques, avait suivi sa formation d'aide de guerre à l'University of Toronto en 1919; elle a largement contribué à la création d'un programme de formation de deux ans en ergothérapie au Astley Ainslie Hospital (Cardwell, 1965). Le programme d'études était offert par l'intermédiaire du programme d'ergothérapie de l'University of Toronto; il comprenait des cours d'anatomie, de physiologie, de psychiatrie et d'artisanat, et il mettait l'accent sur l'acquisition d'expérience clinique à l'hôpital (Macdonald, 1939). La première classe était composée de neuf étudiantes, dont Jean Blades (Cresswell et al., 2015).

Le travail accompli par ces remarquables ergothérapeutes canadiennes n'était pas une tâche facile. Dans un discours présidentiel, Goldwin Howland (1942) raconte que fréquemment, les « membres de la direction de nombreux hôpitaux n'avaient jamais entendu parler de l'ergothérapie et n'avaient aucune idée de ce en quoi consistait l'intervention » (p. 4), un défi auquel les ergothérapeutes sont encore confrontés aujourd'hui.

Le développement de l'ergothérapie en Écosse est une histoire qui met à l'honneur des ergothérapeutes canadiennes qui étaient des leaders, des pionnières à l'esprit novateur et des défenseurs de leur profession. Dans un autre discours présidentiel (1943), Goldwin Howland cite une lettre de Madame DeBrisay dans laquelle elle raconte que les médecins écossais disaient que « l'ergothérapie canadienne est la meilleure au monde » (p. 3). Par leur travail,

ces pionnières ont mis la barre haute. Cela devrait nous inciter à continuer d'améliorer notre pratique, à faire avancer notre profession et à veiller à ce que l'ergothérapie canadienne devienne encore meilleure avec le temps.

Remarque de la rédactrice en chef

Pour lire l'histoire complète de l'ergothérapie en Écosse, les lecteurs peuvent consulter la référence suivante :

Paterson, C. F. (2010). *Opportunities not prescriptions: The development of occupational therapy in Scotland 1900-1960*. Aberdeen, Scotland: Aberdeen History of Medicine Publications.

Remerciements

Nous tenons à remercier Wendy Davis d'Edmonton, en Alberta, de nous avoir suggéré de publier cette histoire dans les *Actualités ergothérapeutiques*.

Références

- Cardwell, M. T. (1965). Life memberships. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 32, 147-152. doi:10.1177/000841746503200401
- Cockburn, L. (2001). Une association déjà solide devient plus forte : Survol de l'ACE pendant les années quarante. *Actualités ergothérapeutiques*, 2(2), 15-18.
- Cresswell, B. Paterson, C., et Stewart, A. (2015). Obituary. *British Journal of Occupational Therapy*, 78, 268. doi: 10.1177/0308022615577640
- Friedland, J., Robinson, I., et Cardwell, T. (2001). L'histoire de l'ACE de 1926 à 1939. *Actualités ergothérapeutiques*, 3(1), 15-19.
- Howland, G. (1942). Presidential address. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 9, 3-6. doi: 10.1177/000841744200900101
- Howland, G. (1943). Presidential address. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 10, 3-5. doi: 10.1177/000841744301000101
- Macdonald, G. L. (1939). The Development of Occupational Therapy in Scotland. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 6, 17-20. doi:10.1177/000841743900600101
- Robinson, I. M. (1981). Muriel driver memorial lecture 1981: The mists of time. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 48, 145-152. doi:10.1177/000841748104800403

À propos de l'auteure

Sarah Slocombe B.Sc., M. (ergothérapie), est une ergothérapeute diplômée de l'University of British Columbia. Elle travaille actuellement au Vancouver Coastal Health. On peut la joindre à : sarah.slocombe@alumni.ubc.ca.

COMPÉTENCES EN GESTION DE LA PRATIQUE ET COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES



ÉDITRICE THÉMATIQUE :
TIZIANA BONTEMPO

Qui, moi? Rendre le leadership accessible

Katie Lee Bunting

En tant qu'ergothérapeute, on nous demande souvent de faire preuve de leadership et de profiter des avantages qui accompagnent ce rôle (Hunter, 2013; Pentland, 2012; Rodger, 2012). Toutefois, en raison de nos lourdes charges de travail, du climat changeant de la santé et du fait que nous avons tendance à penser que le leadership n'est possible que lorsque l'on occupe des postes de direction, ce rôle peut sembler inaccessible pour de nombreuses personnes. Pourtant, en examinant la tension entre les appels au leadership et la réalité d'un rôle de leadership dans la pratique, j'ai constaté la nécessité d'opter pour un leadership accessible. Le leadership accessible remet en question la notion selon laquelle le leadership n'est réservé qu'aux personnes occupant des postes de direction établis, ou à celles qui ont des qualités innées ou des compétences spécialisées. Pourtant, il est possible pour chacun d'entre nous d'être un leader. Nous avons tous des compétences en leadership; nous devons simplement les mettre à contribution. Pour faciliter ce processus, j'aimerais explorer trois éléments du leadership accessible : ce que le leadership signifie pour vous, votre zone d'inconfort et la mise en place d'un réseau de soutien.

Ce que le leadership signifie pour vous

Selon le dictionnaire Merriam-Webster (2015), un leader est une personne qui dirige et qui exerce une autorité sur d'autres personnes. Cette vision d'un leader correspond à différents postes de leadership en ergothérapie, comme ceux de directeur, de gestionnaire ou de leader de la pratique professionnelle. Bien que nous ayons des leaders compétents dans ces postes, nous avons aussi besoin de leaders au-delà de ces postes (Davidson, 2012; Lapointe, Baptiste, von Zweck et Craik, 2013). Si nous limitons notre conception d'un « leader » aux personnes qui occupent des postes de direction définis, nous limitons les ergothérapeutes, de même que notre profession et les clients avec qui nous travaillons.

Quand je demande à mes étudiants et collègues de décrire une personne qu'ils considèrent comme un leader, plusieurs d'entre eux utilisent les adjectifs suivants : inspirant, travailleur acharné, engagé, courageux et passionné. Pentland (2012) a décrit les leaders comme des personnes qui vivent et agissent conformément à leurs valeurs personnelles et professionnelles et qui défendent ce qu'elles considèrent important. Brown (2012) décrit un leader comme « une personne qui se sent responsable de découvrir le potentiel des gens et des processus. Le terme n'a rien à voir avec le poste, le statut ou le nombre de rapports directs » (p.185). Ces définitions correspondent au leadership accessible, parce qu'elles décrivent un leader que chacun d'entre nous peut devenir—nous nous passionnons tous pour quelque chose et nous avons tous des valeurs qui nous orientent. En tant qu'ergothérapeutes, je crois que nous sommes

exceptionnellement équipés pour découvrir le potentiel des gens et, nous pouvons certainement le faire pour nous-même.

En connectant votre « moi personnel » à votre « moi professionnel », vous vous connectez à vos valeurs, afin de diriger. Fearing et Ferguson-Pare (2000) renforcent ce concept :

Lorsque nous comprenons que les valeurs profondes sont généralement la source du leadership et des comportements centrés sur le client, nous entrevoyons la nécessité de réfléchir à nos propres valeurs pour comprendre non seulement ce qui oriente notre leadership personnel, mais également ce qui oriente notre pratique professionnelle (p. 3).

Je vous encourage à réfléchir à vos valeurs, à vos passions et à ce qui oriente votre travail en tant qu'ergothérapeute. En réfléchissant à ce que vous valorisez chez un leader et aux qualités que vous voulez faire surgir chez les autres et en vous-même, et en vous connectant authentiquement à ce que vous valorisez personnellement et professionnellement, vous créez la base à partir de laquelle vous pouvez diriger.

La zone d'inconfort

Maintenant que vous avez amorcé votre réflexion sur ce que signifie pour vous être un leader, nous devons nous demander dans quelles circonstances un leader est requis. On peut retirer beaucoup du fait d'être un leader; les leaders naviguent et réagissent aux changements constants qui surviennent dans notre système de santé (Pentland, 2012); ils « repoussent les frontières » et « font des avancées dans la pratique, la politique, la recherche et l'enseignement » (Lapointe et al., 2013, p.38). Même si ce travail est gratifiant, il peut être ardu et il faut du courage pour remettre en question la manière dont on a toujours fait les choses par le passé (Pentland, 2012), pour s'exprimer haut et fort quand les autres ne le font pas ou ne peuvent le faire et pour être prêt à recevoir des critiques lorsque l'on met à l'essai une idée novatrice. Il n'est pas facile d'être un leader, mais cela n'est pas impossible.

La brillante citation suivante sur le moment où le leader doit entrer en scène est tirée du livre *Tribes*, de l'auteur Seth Godin, publié en 2008 :

Il est difficile de se tenir debout devant des étrangers. Il est difficile de proposer une idée qui peut échouer. Il est difficile de remettre le statut quo en question. Il est difficile de résister à l'urgence de s'établir. Lorsque vous identifiez ce malaise, vous avez trouvé l'endroit où un leader est requis. Si vous n'éprouvez pas un certain malaise dans votre travail à titre de leader, il est presque certain que vous n'utilisez pas vos pleines capacités en tant que leader (p. 55).

J'imagine que ce que Godin décrit est la « zone d'inconfort ». C'est comme cette oppression que vous sentez dans votre poitrine lorsque vous remettez en question la façon dont on a toujours fait les choses au sein de votre programme, lorsque vous envisagez d'écrire une lettre à la rédaction pour remettre en question une perspective ou lorsque vous consultez un collègue que vous ne connaissez pas très bien qui traverse une période difficile. L'inconfort que vous ressentez ne veut pas dire que vous devez fuir la situation—il s'agit plutôt d'un appel à l'action et d'une possibilité de faire preuve de leadership. C'est votre zone d'inconfort et c'est là où on a besoin de vous, en tant que leader.

Nous avons tous une zone d'inconfort différente. La mienne était de parler devant une centaine de personnes au sujet du leadership. Pour d'autres personnes, cette zone d'inconfort peut être plus grande—parler devant des représentants du gouvernement pour défendre les droits des clients ou présenter une nouvelle idée sur les plans de soins lors des tournées des patients. Pour trouver votre zone d'inconfort, je vous encourage à considérer les moments où, quand vous vous trouvez devant une possibilité, vous êtes sûr à 20 % que cela dépasse vos capacités, mais vous êtes sûr à 80 % que, même si cela sera parfois difficile par moments, vous pouvez relever le défi. Apprenez à connaître votre zone d'inconfort pour être prêt à saisir les possibilités de leadership lorsqu'elles se présentent à vous.

Mettre en place un réseau de soutien

En tant qu'ergothérapeute, j'ai travaillé dans de nombreux domaines de pratique. Dans certains domaines, j'ai été motivée à saisir des possibilités de leadership, alors que dans d'autres, j'ai fait simplement le travail qu'on attendait de moi, ce qui était bien, mais pas toujours gratifiant. Plus tard, dans d'autres expériences, je me souviens de ne pas avoir saisi ces possibilités, en prétextant que des enjeux systémiques plus imposants m'avaient empêchée de le faire; ces enjeux étaient certainement complexes, mais ils ne sont pas la seule raison pour laquelle je n'ai pas saisi ces occasions de leadership. En poursuivant cette réflexion, j'ai commencé à examiner l'environnement dont je faisais partie. Je me suis rendu compte que dans mon travail quotidien, j'avais la capacité de contribuer à l'établissement d'un milieu de travail plus positif, de soutenir mes collègues et de favoriser le sentiment d'appartenance et la compassion. J'ai pris conscience du fait qu'une partie du problème était que l'on empêchait les gens d'accéder au leadership.

Si nous nous encourageons mutuellement à relever le défi et à faire preuve de leadership, alors nous devons contribuer activement à la création d'un environnement qui entoure chacun d'entre nous d'un réseau de soutien. Nous avons besoin d'alliés et de mentors autour de nous, de gens pour partager notre fardeau lorsque le défi risque de devenir trop grand ou lorsque nous remettons en question notre capacité de diriger. Il n'est pas si compliqué de créer des milieux favorables au leadership—il s'agit de faire preuve d'engagement, de bonté, de respect et d'empathie tout au long de notre cheminement vers le leadership. Dans les milieux de travail favorables au leadership, le fait d'être débordé, dépassé et déconnecté n'est pas la norme; dans ces milieux, nous reconnaissons le besoin de rester connectés les uns aux autres et de prendre du temps pour l'autre; nous pouvons

demander de l'aide et, l'idée d'être un leader ne semble pas si ardue, épuisante ou inaccessible. Dans ce genre de milieu connecté et engagé, nous avons tout ce qu'il faut pour prendre des risques, faire preuve d'innovation et de créativité et, éventuellement, donner le meilleur de nous-même.

Une dernière réflexion

Nous avons tous la capacité de diriger et cela comporte de nombreux avantages pour chacun d'entre nous. J'espère que vous aurez tous le courage d'essayer des rôles de leadership, d'agir avec conviction dans votre zone d'inconfort et d'être entourés par de nombreuses personnes qui vous soutiendront si vous trébuchez ou échouez, et qui célèbreront avec vous vos nombreuses réussites.

À propos de cet article

Pour rédiger cet article, je me suis inspirée d'une conférence que j'ai donnée plus tôt cette année dans le cadre du Building Bridges Education and Research Day, à Vancouver. J'ai eu le privilège d'être l'une des trois conférencières d'honneur (en compagnie de Sarah Sinanan et de la Dre Catherine Backman) invitées à explorer le sujet « Leadership from Within » et la façon dont chacun d'entre nous peut faire appel à son 'leader intérieur' pour consolider son travail en tant qu'ergothérapeute.

Références

- Brown, B. (2012). *Daring greatly: How the courage to be vulnerable transforms the way we live, love, parent and lead*. New York, NY: Gotham Books, Penguin Group.
- Davidson, H. (2012). A leadership challenge for occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 75, 390-392. doi:10.4276/030802212X13433105374431
- Fearing, V. G., et Ferguson-Pare, M. (2000). Leadership in daily practice. Dans V.G. Fearing & J. Clark. (Édit.), *Individuals in context: A practical guide to client-centred practice*, p. 3 à 13. Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.
- Godin, S. (2008). *Tribes: We need you to lead us*. New York, NY: Portfolio, Penguin Group.
- Hunter, E. P. (2013). The Elizabeth Casson Memorial Lecture 2013: Transformational leadership in occupational therapy—Delivering change through conversations. *British Journal of Occupational Therapy*, 76, 346-354. doi:10.4276/030802213X13757040168234
- Lapointe, J., Baptiste, S., von Zweck, C. M., et Craik, J. M. (2013). Developing the occupational therapy profession through leadership and mentorship: Energizing opportunities. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 68, 38-43. doi:10.1179/otb.2013.68.1.011
- Leader [Def. 2]. (2015). Dans *Merriam-Webster.com*. Téléchargé au <http://www.merriam-webster.com/dictionary/leader>
- Pentland, W. (2012). À quel moment jouez-vous le rôle d'un leader? La réponse pourrait vous surprendre. *Actualités ergothérapeutiques*, 14(6), 18-19.
- Rodger, S. (2012). Leadership through an occupational lens: Celebrating our territory. *Australian Occupational Therapy Journal*, 59, 172-179. doi:10.1111/j.1440-1630.2012.00995.x

À propos de l'auteure

Katie Lee Bunting, BSc, MSc(ergothérapie), OT(C), OT Reg. (BC), est actuellement chargée de cours au Department of Occupational Science and Occupational Therapy à l'University of British Columbia. Elle travaillait auparavant comme ergothérapeute dans divers milieux de pratique, notamment dans le domaine de la santé mentale chez les enfants et les adolescents. On peut la joindre à : katie.leebunting@ubc.ca.