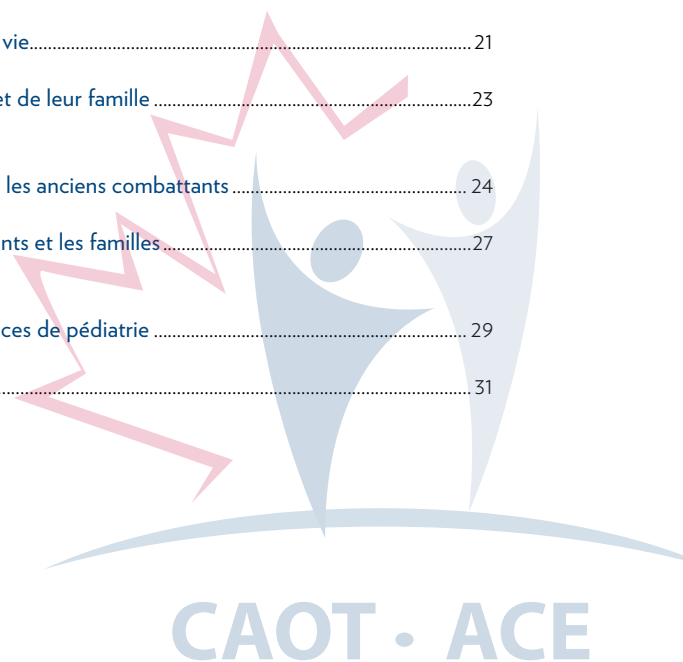


Table des matières

Influencer des vies, des communautés et des systèmes : les ergothérapeutes en tant qu'agents de changement.....	3
Lori Cyr	
Le rôle d'agent de changement des ergothérapeutes : influencer la politique par des idées percutantes	4
Annie Carrier et Damien Contandriopoulos	
Le lobbying et la défense des intérêts de l'ergothérapie au Canada. Pourquoi? Parce que les solutions ergothérapeutiques sont vraiment efficaces!.....	5
Havelin Anand et Nicolas McCarthy	
« Marcher côte à côte » : être un agent de changement en ergothérapie en partenariat avec les clients et les communautés autochtones.....	7
Alison J. Gerlach et Monique Gray Smith	
Quoi de neuf?	9
Répondre aux besoins changeants des proches aidants dans l'ensemble du continuum de soins.....	10
Jill I. Cameron	
Clichés d'ergothérapeutes agissant en tant qu'agents de changement : offrir du soutien au proche aidant.....	12
Si la santé humaine est influencée par les possibilités occupationnelles (et c'est le cas), que faisons-nous pour enrayer la pauvreté?	14
Karen Whalley Hammell	
Clichés d'ergothérapeutes agissant en tant qu'agents de changement : la pauvreté.....	16
Faciliter la prise de décision éthique en interdisciplinarité : les ergothérapeutes en tant que leaders dans la pratique émergente entourant l'aide professionnelle à mourir.....	18
Chelsea Gordon, Marie-Josée Drolet et Kevin Reel	
Clichés d'ergothérapeutes agissant en tant qu'agents de changement : soins de fin de vie.....	21
Le leadership en ergothérapie face à la santé des militaires, des anciens combattants et de leur famille	23
Megan Edgelow et Heidi Cramm	
Clichés d'ergothérapeutes agissant en tant qu'agents de changement : les militaires et les anciens combattants	24
Des pratiques novatrices en ergothérapie améliorent l'accès aux services pour les enfants et les familles.....	27
Cheryl Missiuna, Debra Stewart et Leah Dix	
Clichés d'ergothérapeutes agissant en tant qu'agents de changement : accès aux services de pédiatrie	29
Nouvelles de la Fondation canadienne d'ergothérapie	31



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

Tous droits de rédaction réservés

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

PRÉSIDENTE DE L'ACE

Lori Cyr, OT(C)

Directrice générale de l'ACE

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

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

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

Courriel: publications@caot.ca

INDEXAGE

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

PUBLICITÉ

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

ABONNEMENTS

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

DROIT D'AUTEUR

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

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

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

RÉDACTRICE EN CHEF

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

TRADUCTION

De Shakespeare à Molière, Services de traduction

CONCEPTION GRAPHIQUE ET MISE EN PAGE

JARcreative

CORRECTRICE D'ÉPREUVES

Claire Hurd, MSc

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

Sandra Bressler, BOT,MA, FCAOT

Notre passé ergothérapeutique

poste vacant

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.)

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 : poste vacant

Perspectives estudiantines :

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

Christina Lamontagne, Erg. Aut. (Ont)

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



Influencer des vies, des communautés et des systèmes : les ergothérapeutes en tant qu'agents de changement

Lori Cyr

Si j'obtenais un sous pour chaque mot ayant été écrit dans la littérature populaire ou professionnelle au sujet du changement, je serais immensément riche. En effet, le changement est le nouveau critère de la normalité. La gestion du changement est sans doute la technique de survie la plus importante de tout dirigeant. Le changement peut susciter des sentiments d'excitation, de peur, d'anticipation, d'anxiété, d'énergie, d'inévitabilité et, éventuellement l'espoir que les choses seront mieux que la situation actuelle.

Compte tenu de leur expertise pour favoriser la participation à des activités et des rôles valorisants (également décrits comme des occupations), les ergothérapeutes sont dans une position idéale pour être des agents de changement au sein de nos systèmes d'éducation, de santé et de services sociaux. Le *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada* (2012) de l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) identifie le rôle d'agent de changement comme l'un des six rôles clés de l'approche ergothérapeutique :

Les ergothérapeutes font des revendications au nom des clients et avec eux et ils travaillent en vue d'apporter des changements positifs pour améliorer les programmes, les services et la société au sein du système de santé et d'autres systèmes. Les praticiens travaillent pour la population et la communauté afin de favoriser les changements dans le financement, la gestion, les directives et d'autres systèmes qui ont des effets sur les occupations au quotidien. Les ergothérapeutes collaborent avec les intervenants au sein et à l'extérieur du système et usent de stratégies pour favoriser la remise du pouvoir aux populations (ACE, 2012, p. 3).

Le Modèle canadien de l'habilitation centrée sur le client (CMCE; Townsend, Polatajko, Craik et Davis, 2007) décrit les quatre compétences clés des ergothérapeutes qui soutiennent le rôle d'agent de changement—adapter, revendiquer, concevoir/bâtir et éduquer. Les forces des ergothérapeutes sont souvent mises à contribution en vue de favoriser le changement chez les clients. Les ergothérapeutes favorisent le changement afin d'aider les clients à vivre la vie qu'ils souhaitent vivre et à participer aux activités et occupations quotidiennes qui leur procurent un sens et une meilleure qualité de vie. Toutefois, le rôle d'agent de changement ne s'arrête pas là. En effet, les solutions et interventions ergothérapeutiques peuvent être appliquées à la fois pour aborder les enjeux des individus, des populations et des systèmes, ce qui entraîne éventuellement un changement individuel et social.

Ce numéro examine les réussites des ergothérapeutes en tant qu'agents de changement à l'échelle des individus, des populations et des systèmes face aux enjeux les plus complexes qui touchent nos systèmes de santé, d'éducation et de services sociaux : partenariats avec les Autochtones, mécanismes de soutien pour les proches aidants, pauvreté, soins de fin de vie, santé au sein des forces militaires et accès aux services de pédiatrie. Les articles suivants abordent ces enjeux :

- Pages 4 à 6 : La défense des intérêts et le lobbying sont des outils puissants. Découvrez les activités récentes de l'ACE

visant à influencer les décideurs, de même qu'un modèle de communication que l'on peut adopter pour créer un message efficace.

- Pages 7 à 9 : Une conversation entre une érudite autochtone et une ergothérapeute non autochtone discutant de différentes façons d'établir des partenariats significatifs avec les communautés autochtones.
- Pages 10 à 13 : Alors que les services de santé continuent d'être débordés, les familles canadiennes doivent contribuer davantage en prodiguant des soins à leurs proches. Les rapports présentés dans cette section du numéro examinent l'apport de l'ergothérapie dans les programmes et interventions axés sur les besoins des proches aidants et de leurs environnements.
- Pages 14 à 17 : Les ergothérapeutes sont appelés à l'action afin d'aborder l'impact dévastateur de la pauvreté sur le droit fondamental des individus et des populations à des possibilités occupationnelles égales. Ces pages mettent en relief des interventions ergothérapeutiques qui ont été efficaces dans les domaines du logement, du chômage, de l'exclusion sociale et de la participation occupationnelle, tout en présentant des conseils concrets pour la pratique de l'ergothérapie.
- Pages 18 à 22 : Les soins de fin de vie suscitent sans doute plus de débats que tout autre domaine, notamment le jugement récent rendu par la Cour suprême sur le suicide médicalement assisté. Les rapports présentés dans cette section du numéro abordent les enjeux liés à la fin de la vie et le rôle important que les ergothérapeutes peuvent jouer pour contribuer à la qualité de vie; on propose également un cadre éthique aux ergothérapeutes pour examiner ce sujet très délicat et émotif.
- Pages 23 à 26 : Les blessures physiques et de stress opérationnel ont des répercussions majeures sur les militaires, leurs familles et leurs communautés. Dans cette section, vous en apprendrez davantage sur les soins sensibles aux traumatismes, sur la façon dont les ergothérapeutes travaillent auprès des anciens combattants, sur les services offerts actuellement aux membres des services militaires et sur l'importance de poursuivre les recherches dans ce domaine, au sein duquel on reconnaît de plus en plus que des services sont requis.
- Pages 27 à 30 : Des modèles créatifs de prestation de services d'ergothérapie qui visent à offrir des services plus tôt, plus équitables et plus accessibles aux enfants ayant des besoins particuliers sont décrits dans ces pages. Par exemple, dans le programme Partnering for Change, des ergothérapeutes jouent le rôle de consultant en milieu scolaire, afin d'aborder les besoins ciblés par les enseignants, ce qui a un impact direct en temps opportun et permet de rehausser les compétences au sein des écoles.

Dans les mots de C. S. Lewis (1996), « il est peut-être difficile pour un œuf de se transformer en oiseau, mais il serait encore beaucoup

plus difficile pour un œuf d'apprendre à voler tout en restant un oeuf » (page 170). En tant qu'ergothérapeutes, nous possédons des outils de transformation qui nous permettent d'aider les individus et les sociétés à voler de leurs propres ailes.

Références

Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Téléchargé au <https://www.caot.ca/pdfs/2012otprofile.pdf>.

Lewis, C. S. (1996). *Mere Christianity*. New York, NY: MacMillan Publishing Company.

Townsend, E. A., Polatajko, H. J., Craik, J., et Davis, J. (2007). Modèle canadien de l'habilitation centrée sur le client. Dans E. A. Townsend & H. J. Polatajko, *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation* (p. 110). Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.

Remarque de la rédactrice en chef : Nous tenons à remercier tout spécialement Karen Whalley Hammell, Chelsea Gordon, Jill Cameron, Cheryl Missiuna, Debra Stewart, Leah Dix, Heidi Cramm, Megan Edgelow et Janet Jull pour leur aide lors de la révision des articles soumis en prévision de la publication de ce numéro thématique.



À propos de la collaboratrice spéciale

Lori Cyr, OT(C), est la présidente de l'Association canadienne des ergothérapeutes. Elle travaille à titre de coordonnatrice/thérapeute en ressources cliniques pour le Mary Pack Arthritis Program, au sein des Vancouver Coastal Health et elle est également professeure adjointe en clinique au Department of Occupational Science and Occupational Therapy de l'University of British Columbia. On peut la joindre à : President@caot.ca.

Le rôle d'agent de changement des ergothérapeutes : influencer la politique par des idées percutantes

Annie Carrier, PhD, M.Sc., LL.M, BA(Psy), Erg(C), est affiliée à l'Université de Montréal et à l'Université de Sherbrooke. On peut la joindre à : Annie.Carrier@USherbrooke.ca

Damien Contandriopoulos, PhD, est professeur et chercheur à l'Université de Montréal.

Pour optimiser l'accès aux services de santé et promouvoir la santé, on s'attend à ce que les ergothérapeutes agissent en tant qu'agents de changement (Association canadienne des ergothérapeutes, 2012), un rôle important, mais difficile à jouer. L'une des compétences de base des agents de changement est la capacité de faire la synthèse, d'intégrer et de transmettre des connaissances aux décideurs, praticiens et parties prenantes au sein des organisations et dans le domaine de la politique publique. Pour y arriver, on peut tirer des leçons importantes des théories de la communication, de la psychologie cognitive et de la science politique. Ce bref compte rendu décrit les principes de base de la communication qui peuvent optimiser l'application des connaissances, selon le modèle de communication SUCCEsS, élaboré par Heath et Heath (2007; Tableau 1).

Pour que leurs idées restent bien ancrées dans l'esprit de leurs publics cibles, les ergothérapeutes doivent premièrement *simplifier* ces idées à leur plus simple expression. Les proverbes sont de bons exemples d'idées simplifiées qui n'en demeurent pas moins profondes. Deuxièmement, les ergothérapeutes doivent présenter leurs idées de manière *inattendue* et contre-intuitive. Même si les idées percutantes sont souvent basées sur un effet de surprise, ce sont l'intérêt et la curiosité qui donneront un caractère plus durable à ces idées. Troisièmement, les idées doivent être transmises à l'aide d'images et d'un langage *concrets*. Quatrièmement, pour que les gens adhèrent à ces idées, elles doivent être *crédibles* en elles-mêmes et être liées à des connaissances sous-jacentes. Cinquièmement, une idée durable suscite des émotions chez les gens; les ergothérapeutes doivent donc trouver les *émotions* qui sauront toucher leur public cible. Finalement, les idées doivent être racontées, car les *histoires* nous incitent à agir rapidement et efficacement (Heath et Heath, 2007). Ainsi, en appliquant le plus grand nombre possible de ces principes, les ergothérapeutes pourront communiquer des connaissances plus efficacement.

Tableau 1. Les principes du modèle de communication SUCCEsS appliqués à l'ergothérapie

Principes	Description	Exemple
Simple	Formulez une phrase inspirée par des proverbes.	Devise de la médecine basée sur les faits : « Faire moins avec plus ».
Inattendu	Susciter l'intérêt et la curiosité; ne vous limitez pas à l'effet de surprise.	Première phrase de l'article de Gatzsche, Young et Grace (2015) : « Il est possible de cesser l'usage de presque tous les médicaments psychotropes sans provoquer d'effets nuisibles » (p. 1).
Concret	Utilisez des images, un langage concret et l'expérience.	Formation pour réduire l'usage des mesures de contention : attacher des professionnels dans un lit.
Crédible	Présentez votre idée de sorte qu'elle ait son propre mérite; servez-vous du pouvoir implicite des symboles.	Publicité sur la santé : montrer des infirmières et des médecins portant un stéthoscope.
Émouvant	Suscitez des émotions chez votre public cible.	Revendications auprès des pharmaceutiques relativement à l'approbation de certains médicaments : placer des enfants malades à l'avant-plan
Anecdotique	Racontez une histoire.	Vous rappelez-vous d'histoires racontées dans les médias sur des patients ayant été blessés parce qu'ils avaient reçu des soins inadéquats?

Références

Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Téléchargé au <https://www.caot.ca/pdfs/2012otprofile.pdf>

Gatzsche, P.C., Young, A.H., et Grace, J. (2015). Does long term use of psychiatric drugs cause more harm than good? *BMJ*, 350, h2435. doi: 10.1136/bmj.h2435.

Heath, C. et Heath, D. (2007). *Made to stick. Why some ideas survive and others die*. New York, NY: Random House.

Le lobbying et la défense des intérêts de l'ergothérapie au Canada. Pourquoi? Parce que les solutions ergothérapeutiques sont vraiment efficaces!

Havelin Anand et Nicolas McCarthy

La vision de l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) est que l'ergothérapie sera reconnue et accessible à travers le Canada. Pour transformer cette vision en réalité, l'ACE contribue à la transmission du message sur l'importance de l'ergothérapie en effectuant ses propres initiatives de défense des intérêts et en appuyant les ergothérapeutes au Canada. Cet article décrit les initiatives de défense des intérêts entreprises par l'ACE au nom de tous les ergothérapeutes au Canada.

En quoi consistent le lobbying et la défense des intérêts? Quel est le lien entre le lobbying, la défense des intérêts et les activités promotionnelle d'une organisation?

- La promotion comprend tous les modes de communication utilisés pour transmettre de l'information à différents auditoires au sujet des produits ou services d'une organisation, y compris les relations publiques et gouvernementales.
- Les relations publiques peuvent être caractérisées comme « l'art ou la science » qui consiste à diffuser de l'information entre un individu ou une organisation et le public.
- Les relations gouvernementales consistent à initier et établir des relations avec le gouvernement afin d'influencer les politiques, programmes, projets, initiatives et autres instruments actuels ou proposés, comme les budgets, les énoncés, les propositions, les pétitions, etc. Les relations gouvernementales comprennent le lobbying et la défense des intérêts. Ces activités promotionnelles facilitent :
 - le partage de connaissances, d'expertise et de pratiques novatrices ou prometteuses
 - les revendications au nom des clients
 - la reconnaissance de la profession d'ergothérapeute comme un service de santé essentiel
 - la démonstration du retour des investissements en ergothérapie et surtout, de la façon dont l'occupation contribue au bien-être physique, mental, émotionnel et spirituel de l'individu
 - l'influence de l'orientation et des décisions en matière de politique publique
 - l'appel à l'élargissement de la portée de la pratique de l'ergothérapie et à l'intégration des ergothérapeutes dans diverses équipes de soins de santé
 - la revendication de l'accès universel aux services d'ergothérapie par l'intermédiaire des régimes d'assurance publics et privés

Le lobbying et la défense des intérêts sont des termes qui sont souvent utilisés de manière interchangeable dans les discours généraux et parfois dans la littérature, car il s'agit de deux formes de promotion et d'influence.

Lobbying

Dans sa définition légale stricte, le lobbying fait référence à un ensemble d'activités dont le but est d'influencer la politique gouvernementale, c'est-à-dire, les lois, les règlements, les programmes, les services ou autres instruments, comme les budgets ou les discours du Trône (Loi sur le lobbying, 1985). Ainsi, des personnes à l'extérieur du gouvernement influencent les représentants du gouvernement comme les députés fédéraux, les députés provinciaux ou les conseillers municipaux, en :

- présentant des points de vue ou perspectives
- exprimant leur opposition ou leur appui face à des politiques, programmes ou projets spécifiques
- présentant des recherches ou données probantes qui appuient des positions ou points de vue particuliers ou qui encouragent les gouvernements à prendre des mesures particulières (Loi sur le lobbying, 1985)

Au Canada, la loi fédérale sur le lobbying, de même que les lois comparables dans plusieurs provinces sont basées sur le principe :

- de l'accès libre et ouvert au gouvernement
- de la légitimité des titulaires d'une charge publique désignée aux fins de lobbying dans une société démocratique
- du droit de la population générale de savoir qui participe à des activités de lobbying
- des exigences légales pour l'enregistrement des lobbyistes rémunérés (Loi sur l'enregistrement des lobbyistes, 1998)

La loi exige la divulgation de renseignements spécifiques concernant les lobbyistes :

- à savoir s'ils ont déjà été titulaires d'une charge publique dans le passé
- description de la nature des entreprises et de leurs titulaires de charge
- information sur les sources de financement, y compris le financement du gouvernement en particulier
- le nombre et la nature des contrats attribués pour faire des activités de lobbying auprès des gouvernements
- les ministères ciblés
- les stratégies et tactiques (journées de lobbying ou pétitions) utilisées et la fréquence et le type de communication (p. ex., appels téléphoniques, courriels, rencontres face à face, présentations devant des comités permanents) auprès des gouvernements et rapports décrivant ces activités (Loi sur le lobbying, 1985).

Défense des intérêts

La défense des intérêts est un terme plus général qui comprend l'activisme pour soutenir une cause qui est très souvent liée au bien-être du public, comme la promotion de la santé et la prévention de la maladie ou un salaire égal pour un travail d'égale valeur. La défense des intérêts fait également appel à des activités promotionnelles qui ciblent la population générale (League of Women Voters, 2011). Voici quelques exemples d'activités de défense des intérêts :

- travailler avec des clients qui réclament des services d'ergothérapie
- travailler avec les compagnies d'assurance et autres fournisseurs d'assurance pour les encourager à étendre leurs couvertures d'assurance aux services d'ergothérapie
- travailler avec les employeurs qui pourraient augmenter leurs avantages en subventionnant les régimes d'assurance santé qui comprennent les services d'ergothérapie
- travailler avec les syndicats qui pourraient ajouter l'ergothérapie lors des négociations des conventions collectives (Northeast Ohio Medical University, 2015)

Le lobbying et la défense des intérêts peuvent être entrepris aux échelons individuel, organisationnel, provincial, régional, national ou international. Ils peuvent aussi être réalisés de concert avec des coalitions, car la force repose sur le nombre. Par exemple, l'ACE fait partie de plusieurs coalitions, comme le Groupe d'intervention action santé, la Coalition canadienne pour la santé publique au 21^e siècle et le Group of Eight Health Care Professions (G8). L'ACE, que ce soit par elle-même ou en collaboration avec ses partenaires de coalition, enregistre sa position et ses perspectives sur les lois, les règlements et les propositions à la Chambre des communes et travaille avec des collègues dans les différentes provinces pour les appuyer dans leurs efforts à l'échelon provincial.

Activités de lobbying et de défense des intérêts de l'ACE en 2014 et 2015

L'ACE revendique des services d'ergothérapie au Canada. Récemment, l'ACE a présenté des mémoires au comité permanent de la santé de la Chambre des communes et a fourni des soumissions écrites au comité permanent sur les finances (une soumission pré-budgétaire) et au comité permanent sur la santé (en ce qui concerne l'innovation en matière de soins de santé, soient les pratiques exemplaires et prometteuses).

En 2014 et 2015, dans le cadre d'une stratégie de plus grande envergure, les membres du conseil d'administration de l'ACE ont rencontré 17 députés aux bureaux de leurs circonscriptions respectives. Les discussions des membres du conseil étaient centrées sur le thème suivant : « Solutions pour la population vieillissante du Canada ». Les membres ont donc présenté aux députés de l'information sur les personnes âgées et la main-d'œuvre âgée, de même que sur la sécurité des conducteurs âgés; ils ont également distribué les ressources de l'ACE sur le mois national de l'ergothérapie, comme des calendriers, des feuillets d'information sur des domaines de pratique particuliers et des cartes de souhait électroniques. Dans le cadre d'une activité de suivi, l'ACE a organisé une réception sur la Colline du Parlement, mettant en vedette l'ergothérapie et le programme éducatif CarFit/AutoAjuste (<http://www.caot.ca/default.asp?pageid=3963>). De nombreuses personnes ont assisté à cet événement, qui a permis à l'ACE de rencontrer les 17 députés ainsi que les membres de leur personnel. Le jour suivant, en matinée, la directrice de l'ACE Janet Craik et la directrice des affaires gouvernementales et des politiques Havelin Anand ont rencontré les membres du bureau du premier ministre. Elles ont pu discuter non seulement de l'importance des interventions ergothérapeutiques auprès des individus, mais aussi des rôles des ergothérapeutes dans la promotion de la santé et la littératie en santé.

L'ACE a subséquemment tenu des réunions avec l'administrateur en chef de la santé publique du Canada et le sous-ministre chargé de la promotion de la santé. Ces rencontres ont été des occasions de discuter de différentes façons de collaborer à plusieurs initiatives avec l'Agence de la santé publique du Canada. L'ACE a également rencontré l'Association des retraités fédéraux pour discuter de l'importance des interventions

ergothérapeutiques pour les membres de l'Association.

Afin d'avoir une voix forte et unifiée, l'ACE s'est engagée au sein de différentes coalitions, dont le Groupe d'intervention action santé (GIAS), qui a diffusé un document public appuyé par l'ACE sur le rôle fédéral dans la santé et les soins de santé (GIAS, 2014). Un autre exemple de participation de l'ACE est la Coalition canadienne pour la santé publique au 21^e siècle (CCSP21), à laquelle l'ACE participe activement au sein du groupe de travail sur les élections fédérales de 2015. Par ailleurs, le personnel de l'ACE et des représentants bénévoles assistent aux réunions et participent à des groupes de travail au sein de quelques 20 autres coalitions, ce qui donne à l'ACE la possibilité de faire des revendications de manière proactive, en particulier au sein d'équipes de santé interprofessionnelles et d'équipe de soins de santé, dans les domaines de la recherche et de la pratique. De plus, dans les deux prochaines années, la directrice générale de l'ACE Janet Craik présidera le Group of Eight Health Care Professions (G8). La mission du G8 est de promouvoir les services de santé (autres que les services offerts par les médecins et les infirmières) qui font partie intégrante du système de santé.

En s'appuyant sur les travaux réalisés jusqu'à maintenant, l'ACE a élaboré une Stratégie nationale en vue des élections de 2015, afin de soutenir les ergothérapeutes et de les outiller pour les activités de défense des intérêts qu'ils feront dans des villages, des villes et des communautés à travers le Canada.

La Stratégie électorale (que l'on peut télécharger au <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=1449>) est une trousse pour la défense des intérêts qui comprend un modèle de lettre de revendication, un guide pour les rencontres avec les représentants élus, des documents qui décrivent les enjeux et fournissent des questions et réponses pouvant être utilisées pour répondre aux questions des candidats, de même que plusieurs micromessages que les ergothérapeutes peuvent publier sur des microblogs. L'ACE présentera une Discussion autour de la fontaine d'eau sous forme de webinaire le mardi 1^{er} octobre 2015, afin de discuter de la Stratégie électorale 2015.

L'ACE s'est engagée à continuer de favoriser une culture qui soutient les ergothérapeutes dans les efforts individuels et collectifs qu'ils déploient pour agir en tant qu'agents de changement dans les communautés à travers le pays, afin de permettre à tous les ergothérapeutes de promouvoir l'excellence en ergothérapie et de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de toutes les personnes qui vivent au Canada.

Références

- Groupe d'intervention action santé. (Août 2015). *Le Modèle canadien : Accélérer l'innovation et améliorer le rendement du système de santé*. Téléchargé sur le site web du Groupe d'intervention action santé http://healthactionlobby.ca/images/stories/publications/2014/HEA_TheCanadianWay_FRNoEmbargo.pdf
- League of Women Voters. (2011). *Defining "Advocacy" vs. "Lobbying."* Téléchargé sur le site web de <http://lwv.org/content/defining-advocacy-vs-lobbying>
- Loi sur le lobbying, Lois révisées du Canada. (1985, c. 44 [4^e suppl.]). Téléchargé sur le site web de la législation du Gouvernement du Canada : <http://laws.justice.gc.ca/fr/lois/L-12.4/>
- Loi sur l'enregistrement des lobbyistes, Lois de l'Ontario. (1998, c. 27). Téléchargé sur le site web du Gouvernement de l'Ontario : <http://www.ontario.ca/fr/lois/loi/98l27>
- Northeast Ohio Medical University. (2015). *Advocacy vs. Lobbying – What Are They?* Téléchargé le 30 avril 2015, au <http://libraryguides.neomed.edu/c.php?g=324104&p=2170213>

À propos des auteurs

Havelin Anand est directrice des affaires et politiques gouvernementales à l'ACE. Au moment d'écrire ces lignes, **Nicolas McCarthy** était chargé des communications à l'ACE. Pour obtenir de plus amples renseignements, prière de communiquer à : hanand@caot.ca ou de visiter le site web de l'ACE sur la défense des intérêts au : <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=57>.



ÉDITRICES THÉMATIQUES :
ALISON GERLACH ET JANET JULL

« Marcher côte à côte » : être un agent de changement en ergothérapie en partenariat avec les clients et les communautés autochtones

Alison J. Gerlach et Monique Gray Smith

Que signifie être un agent de changement dans le contexte des personnes, familles et communautés autochtones au Canada? Dans cet article, nous espérons que notre conversation sur cette question ajoutera aux perspectives sur le fait d'être un agent de changement en ergothérapie présentées dans ce numéro thématique. Monique est une femme ayant des origines et antécédents cris, lakota et écossais. Elle a une formation d'infirmière en psychiatrie et elle a travaillé pendant plus de 25 ans auprès des communautés autochtones dans des réserves et à l'extérieur des réserves. Alison a des ancêtres britanniques, elle est ergothérapeute et candidate au doctorat. Au cours des 15 dernières années, elle a travaillé avec des communautés, familles et collègues autochtones. Nous avons travaillé ensemble sur de nombreux projets principalement axés sur le développement précoce des enfants autochtones. Nos travaux et nos écrits incorporent des points de vue autochtones et occidentaux, de même qu'une vision commune, soit celle de créer des changements qui favorisent la santé et le mieux-être des populations autochtones.

Alison : Selon votre point de vue, Monique, que signifie être un agent de changement?

Monique : Pour moi, un agent de changement est quelqu'un qui est profondément motivé à être un apprenant tout au long de la vie, qui a le courage de remettre en question ses propres valeurs et croyances et qui accepte rarement le statu quo. Dans le contexte de cet article, je vois les agents de changement comme des personnes qui s'engagent à favoriser le bien-être et la prospérité des populations autochtones. Je crois que cela peut être fait de différentes façons et de manière unique par tous les ergothérapeutes. En tant qu'agents de changement, les ergothérapeutes doivent être prêts à apprendre des populations autochtones, avec les populations autochtones et non pas seulement au sujet des populations autochtones du Canada; puis ils doivent consciencieusement trouver des façons d'incorporer cet apprentissage dans leurs façons personnelles et professionnelles d'être dans le monde.

Nous ne sommes pas des agents de changement uniquement lorsque nous travaillons; nous devons souvent agir comme tel dans tous les aspects de notre vie, et je crois que c'est là où se situe la vulnérabilité éventuelle liée au fait d'être un agent de changement. Je pense qu'être un agent de changement est comme être un parent. Je ne suis pas seulement une mère quand je suis à la maison; le fait que je sois une mère influence vraiment chaque décision que je prends, la façon dont je réagis dans les conversations et ma réaction émotionnelle, dans certaines situations. Lorsque nous sommes de véritables agents de changement, nous ne le sommes pas uniquement de 8 h à 16 h; il s'agit d'une partie intégrante de ce que nous sommes et de la manière

dont nous agissons avec nos amis et notre famille, et dans notre communauté. Voilà quand et comment le changement se produit.

Alison : À votre avis, qu'est-ce que les ergothérapeutes doivent apprendre des populations autochtones pour être des agents de changement?

Monique : L'influence du gouvernement sur la vie des populations autochtones dans le passé et encore aujourd'hui. Même si cela peut sembler simple, il s'agit d'une question complexe et intergénérationnelle et cet apprentissage peut être douloureux. Parmi les exemples puisés dans notre histoire qui peuvent influencer l'ergothérapie auprès des clients autochtones, en voici quelques-uns : le système des pensionnats, les externats indiens, « la rafle des années soixante », et les dispensaires pour les personnes tuberculeuses (parfois appelés hôpitaux indiens). Notre histoire a rendu les personnes autochtones hésitantes, et même craintives de partager toute information avec le « gouvernement ». De nombreuses personnes autochtones ne croient pas qu'elles peuvent utiliser le système de santé en toute sécurité et il est possible qu'elles perçoivent les ergothérapeutes comme faisant partie de ce système. Donc, pour être des agents de changement efficaces, les ergothérapeutes doivent connaître l'histoire et comprendre comment cet histoire peut influencer sur leur capacité de travailler avec des clients autochtones et dans des communautés autochtones.

Alison : Pourquoi est-il si important de connaître le contexte historique de la vie des clients autochtones pour être un agent de changement efficace?

Monique : Une fois que les ergothérapeutes connaissent l'histoire des populations et communautés autochtones, ils ne peuvent plus revenir en arrière s'ils veulent être des agents de changement, car ces connaissances deviennent une partie d'eux-mêmes. Les ergothérapeutes doivent connaître l'histoire pour aller de l'avant et être en mesure de dire : « Je comprend différemment à présent et donc, j'agirai autrement ». De plus, l'un des éléments clés pour tous les agents de changement est de consacrer du temps à l'autoréflexion. Il est important de réfléchir à ce que vous avez appris, et sans doute désappris, puis de vous poser la question suivante : « Comment les choses que j'ai apprises au sujet de l'histoire des Autochtones au Canada influencent-elles ma pratique? » ou « Comment cela influence-t-il mon approche ou les questions que je pourrais poser aux clients que je traite? »

Alison : Compte tenu de l'histoire et des répercussions de la colonisation au Canada encore aujourd'hui, les ergothérapeutes

doivent-ils être prudents quant à la notion de « remise du pouvoir » qui est parfois associée au fait d'être un agent de changement?

Monique : En intervenant davantage auprès des communautés autochtones, les ergothérapeutes découvriront que certains clients autochtones ne savent pas ce qu'un ergothérapeute peut offrir. Être un agent de changement consiste à donner de l'information au client sur les différentes façons dont l'ergothérapie peut favoriser sa santé, puis, dans une visite de suivi, aider le client à faire un choix en fonction de ce qu'il veut faire. La possibilité de faire des choix est vraiment importante, car les politiques et pratiques coloniales ont fréquemment éliminé les choix des populations autochtones. Il faut que les ergothérapeutes prennent le temps qu'il faut pour établir les relations, donner de l'information d'une manière compréhensible pour les clients et, éventuellement, pour les membres de leur famille (nous sommes souvent inconscients du fait que nous utilisons un jargon que les clients pourraient ne pas comprendre) tout en offrant aux clients la possibilité de choisir les façons de travailler avec l'ergothérapeute et les objectifs sur lesquels ils veulent travailler. Une partie intégrante du processus de guérison repose sur la possibilité pour le client de faire des choix.

Alison : En tentant de devenir des agents de changement, les ergothérapeutes risquent-ils de faire plus de bien que de mal par inadvertance?

Monique : Oui, s'ils ne comprennent pas la pratique sensible aux traumatismes. C'est un peu comme monter dans une voiture sans en avoir les clés; la compréhension de l'histoire doit être accompagnée d'une compréhension des traumatismes et de la pratique sensible aux traumatismes. Dans ce genre de pratique, on évite de déclencher involontairement la réaction au traumatisme de la personne ou d'interpréter faussement la façon dont le traumatisme se manifeste dans la santé et les comportements de santé de la personne. Les ergothérapeutes doivent prendre le temps de réfléchir au fait que leur façon d'être et d'exercer peut être un élément déclencheur pour certains clients autochtones. Par exemple, le fait de porter un uniforme, de mettre l'accent sur la consignation d'information au dossier, de poser beaucoup de questions, d'arriver avec précipitation et de faire une évaluation plutôt que de prendre le temps d'établir une relation de confiance en écoutant le client et en apprenant à le connaître.

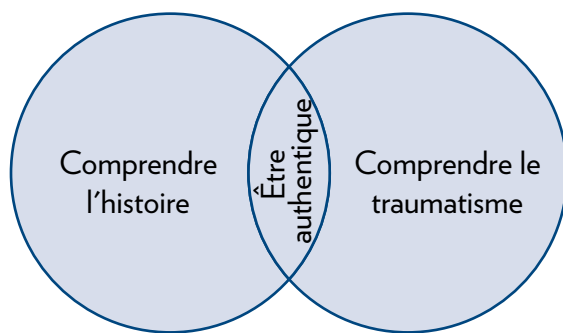


Figure 1. Partnerships for change

Alison : Nous devons donc posséder les deux pour éviter de faire plus de mal que de bien, c'est-à-dire une bonne compréhension de l'histoire et de la pratique sensible aux traumatismes?

Monique : Je les vois comme deux cercles concentriques qui se chevauchent. C'est là où les cercles se chevauchent que les ergothérapeutes doivent mettre à contribution leur être authentique et examiner l'influence de ces connaissances sur leur façon d'être en tant que personne et sur leur façon d'exercer en tant qu'ergothérapeute (voir la figure 1).

Alison : Je pense que vous parlez de la nécessité pour les ergothérapeutes de faire l'acquisition de connaissances et de compétences, mais aussi de réfléchir à leur façon d'être en tant que personne, de même qu'en tant qu'ergothérapeute en relation avec les populations autochtones du Canada.

Monique : L'ergothérapeute en tant que personne est une partie intégrante du processus de guérison. Par exemple, la façon de se « présenter » aux personnes avec qui vous avez le privilège de travailler est absolument déterminante. Être un agent de changement revient à établir des relations. L'un des éléments les plus importants pour les ergothérapeutes qui travaillent avec des personnes autochtones est d'être prêt à partager leur être authentique, doux et vrai.

Alison : Je suis d'accord et c'est vraiment ce que j'ai vécu. Je crois aussi que pour être un agent de changement dans le contexte des clients autochtones, un ergothérapeute doit comprendre comment les politiques et structures politiques et socioéconomiques peuvent avoir un effet négatif sur la participation et les possibilités des populations autochtones. Nous devons alors nous lever debout et nous politiser, en partenariat avec des collègues, communautés et organisations autochtones.

Monique : Je crois que le mot que vous avez choisi, partenariat, est important. Nous sommes à une époque intéressante dans notre pays, un moment où nous avons la possibilité de faire des changements importants et profonds dans les relations entre les personnes autochtones et non autochtones. Les travaux de la Commission de vérité et réconciliation du Canada ont été déterminants dans ce processus. Le fait de sensibiliser la population aux atrocités qui se sont produites dans les pensionnats et à leurs répercussions sur les familles encore aujourd'hui semble avoir engendré une plus grande empathie parmi les Canadiens non autochtones, de même qu'un désir d'appuyer le changement et d'y contribuer. Il s'agit d'un énoncé général, car cela n'inclut pas tous les Canadiens non autochtones et ne les inclura sans doute jamais. Mais je crois que c'est pourquoi il est essentiel que les gens qui travaillent ou qui veulent travailler avec les personnes autochtones ou qui se sentent attirés par l'idée de devenir leur allié, doivent comprendre comment les décisions et les politiques actuelles du gouvernement influent sur les personnes autochtones. Lorsque nous comprenons différemment, nous agissons différemment et je crois que c'est une raison suffisante pour découvrir l'histoire, les enjeux actuels et la résilience des populations autochtones qui est aussi très présente, tant dans notre passé qu'aujourd'hui. En étant authentique, empathique et informé,

À propos des auteures

Alison J. Gerlach, MSc (ergothérapie), est candidate au doctorat aux Graduate Programs in Rehabilitation Sciences, et enseignante clinique au Department of Occupational Science and Occupational Therapy, à l'University of British Columbia. On peut joindre Alison à : alison.gerlach@telus.net.

Monique Gray Smith est une auteure reconnue, conférencière internationale et experte-conseil recherchée. Vous pouvez écouter la conférence Ted Talk de Monique sur les traumatismes et la résilience au : <https://www.youtube.com/watch?v=edMcljKndEQ&list=PLsRNoUx8w3rPRrQV6Mi6HV9g2NZzw--ES&index=7>

il est fort possible de créer des partenariats pouvant influencer de manière significative la vie des personnes impliquées. J'encourage les ergothérapeutes qui lisent cet article à réfléchir aux possibilités d'établir des partenariats dans leur vie et au travail; il n'est pas nécessaire d'établir un partenariat officiel. Prenons vous et moi, Alison; nous ne nous sommes jamais assises ensemble lors de nos nombreux travaux en collaboration, pour dire, « Bon, maintenant, nous allons former un partenariat ». C'est plutôt en raison de nos intérêts communs et de notre désir profond de soutenir et de créer le changement que nous avons établi un partenariat informel. Nous avons échangé de l'information et nous avons eu des conversations qui m'ont transportée en un lieu très propice à une réflexion profonde qui a changé mes pensées. Nous avons parfois pris des risques en nous faisant mutuellement des commentaires qui nous ont fait grandir et apprendre sur nous-mêmes. Pour moi, il s'agit d'un partenariat fondé sur la confiance, le respect, un désir partagé d'apprendre et de contribuer et la capacité de s'encourager mutuellement à chercher des façons de penser, d'être et de travailler ensemble.

Alison et Monique : Nous espérons que la lecture de cet article vous incitera à en apprendre davantage sur les personnes autochtones et leur histoire unique au Canada et dans les communautés où vous travaillez. Nous espérons aussi que cet article vous fera réfléchir à la façon dont vous concevez actuellement les traumatismes et leur influence possible sur les clients autochtones et sur les politiques et pratiques qui sont prises pour acquis en ergothérapie. Finalement, nous espérons que vous comprendrez l'importance d'établir des partenariats équitables avec des clients, communautés et organisations autochtones afin d'être un agent de changement

qui travaille en faveur de la santé et du mieux-être des peuples autochtones.

Ressources suggérées

Commissions de vérité et réconciliation du Canada. (2015). *Honoring the truth, Reconciling for the future: Summary of the final report of the Truth and Reconciliation Commission of Canada*. Téléchargé au : http://www.trc.ca/websites/trcinstitution/File/2015/Findings/Exec_Summary_2015_05_31_web_o.pdf

First Nations Studies Program at the University of British Columbia. (2009). *The Residential School System*. Téléchargé au <http://indigenousfoundations.arts.ubc.ca/home/government-policy/the-residential-school-system.html>

Gray Smith, M. (2013). *Ripple effect of resiliency: Strategies for fostering resiliency with Indigenous children*. Victoria, BC: Little Drum Consulting.

Gray Smith, M. (2013). *Tilly: A story of hope and resilience*. Winlaw, BC: Sono Nis Press.

Haskell, L., et Randall, M. (2009). Disrupted attachments: A social context complex trauma framework and the lives of Aboriginal Peoples in Canada. *Journal of Aboriginal Health*, 5(3), 48-99.

Klinic Community Health Centre. (2013). *Les traumatismes. Manuel sur les traumatismes. Une ressource à l'intention des organismes et des individus pour la prestation de services sensibles au traumatisme*. Téléchargé au http://trauma-informed.ca/wp-content/uploads/2013/10/Trauma-informed_Toolkit_fr_revised.pdf

List of residential schools in Canada. (n.d.). Dans *Wikipedia*. Téléchargé le 30 juin 2015, au https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_Indian_residential_schools_in_Canada

Quoi de neuf?



Trouve un ergo : un répertoire pour aider les Canadiens à trouver les services d'ergothérapie dont ils ont besoin

L'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) a mis au point un nouvel outil de recherche dynamique, le Trouve un ergo, pour aider les gens à trouver un(e) ergothérapeute au Canada. Le répertoire Trouve un ergo est une ressource simple à utiliser qui permet à toute personne, que ce soit des agents qui font des demandes de consultation, des clients ou des professionnels de la santé, à trouver les services d'ergothérapie qui conviendront à leurs besoins ou à ceux de leurs clients ou leurs familles. Trouve un ergo comporte de nombreuses caractéristiques, dont les suivantes :

- Des résultats de recherche géographique qui permettent aux clients de trouver des ergothérapeutes à travers le Canada
- De nombreux champs de recherche, dont le domaine de pratique, la ville et d'autres mots clés

- Des profils personnalisés qui peuvent comprendre une photo de vous, un logo et une courte biographie
- L'accès à votre profil, à l'aide de votre code d'utilisateur et de votre mot de passe
- Trois options en matière d'inscription qui vous permettent de choisir les caractéristiques qui répondent le mieux à vos besoins

Afin de célébrer le lancement de ce nouveau produit, l'ACE offre pour une seule fois un essai gratuit du Trouve un ergo, qui débutera le 1er octobre 2015 et prendra fin le 31 décembre 2015. Cet essai gratuit ne sera offert aux membres de l'ACE que pendant la période de renouvellement de l'adhésion de 2015-2016.

Trouve un ergo sera la meilleure ressource pour trouver et contacter un ergothérapeute au Canada! N'oubliez pas de vous inscrire lors du renouvellement de votre adhésion pour profiter de cet essai gratuit, qui ne sera offert qu'une seule fois! Pour tout savoir au sujet de ce nouveau produit de l'ACE, visitez le : www.caot.ca/findanot.

Répondre aux besoins changeants des proches aidants dans l'ensemble du continuum de soins

Jill I. Cameron

Les membres de famille qui prodiguent des soins aux personnes ayant des handicaps sont essentiels pour garantir la pérennité de notre système de santé. Au Canada, le travail non rémunéré qu'ils effectuent annuellement permet à notre système de santé de réaliser des économies de plus de 25 milliards de dollars (Hollander, Lui et Chappell, 2009). Essentiellement, les proches aidants coordonnent les soins et services médicaux et appuient les activités de base et instrumentales de la vie quotidienne, les transitions d'un milieu de soins à l'autre, la réadaptation continue, le bien-être émotionnel et la réintégration communautaire du bénéficiaire de soins. Malheureusement, la norme dans la pratique n'est pas de préparer ou de soutenir ces proches aidants et, par conséquent, les proches aidants de l'ensemble des populations vulnérables vivent souvent du stress et réduisent leur participation à leurs propres activités significatives. Le stress et la réduction de la participation contribuent à la détérioration de la santé mentale des proches aidants (Pinquart et Sorensen, 2003).

La stratégie canadienne en faveur des proches aidants

En reconnaissant les rôles importants et utiles joués par les proches aidants, de même que l'impact négatif que peut avoir la prestation de soins pour la santé des proches aidants, les organismes partenaires de la Coalition canadienne des proches aidants (CCPA) a élaboré la Stratégie canadienne en faveur des proches aidants (2013). Ce document met en relief cinq priorités interdépendantes : 1. Sauvegarder la santé et le mieux-être des proches aidants, 2. Minimiser le fardeau financier imposé aux proches aidants, 3. Permettre l'accès à une information et une éducation conviviales, 4. Créer des milieux de travail et d'enseignement qui respectent les obligations des proches aidants et 5) Investir dans la recherche sur la prestation des soins par les proches aidants pour prendre des décisions fondées sur des données probantes (CCPA, 2013). La CCPA met en relief le lien étroit qui existe entre le bien-être du proche aidant et le bien-être du patient. Par conséquent, les ergothérapeutes, qui considèrent que les proches aidants font partie de l'environnement de soins des patients et qu'ils peuvent orienter la thérapie, peuvent jouer le rôle d'agent de changement en tenant compte des besoins des proches aidants, en améliorant les situations de soins et, éventuellement, en améliorant le bien-être du patient et du proche aidant.

Comprendre les besoins changeants des proches aidants

Jusqu'à maintenant, en ce qui a trait à la première priorité et la troisième priorité de la Stratégie canadienne, les recherches ayant

été menées ont utilisé des méthodes quantitatives et qualitatives pour cibler les facteurs et les contextes de soins qui influencent les résultats de santé des proches aidants. Les chercheurs commencent à comprendre les situations dans lesquelles les proches aidants sont plus susceptibles d'avoir besoin d'éducation et de soutien pour minimiser l'impact négatif de leur rôle d'aidant sur leur santé et leur bien-être. Les proches aidants qui ont une expérience limitée face au système de santé ont des niveaux plus faibles de soutien social et de maîtrise de soi (c'est-à-dire, sentiment de contrôle sur leur vie) et ils prennent soin de personnes ayant de plus grands besoins en matière de santé, comme les besoins associés aux déficits cognitifs; ils sont donc plus susceptibles d'avoir besoin du soutien du système de santé (Cameron et al., 2014b).

À mesure que les chercheurs et les praticiens ont commencé à caractériser les besoins des proches aidants, la littérature scientifique a identifié quatre domaines de soutien déterminants, soient le soutien informationnel, émotionnel, instrumental (p. ex., formation, services d'aménagement) et en matière d'évaluation (c'est-à-dire, donner des rétroactions sur les capacités des proches aidants). De plus, les chercheurs commencent à reconnaître que les mécanismes de soutien doivent changer au fil du temps et qu'ils sont influencés par l'étape où le bénéficiaire de soins se trouve dans la trajectoire de sa maladie (Cameron et Gignac, 2008). Les trajectoires des maladies peuvent varier considérablement, selon l'évolution de la maladie, qu'elle soit soudaine ou graduelle. Les chercheurs tentent de comprendre les étapes communes traversées par les bénéficiaires de soins et les proches aidants et la façon dont leurs mécanismes de soutien doivent évoluer au fil de ces étapes. Ces connaissances permettront aux chercheurs de cibler plus efficacement des interventions et des programmes et d'optimiser la façon dont les ergothérapeutes utilisent leur temps.

Dans le cas de soins associés au début graduel du rôle de proche aidant, comme celui associé au vieillissement général ou à la démence, les proches aidants peuvent traverser des étapes et des besoins changeants communs en matière de soutien. Par exemple, les enfants adultes d'un patient peuvent commencer à considérer des options en matière de soins avant même que leur proche ait des besoins en matière de santé. À cette étape, ils peuvent principalement avoir besoin d'information pour savoir comment se prévaloir de soins et de services quand leurs parents en auront besoin dans l'avenir. À mesure que les besoins des parents en matière de soins commencent à augmenter, les besoins des proches aidants peuvent augmenter parallèlement, par exemple, le besoin d'apprendre comment prodiguer des soins, et entraîner la nécessité d'engager du personnel auxiliaire des services communautaires. Éventuellement, lorsque les demandes atteignent le maximum qu'une famille peut gérer, cette dernière doit envisager

À propos de l'auteure

Jill I. Cameron, PhD, est professeure agrégée au Department of Occupational Science and Occupational Therapy de l'University of Toronto. On peut la joindre à jill.cameron@utoronto.ca.

l'admission du parent dans un établissement de soins de longue durée. Des recherches doivent être menées pour comprendre comment les besoins des proches aidants évoluent à mesure que leurs parents vieillissent ou que leurs maladies progressent.

Dans le cas de l'apparition soudaine d'un problème médical, comme un accident vasculaire cérébral (AVC), la situation de soins commence de manière inattendue (Cameron, Naglie, Silver et Gignac, 2013). Les besoins des proches aidants peuvent être centrés initialement sur la compréhension de ce qui se passe dans une situation d'urgence, puis sur les examens médicaux subis par un membre de la famille, de même que sur les résultats de ces examens. Après la confirmation du diagnostic, les familles veulent comprendre le diagnostic et la raison de ce diagnostic. L'étape de la réadaptation peut arriver rapidement pour les personnes qui ont un accident vasculaire moyen et qui retournent à la maison après avoir obtenu leur congé de l'hôpital de soins de courte durée, ou elle peut se prolonger sur une longue période pour les personnes qui ont souvent des réadaptations de courte ou de plus longue durée dans un centre de réadaptation. Pendant cette étape, les proches aidants peuvent participer au processus de réadaptation et obtenir de l'aide pour préparer le retour à la maison de leur proche. Pour faciliter l'adaptation à la vie à la maison, les familles peuvent faire appel à des services de soins à domicile et communautaires. Les proches aidants peuvent ressentir du stress à cette étape, car ils ont la responsabilité des soins primaires de la personne ayant subi un AVC. Après s'être adaptés à la vie à la maison, la personne ayant subi un AVC et le proche aidant commencent graduellement à s'adonner à des activités et des intérêts significatifs. Il s'agit d'une étape importante de leur réintégration dans la communauté. Les proches aidants peuvent grandement bénéficier du soutien qui correspond à l'étape de soins du membre de leur famille.

Timing it Right : un programme de soutien familial pour les personnes ayant subi un AVC

L'une des interventions récentes élaborée pour les familles dont l'un des membres a subi un AVC, le Timing it Right Stroke Family Support Program, vise à répondre aux besoins changeants des familles pendant que la personne atteinte effectue la transition entre les soins de courte durée, la réadaptation et, éventuellement, la réintégration dans la communauté (Cameron et al., 2014a). Le programme est offert par une « personne qui soutient les victimes d'AVC », généralement un ergothérapeute, qui rencontre les familles pendant les soins de courte durée, d'abord en personne, puis au téléphone, pendant environ six mois, à la suite de l'AVC. Outre l'amélioration de la continuité des soins, ces praticiens ont pour but d'offrir les quatre éléments de soutien mentionnés précédemment : soutien informationnel, émotionnel, instrumental et en matière d'évaluation. Ils adaptent également le contenu de l'intervention aux besoins spécifiques de chaque famille et ils tiennent compte de la façon dont ces besoins évoluent avec le temps. À chaque fois qu'ils rencontrent les familles, ils leur demandent comment les membres s'adaptent et ils leur offrent du soutien émotionnel. Comme il arrive souvent que les proches aidants ne sont pas en mesure d'anticiper ce que sera la vie après un AVC, les personnes qui offrent du soutien aux victimes d'AVC leur donnent des suggestions de sujets de discussion possibles, selon les réflexions et rétroactions recueillies auprès d'autres proches aidants. Ils leur donnent des conseils sur la façon d'avoir accès à des services et une formation axée sur les besoins. Les proches aidants ont également reçu des commentaires sur la façon dont ils gèrent la situation de soins, car des recherches antérieures suggèrent que cela peut les rassurer. Les résultats obtenus jusqu'à présent indiquent que les proches aidants qui ont besoin et reçoivent une intervention ont amélioré leur bien-être émotionnel (Cameron et al., 2014b). De plus, les proches aidants qui reçoivent l'intervention sont capables d'accéder à un plus grand

nombre de services pour la personne ayant subi l'AVC que les proches aidants qui n'ont pas suivi le programme. L'analyse des données de cette étude suggère également qu'il serait judicieux que la personne offrant des soins à la victime de l'AVC soit un membre de l'équipe de soins, pour que l'intervention puisse être effectuée en temps opportun et pour qu'elle ait accès au dossier médical et aux besoins de l'individu en matière de soins.

Conclusions

Les recherches axées sur les objectifs de la Stratégie canadienne en faveur des proches aidants progressent. Comme les recherches basées sur l'observation et l'intervention ont été menées auprès de proches aidants qui ont tendance à être des femmes d'âge moyen, de langue anglaise qui prennent soin de leur conjoint, il faudra poursuivre les recherches auprès des nouvelles populations de proches aidants. De façon plus spécifique, d'autres recherches seront requises auprès des proches aidants représentant diverses populations culturelles, différents groupes d'âges (p. ex., jeunes proches aidants d'âge adulte) et des hommes. Le fait de comprendre leurs expériences permettra d'adapter les interventions existantes ou d'élaborer de nouvelles interventions afin de répondre à leurs besoins uniques.

Les ergothérapeutes sont dans une position de choix pour répondre aux besoins des membres de famille qui prodiguent des soins aux personnes ayant divers handicaps, maladies ou invalidités. Tout en offrant des soins aux patients et clients dans divers contextes de soins, ils considèrent régulièrement l'environnement afin d'orienter la thérapie, en intégrant la famille, en tant qu'élément essentiel. Afin d'améliorer la santé et le mieux-être des patients et de leurs proches aidants, la recherche et la pratique clinique continueront de mettre au jour les besoins des proches aidants.

Références

- Cameron, J. I., et Gignac, M. A. (2008). "Timing It Right": A conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from the hospital to the home. *Patient Education & Counseling*, 70, 305-314. doi:10.1016/j.pec.2007.10.020
- Cameron, J. I., Naglie, G., Gignac, M. A., Bayley, M., Warner, G., Green, T., ... Cheung, A. M. (2014a). Randomized clinical trial of the Timing it Right Stroke Family Support Program: Research protocol. *BMC Health Services Research*, 14, 18. doi:10.1186/1472-6963-14-18.
- Cameron, J. I., Naglie, G., Green, T. L., Gignac, M. A., Bayley, M., Huijbregts, M. ... Czerwonka, A. (2014b). A feasibility and pilot randomized controlled trial of the "Timing it Right Stroke Family Support Program". *Clinical Rehabilitation*. Advance online publication. doi:10.1177/0269215514564897
- Cameron, J. I., Naglie, G., Silver, F. L., et Gignac, M. A. (2013). Stroke family caregivers' support needs change across the care continuum: A qualitative study using the Timing it Right framework. *Disability and Rehabilitation*, 35, 315-324. doi:10.3109/09638288.2012.691937
- Coalition canadienne des proches aidants. (2013). *Une stratégie en faveur des proches aidants du Canada*. Téléchargé au <http://www.ccc-ccan.ca/media.php?mid=406>
- Hollander, M. J., Lui, G., et Chappell, N. L. (2009). Who cares and how much? The imputed economic contribution to the Canadian healthcare system of middle-aged and older unpaid caregivers providing care to the elderly. *Healthcare Quarterly*, 12, 42-49. doi:10.12927/hcq.2009.20660
- Pinquart, M., et Sorensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology & Aging*, 18, 250-267. doi:10.1037/0882-7974.18.2.250

Clichés d'ergothérapeutes agissant en tant qu'agents de changement : offrir du soutien au proche aidant

La Fitness-to-Drive Screening Measure®: aider les soignants à détecter les conducteurs âgés à risque

Sherrilene Classen, PhD, est professeure et directrice de la *School of Occupational Therapy*, à l'*University of Western Ontario (Western)*, Canada; elle est également directrice fondatrice de la maîtrise en science clinique en réadaptation à la conduite automobile à la même université. **Shabnam Medhizadah, BSc (Hons.)**, est étudiante à la maîtrise au *i-Mobile Research Lab* de la Western. **Liliana Alvarez, PhD**, est la boursière postdoctorale qui gère le *i-Mobile Research Lab*. Pour en savoir davantage, prière de communiquer à : sclassen@uwo.ca.

Les adultes âgés de 65 ans et plus représentent le segment de la population canadienne dont la croissance est la plus rapide (Sinha, 2013). Les pertes associées au vieillissement sur le plan des fonctions visuelles, cognitives, motrices et sensorielles ont toutes des conséquences sur l'aptitude à la conduite automobile des personnes âgées. Les proches aidants, qui partagent les expériences vécues par les personnes âgées, sont les principales parties prenantes qui peuvent contribuer au dépistage des conducteurs âgés à risque. Le dépistage précoce des conducteurs âgés à risque peut permettre aux conducteurs d'avoir accès à des services, des ressources et des recommandations en temps opportun (Classen, Velozo, Winter, Bédard et Wang, 2015). La Fitness-to-Drive Screening Measure® (FTDS) est un instrument valide et fiable qui peut aider les proches aidants à détecter des problèmes dans la conduite automobile et à envisager les prochaines étapes (Classen, Winter, Velozo, Hannold et Rogers, 2013).

La FTDS est un outil en ligne (www.fitnessdrivescreening.com) qui ne prend que 20 minutes à remplir. Les proches aidants, qui ont observé le conducteur dans les trois derniers mois, peuvent évaluer les difficultés du conducteur, en fonction de 54 items. Une fois qu'il a été complété, l'outil classe le conducteur comme étant un conducteur à risque (préoccupations en matière de sécurité exigeant une attention immédiate), routinier (signes précurseurs exigeant une intervention) ou accompli (la conduite automobile est acceptable) (Classen et al., 2015). Le classement du conducteur est résumé sous forme abrégée et des ressources et recommandations canadiennes sont suggérées comme prochaine étape logique pour la prise de décision. La FTDS fournit des occasions plausibles d'offrir du soutien aux proches aidants afin qu'ils puissent aider les conducteurs âgés à prendre des décisions face à leur aptitude à la conduite automobile. Par exemple, les résultats peuvent inciter les proches aidants à prendre des mesures de précaution, comme entamer une discussion avec le conducteur sur les autres moyens de transports possibles, prendre rendez-vous avec le médecin pour discuter du renoncement à la conduite automobile, ou organiser une épreuve sur route avec un spécialiste en réadaptation à la conduite automobile. L'outil peut donc permettre à la fois de sensibiliser le conducteur à ses problèmes de conduite, d'intervenir en temps opportun et de réduire le fardeau du proche aidant. De plus, des professionnels comme les ergothérapeutes peuvent administrer la

FTDS en collaboration avec le proche aidant et se servir des résultats comme point de départ de l'intervention (Classen et al., 2015). La FTDS peut être utilisée par tous les proches aidants qui ont accès à internet et elle peut être remplie dans l'intimité de leur foyer. En utilisant la FTDS pour contribuer au dépistage des conducteurs âgés à risque, les proches aidants canadiens peuvent les aider à conserver leur autonomie, tout en réduisant leur propre stress lors des décisions relatives à l'aptitude à la conduite automobile.

Références

- Classen, S., Velozo, C. A., Winter, S. M., Bédard, M. et Wang, Y. (2015). Psychometrics of the Fitness-to-Drive Screening Measure. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 35, 42-52. doi:10.1177/1539449214561761
- Classen, S., Winter, S. M., Velozo, C. A., Hannold, E. M., et Rogers, J. (2013). Stakeholder recommendations to refine the Fitness-to-Drive Screening Measure. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 1(4), Article 3. doi: 10.15453/2168-6408.1054
- Sinha, M. (2013). *Portrait des aidants familiaux, 2012*. Téléchargé sur le site web de Statistique Canada : <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-652-x/89-652-x2013001-fra.htm>

Groupe psychoéducatif et de soutien pour les proches aidants des personnes ayant une démence : trousse d'outils globale

Nira Rittenberg, Erg. Aut. (Ont.), travaille au GPCS service à Baycrest à Toronto depuis 1991. Elle est chargée de cours et elle collabore à différentes recherches à l'University of Toronto. Elle dirige également un cabinet privé se spécialisant dans les soins gériatriques et les soins offerts par les proches aidants. On peut la joindre à : nrittenberg@baycrest.org. On peut commander le manuel éducatif sur la démence, *Dementia: A Caregiver's Guide*, au : <http://baycrest.myshopify.com/collections/>

Prodiguer des soins aux personnes atteintes de démence est sans doute l'une des occupations les plus difficiles qu'une personne puisse entreprendre sur les plans émotionnel et physique. L'ergothérapeute du Geriatric Psychiatry Community Service (GPCS) à Baycrest, un centre de santé en gériatrie, a répondu aux besoins des proches aidants rencontrés dans cet établissement en élaborant un guide de ressources et un programme de groupe spécialisé en complément à l'évaluation et à la gestion de cas des clients atteints de démence.

Le programme est offert pendant six semaines, sous forme de groupe psychoéducatif et de soutien. Il est dirigé conjointement par un ergothérapeute et un travailleur social, et il regroupe jusqu'à 15 proches aidants familiaux. Le programme est offert de deux à trois fois par année. Les six sujets hebdomadaires sont les suivants : comprendre la démence, communication, gérer les comportements difficiles, naviguer à travers le système, prendre soin de soi, et une séance ouverte pour laquelle le groupe choisit parmi les sujets suivants : questions juridiques,

activités de la vie quotidienne et enjeux liés aux soins, et sécurité à domicile.

Tous les participants du groupe reçoivent des feuillets d'information tirés du guide de ressources à l'intention des proches aidants; ces feuillets contiennent de l'information claire, pratique et facile à lire sur les soins aux personnes atteintes de démence. Le guide éducatif sur la démence, « Caring for Your Loved One » en est maintenant à sa troisième édition. Il a initialement été colligé par l'intermédiaire d'une initiative sur l'amélioration continue de la qualité qui comprenait une recension des écrits et la création de ressources, et il a ensuite été révisé par des proches aidants de la communauté. Le produit final a été publié sous forme de livre et de feuillets d'information. Contrairement à d'autres ressources, les proches aidants avaient le sentiment que le guide abordait les problèmes liés aux soins d'une manière facile à comprendre, en proposant de l'enseignement et des stratégies de gestion.

Une fois que le guide a été élaboré, l'ergothérapeute a conçu un programme pour commencer à utiliser cette information à partir d'un modèle psychoéducatif plus structuré. On a constaté que d'autres conférences sur la démence et sur les problèmes liés aux soins étaient disponibles dans la communauté, mais ces conférences n'étaient pas présentées dans un format pédagogique convivial. Les proches aidants ont dit qu'ils avaient dû faire beaucoup de recherche pour trouver de l'information et pour obtenir du soutien de la part de divers professionnels de la santé.

Le groupe de psychoéducation Caring for Your Loved One en est maintenant à sa 14^e année. Il a été reconnu pour son effet positif sur l'apprentissage, le soutien des pairs et sur les compétences émotionnelles, relationnelles et pratique des proches aidants. Au fil des ans, la recherche en collaboration avec le Department of Occupational Science and Occupational Therapy de l'University of Toronto a permis de mieux comprendre l'impact de ce groupe sur la communauté des proches aidants. Plus récemment, la recherche a été axée sur les proches aidants masculins dont le rôle n'a pas été bien étudié dans ce contexte. Les résultats de cette recherche ont incité les dirigeants du groupe à revoir leurs interventions afin d'aborder les besoins uniques de ce groupe. L'incidence de démence est en croissance, de même que la nécessité d'aborder les problèmes des proches aidants de manière créative et exhaustive au sein de notre système de santé.

Négligés et invisibles : expériences de jeunes adultes qui prennent soin de survivants d'accidents vasculaires cérébraux

Alisa Grigorovich, PhD, Evelyn Lasso, MScErg, Alison McCordick, MScErg, et Jill I Cameron, PhD, sont toutes affiliées au Department of Occupational Science and Occupational Therapy de l'University of Toronto. Pour en savoir davantage, communiquer à : jill.cameron@utoronto.ca.

Les jeunes adultes (âgés de 18 ans à 25 ans) jouant le rôle de proche aidant représentent de 12 % à 18 % des aidants familiaux; toutefois, peu d'études se sont penchées sur leurs expériences (Levine et al., 2005). Bien qu'ils puissent avoir des responsabilités semblables à celles des aidants âgés en matière de soins, les jeunes proches aidants font face à des défis uniques, du fait qu'ils sont à une étape de transition dans leur vie (Levine et al., 2005). Nous avons mené une étude exploratoire en vue de comprendre le rôle d'aidant naturel du point de vue des jeunes aidants qui prennent soin d'un membre de leur famille ayant eu un accident vasculaire cérébral (AVC). Ce compte rendu met en relief les résultats de notre étude et ses conséquences pour les ergothérapeutes, qui ont la capacité d'agir en tant qu'agents de

changement pour appuyer les jeunes proches aidants.

Des entrevues ont été réalisées auprès de dix jeunes proches aidants dans une ville de l'Ontario. Les sujets étaient tous des femmes qui parlaient anglais et qui prodiguaient des soins sans compensation financière à un membre de la famille ayant subi un AVC. Les jeunes proches aidantes effectuaient diverses tâches avec le survivant de l'AVC (p. ex., supervision, soutien émotionnel, entretien ménager, aide pour les activités de la vie quotidienne) et offraient du soutien non seulement à cette personne, mais aussi à d'autres personnes (p. ex., frères et sœurs, époux de la personne atteinte). Plusieurs ont dit qu'offrir un répit à leur parent qui était le principal proche aidant de la personne ayant subi un AVC était comme « Faire un quart de nuit ». Plusieurs des jeunes proches aidants avaient de la difficulté à continuer de participer à leurs propres activités (p. ex., école, travail, activités sociales). Par exemple, une proche aidante a décidé de ne pas suivre de cours d'été, car cela l'aurait empêchée de continuer de prodiguer des soins à sa mère. Une autre proche aidante a déclaré qu'elle participait moins fréquemment à des activités sociales avec des amis. Les proches aidantes ont aussi discuté de l'épuisement et des émotions négatives qu'elles ressentaient du fait qu'elles prenaient soin de leur proche. Par exemple, certaines ont dit qu'elles se sentaient coupables de vouloir prendre du répit face à leurs responsabilités de proche aidante ou de vouloir reprendre le cours de leur vie. Les participantes ont également déclaré qu'elles se sentaient isolées de leurs pairs et de leurs amis qui, à leur avis, ne comprenaient pas leur situation et sur qui elles ne pouvaient pas compter pour avoir de l'aide. Comme une participante l'a expliqué : « Je crois que les gens de mon âge ne savent pas comment aborder la question... nous ne savons pas tout ce que cela comporte [c'est-à-dire, le fait d'être un proche-aidant]. »

Lorsque les ergothérapeutes interviennent auprès des clients ayant subi un AVC, ils doivent aussi venir en aide aux proches aidants de la famille qui fournissent une importante source de soutien. Notre étude suggère que les jeunes proches aidants adultes peuvent rencontrer des difficultés et que le rôle de soignant peut avoir un impact négatif sur leurs possibilités éducatives et professionnelles, de même que sur leurs relations avec les autres. Ils peuvent être particulièrement vulnérables et avoir besoin de psychoéducation afin d'aborder spécifiquement leurs besoins uniques. Les ergothérapeutes peuvent opérer un changement durable pour les proches aidants et leurs familles, en leur offrant le soutien dont ils ont besoin.

Références

Levine, C., Hunt, G. G., Halper, D., Hart, A. Y., Lautz, J., et Gould, D. A. (2005). Young adult caregivers: A first look at an unstudied population. *American Journal of Public Health, 95*, 2071-2075. doi: 10.2105/AJPH.2005.067702



Si la santé humaine est influencée par les possibilités occupationnelles (et c'est le cas), que faisons-nous pour enrayer la pauvreté?

Karen Whalley Hammell

Un ensemble de données probantes montrent un lien très clair entre la participation des gens, leur santé et la qualité de leur vie (Hammell, 2009); ces connaissances — c'est-à-dire que la santé et le bien-être des humains sont influencés par les occupations auxquelles les gens ont la capacité et la possibilité de participer — orientent la profession d'ergothérapeute. Dans ce contexte, « l'occupation » réfère à tout ce que les gens font dans leur vie quotidienne.

Si l'on se penche sur l'origine de l'ergothérapie au sein du système de santé, on constate que la profession se préoccupe depuis ses débuts de l'évaluation et de l'amélioration des capacités des individus. Toutefois, il s'agit d'une réponse inadéquate pour la vie des personnes handicapées, car les capacités valent bien peu si les gens n'ont pas la possibilité de les utiliser. Le fait d'enseigner à une personne à manipuler un fauteuil roulant par exemple, ne vaut pas grand chose si son domicile n'a pas de rampe d'accès, si les rues ne sont pas pavées ou ne sont pas pourvues de bateaux de trottoir et si le déneigement est fait en fonction de la population privilégiée qui conduit une voiture, et non pas en fonction des personnes qui doivent manœuvrer leur fauteuil roulant en contournant les bancs de neige qui en résultent (jusqu'à 30 % des Canadiens handicapés n'ont pas de moyen de transport accessible; Stienstra, 2012).

Le but de cet article est d'encourager les ergothérapeutes et leurs agences de financement à reconnaître, défier et aborder les barrières structurales aux possibilités occupationnelles équitables, et à résister aux frontières qui tentent de confiner les pratiques ergothérapeutiques à l'amélioration des capacités individuelles et à la préservation du statu quo.

Dans les quarante dernières années, les activistes dans le domaine du handicap ont dénoncé les approches individualistes centrées sur le handicap face aux besoins des personnes handicapées et ils ont affirmé leur conviction que les personnes handicapées sont « handicapées » (défavorisées, privées de pouvoir et désavantagées) par les façons dont on les prive d'une pleine participation dans la société (Union of the Physically Impaired Against Segregation, 1976). La reconnaissance que les déterminants de la santé, comme la pauvreté, influent sur les possibilités occupationnelles, la participation et le bien-être des personnes handicapées et autres personnes (et que ces résultats sont interdépendants) a incité les ergothérapeutes à s'engager à aborder les « droits occupationnels » des individus et des populations (Hammell et Iwama, 2012).

Les droits occupationnels sont définis comme « le droit de toute personne de participer à des occupations significatives qui contribuent positivement à son propre bien-être et au bien-être de sa communauté » (Hammell, 2008, p. 62). Comme la santé et le bien-être sont influencés par les occupations auxquelles les gens ont la capacité et la possibilité de participer, les droits occupationnels sont associés aux droits humains (Hammell et Iwama, 2012), et c'est pourquoi la pauvreté est une question de droits occupationnels.

Les taux de pauvreté au Canada sont parmi les plus élevés dans les pays industrialisés les plus riches du monde (Organisation de Coopération et Développement économiques, 2008). On constate une prévalence anormalement élevée de pauvreté dans certains groupes, y compris les enfants, les personnes des Premières Nations, les immigrants récents, les personnes ayant des maladies mentales et les personnes handicapées (Association médicale canadienne [AMC], 2013). Les personnes ayant des maladies mentales ont des taux très élevés de pauvreté persistante (Benbow, Rudnick, Forchuk et Edwards, 2014) et, comme un Canadien handicapé sur cinq vit dans la pauvreté au Canada, les personnes handicapées comptent parmi les personnes les plus pauvres, les plus exclues et les plus privées de leurs droits au Canada (Stienstra, 2012).

Identifiée à la fois comme une cause et une conséquence de handicap et d'invalidité, la pauvreté est le plus important déterminant de la santé au Canada (AMC, 2013); la pauvreté a un impact négatif sur le développement neurologique des enfants et elle contribue de manière significative au stress, à la toxicomanie, à l'anxiété, à la dépression et à d'autres formes de maladie mentale, de même qu'à des maladies et des handicaps physiques (AMC, 2013). On accorde aux Canadiens qui sont pauvres un moins bon statut social, ce qui a des conséquences sur leur santé mentale et leurs possibilités occupationnelles. De plus, l'interdépendance entre la dévaluation du statut social— construite sur la base de la classe sociale, de la race, du sexe, de l'âge, de la sexualité et de la capacité/du handicap — magnifie la pauvreté et la marginalisation, de sorte que les possibilités occupationnelles des personnes pauvres des Premières Nations, par exemple, sont plus limitées que les possibilités occupationnelles de nombreux Canadiens pauvres et handicapés, qui sont déjà sous la norme (Stienstra, 2012).

Sherry (2010) a observé que dans « les situations de pauvreté, certains facteurs environnementaux peuvent être plus invalidants que les handicaps en eux-mêmes » (p. 40), et elle a affirmé que les droits occupationnels sont parfois lésés en raison de facteurs sociaux, politiques et économiques. Par exemple, un immeuble de neuf étages situé dans le quartier est du centre ville de Vancouver loge certains des citoyens les plus marginaux de la ville. En 2015, le seul ascenseur de l'immeuble est tombé en panne. Dix jours plus tard, on ne l'avait toujours pas réparé, et de nombreuses personnes ayant des problèmes de mobilité — dont John, un homme quadriplégique — étaient confinées aux étages supérieurs de l'immeuble. Cette situation a eu des répercussions sur les possibilités occupationnelles de John : il était incapable de prendre sa douche, car la seule douche accessible en fauteuil roulant se trouvait au rez-de-chaussée, et il était incapable de se rendre au travail (perdant ainsi une possibilité de gagner sa subsistance) et de sortir à l'extérieur pour participer dans sa communauté (Canadian Broadcasting Corporation, 2015). John a alors découvert que ses capacités sont peu utiles sans possibilité, que

les choix occupationnels des gens dépendent largement des choix qu'ils ont la possibilité de faire et que les possibilités sont grandement limitées pour les personnes pauvres et handicapées.

La pauvreté n'est pas simplement un problème de ressources financières inadéquates; elle comporte une matrice d'exclusion sociale qui comprend un accès limité à l'éducation, à l'emploi, au logement et au transport (Sakellariou et Pollard, 2009). Comme la pauvreté représente une barrière à la possibilité de mener une vie saine (AMC, 2013), les chercheurs caractérisent la pauvreté comme une restriction de possibilités qui réduit les « capacités » des gens – c'est-à-dire leur capacité d'agir et de faire (Frohlich et Abel, 2014). Ainsi, la pauvreté est une limitation des capacités : une privation d'options et de possibilités de participer à des occupations (agir et faire) qui contribuent à la santé, au bien-être, à la dignité et à la qualité de vie. Voilà pourquoi les ergothérapeutes doivent s'engager à aborder les inégalités en matière de possibilités occupationnelles pour toutes les personnes dont les capacités d'agir et de faire sont limitées par la pauvreté.

Grâce à leurs connaissances spécifiques — c'est-à-dire que la santé et le bien-être sont influencés par les occupations auxquelles les gens ont la capacité et la possibilité de participer— les ergothérapeutes sont dans la situation idéale pour travailler avec et pour les gouvernements, les décideurs et les organismes non gouvernementaux, afin de favoriser la participation des gens à des occupations productives et des rôles significatifs, et d'aider les communautés marginalisées à cibler et à élaborer des possibilités de créer des revenus et de revendiquer l'élimination des barrières systémiques qui lèsent les droits occupationnels des personnes pauvres. Grâce à des interventions axées sur l'occupation, les ergothérapeutes ont aidé des jeunes à risque et défavorisées économiquement à acquérir des compétences et à envisager une participation occupationnelle saine et satisfaisante dans l'avenir (Shea et Jackson, 2015). D'autres exemples d'interventions ergothérapeutiques ayant contribué à réduire la pauvreté sont présentés aux pages 16 et 17 de ce numéro.

De toute évidence, ce genre de projet comporte des avantages financiers et sociaux. Les personnes pauvres ont des forces, des habiletés et la tenacité de participer à des occupations qui peuvent améliorer leur vie; mais il faut leur donner la possibilité de le faire.

Il est possible d'améliorer la santé et du bien-être en abordant les barrières aux possibilités occupationnelles. Les ergothérapeutes ont la capacité de changer les choses, mais ils doivent avoir la possibilité de le faire. À la lumière de l'ensemble des données probantes qui décrivent l'impact de la pauvreté sur les capacités et les possibilités de l'ensemble des populations canadiennes de participer à des occupations qui favorisent le bien-être, il est frustrant de constater que la majorité des ergothérapeutes travaillent encore presque exclusivement auprès des individus, en se concentrant principalement sur leurs capacités dans les limites contraignantes des paramètres des services de santé. Nous avons besoin de nouveaux modes de financement qui nous permettront de réaliser nos possibilités dans des arènes plus vastes. Si nous prenons au sérieux l'affirmation de la Fédération mondiale des ergothérapeutes (2006) selon laquelle l'accès à la participation occupationnelle est un droit, alors nous devons reconnaître que les possibilités sont un droit pour tous, et nous devons insister sur le fait que les ergothérapeutes ont de

nombreuses possibilités de faire respecter ces droits.

De toute évidence, si la capacité est peu utile sans possibilité, alors des conditions comme la pauvreté qui limitent les possibilités et lèsent les droits occupationnels de tant de personnes doivent devenir une préoccupation fondamentale pour les ergothérapeutes canadiens (Hammell et Iwama, 2012). La participation occupationnelle — fondée sur la capacité et les possibilités — est notre champ de compétence. Nous pouvons relever ce défi!

Références

- Association médicale canadienne. (2013). *Les soins de santé au Canada : Quest-ce qui nous rend malades?* Téléchargé au <https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/fr/advocacy/What-makes-us-sick-f.pdf>
- Benbow, S., Rudnick, A., Forchuk, C., et Edwards, B. (2014). Using a capabilities approach to understand poverty and social exclusion of psychiatric survivors. *Disability and Society*, 29, 1046-1060. doi: 10.1080/09687599.2014.902359
- Canadian Broadcasting Corporation. (2015). *Disabled Portland Hotel residents left stranded without elevator*. Téléchargé au <http://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/disabled-portland-hotel-residents-left-stranded-without-elevator-1.2986630>
- Frohlich, K. L., et Abel, T. (2014). Environmental justice and health practices: Understanding how health inequities arise at the local level. *Sociology of Health and Illness*, 36, 199-212. doi:10.1111/1467-9566.12126
- Hammell, K. W. (2008). Reflections on...well-being and occupational rights. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 75, 61-64. doi:10.2182/cjot.07.007
- Hammell, K. W. (2009). Self-care, productivity and leisure, or dimensions of occupational experience? Rethinking occupational "categories." *Revue canadienne d'ergothérapie*, 76, 107-114. doi:10.1177/000841740907600208
- Hammell, K. W., et Iwama, M. K. (2012). Wellbeing and occupational rights: An imperative for critical occupational therapy. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19, 385-394. doi:10.3109/11038128.2011.611821
- Organisation de Coopération et Développement économiques. (2008). *Croissance et inégalités : Distribution des revenus et pauvreté dans les pays de l'OCDE*. Téléchargé au <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/9789264044197-sum-fr.pdf?expires=1439569759&id=id&accnam=e=quest&checksum=D9E88CA17D44FE3B119462BA3A5E9C46>
- Sakellariou, D., et Pollard, N. (2009). Three sites of conflict and cooperation: Class, gender and sexuality. Dans N. Pollard, D. Sakellariou, et F. Kronenberg (Édit.), *A political practice of occupational therapy* (p. 69 à 89). Edinburgh, UK: Churchill Livingstone Elsevier.
- Shea, C.-K., Jackson, N. (2015). Client perception of a client-centred and occupation-based intervention for at-risk youth. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 22, 173-180. doi:10.3109/11038128.2014.958873
- Sherry, K. (2010). Voices of occupational therapists in Africa. Dans V. Alers et R. Crouch (Édit.), *Occupational therapy: An African perspective*, (p. 26 à 47). Johannesburg, RSA: Sarah Shorten.
- Stienstra, D. (2012). *About Canada: Disability rights*. Halifax, NS: Fernwood.
- Union of the Physically Impaired Against Segregation. (1976). *Fundamental principles of disability*. London, UK: Author.
- World Federation of Occupational Therapists. (2006). *Position statement: Human rights*. Téléchargé au <http://www.wfot.org/ResourceCentre.aspx>

À propos de l'auteure

Karen Whalley Hammell, PhD, MSc, Erg (C), DipCOT(UK), est professeure honoraire au Department of Occupational Science and Occupational Therapy de l'University of British Columbia. Les travaux de Karen témoignent de son aspiration à favoriser la pensée critique au sein de la profession d'ergothérapeute et de promouvoir les pratiques ergothérapeutiques qui abordent non seulement les capacités des gens, mais aussi les possibilités qui s'offrent à eux. On peut joindre Karen à : ik.hammell@sasktel.net.

Clichés d'ergothérapeutes agissant en tant qu'agents de changement : la pauvreté

Conseils pour une pratique sensible à la pauvreté

Christine Guptill, PhD, Erg. Aut. (Ont.), était la boursière en recherche de l'ACE de 2013-2014 et elle est actuellement professeure adjointe au sein de la Music and Health Research Collaboratory à l'University of Toronto. On peut la joindre à : Christine.Guptill@utoronto.ca

Andrea Perry, Erg. Aut. (Ont.), qui a été interviewée pour cet article, travaille à Toronto et on peut la joindre à : perryandrea@gmail.com

Lors de son premier stage en ergothérapie, Andrea Perry s'est retrouvée dans les domiciles de personnes vivant dans la pauvreté; c'est alors qu'elle s'est rendue compte à quel point elle était « inconsciente et naïve ». Dans son premier emploi, elle a appris qu'il était très contreproductif d'essayer de tenter de stabiliser la santé mentale des clients à l'aide des méthodes biomédicales traditionnelles en ignorant la pauvreté, qui est le déclencheur de nombreux problèmes de santé chez les personnes pauvres. De plus, en effectuant des évaluations de la sécurité à domicile, Andrea se demandait : « Pourquoi suis-je en train d'évaluer si cette personne peut cuisiner ou vivre en toute « sécurité » dans son propre appartement, s'il n'y a même pas d'options en matière de logement abordable pour cette personne? »

Andrea est devenue membre actif de Health Providers Against Poverty, un organisme de fournisseurs de soins de santé qui se sont engagés à aborder les effets de la pauvreté sur la santé. Elle croit que ce qui aidera le plus ses clients, ce sont les choses qu'elle désigne comme des « ressources ». Comme elle l'explique, les clients qu'elle traite à l'hôpital ou dans les établissements de soins de longue durée qui proviennent de milieux aisés ont des aides techniques, des articles pour leur confort et des soignants personnels. Toutefois, bon nombre de ses clients, qui vivent dans les mêmes établissements, sont incapables de s'offrir ces choses. Elle trouve ces différences troublantes. « Même quand les gens ne vivent plus 'dans la collectivité', cette fracture sociale et son impact sur la santé sont toujours présents ».

Andrea croit fermement que les étudiants doivent être exposés à la réalité de la pauvreté pour comprendre les circonstances de la vie de leurs clients. Elle raconte l'histoire d'une étudiante qui s'était préparée en vue de faire une évaluation des habiletés à cuisiner chez un client; toutefois, lorsque l'étudiante et le client sont arrivés à l'appartement du client, il n'y avait pas de nourriture dans le réfrigérateur. Comme Andrea le dit, « Je crois que cette étudiante a vécu un moment de pleine conscience au sujet des déterminants de la santé – en assumant que le réfrigérateur serait plein ».

Andrea croit que les ergothérapeutes peuvent être de véritables champions de la lutte contre la pauvreté. Voici quelques exemples des façons dont les ergothérapeutes peuvent adopter une pratique sensible à la pauvreté :

- Posez-vous la question suivante : « Mon plan d'intervention est-il abordable pour une personne qui vit dans la pauvreté? »
- Bien que l'évaluation des habiletés soit importante, l'évaluation des moyens (accès et abordabilité) mérite tout autant notre attention.
- Lorsque vous soutenez un client en milieu de travail, regardez au-delà

des aménagements habituels : Est-ce qu'il reçoit des prestations? Est-ce qu'il peut prendre un congé de maladie? Est-ce qu'il reçoit un salaire de subsistance?

- Soyez bien informé sur les prestations ou les programmes de santé offerts dans votre région ou votre municipalité (optimisation du revenu, programmes d'aides techniques).
- Fournissez des directives en langage simple, étape par étape ou des feuillets d'information pour éduquer vos clients sur les prestations ou avantages auxquels ils ont droit, en les aidant à lire ces documents.
- Communiquez avec votre association nationale ou provinciale en ergothérapie, en ce qui concerne la défense des intérêts à l'échelle du système.
- Demandez-vous si votre milieu de travail exige que les clients se déplacent pour leurs rendez-vous. Les visites sont-elles structurées de manière à minimiser le fardeau économique imposé aux clients?
- Est-il possible de planifier les réunions d'équipe ou avec la famille à des heures qui conviennent à l'horaire de travail de l'aidant naturel (pour éviter les absences non rémunérées du travail)?
- Faites savoir aux représentants du gouvernement que vous croyez que la pauvreté est une menace pour vos clients. Écrivez à vos représentants nationaux, provinciaux et municipaux!
- Joignez-vous à Health Providers Against Poverty : <http://www.healthprovidersagainstopoverty.ca/>

Le rétablissement et la participation occupationnelle par l'intermédiaire d'un projet novateur en matière de logement

Elizabeth Guevara, MSc. (ergothérapie), travaille à l'Institut universitaire en santé mentale de Douglas à Montréal, au Québec. On peut la joindre à : elizabeth.guevara@douglas.mcgill.ca.

Le programme d'évaluation, d'intervention et de prévention des psychoses de l'Institut universitaire en santé mentale de Douglas à Montréal, au Québec (PEPP-Montréal) offre des services spécialisés d'accès rapide pour les jeunes de 14 ans à 35 ans qui vivent un premier épisode de psychose et leur famille, (Institut universitaire en santé mentale de Douglas [IUSMD], 2015b). L'approche de gestion de cas est utilisée, que ce soit par l'intermédiaire de programmes communautaires ou d'un suivi communautaire qui comptent parmi les services exemplaires offerts. Les pratiques exemplaires stipulent également qu'un logement stable et de longue durée, appuyé par des services de soutien, entraîne de meilleurs résultats fonctionnels (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2011); toutefois, on constate un manque de logements abordables et sécuritaires à Montréal pour les jeunes à faible revenu ayant des troubles de santé mentale. En janvier 2014, PEPP-Montréal a lancé un projet novateur pour s'attaquer à ce problème. Le modèle Le logement d'abord a alors été adopté (mis en œuvre par le projet Chez-soi [IUSMD, 2015a]); ce programme fournit des logements sécuritaires et abordables au moyen d'une subvention de deux ans qui

permet de loger vingt clients. Dans ce programme, on met l'accent sur la capacité de choix du participant. L'objectif du projet est de rehausser l'autonomie et de favoriser la participation occupationnelle du participant. Chaque participant continue d'être suivi par son équipe d'intervention et un plan d'intervention en ergothérapie est mis en œuvre afin que la personne recommence à s'adonner à des occupations significatives. Basées sur une évaluation complète, les interventions ergothérapeutiques vont de l'acquisition d'aptitudes à la vie quotidienne (p. ex., gestion des finances personnelles, planification des repas, entretien ménager) au retour au travail ou à l'école, ou à la reprise des activités de loisir. Les interventions peuvent être taillées sur mesure pour chaque participant, en fonction des objectifs et capacités individuelles et de l'environnement du participant. Les participants reçoivent aussi un placement individuel et une intervention de soutien pour leur rétablissement professionnel ou scolaire, afin d'avoir les moyens de conserver leur appartement, à la fin de la subvention. Jusqu'à maintenant, dix participants ont été logés, et la majorité d'entre eux étaient auparavant sans foyer ou sur le point de devenir itinérants. Cinq clients ont recommencé leur travail ou sont retournés à l'école. Trois personnes qui s'étaient désengagées après leur suivi ont été réengagées par l'intermédiaire de ce projet. Ainsi, ce modèle de prestation des services favorise le rétablissement des jeunes dans leurs environnements naturels. L'expertise des ergothérapeutes est la clé pour différents aspects, car les ergothérapeutes sont dans une position idéale pour favoriser la reprise des occupations significatives; pour revendiquer avec et au nom des participants afin de défendre leur droit à un logement adéquat, ce qui entraîne une déstigmatisation de la maladie mentale; et, grâce aux recherches visant à justifier le modèle, pour revendiquer l'adoption du modèle à une plus grande échelle et participer à sa conception et à sa mise en œuvre à l'échelle des populations. Ce projet illustre le rôle de l'ergothérapeute à titre d'agent de changement à l'échelle de l'individu, afin de nourrir l'espoir et améliorer la qualité de vie sur une base individuelle, et à l'échelle des populations, dans l'optique d'adopter des modèles de prestation de services permettant de rehausser le rendement occupationnel et la participation occupationnelle.

Références

- Institut universitaire en santé mentale Douglas. (2015a). *Le premier volet du projet Chez-Soi - 2009 à 2013*. Téléchargé au http://www.douglas.qc.ca/pages/view?section_id=340&locale=fr
- Institut universitaire en santé mentale Douglas. (2015b). *PEPP-Montréal*. Téléchargé au <http://www.douglas.qc.ca/section/pepp-montreal-165>
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (2011). *Normes du programme d'intervention précoce dans le traitement de la psychose*. Téléchargé au http://www.health.gov.on.ca/french/providers/f/pubf/mentalf/epi_program_standardsf.pdf

Les déterminants sociaux de la santé et l'ergothérapie

Avelino (Jun) Maranan, Jr., OTD, MCISc, Erg. Aut. (Ont.), et Tara Pearcey, MSc, Erg. Aut. (Ont.), sont tous les deux ergothérapeutes au SDH Service de CAMH et chargés de cours au Department of Occupational Science and Occupational Therapy de l'University of Toronto. On peut joindre Tara à : tara.pearcey@camh.ca.

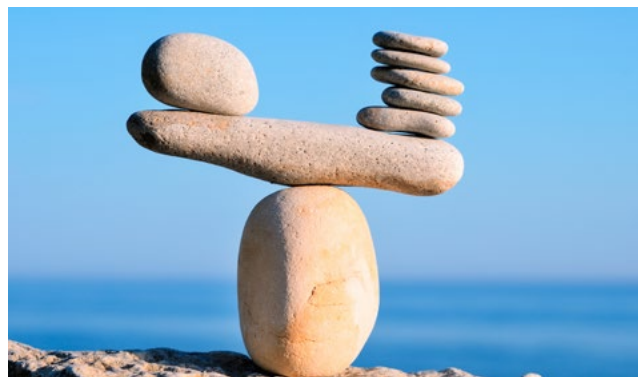
Les personnes ayant des problèmes de santé mentale se heurtent à de nombreuses barrières qui limitent leur accès à un revenu stable et qui entraînent souvent une vie de pauvreté. Le revenu et la santé mentale sont étroitement liés, et les conséquences de la pauvreté ont un effet négatif et profond sur la santé mentale (Commission de la santé mentale du Canada, 2013; Wilton, 2004). Les ergothérapeutes aident les individus à participer à des occupations significatives. Lorsqu'ils travaillent en santé mentale, les ergothérapeutes tentent de réduire

les effets de la pauvreté en éliminant les barrières et en favorisant la participation à des occupations significatives, afin que tous les individus aient un accès équitable à des meilleurs résultats en matière de santé. En tant qu'ergothérapeutes travaillant au sein du Social Determinants of Health Service au Centre for Addiction and Mental Health, nous tentons d'aborder les besoins de nos clients qui sont au bord de la pauvreté, du chômage, de l'itinérance et de l'exclusion sociale en raison de divers facteurs, notamment un accès inadéquat aux soutiens et ressources communautaires. Notre service tente de réduire les barrières rencontrées par les clients, dans le but de favoriser leur rétablissement, par exemple, en mettant en œuvre et en appuyant un programme d'alphabétisation financière, en créant et en soutenant des partenariats pour le logement, en organisant des ateliers et des formations axés sur l'emploi, et en coordonnant l'alphabétisation de base ne donnant pas droit à des crédits et les programmes de mise à niveau des compétences scolaires en collaboration avec les partenaires communautaires. Ces programmes visent à réduire les effets de la pauvreté, de l'itinérance, du chômage et de l'exclusion sociale, et à promouvoir la santé et une participation occupationnelle équitable.

La participation occupationnelle se produit rarement en vase clos et elle peut être limitée par des barrières – comme la pauvreté – qui réduisent l'accès à d'importantes possibilités occupationnelles et qui sont des déterminants sociaux de la santé bien connus. Les ergothérapeutes ont suivi une formation qui leur permet d'analyser les transactions qui se produisent entre les gens, leurs environnements et leurs capacités et possibilités de participation à des occupations. Nous croyons qu'il est essentiel de regarder au-delà des capacités individuelles et de l'environnement physique et de tenir compte des conditions dans lesquelles les gens vivent et travaillent – les déterminants sociaux de leur santé – lorsque l'on veut favoriser leur participation à des occupations. Ainsi, nous appuyons l'affirmation de Hammell et Iwama (2012) : « Si les ergothérapeutes veulent prendre au sérieux leur engagement à favoriser un accès équitable à la participation occupationnelle, ils doivent aborder les conditions inéquitables dans la vie des gens » (p. 385).

Références

- Commission de la santé mentale du Canada. (2013). *Le logement : la clé du rétablissement - Évaluation des besoins en matière de logement et de services connexes des personnes ayant des problèmes de santé mentale ou une maladie mentale* – Téléchargé au http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/system/files/private/document/PrimaryCare_Turning_the_Key_Full_FRE.pdf
- Hammell, K. R. W., et Iwama, M. K. (2012). Well-being and occupational rights: An imperative for critical occupational therapy. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19, 385-394. doi: 10.3109/11038128.2011.611821
- Wilton, R. (2004). Putting policy into practice? Poverty and people with serious mental illness. *Social Science & Medicine*, 58, 25-39. doi: 10.1016/S0277-9536(03)00148-5



Faciliter la prise de décision éthique en interdisciplinarité : les ergothérapeutes en tant que leaders dans la pratique émergente entourant l'aide professionnelle à mourir

Chelsea Gordon, Marie-Josée Drolet et Kevin Reel

Au Canada, les professionnels de la santé, notamment les ergothérapeutes, sont directement concernés par la décision rendue récemment par la Cour Suprême du Canada dans la cause *Carter c. Canada* (2015) de décriminaliser le suicide médicalement assisté et l'euthanasie. Il est possible que l'éthique professionnelle ou personnelle des ergothérapeutes soit bousculée par les complexités éventuelles reliées au fait d'accompagner un client dans sa décision de solliciter une aide professionnelle à mourir. En s'engageant dans une analyse éthique méthodique, les ergothérapeutes et leur équipe interdisciplinaire peuvent avoir une vision professionnelle et personnelle plus claire et développer une base solide pour la prise de décision éthique. Les décisions éthiques avérées relatives aux soins et services prodigués au client permettent aux ergothérapeutes d'être des agents de changement efficaces, c'est-à-dire d'utiliser de manière responsable leur expertise professionnelle et leur influence pour faire avancer l'occupation ainsi que la performance et l'engagement occupationnels.

Le but de cet article est de montrer que les ergothérapeutes peuvent être des leaders et des agents de changements au sein et à l'extérieur de leur profession, dans le contexte d'une importante pratique émergente, à savoir : l'aide professionnelle à mourir. Pour atteindre ce but, cet article présente un cadre théorique pour prendre des décisions éthiques et explore son applicabilité au moyen d'un cas clinique hypothétique (Drolet, 2014).

CÉQ : Les quatre fenêtres de la réflexion éthique

Une analyse éthique bien conduite devrait en appeler à des théories éthiques pertinentes, de même qu'aux valeurs des personnes impliquées dans la situation (Drolet, 2014). C'est pourquoi les dix étapes du cadre théorique ici proposé intègre le Cadre éthique quadripartite (CÉQ) développé par Drolet et Hudon (2015) pour conduire des analyses éthiques, lequel suggère quatre fenêtres pour guider l'analyse éthique de la situation.

1. Éthique utilitariste : Centrée sur les conséquences de chaque option envisagée dans le but de contribuer au « plus grand bonheur » du plus grand nombre.
 - Forces : Permet d'examiner des circonstances particulières de manière flexible.
 - Défis : Il peut s'avérer complexe de calculer le « plus grand bonheur » ou même de décider ce qu'est le « bien » dans des situations particulières.
2. Éthique déontologique : Commence par la prémisse selon laquelle il peut y avoir quelques règles pour orienter la façon dont nous prenons des décisions éthiques. Les véritables « règles » déontologiques sont peu nombreuses, mais un exemple est « la règle d'or », suivant laquelle il s'agit de faire aux autres ce que

l'on voudrait qu'ils fassent pour nous.

- Forces : Peut fournir des paramètres très spécifiques pour orienter les décisions.
 - Défis : Les « règles » sont parfois inflexibles dans des circonstances particulières.
3. Éthique des vertus : Recherche l'excellence dans les interactions humaines. Assume que si nous enseignons des vertus admirables aux enfants et aux citoyens, ils seront naturellement préparés à répondre adéquatement aux situations éthiques complexes — décrite comme l'éthique du caractère.
 - Forces : Offre de la souplesse en recherchant la valeur de l'excellence des dispositions du caractère. Les vertus sont généralement perçues comme une médiété ou un équilibre entre deux vices.
 - Défis : Il n'existe pas de liste définitive de vertus sur lesquelles tout le monde s'entend, et l'application dans la vie réelle est potentiellement difficile et variable. Que se passe-t-il si les vertus ne sont pas enseignées pendant l'enfance?
 4. Valeurs professionnelles : Il s'agit des valeurs professionnelles considérées les plus importantes par les personnes sur le terrain.
 - Forces : Lorsqu'elles sont choisies judicieusement, les valeurs professionnelles constituent une pierre de touche pour établir les aspirations et évaluer les conduites dans la pratique.
 - Défis : La terminologie des valeurs professionnelles est variable. Les valeurs peuvent être énoncées comme des valeurs, des principes ou des codes de déontologie pour décrire des comportements 'à faire' et 'à ne pas faire'.

Exemples de cas – scénario envisageable dans l'avenir

Lors des tournées dans les unités de soins palliatifs, l'ergothérapeute informe l'équipe de soins qu'un client se trouvant en phase terminale d'un cancer désire une aide professionnelle à mourir. Tout en reconnaissant que le client est dans son droit, l'équipe décide d'explorer cette option avec le client. Toutefois, le client a demandé qu'on ne révèle pas son souhait à sa conjointe, qui a pourtant été impliquée jusqu'à maintenant dans presque tous les aspects de ses soins. Les membres d'équipe reconnaissent que l'implication soutenue de la conjointe serait avantageuse pour le client et qu'elle réduirait le stress éthique imposé à ses fournisseurs de soins, mais ils ne sont pas certains de la démarche à adopter. L'ergothérapeute recommande que l'équipe fasse une réflexion éthique pour orienter sa décision, de façon à offrir les meilleurs soins possibles à ce client (voir le tableau 1).

Tableau 1. Étapes 1 à 8 de la réflexion éthique appliquée à la pratique de l'ergothérapie (Drolet, 2014)

Étape 1	Dégager la problématique éthique Est-il plus important/éthique de respecter le désir de confidentialité du client (être centré sur le client) ou de favoriser l'implication de sa conjointe (dire la vérité et être centré sur la famille)?	
Étape 2	Reconnaître et critiquer les réactions morales spontanées	
	Réaction spontanée « Je ne peux pas m'imaginer que je n'impliquerais pas ma conjointe s'il s'agissait de moi. » « J'aurais l'impression que nous mentons à sa conjointe. »	Réflexion critique « Nous ne connaissons pas sa conjointe comme il la connaît. Il a peut-être de bonnes raisons, que nous ignorons, de ne pas divulguer cette information. » « Il a droit à sa vie privée. »
Étape 3	Énumérer et vérifier les principales hypothèses Un client peut avoir de nombreuses raisons de ne pas divulguer ses souhaits à sa famille. Voici quelques hypothèses à prendre en considération et à discuter avec le client : 1. Le client ne connaît pas les nombreuses façons dont l'équipe de santé soutient et implique sa famille. 2. Le client ne se rend pas compte que l'équipe de soins ne peut garantir la confidentialité à 100 %, car les circonstances de son décès doivent être consignées au dossier et quelqu'un pourrait accidentellement dire quelque chose. 3. Le client est effrayé à l'idée d'avoir des conversations au sujet de la mort avec son épouse et ses enfants (car il a peur de les troubler, de leur jugement, etc.). 4. Dans ce cas particulier, la meilleure façon de vérifier ces hypothèses serait d'avoir des conversations respectueuses entre le client et un membre (ou des membres) de l'équipe de soins en qui il a confiance.	
Étape 4	Reconnaître et analyser les principaux dilemmes éthiques (analyse CÉQ)	
	Éthique utilitariste : • La confiance est minée — si les souhaits du client ne sont pas respectés; si les membres de la famille se sentent injustement mis à l'écart ou s'ils ne se sentent pas respectés • Les membres de la famille vivent un traumatisme lorsqu'ils apprennent éventuellement la vérité • Isolement du client sans soutien familial	Éthique déontologique : • Il faut être certain « qu'on ne se sert pas » de la situation du client pour valoriser le travail de l'équipe • S'entendre sur une manière d'agir que l'équipe devrait toujours adopter dans des circonstances semblables
	Éthique des vertus : • L'équipe doit trouver un équilibre entre le respect, la confiance et l'honnêteté • La « phronesis » ou la sagesse pratique—étant donné que l'équipe a été témoin de nombreuses fins de vie et que le client n'a peut-être jamais vécu ce genre d'expérience	Valeurs professionnelles : • Les membres d'équipe peuvent discuter de leurs valeurs professionnelles communes, comme l'empathie, les soins centrés sur le client, les soins centrés sur la famille, l'autonomie du client, le respect, la confiance, l'excellence et la compassion
Étape 5	Définir les principales options et leurs conséquences sur tous les acteurs de la situation	
	1. Encourager le client à impliquer sa conjointe. Résultats possibles : • le client est bien informé des options qui s'offrent à lui, y compris la façon et le moment d'impliquer sa conjointe et le soutien disponible. • le client informe sa conjointe de ses souhaits, ce qui provoque des réactions de soutien ou de détresse. • le stress éthique est moins grand pour les professionnels de la santé impliqués. • le client sent qu'on le pousse à prendre une décision avec laquelle il ne se sent pas à l'aise et il peut avoir l'impression que ses souhaits ne sont pas respectés. 2. Informer le client de l'option qui consiste à impliquer la famille, mais ne pas l'encourager activement. Il est possible que : • le client ait le sentiment que l'on a entendu et respecté ses souhaits. • sa conjointe finisse par découvrir la vérité et que la confiance soit moins grande entre la conjointe, le client, l'équipe de soins et l'établissement. • le stress éthique des professionnels de la santé impliqués augmente. • le client et la famille ratent des occasions de vivre ensemble des expériences significatives liées à la fin de la vie du client.	
Étape 6,7,8	Dégager (étape 6) et clarifier (étape 7) tous les termes, phénomènes, procédures, normes et valeurs en jeu et hiérarchiser (étape 8) les quatre éléments les plus importants Ces étapes sont combinées et les éléments ne sont pas précisés ici pour des raisons d'espace et parce que les termes diffèrent de manière inhérente selon le contexte, les politiques ou les lois. Lois et règlements relatifs au processus de l'aide professionnelle à mourir Consentement libre et éclairé continu Soins centrés sur le client (y compris les aspects confidentiels, l'autonomie et l'habilitation) Soins centrés sur la famille	

Les étapes 1 à 8 préparent l'équipe à prendre une décision. Avant de passer à l'action, l'équipe doit tester la décision en fonction des quatre fenêtres du CÉQ (étape 9). Une fois que les personnes impliquées ont pris la décision et passé à l'action, la dixième étape consiste à entreprendre une évaluation complète (décrite en détail

dans Drolet, 2014). L'évaluation fournit de l'information judicieuse, que l'équipe peut utiliser pour orienter efficacement ses décisions dans l'avenir, si elle rencontre des circonstances semblables. Dans tous les cas, ce cadre éthique invite les ergothérapeutes à prendre des décisions basées sur des faits pertinents et des valeurs légitimes.

Les ergothérapeutes en tant qu'agents de changement interdisciplinaires

Les ergothérapeutes peuvent être des leaders et des agents de changement dans le contexte de la pratique émergente entourant l'aide professionnelle à mourir. Ils peuvent habiliter leurs équipes à s'engager dans une prise de décision pertinente et méthodique, en utilisant une méthode pour prendre des décisions éthiques pertinente et développée pour la pratique ergothérapique. Lorsque l'équipe interdisciplinaire ne s'est pas encore engagée dans un processus explicite de décision éthique ou qu'elle n'a pas adopté une méthode structurée pour prendre de telles décisions, l'approche en dix étapes ici proposée peut aider l'équipe à mettre de l'avant une pratique transparente et responsable dans un domaine généralement caractérisé par des « zones grises ». Cette responsabilisation en matière de prises de décisions éthiques peut rendre le client et les autres parties prenantes, par exemple la famille, le personnel de

soutien ou les équipes d'assurance de la qualité, plus confiants dans ces processus décisionnels.

Les lecteurs qui désirent en apprendre davantage sont invités à consulter le livre de Drolet (2014), rédigé en français, dans lequel sont décrites les dix étapes de la réflexion éthique (Drolet, 2014). La traduction de ce livre en anglais est prévue pour 2016.

Références

- Carter c. Canada, 5 Court Suprême du Canada. (2015). Téléchargé au <https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/fr/item/14637/index.do>
- Drolet, M.-J. (2014). *De l'éthique à l'ergothérapie: La philosophie au service de la pratique ergothérapique* (2e édition). Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Drolet, M.-J., et Hudon, A. (2015). Theoretical frameworks used to discuss ethical issues in private physiotherapy practice and proposal of a new ethical tool. *Medicine, Health Care and Philosophy: A European Journal*, 18, 51-62. doi:10.1007/s11019-014-9576-7

À propos des auteurs

Chelsea Gordon, Erg. Aut. (Ont.), est stagiaire à l'Association canadienne des ergothérapeutes.

Marie-Josée Drolet, Erg (QC), PhD, est éthicienne et professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Kevin Reel, Erg. Aut. (Ont.), est éthicien et chargé de cours au Department of Occupational Science and Occupational Therapy, de l'University of Toronto.

Pour obtenir de plus amples renseignements, prière de communiquer à l'adresse suivante : Marie-josée.drolet@uqtr.ca.

Clichés d'ergothérapeutes agissant en tant qu'agents de changement : soins de fin de vie

Créer le changement : intégrer les soins de vie de fin dans la pratique quotidienne.

Julie Wilding, Erg. Aut. (Ont.), est la représentante de l'ACE à la Coalition canadienne pour des soins de fin de vie de qualité du Canada (CCSFVQC). Elle est membre des Oakville and Halton Health Services Palliative Care Teams. On peut la joindre à : juliewilding@me.com

Catherine Dirks, Erg. Aut. (Ont.), travaille en tant qu'ergothérapeute au Princess Margaret Cancer Centre, à l'unité de soins palliatifs et au programme externe d'oncologie psychosociale.

Savanah Ashton, MA, est actuellement coordonnatrice du Projet pour la planification préalable des soins au Canada et agente de développement international à l'Association canadienne de soins palliatifs.

Isabella Cheng, Erg. Aut. (Ont.), est directrice des services professionnels et de la formation en ergothérapie et directrice corporative des soins centrés sur la personne au Sunnybrook Health Sciences Centre.

La chose dont je me souviens le plus clairement est l'incroyable sourire de Lesley. Jusqu'à son dernier souffle, elle m'a enseigné – à moi, son ergothérapeute – les choses qui donnent vraiment un sens à la mort, pour une personne qui vit cette expérience. « Je veux être chez moi, monter l'escalier et arroser mon magnifique jardin... je veux surtout assister au mariage de ma fille... ». Les objectifs de Lesley face à ce qui serait possible à la fin de sa vie ont été une source d'inspiration et ils nous ont permis de voir des « visions de possibilités » (Townsend et al., 2013) pour l'ergothérapie au Canada, afin d'intégrer pleinement les soins de fin de vie dans la pratique quotidienne.

Des études montrent que la fin de la vie a un impact déterminant sur la participation à des activités quotidiennes (également désignées par le terme occupations) pour la personne qui est en fin de vie (Park Lala et Kinsella, 2011) et pour ses proches (Hoppes et Segal, 2010). L'un des modèles de base en ergothérapie, le Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P; Polatajko, Townsend et Craik, 2007), offre un modèle utile aux ergothérapeutes pour conceptualiser le sens individuel attribué à la fin de la vie pour chaque personne et sa famille. Le MCRO-P incite les ergothérapeutes à examiner l'interaction dynamique entre la personne, son contexte environnemental et les occupations qu'elle veut, désire ou doit faire ou auxquelles elle doit participer. Il est important de noter que le MCRO-P situe la spiritualité au cœur de la personne, pour montrer que chaque individu accorde un sens unique aux choses qu'il fait, y compris à l'expérience de la fin de la vie. La prise de position *L'ergothérapie et les soins de fin de vie* de l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE, 2011) présente une vision selon laquelle « les personnes de tous âges au Canada ont des soins de fin de vie de qualité et adéquats qui leur permettent de mourir avec dignité, sans douleur, entourées de leurs proches, à l'endroit de leur choix » (para. 1).

Bien que le MCRO-P et la prise de position de l'ACE situent les ergothérapeutes comme des professionnels de la santé essentiels possédant des outils pour aider les gens en fin de vie et leurs proches à participer de manière significative à l'expérience de la mort, il y a un fossé entre la pratique actuelle et ce qui pourrait se produire. En effet, les soins

palliatifs canadiens demeurent centrés sur la gestion des symptômes; on peut en constater l'impact dans un sondage récent sur l'oncologie palliative effectué en Ontario auprès d'ergothérapeutes. Ces derniers ont déclaré que les interventions qu'ils réalisaient le plus souvent pour les patients en fin de vie étaient la prescription d'équipement pour la mobilité et les activités de la vie quotidienne, des recommandations en matière de positionnement assis et du positionnement (Spreeuw, Taylor, Dirks, DeSouza et Heck, 2015).

Le but de la Coalition pour des soins de fin de vie de qualité du Canada (CSFVQC) et de l'Association canadienne de soins palliatifs (ACSP) est de combler le fossé entre ce que les professionnels de la santé font et ce qu'ils pourraient faire au sein des soins palliatifs canadiens. L'ACE est représentée au sein de la CSFVQC et elle appuie les recommandations du *Cadre national Aller de l'avant* (ACSP, 2015) en vue de l'adoption d'une approche palliative intégrée dans tous les milieux de pratique. Ces recommandations incitent tous les professionnels de la santé travaillant dans tous les domaines de soins à incorporer une approche globale des soins dans leur travail actuel et continu auprès de toute personne vulnérable ou atteinte d'une maladie chronique. L'approche palliative vise à combler l'ensemble des besoins physiques, émotionnels, psychosociaux et spirituels de la personne, et de renforcer son droit de participer pleinement à ses soins et d'avoir le sentiment d'une meilleure maîtrise de la situation.

En raison des avancées de la technologie et des traitements, le « moment » du décès d'une personne est moins prévisible et la plupart des gens ne reçoivent jamais les services de soins palliatifs qui pourraient améliorer leur qualité de vie, même lorsqu'ils sont atteints d'une maladie chronique (ACSP, 2015). Ainsi, Le cadre national *Aller de l'avant* (ACSP, 2015) favorise l'usage de la question « serait-il surprenant » pour déterminer le moment où une approche palliative est requise; c'est-à-dire que la question « Étant donné l'état de santé du malade, serait-il surprenant qu'il en décède ? » oblige à réfléchir à ce qui pourrait arriver et elle aide aussi les fournisseurs de soins à considérer la personne d'un point de vue plus global, tout en tenant compte de ses besoins physiques, affectifs et spirituels pendant toute la progression de la maladie. Tous les ergothérapeutes peuvent s'attendre à travailler un jour avec un client qu'il ne serait pas surprenant de voir mourir. Ainsi, tous les ergothérapeutes canadiens doivent être préparés à intégrer une approche palliative dans leur pratique quotidienne.

L'expérience de la mort fait partie de la vie des gens. Les ergothérapeutes canadiens ont un rôle fondamental à jouer à titre d'agents de changement (ACE, 2012) en rendant possible les occupations les plus significatives pour les personnes en fin de vie.

Nous vous invitons maintenant à participer à un dialogue continu, en examinant les deux questions suivantes : Qu'est-ce qui devient possible si les ergothérapeutes intègrent systématiquement une approche palliative dans leurs soins centrés sur le client? Et, que faut-il faire pour incorporer et soutenir les ergothérapeutes en tant que membres d'équipe essentiels pour atteindre les visions communes de l'ACE, de la CSFVQC et de l'ACSP et améliorer la vie des personnes en fin de vie?

Références

- Association canadienne des ergothérapeutes. (2011). *Prise de position : L'ergothérapie et les soins de fin de vie*. Téléchargé au <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=1284>
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Téléchargé au <https://www.caot.ca/pdfs/2012otprofile.pdf>
- Association canadienne des soins palliatifs. (2015). *Cadre national aller de l'avant : Feuille de route pour l'intégration de l'approche palliative*. Téléchargé au <http://www.integrationdessoinspalliatifs.ca/media/60047/TWF-framework-doc-Fr-2015-final-April.pdf>
- Hoppes, S., et Segal, R. (2010). Reconstructing meaning through occupation after the death of a family member: Accommodation, assimilation, and continuing bonds. *American Journal of Occupational Therapy*, 64, 133-141. doi:10.5014/ajot.64.1.133
- Park Lala, A., et Kinsella, A., (2011). A phenomenological inquiry into the embodied nature of occupation at end of life. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 78, 246-254. doi: 10.2182/cjot.2011.78.4.6
- Polatajko, H. J., Townsend, E. A., et Craik, J. (2007). *Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E)*. Dans E. A. Townsend & H. J. Polatajko (Édit.), *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation* (p. 23). Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Spreeuw, K., Taylor, P., Dirks, C., DeSouza, L., et Heck, C. (2015, May). *Palliative care clinic: Patient characteristics and occupational therapy referral patterns*. Affiche présentée au Congrès 2015 de l'Association canadienne des ergothérapeutes, Winnipeg, MB.
- Townsend, E. A., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., . . . Brown, J. (2013). *Enabling: Occupational therapy's core competency*. Dans E. A. Townsend & H. J. Polatajko (Édit.), *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation* (p. 87 à 134). Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.

Agents de choix : l'ergothérapie peut améliorer l'aide à mourir à travers le Canada

Ariella Winter et **Alana Bernick** sont des étudiantes de deuxième année au programme de maîtrise en ergothérapie de l'University of Toronto. **Kevin Reel, Erg. Aut. (Ont.)**, est chargé de cours à l'University of Toronto et éthicien et chef disciplinaire par intérim au Centre for Addiction and Mental Health. On peut le joindre à : kevin.reel@utoronto.ca.

En tant qu'ergothérapeutes, nous apprécions le fait que nous n'adoptons pas une approche générale pour tous lors de la planification de l'intervention. Les principes qui orientent notre pratique sont l'approche centrée sur le client, l'appréciation de chaque client en tant qu'individu et le respect des objectifs spécifiques de chaque client. Nous croyons que ces principes sont essentiels pour favoriser la participation aux activités de la vie quotidienne et lorsque nous explorons des options de fin de vie que nous considérons parfois comme étant lamentables.

Les soins de fin de vie sont une composante importante et essentielle du système de santé. Les soins palliatifs sont une option acceptable pour de nombreuses personnes. Toutefois, ce n'est pas une option idéale pour tous, comme on l'a montré dans les différentes histoires présentées dans les médias, par exemple, celles de la série *Last Right* de la CBC (<http://www.cbc.ca/thenational/indepthanalysis/lastright/index.html>).

Il peut être difficile de vraiment comprendre l'expérience de la souffrance qui pousse une personne à vouloir mettre fin à ses jours, pour en être délivrée. En tant que praticiens centrés sur le client, nous croyons que nous avons la responsabilité de tenter de comprendre et d'apporter notre aide quand nous le pouvons – en tant que praticiens, innovateurs et défenseurs des intérêts.

La décision récente de la Cour suprême concernant l'aide à mourir

(Carter c. Canada, 2015) permet aux individus de regagner un certain sentiment de contrôle sur leur vie et leur offre un peu de choix sur la façon dont leur vie se terminera. Sans l'existence de cette option, le sentiment de contrôle est grandement diminué pour des personnes qui choisiraient ce genre d'options.

Nous croyons qu'une expérience positive de l'aide à mourir reposera inévitablement sur une approche interdisciplinaire. L'approche centrée sur le client en ergothérapie nous permet d'explorer le désir du client de mourir, sa compréhension et son appréciation de ce genre de requête et ses possibilités continues de participation significative. Nous pouvons aussi offrir des réflexions uniques et judicieuses sur ce à quoi une « mort réussie » peut ressembler, du point de vue occupationnel de la « fin de la vie ». Il s'agit notamment de trouver des façons constructives de conclure des rôles individuels et des relations de longue date. Nous croyons que nous pouvons contribuer à créer une expérience plus significative de la mort pour les clients et un legs plus positif de la mort pour leurs proches (famille, amis et professionnels de la santé) qui porteront ce legs en eux jusqu'à leur propre mort.

Notre intérêt pour ce sujet nous a incités à mener un sondage pancanadien auprès des ergothérapeutes afin de recueillir leurs perspectives sur l'aide à mourir et sur les rôles éventuels des ergothérapeutes dans ce domaine. Nous analysons actuellement les résultats du sondage; les données intérimaires indiquent que la plupart des ergothérapeutes partagent des points de vue semblables quant au besoin d'habiliter le client à faire des choix à la fin de sa vie et que notre profession peut largement contribuer, de diverses façons. Nous tenterons de partager les résultats de cette analyse dans tous les médias et tribunes possibles avec les décideurs et les ergothérapeutes au Canada et à l'étranger.

Références

- Carter c. Canada, 5 *Court suprême du Canada*. (2015). Téléchargé au <https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/en/item/14637/index.do>



Le leadership en ergothérapie face à la santé des militaires, des anciens combattants et de leur famille

Megan Edgelow et Heidi Cramm

Le personnel militaire, les anciens combattants et leurs familles ont parfois des besoins et des problèmes de santé particuliers dans leur vie quotidienne. Par exemple, les membres du personnel militaire peuvent faire face à des problèmes associés au service et aux déploiements militaires, comme le fait d'accomplir des tâches de travail dans des conditions de stress en prenant des risques personnels exceptionnels, ou de réintégrer la vie quotidienne à leur retour. Pour leur part, les anciens combattants qui se rétablissent des blessures physiques ou des blessures de stress opérationnel qu'ils ont subies pendant leur service, peuvent avoir de la difficulté à renouer avec des amis ou des membres de leur famille, à obtenir et à conserver un emploi significatif et à réussir leur transition vers la vie civile (Cogan, 2014; Radomski et Brininger, 2014).

Outre la prestation de services directs au ministère de la Défense nationale et des Anciens Combattants, les ergothérapeutes interviennent auprès de cette population et des membres de leur famille dans des contextes comme les soins de courte durée, les cliniques externes et les services en milieu scolaire. Les ergothérapeutes peuvent faire preuve de leadership en tant qu'agents de changement dans la prestation de services de santé en reconnaissant les besoins et les vulnérabilités uniques de cette population, en se montrant sensibles aux problèmes de stigmatisation possibles et en usant d'une approche centrée sur la famille pour aborder l'ensemble des besoins du personnel militaire et des anciens combattants (Norris, Cramm, Eichler, Tam-Seto et Smith-Evans, 2015).

Des méthodes particulières de prestation de services doivent également être explorées. Par exemple, des étudiants en ergothérapie de la Queen's University ont récemment fait un stage en développement communautaire au Kingston Military Family Resource Centre. Les étudiants ont été sensibilisés aux besoins des familles militaires, ont démontré les diverses façons dont l'ergothérapie peut renforcer les capacités du système et ont amélioré la coordination entre les divers services communautaires locaux.

Dans ce numéro thématique, plusieurs pratiques exemplaires et modèles de prestation de services efficaces sont présentés. Les lignes directrices pour offrir des soins sensibles aux traumatismes sont utiles auprès de cette population et également auprès d'autres groupes ayant subi des traumatismes et elles permettent de sensibiliser les ergothérapeutes au fait que la sécurité physique et émotionnelle est la pierre angulaire d'une relation thérapeutique (Kitchen et Hosegood, p. 24). Un deuxième article présente en détail le rôle de fournisseurs de services au sein d'Anciens Combattants Canada, de même que

le sujet de préoccupation des ergothérapeutes (Card, p. 25). Un article de Beauchesne et Jacques (p. 26) décrit le travail spécifique des ergothérapeutes auprès du personnel militaire et des anciens combattants dans une clinique de soins pour les blessures de stress opérationnel, de même que des modèles d'intervention. Finalement, le rôle unique des ergothérapeutes au sein d'un programme de réadaptation des Forces armées canadiennes montre des possibilités de travailler globalement auprès du personnel militaire (Brown et Marceau-Turgeon, p. 25). Ces quatre articles donnent des exemples concrets d'ergothérapeutes agissant en tant qu'agents de changement auprès du personnel militaire et des anciens combattants.

L'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) oriente la profession d'ergothérapeute au sein du Réseau des militaires et des anciens combattants (RMAC), qui défend les intérêts des ergothérapeutes et de leurs clients auprès du gouvernement, des décideurs et des tiers payeurs, afin qu'ils comprennent à quel point les services d'ergothérapie sont essentiels lorsqu'ils prennent des décisions déterminantes qui touchent notre profession. L'ACE est actuellement consciente du besoin d'élaborer des ressources professionnelles qui peuvent doter les ergothérapeutes des connaissances et des compétences requises pour reconnaître et aborder les difficultés personnelles rencontrées par le personnel militaire, les anciens combattants et leur famille. Afin de veiller à ce que ces ressources soient élaborées et évaluées de manière rigoureuse, l'ACE soutient avec enthousiasme les initiatives de l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans (ICRSMV), un réseau pancanadien constitué de près de 40 universités, qui se consacre à l'avancement de la santé et du bien-être du personnel militaire, des anciens combattants et de leur famille en menant des recherches sur la santé.

Références

- Cogan, A. M. (2014). Supporting our military families: A case for a larger role for occupational therapy in prevention and mental health care. *American Journal of Occupational Therapy*, 68, 478-83. doi:10.5014/ajot.2014.009712
- Norris, D., Cramm, H., Eichler, M., Tam-Seto, L., et Smith-Evans, K. (2015). *Operational Stress Injury: The impact on family mental health and well-being. A report to Veteran Affairs Canada*. Ottawa, ON: Veterans Affairs Canada.
- Radomski, M. V., et Brininger, T. L. (2014). Occupational therapy for service member and veteran recovery, resilience, and reintegration: Opportunities for societal contribution and professional transformation. *American Journal of Occupational Therapy*, 68, 379-80. doi:10.5014/ajot.2014.013060

À propos des auteures

Megan Edgelow, MSc(RHBS), Erg. Aut. (Ont.), est chargée de cours à la School of Rehabilitation Therapy de la Queen's University. Elle possède de l'expérience en clinique, en enseignement et en recherche dans le domaine de la santé mentale et de la participation occupationnelle. Elle a une pratique clinique auprès des anciens combattants ayant subi des blessures de stress opérationnel. On peut la joindre à : edgelowm@queensu.ca.

Heidi Cramm, PhD, Erg. Aut. (Ont.), est professeure adjointe à la School of Rehabilitation Therapy de la Queen's University et directrice de l'application des connaissances pour l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans (ICRSMV). Ses recherches sont axées sur les besoins en matière de santé des enfants qui grandissent dans des familles militaires. On peut la joindre à : heidi.cramm@queensu.ca.

Clichés d'ergothérapeutes agissant en tant qu'agents de changement : les militaires et les anciens combattants

Unir nos forces : les ergothérapeutes en tant qu'agents de changement offrant des soins sensibles aux traumatismes au personnel militaire et aux anciens combattants

Katie Kitchen, O.T. Reg. (MB), et Alana Hosegood, O.T. Reg. (MB), sont deux ergothérapeutes de Winnipeg, au Manitoba. Pour en savoir davantage, communiquer à : kkitchen@hsc.mb.ca.

Les ergothérapeutes travaillent souvent auprès des personnes ayant vécu des traumatismes, dont le personnel militaire actif et les anciens combattants. Depuis juillet 2011, plus de 30 000 membres du personnel des Forces armées canadiennes ont été déployés en Afghanistan. À cette époque, les trois quarts des anciens combattants ayant pris part aux programmes de réadaptation d'Anciens Combattants Canada après leur libération du service actif pour des raisons médicales recevaient des traitements pour des problèmes de maladie mentale (Paré, 2011). De nouvelles données de la Défense nationale du Canada (Brewster, 2015) suggèrent que les soldats canadiens déclarent avoir vécu une plus grande proportion d'expériences néfastes et traumatiques pendant l'enfance, dont de la violence, des punitions corporelles et le fait d'être témoin de violence familiale, et que ces expériences sont en corrélation avec de plus hauts taux de dépression et de suicide. Pour prodiguer des soins centrés sur le client aux personnes qui ont vécu des traumatismes, les ergothérapeutes se doivent d'offrir des services basés sur une approche sensible aux traumatismes.

Un traumatisme est multidimensionnel et peut s'étendre d'un simple incident à une expérience complexe et répétée. Un événement traumatisant peut consister en une seule expérience, une expérience répétée ou des expériences multiples qui accablent la personne concernée à un point tel qu'elle ne peut ni traiter, ni intégrer les idées et les émotions provoquées par l'expérience » (Klinic Community Health Centre, 2013, p. 9). Au sein des populations des militaires et des anciens combattants, les traumatismes peuvent se manifester comme une blessure de stress opérationnelle (BSO) découlant d'une tâche opérationnelle qui entraîne un traumatisme psychologique continu. Le trouble du stress post-traumatique est le type de BSO le plus souvent déclaré qui consiste à revivre un événement traumatisant pendant une longue période de temps, ce qui a des répercussions sur le fonctionnement quotidien (Association canadienne pour la santé mentale, 2015).

Les soins sensibles aux traumatismes sont une façon de concevoir le traumatisme dans tous les aspects de la prestation de services, en situant la sécurité physique et émotionnelle au centre de la relation thérapeutique. Voici quelques conseils pratiques pour devenir un praticien sensible aux traumatismes, puisés à même nos pratiques personnelles et dans des ressources factuelles élaborées par le Klinic Community Health Centre (2013) et le British Columbia Provincial Mental Health and Substance Use Planning Council (2013) :

- *Apprenez-en davantage au sujet du traumatisme et ses répercussions sur la vie quotidienne.* L'expérience traumatisante peut avoir des effets sur une longue période de temps. Les symptômes continus d'une réaction au traumatisme peuvent être, entre autres, des attaques de panique, des troubles du sommeil et la toxicomanie. Ces symptômes, de même que d'autres symptômes peuvent avoir des répercussions sur le fonctionnement de la personne à la maison, au travail et dans la communauté.
- *Exercez-vous à poser des questions au sujet du traumatisme.* Lorsque vous posez des questions au sujet du traumatisme, donner une raison d'être pour ces questions. Par exemple, un praticien pourrait dire : « Les expériences que nous avons vécues dans notre vie peuvent avoir un impact sur notre santé, même si ces expériences se sont passées il y a très longtemps. Y a-t-il des expériences que vous avez vécues dans le passé qui vous troublent encore aujourd'hui? » Peu importe si le client décide de divulguer ces expériences ou non, concentrez-vous sur les forces et le choix du client.
- *Soyez plus à l'aise pour pouvoir mieux réagir au dévoilement des traumatismes.* Essayez de vous exercer avec un pair et d'obtenir une rétroaction.
- *Éduquez le client sur les effets du traumatisme et les réactions au traumatisme.* Considérez les symptômes du traumatisme comme des stratégies d'adaptation du client face à l'événement et comme une réaction continue au traumatisme. Donnez-lui un sentiment d'universalité, en lui disant que d'autres personnes ayant vécu une expérience traumatisante ont sans doute des réactions semblables— cela peut être très thérapeutique pour le client.
- *Concentrez-vous sur la résilience et sur les forces du client.* Les clients qui ont vécu un traumatisme ont acquis des forces et de nombreuses stratégies d'adaptation pour continuer à fonctionner après cette expérience. Même si ces stratégies peuvent sembler inadéquates, ce sont les façons que les clients ont trouvées pour s'adapter à une réaction traumatique continue. En identifiant ces forces et ces stratégies d'adaptation, il est possible que les clients prennent conscience qu'ils ont les attributs requis pour guérir et se rétablir.

En tant qu'ergothérapeutes, nous sommes fiers de notre expertise pour offrir des soins centrés sur le client. En étant sensibles à l'expérience traumatisante d'un client, de même qu'à la façon dont le traumatisme affecte sa vie quotidienne, les ergothérapeutes peuvent agir plus efficacement en tant qu'agents de changement, afin de former un partenariat avec les clients, qui leur permettra de transformer les expériences traumatisantes en cheminements vers la force, la résilience et la guérison.

Références

- Association canadienne pour la santé mentale. (2015). *Le trouble de stress post-traumatique*. Téléchargé au http://www.cmha.ca/fr/mental_health/le-trouble-de-stress-post-traumatique/#.VdyBGOmryAQ.
- British Columbia Provincial Mental Health and Substance Use Planning Council. (2013). *Trauma-Informed Practice Guide*. Téléchargé au http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf
- Klinic Community Health Centre. (2013). *Les traumatismes. Manuel sur les traumatismes*. Téléchargé au http://trauma-informed.ca/wp-content/uploads/2013/10/Trauma-informed_Toolkit_fr_revised.pdf
- Brewster, M. (2015, February 15). Canadian troops show elevated rates of childhood abuse: study. *The Star*. Téléchargé au <http://www.thestar.com/news/canada/2015/02/15/canadian-troops-show-elevated-rates-of-childhood-abuse-study.html>
- Paré, J.-R. (2011). *Trouble de stress post-traumatique et santé mentale du personnel militaire et des vétérans*. Téléchargé au <http://www.parl.gc.ca/Content/LOP/ResearchPublications/2011-97-f.pdf>

L'ergothérapie au sein des Forces armées canadiennes

Helen Brown, Erg. Aut. (Ont.), est coordonnatrice nationale des services d'ergothérapie au sein des services de santé des Forces armées canadiennes. On peut la joindre à : Helen.Brown@forces.gc.ca.

Mireille Marceau-Turgeon, M.erg., est une ergothérapeute des Forces canadiennes qui travaille à la base militaire de Valcartier.

Les ergothérapeutes canadiens ont des liens historiques solides avec les Forces armées canadiennes (FAC). « L'histoire montre que les ergothérapeutes étaient très impliqués et valorisés en ce qui concerne la réadaptation des militaires blessés qui revenaient de la Première Guerre mondiale et de la Deuxième Guerre mondiale. Toutefois, vers les années 1950, le nombre d'ergothérapeutes... avait diminué » (Brown et Hollis, 2013, p. 1244). Récemment, les services d'ergothérapie ont été réinstaurés au sein du Programme de réadaptation physique des Forces canadiennes (FC) (Besemann, 2011). Le Programme de réadaptation physique des FC a la mission de fournir de l'expertise et de l'encadrement pour aider le personnel des FAC à reprendre des activités significatives (Défense nationale, 2013).

Les ergothérapeutes des FC croient que le membre des FAC est au centre des soins et que les résultats de la réadaptation sont étroitement liés à la motivation, à l'effort et au soutien. De plus, les ergothérapeutes des FC considèrent les membres de famille, les pairs et la chaîne de commandement comme de grandes sources de motivation, et ils les reconnaissent comme des membres essentiels de l'équipe de réadaptation. Les thérapeutes des FC considèrent le membre malade ou blessé comme un athlète en voie de rétablissement (Godsell, Besemann, Heber et Hazledine, 2013) qui a besoin de relever des défis et d'un environnement qui favorise la discipline et la concentration (Défense nationale, 2013).

Le Programme de réadaptation physique des FC reconnaît clairement « l'interdépendance et l'indivisibilité de la santé physique et mentale » (Défense nationale, n.d., p. iii). Comme dans les populations civiles, il arrive qu'on aiguille vers un ergothérapeute des FC un membre qui a subi une blessure physique et qui a un diagnostic de santé mentale concourant, comme la dépression, l'anxiété ou un trouble de stress post-traumatique. Dans toutes les demandes de consultation, le mandat des ergothérapeutes des FC est de réduire les barrières et de favoriser la participation du membre à des rôles et routines significatifs pour améliorer sa santé et son bien-être. Dans le contexte militaire, on considère que les rôles et routines significatifs sont ce que le personnel militaire veut et doit faire. Les objectifs d'ensemble de l'ergothérapie au sein des FC est le retour au travail et le maintien en poste du personnel militaire. Pour les militaires qui sont incapables de reprendre leur travail, les ergothérapeutes des FC travaillent avec les FAC et Anciens Combattants Canada (ACC) pour veiller à ce

que la transition vers les services et les mécanismes de soutien d'ACC se fasse sans encombre. La position actuelle de l'ergothérapie au sein des FC continue de se définir et les ergothérapeutes continuent d'incorporer de nouvelles approches en vue d'améliorer la participation des membres des FAC à des rôles et routines significatifs.

Mireille Marceau-Turgeon, une ergothérapeute des FC, décrit son travail :

Le travail d'un ergothérapeute dans les Forces armées canadiennes comporte bien des défis. À la base militaire de Valcartier, le service est multi-clientèle et les besoins sont aussi présents que variés. Bien qu'ayant comme mandat la réadaptation physique des militaires, la vision d'ensemble de l'ergothérapie nous amène à traiter nos patients dans toutes les dimensions de la personne, y compris la dimension psychologique. Avec des problématiques telles que la douleur chronique ou les traumatismes crâniens, il n'est pas possible de départager en tirant un trait les symptômes en lien avec le syndrome de stress post-traumatique et ceux en lien avec le diagnostic de nature physique. Est-il nécessaire de le faire? À titre d'ergothérapeute, j'adopte auprès de mes patients une approche 'holistique' et mon désir est de les accompagner afin qu'ils puissent vaincre leurs difficultés, peu importe leur provenance. Ainsi, mon milieu de travail me permet de vivre de belles victoires et je suis convaincue qu'en ayant une approche qui prend en considération le vécu émotif et physique de mes patients, je les aide à se rendre encore plus loin.

Références

- Besemann, M. H. (2011). Physical rehabilitation following polytrauma. The Canadian Forces Physical Rehabilitation Program 2008-2011. *Canadian Journal of Surgery*, 54(6), S135-S141. doi: 10.1503/cjs.025511
- Brown, H. V., et Hollis, V. (2013). The meaning of occupation, occupational need, and occupational therapy in a military context. *Physical Therapy*, 93, p. 1244-1253. doi: 10.2522/ptj.20120162
- Godsell, P., Besemann, M., Heber, A., et Hazledine, N. (2013). The road to Joint Task Force Nijmegen 2012: The soldier on team pilot project. Dans A. Aiken & S. Belanger (Édit.), *Beyond the Line: Military and Veteran Health Research*, (p. 51 à 73). Montréal, QC: McGill-Queen's University Press.
- Défense nationale. (2013). *Le programme de réadaptation physique des Forces canadiennes*. Téléchargé le 30 avril 2015, au <http://www.forces.gc.ca/fr/nouvelles/article.page?doc=le-programme-de-readaptation-physique-des-forces-canadiennes/hnps1vcf>
- Défense nationale. (n.d). *Stratégie du médecin général en matière de santé mentale : Groupe des services de santé des Forces canadiennes*. Téléchargé au http://www.forces.gc.ca/assets/FORCES_Internet/docs/fr/a-propos-rapports-pubs-sante/strategie-med-gen-sante-mentale.pdf

Les ergothérapeutes travaillant au sein d'Anciens Combattants Canada

Patti Card, OT Reg. (NS), est une ergothérapeute qui œuvre en tant que gestionnaire de cas au sein d'Anciens Combattants Canada, à titre d'ergothérapeute de district. On peut la joindre à : pattica.card@vac-acc.gc.ca.

Les ergothérapeutes ont eu le privilège de travailler avec des anciens combattants canadiens depuis la Première Guerre mondiale. Anciens Combattants Canada (ACC) poursuit son engagement à faire appel à des ergothérapeutes dans divers programmes, comme le Programme pour l'autonomie des anciens combattants, le Réseau de cliniques pour traumatismes liés au stress opérationnel et la nouvelle Charte des Anciens combattants (Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 2009).

Les interventions ergothérapeutiques auprès des anciens combattants sont couramment associées au maintien de la sécurité et de l'autonomie. Bien qu'il s'agisse de fonctions clés, l'ergothérapie a un rôle plus vaste basé sur

une approche globale des problèmes de santé physique et mentale. Avec l'établissement de la nouvelle Charte des anciens combattants, qui a pour but de favoriser la santé et l'autonomie des anciens combattants et de leur famille (ACC, 2014), l'ergothérapie joue un rôle important en favorisant le bien-être et en aidant les membres à faire la transition vers la vie civile et le travail civil (ACE, 2012). La réadaptation cognitive et les stratégies de rétablissement ont été mises au point comme traitement de choix pour les anciens combattants d'aujourd'hui, qui peuvent avoir un traumatisme crânien, un syndrome post-commotion cérébrale, de même que divers problèmes de santé mentale, dont le trouble du stress post-traumatique. Les programmes de réactivation individuels et les programmes réguliers de thérapie cognitive du comportement et d'activités sont utilisés pour réduire les handicaps et améliorer la fonction.

L'évaluation, la consultation et l'intervention en ergothérapie sont basées sur des faits découlant de la recherche, des pratiques exemplaires et des connaissances expérientielles. Les occupations significatives (p. ex., prendre soin de soi de manière autonome, faire du sport ou des activités de loisir créatives, socialiser, entretenir son domicile, participer à la vie familiale, faire une activité rémunérée, faire du bénévolat) sont importantes pour atteindre les objectifs de la réadaptation et, éventuellement, favoriser le retour à la vie civile. Il existe des possibilités captivantes d'élargir les services d'ergothérapie d'ACC et d'établir des partenariats avec les FAC afin de répondre aux besoins des anciens combattants et de faciliter leur transition de la vie militaire à la vie civile.

Références

- Anciens Combattants Canada. (2014). *Nouvelle Charte des anciens combattants*. Téléchargé le 9 août 2015, au <http://www.veterans.gc.ca/fra/news/vac-responds/just-the-facts/new-veterans-charter>
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2009). *Soins aux anciens combattants : Une tradition pour les ergothérapeutes [Soumission de l'ACE au Comité permanent des affaires des anciens combattants de la Chambre des communes]*. Téléchargé au <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=3953>
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). *L'ergothérapie pour favoriser la réussite de la transition vers la vie civile [Soumission de l'ACE au Comité permanent des affaires des anciens combattants de la Chambre des communes]*. Téléchargé au <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=3953>

Du combat à la compassion : faciliter le changement chez les anciens combattants

Julie Beauchesne, erg., et Chantal Jacques, erg., travaillent pour Anciens Combattants Canada à l'Hôpital Sainte-Anne, près de Montréal, au Québec. Pour en savoir davantage, communiquer à : Julie.Beauchesne@vac-acc.gc.ca

En tant qu'ergothérapeutes, nous travaillons à la Clinique de traitement en résidence des traumatismes liés au stress opérationnel (CTRSTO). Il s'agit d'un établissement hospitalier (en interne) qui se voue à offrir un traitement et des soins tertiaires, ou de troisième ligne, aux anciens combattants, aux membres des FC et aux membres de la GRC qui sont atteints de blessures de stress opérationnel (BSO). Ces hommes et ces femmes qui servent notre pays ont souvent des diagnostics comme la dépression, les troubles anxieux, le trouble du stress post-traumatique (TSPT) et la toxicomanie comorbide associés à l'exercice de leurs fonctions. Ils sont aussi dirigés vers nos services par leur fournisseur local de services et sont admis le plus tôt possible pour une période d'environ 12 semaines.

En général, les interventions ergothérapeutiques consistent à :

- cibler les valeurs personnelles et les priorités
- identifier les rôles et les occupations valorisés
- aider les clients à déterminer et à adopter une routine satisfaisante et saine

- soutenir les processus de transition (c'est-à-dire, de la vie militaire à la vie civile, de l'hôpital au domicile)

Le principal objectif de la plupart des interventions est d'aider les clients à participer à des activités significatives. Notre travail est influencé par le Modèle de l'occupation humaine (Kielhofner, 2008) et par d'autres approches et ressources, comme la thérapie d'acceptation et d'engagement (Acceptance and Commitment Therapy) (ACT; Walsler, Westrup et Hayes, 2007), L'Action contre l'inertie (Krupa et al., 2010), la méditation de la pleine conscience (Moore Jackman, 2014) et les entrevues motivationnelles (Miller et Rollnick, 2012). Nous constatons que l'usage des stratégies thérapeutiques de ces différentes approches peut être efficace pour aider les clients à prendre leur vie en main. Nous croyons que ce processus est bien accueilli par de nombreux clients qui ont vécu pendant de nombreux mois ou de nombreuses années une vie chaotique, insatisfaisante et dominée par leur lutte contre les symptômes des BSO.

L'ACT, de par sa composante axée sur la pleine conscience, et L'Action contre l'inertie jouent un rôle important en favorisant la participation à des activités significatives pour vivre une vie porteuse de sens en dépit des difficultés découlant des BSO. La pratique de la pleine conscience, enseignée sur une base régulière et renforcée lors du séjour du client à la clinique, lui offre la possibilité de faire des occupations au moment présent, avec acceptation, intention positive et compassion (Moore Jackman, 2014). Un accroissement de la compassion envers soi est considéré comme « un tampon éventuel aux sentiments de deuil, de honte et de culpabilité qui sont néfastes dans les TSPT » (Kearney et al., 2014, p. 536). Nous avons le sentiment qu'en ayant plus de compassion envers eux-mêmes, il est plus facile pour les clients d'accepter la douleur découlant du traumatisme, ce qui leur permet de concentrer leur énergie et leurs efforts à la construction d'une vie satisfaisante.

Nous avons aussi observé que les interventions relatives à la gestion du temps étaient efficaces pour aider les clients à adopter et à conserver une routine satisfaisante qui correspond à leurs capacités et à leurs valeurs. Il est essentiel d'établir des objectifs occupationnels réalistes pour atteindre un degré de participation satisfaisant, ce qui entraîne, selon nous, un sentiment d'autonomie et d'espoir.

Pour veiller à ce que les clients aient le soutien requis pour conserver un degré de participation occupationnel optimal après l'obtention de leur congé, nous transmettons nos observations et recommandations à l'intervenant ayant fait la demande de consultation en ergothérapie, avant le départ des clients. Nous nous sentons privilégiées d'être témoin du cheminement de nos clients vers le rétablissement, tout au long de leur séjour au RTCOSI.

Références

- Kearney, D. J., McManus, C., Malte, C. A., Martinez, M. E., Felleman, B., et Simpson, T. L. (2014). Loving-kindness meditation and the broaden-and-build theory of positive emotions among veterans with posttraumatic stress disorder. *Medical Care*, 52(Suppl. 5), S32-38. doi: 10.1097/MLR.000000000000021
- Krupa T., Edgelow, M., Chen, S., Mieras, C., Almas, A., Perry, A., . . . Bransfield, M. (2010). *L'Action contre l'inertie*. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE
- Kielhofner, G. (2008). *Model of Human Occupation: Theory and Application* (4th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Miller, W. R., et Rollnick, S. (2012). *Motivational Interviewing: Helping People Change* (3rd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Moore Jackman, M. (2014). Mindful occupational engagement. In N. N. Singh (Ed.), *Psychology of Meditation* (p. 241 à 278). New York, NY: Nova Science Publishers.
- Walsler, R. D., Westrup D., et Hayes, S. C. (2007). *Acceptance and Commitment Therapy for the treatment of Post-Traumatic Stress Disorder and Trauma Related Problems*. Oakland, CA: New Harbinger Publications Inc.

Des pratiques novatrices en ergothérapie améliorent l'accès aux services pour les enfants et les familles

Cheryl Missiuna, Debra Stewart et Leah Dix

Le système de santé canadien est confronté à des défis de plus en plus nombreux associés à l'augmentation des coûts, les temps d'attente plus long, le besoin criant de pratiques exemplaires fondées sur les faits et la demande de services à « valeur ajoutée » (Deans et Wade, 2011) qui répondent aux besoins des bénéficiaires de soins de santé. Ceci est particulièrement vrai pour les enfants handicapés. Les familles de ces enfants revendiquent des services de santé en temps opportun pour répondre aux besoins de leur enfant en matière de participation et d'inclusion à domicile, à l'école et dans la communauté (Anaby et Law, 2013).

Les ergothérapeutes ont une perspective unique sur l'accès et de la conception des services pédiatriques. Ils comprennent l'interaction dynamique entre l'enfant ayant un trouble de développement ou un problème de santé, son environnement et les activités qui lui tiennent à cœur. En raison de la nature de la pratique de l'ergothérapie centrée sur la famille, les ergothérapeutes doivent tenir compte des besoins individuels et changeants de chaque enfant et famille, de même que des influences environnementales qui sont favorables ou défavorables à la santé et la participation de l'enfant.

Lorsque les ergothérapeutes examinent les besoins d'un enfant ayant été aiguillé vers leurs services, ils mettent à contribution les connaissances et les compétences requises pour recommander des changements et des adaptations aux activités et environnements en vue de favoriser la participation de l'enfant à des activités significatives (p. ex., socialiser avec des pairs, faire de la bicyclette, faire ses soins d'hygiène par soi-même, jouer au parc). Ces connaissances et compétences ont poussé les ergothérapeutes à mettre en œuvre des approches novatrices qui soutiennent à la fois l'enfant et les adultes de son entourage qui influencent directement les activités quotidiennes de l'enfant (Missiuna et al., 2012b). Les ergothérapeutes se concentrent de plus en plus sur les enfants dont les besoins ont été ciblés, mais aussi sur la promotion de la santé et la prévention des problèmes de santé secondaires qui peuvent se manifester en raison des influences environnementales, comme le fait de vivre dans des communautés ayant des taux élevés de pauvreté (Regehr, 2013) ou ne recevant pas de services en temps opportun (Missiuna et al., 2012b).

La plupart des enfants handicapés qui sont identifiés lorsqu'ils sont jeunes ont accès aux services de santé dont ils ont besoin dans les hôpitaux et les centres de traitement à travers le Canada. Toutefois, de nombreux enfants ayant besoin de soutien pour favoriser leur développement ou leur santé ne répondent pas aux critères d'admissibilité des services fournis par l'intermédiaire de ces établissements. De plus, de nombreux enfants ne sont pas identifiés comme ayant besoin de services avant de commencer l'école; ces enfants sont parfois aiguillés vers des ergothérapeutes pour recevoir des services lorsqu'ils commencent à éprouver de la difficulté et de la frustration. Le rapport de Deloitte (2010) sur l'Examen des services auxiliaires de

santé dans les écoles effectué par trois ministères en Ontario indique qu'il y a de longues listes d'attente et périodes d'attente pour les enfants d'âge scolaire ayant des besoins particuliers qui ont été aiguillés vers des services de réadaptation en pédiatrie. L'attente pour les services augmentent les risques que l'enfant ait des troubles de développement de même que des problèmes de santé physique et mentale dans l'avenir (Missiuna et al., 2012b).

Le projet Partnering for Change

Des ergothérapeutes ont travaillé à titre d'agents de changement en vue d'élaborer un modèle de prestation de services novateur pour aborder les besoins et améliorer la vie de nombreux enfants d'âge scolaire « à risque ». Le projet Partnering for Change a été conçu en Ontario par des chefs de file du secteur de la santé, en partenariat avec des chercheurs du Centre for Childhood Disability Research (CanChild). Ce projet visait à créer un modèle dans lequel les ergothérapeutes s'attachent à renforcer les capacités des éducateurs au sein du système scolaire pour venir en aide aux enfants ayant des besoins particuliers (Missiuna et al., 2012b). Plutôt que de considérer l'enfant comme étant le client et d'intervenir auprès d'un seul enfant à la fois, l'école devient le « client » et c'est à ce niveau que l'on intervient. Ce modèle représente un changement marquant, du fait qu'il faut déterminer qui est admissible aux services; auparavant, les enfants d'âge scolaire ayant des handicaps « légers » étaient souvent négligés ou inscrits sur de longues listes d'attente, parce qu'on considérait qu'ils n'avaient pas des besoins aussi criants que d'autres enfants. L'ironie est que les ergothérapeutes peuvent répondre rapidement aux besoins plus légers de ces enfants en incorporant les principes de la conception universelle de l'apprentissage dans les écoles élémentaires, c'est-à-dire en transformant les environnements physiques et sociaux et en facilitant l'apprentissage (Missiuna et al., 2012a; 2015a).

Dans le projet Partnering for Change, les ergothérapeutes travaillent en collaboration avec des éducateurs dans le contexte naturel de la salle de classe, afin de dépister les enfants ayant des besoins particuliers le plus tôt possible et de concevoir des solutions et mettre en œuvre des stratégies qui favorisent leur participation active à l'école. Pour avoir des exemples d'intervention, prière de consulter Missiuna et al. (2015b) ou le webinaire de Missiuna et Campbell (2015). On encourage la famille à participer, afin qu'elle comprenne mieux le problème de santé de l'enfant et qu'elle puisse acquérir des compétences pour revendiquer des services à domicile et dans la communauté, au nom de l'enfant. Ce n'est donc pas le système de santé qui gère les listes d'attente et la bureaucratie associées aux demandes de consultation en ergothérapie; en effet, le processus de la demande de consultation est inversé— c'est plutôt l'ergothérapeute, l'éducateur et la famille qui identifient l'enfant et, lorsque cela est possible, qui interviennent immédiatement. Le succès de ce modèle a été montré dans un projet de démonstration (Missiuna et al.,

2012a; Campbell, Missiuna, Rivard et Pollock, 2012). Une étude de deux ans financée par le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et le Ministère de l'éducation confirme maintenant que le projet Partnering for Change est un service d'ergothérapie fondé sur les faits et la collaboration qui élimine les temps d'attente tout en favorisant des soins intégrés et fondés sur les besoins des enfants ayant des besoins particuliers en Ontario (Missiuna et al., 2015a).

Le projet Partnering for Change s'appuyait sur une approche à plusieurs paliers, de sorte que tous les enfants ayant des besoins particuliers aient un accès équitable aux services d'ergothérapie; toutefois, les enfants ayant des besoins plus criants reçoivent des séances plus fréquentes pour aborder les aménagements individuels et partager des stratégies avec leurs éducateurs et leur famille. Ce changement d'approche est semblable au changement ayant été apporté au système d'éducation de la Saskatchewan pendant la transition du modèle médical au modèle axé sur les besoins. Ainsi, l'approche à trois paliers favorise la participation de tous les enfants au moyen d'un enseignement adapté, d'interventions en classe et dans l'ensemble de l'école, de dépistage ciblé ou de groupe, et de stratégies et suggestions individualisées. Les ergothérapeutes offrent aux élèves ayant des besoins particuliers des mécanismes de soutien souples et adaptés à leur contexte, au moyen de différents paliers d'intervention et de la prestation de services en temps opportun, qui favorisent l'inclusion et la participation (Saskatchewan Ministry of Education, 2011).

Autres exemples d'ergothérapeutes agissant à titre d'agents de changement

Dans ce numéro thématique, nous voyons plusieurs autres exemples de changements qui sont apportés par des ergothérapeutes à travers le pays pour veiller à ce que les enfants ayant des besoins particuliers reçoivent les bons services au moment opportun et au bon endroit (voir les pages 29 et 30). Parmi ces changements, citons le nouveau programme pour les jeunes enfants ayant un trouble du spectre autistique, dont le but est d'élargir la portée de l'ergothérapeute afin d'aider les parents à favoriser le développement et l'intégration de leur enfant (Beaudoin et Couture). Dans trois établissements de soins pédiatriques en milieu urbain, LeClair et Restall ont réussi à améliorer les habiletés de développement des enfants à risque qui n'ont pas été aiguillés vers des services. Ils ont aussi travaillé en collaboration avec des éducateurs de la petite enfance afin d'élargir les suggestions à d'autres enfants dans ces établissements. Les enfants handicapés d'âge scolaire sont alors avantagés et les listes d'attente diminuent, en raison du service estival unique offert en région rurale en Ontario par les ergothérapeutes du programme Closing the Gap. Les consultations auprès des familles pendant l'été permettent de veiller à ce que les objectifs soient atteints et que les rapports et les recommandations soient transmis dès le premier jour d'école, ce qui donne un accès immédiat à l'équipement, au programme et au soutien dont chaque enfant a besoin pour participer pleinement à l'école.

Les ergothérapeutes à travers le Canada ont relevé le défi d'améliorer l'accès aux services pédiatriques pour les enfants handicapés en mettant en œuvre des approches très novatrices. Les nouvelles approches décrites dans ce numéro sont appuyées par des modèles qui pourraient

être utilisés pour améliorer l'accès et la conception des services offerts par les ergothérapeutes à travers le pays; ces approches peuvent aussi être une source d'inspiration pour les autres professionnels de la santé qui travaillent en vue d'améliorer la vie des enfants et des familles canadiennes.

Références

- Anaby, D., et Law, M. (2013). The role of participation in the lives of children and young people with neurological and developmental conditions. Dans G. Ronen & P. Rosenbaum (Édit.), *Life quality outcomes in children and young people with neurological and developmental conditions: Concepts, evidence and practice* (p. 51 à 64). London, UK: Mac Keith Press.
- Campbell, W., Missiuna, C., Rivard, L., et Pollock, N. (2012). "Support for everyone": Experiences of occupational therapists delivering a new model of school-based services. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 79, 51-59. doi:10.2182/cjot.2012.79.1.7
- Deans, R., et Wade, S. (2011). Finding a balance between "value added" and feeling valued: Revising models of care. *Healthcare Quarterly*, 14(Special Issue 3), 58-61. doi:10.12927/hcq.0000.22579
- Deloitte. (2010). *Examen des services auxiliaires de santé dans les écoles : Rapport final*. Téléchargé au http://www.health.gov.on.ca/fr/public/contact/cac/docs/deloitte_shss_review_report.pdf
- Missiuna, C., Campbell, W., Pollock, N., Bennett, S., Camden, C., Dix, L. . . . Cairney, J. (2015a). *Partnering for Change: An innovative service with relevance to the Special Needs Strategy*. Téléchargé au <http://www.canchild.ca/en/ourresearch/resources/PartneringforChangeServiceModelandSpecialNeedsStrategyMay42015.pdf>
- Missiuna, C., Pollock, N., Campbell, W., Bennett, S., Hecimovich, C., Gaines, R. . . . Molinaro, E. (2012a). Use of the Medical Research Council Framework to develop a complex intervention in pediatric occupational therapy: Assessing feasibility. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 1443-1452. doi:10.1016/j.ridd.2012.03.018.
- Missiuna, C., Pollock, N., Campbell, W., Dix, L., Sahagian Whalen, S., et Stewart, D. (2015b). Le projet Partenariat pour le changement : Incorporer les principes de la conception universelle de l'apprentissage dans le domaine de l'ergothérapie en milieu scolaire. *Actualités ergothérapeutiques*, 17(3), 13-15.
- Missiuna, C., Pollock, N., Levac, D., Campbell, W., Sahagian Whalen, S., Bennett, S., . . . Russell, D. (2012b). Partnering for Change: An innovative school-based occupational therapy service delivery model for children with developmental coordination disorder. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 79, 41-50. doi:10.2182/cjot.2012.79.1.6
- Regehr, M. (2013). Les soins primaires en ergothérapie dans les classes de la petite enfance. *Actualités ergothérapeutiques*, 15(5), 12-13.
- Saskatchewan Ministry of Education. (2011). *Actualizing a needs-based model to support student achievement: A journey of transformation*. Téléchargé au <http://www.education.gov.sk.ca/Actualizing-a-Needs-Based-Model-to-Support-Student-Achievement>

À propos des auteures

Cheryl Missiuna, PhD, Erg. Aut. (Ont.), est professeure à la School of Rehabilitation Science, chercheur à CanChild et titulaire de la chaire de recherche John et Margaret Lillie sur le handicap chez les enfants, à la McMaster University. On peut la joindre à : missiuna@mcmaster.ca

Debra Stewart, MSc, Erg. Aut. (Ont.), est professeure agrégée à la School of Rehabilitation Science et chercheur à CanChild, à la McMaster University.

Leah Dix, MSc, Erg. Aut. (Ont.), est professeure clinique adjointe à la School of Rehabilitation Science et coordonnatrice du projet Partnering for Change, à la McMaster University.

Clichés d'ergothérapeutes agissant en tant qu'agents de changement : accès aux services de pédiatrie

Offrir un dépistage précoce et une intervention de groupe aux enfants d'âge préscolaire vulnérables : rehausser les compétences des éducateurs de la petite enfance

Leanne Leclair, O.T. Reg. (MB), PhD, et Gayle Restall, O.T. Reg. (MB), PhD, sont membres du corps professoral au Department of Occupational Therapy, College of Rehabilitation Sciences de la Faculty of Health Sciences, à l'University of Manitoba.

Les ergothérapeutes jouent un rôle dans les soins de santé primaires offerts aux enfants susceptibles d'avoir des troubles de développement. Un enfant sur cinq risque d'avoir un retard de développement, mais moins de 50 % des enfants ayant ce genre de problèmes sont dépistés avant leur entrée à l'école (Centers for Disease Control and Prevention, 2015). Le dépistage et l'intervention précoces de nombreux troubles de développement peuvent être effectués par les éducateurs de la petite enfance (EPE), s'ils reçoivent une formation et le soutien des professionnels de la santé. Devant cette situation, un projet a été élaboré en ergothérapie afin de favoriser l'acquisition de compétences chez les éducateurs pour dépister les enfants d'âge préscolaire susceptibles d'avoir des retards de développement dans les garderies et maternelles et pour offrir une intervention de groupe conçue par des ergothérapeutes.

Des enfants de trois centres de la petite enfance en milieu communautaire urbain ont été dépistés à l'aide du Ages and Stages Questionnaire (ASQ) (Bricker et Squires, 1999) rempli par les parents ou les EPE. Un ergothérapeute a évalué les enfants dépistés au ASQ comme étant « à risque », afin de déterminer s'ils étaient aptes à participer à l'intervention de groupe, qui comprenait diverses activités motrices fines et globales. Vingt-deux enfants dépistés comme étant à risque dans les trois centres (14 garçons et huit filles, âge moyen = 3,93) ont participé aux groupes. Dans chaque centre, l'ergothérapeute a travaillé en collaboration avec un EPE une fois par semaine pendant 12 semaines, afin de former des EPE et de leur offrir du soutien pour l'intervention de groupe. Les EPE ont acquis des connaissances et des compétences pour incorporer plusieurs des activités de groupe dans le programme des autres enfants, pendant et après le projet, et pour partager ces idées avec d'autres éducateurs.

Les résultats des groupes étaient très positifs. Les enfants ont montré des améliorations importantes dans tous les aspects de leur développement et ce, dans les trois sites. Les entrevues avec les EPE et les directeurs des centres de la petite enfance indiquaient que le groupe était une ressource additionnelle pour les enfants, qu'il était bien accueilli dans leurs centres et qu'il offrait à une population vulnérable un accès à des services dont ils n'auraient pu bénéficier autrement. Ce projet a permis de recueillir des données probantes préliminaires importantes relatives à une intervention de groupe en ergothérapie, offerte en collaboration dans le milieu naturel de l'enfant, afin d'influencer les résultats des enfants d'âge préscolaire à risque et de rehausser les compétences des EPE.

Références

Centers for Disease Control and Prevention. (2015). *Developmental Screening Fact Sheet*. Téléchargé au http://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/pdf/parents_pdfs/DevelopmentalScreening.pdf

Bricker, D., et Squires, J. (1999). *Ages and Stages Questionnaires* (2nd ed.). Baltimore, MD: Brookes Publishing.

Devenir un agent multiplicateur pour intervenir précocement et efficacement en ergothérapie auprès de jeunes enfants avec une suspicion de TSA

Audrée Jeanne Beaudoin (Erg., Ph.D.(c)) est ergothérapeute de formation et actuellement candidate au doctorat à l'Université de Sherbrooke. On peut la joindre au : Audree.Jeanne.Beaudoin@USherbrooke.ca

Mélanie Couture (erg., Ph.D.) est professeure agrégée à l'Université de Sherbrooke (École de Réadaptation).

Bien que l'ergothérapie soit l'un des services de santé le plus fréquemment utilisés auprès des enfants avec un trouble du spectre autistique (TSA) au Canada, actuellement, le rôle de l'ergothérapeute auprès de cette clientèle est souvent restreint à l'évaluation de la motricité et du traitement de l'information sensorielle (Carbone et Farley, 2010). Sachant que l'ergothérapie vise à faciliter la participation sociale de la personne dans ses différentes occupations, le rôle de l'ergothérapeute auprès des enfants avec un TSA gagnerait à être élargi afin d'améliorer la participation sociale de ces enfants. Parmi les apports spécifiques de l'ergothérapie auprès des jeunes enfants avec un TSA on compte, entre autres : 1) le développement des préalables aux interactions, 2) le soutien physique et humain à la famille et 3) des interventions basées sur la vision holistique et fonctionnelle.

Compte tenu de la demande grandissante en ergothérapie auprès de la clientèle avec un TSA, il est important d'organiser les interventions ergothérapeutiques de façon à optimiser l'utilisation des ressources. Parmi les modèles d'intervention possibles, le coaching est une stratégie novatrice prometteuse qui permet de transmettre des connaissances, habiletés et compétences aux collaborateurs (p. ex, les parents) afin qu'ils puissent eux-mêmes favoriser la participation de l'enfant à l'aide d'activités significatives et d'interactions avec les membres de la famille (Rush, Shelden et Hanft, 2003).

Dans l'optique que les ergothérapeutes soient des agents multiplicateurs, une recherche est en cours afin d'évaluer les effets d'un programme d'accompagnement parental pour des jeunes enfants avec une suspicion de TSA, comme modalité d'intervention possible pour offrir des interventions rapides en ergothérapie. Les données préliminaires de cette étude démontrent qu'il est possible d'utiliser un programme d'accompagnement parental de 12 semaines auprès de familles ayant un enfant avec un TSA. En plus d'apprécier

les conseils de l'ergothérapeute, les parents soulignent l'importance de la présence, de l'écoute active et du soutien de l'intervenante en cette période de stress. Ce type d'intervention offre ainsi la possibilité d'offrir une intervention très précoce, de faible intensité et individualisée à chaque famille afin de trouver, en collaboration avec les parents, des stratégies d'intervention qui peuvent être intégrées dans les activités quotidiennes de la famille. L'étude se poursuit afin d'évaluer l'effet de l'intervention sur le développement du jeune enfant et le bien-être parental pendant cette période de stress importante.

Références

Carbone, P. S. et M. Farley (2010). Primary Care for children with autism, *American Family Physician*, 81, 453-460.

Rush, D. D., Shelden, M. L. et Hanft, B. E. (2003). Coaching Families and Colleagues : A Process for Collaboration in Natural Settings, *Infants & Young Children*, 16, 33-47.

Un modèle de service estival novateur pour améliorer l'accès aux services d'ergothérapie pour la clientèle en pédiatrie

Les deux auteures travaillent au sein du *Closing the Gap Healthcare Group*. **Angela Brunet, BSc (ergothérapie), Erg. Aut. (Ont.)** est la directrice des services à la clientèle pour le bureau de Muskoka. **Carole-Anne Chiasson BSc (ergothérapie), Erg. Aut. (Ont.)**, MSc.S. est la directrice des services à la clientèle.

Un agent de changement peut être décrit comme « une personne qui connaît et comprend la dynamique qui facilite ou nuit au changement » (Impact Greensboro, 2011, para. 1). De par leur nature, les ergothérapeutes sont centrés sur la solution dans leurs tentatives de faciliter le cheminement du client vers la participation à des occupations (activités significatives de la vie quotidienne). Par extension, les ergothérapeutes sont des agents de changement naturels, car ils font des recherches, ils planifient et établissent des mécanismes de soutien et des partenariats avec les autres afin de créer le changement à une plus grande échelle. Ce bref compte rendu présente un programme novateur qui illustre bien la façon dont

les ergothérapeutes peuvent être considérés comme des agents de changement.

La région de Muskoka est une région rurale de l'Ontario qui s'étend sur une grande superficie géographique. Actuellement, les services d'ergothérapie en milieu scolaire sont organisés et coordonnés par le North Simcoe Muskoka Community Care Access Centre (NSM CCAC). Les ergothérapeutes du Closing the Gap Healthcare Group (CTG) et du NSM CCAC ont formé un partenariat en tant qu'agents de changement afin de concevoir un modèle de service estival novateur, dans le but d'améliorer l'accès aux services pour la clientèle en pédiatrie qui ne recevait pas de services pendant l'année scolaire.

Des enfants ont été sélectionnés pour ce programme à partir de la liste d'attente et de critères de sélection déterminés en collaboration par le NSM CCAC et les ergothérapeutes du CTG. Des évaluations ergothérapeutiques ont été effectuées; les familles ont reçu des recommandations en matière d'intervention et des séances de consultation ou d'enseignement basées sur les objectifs des clients, dans le but d'atteindre ces objectifs avant la rentrée scolaire en septembre. Les rapports d'évaluation et les recommandations ont été remis aux écoles en septembre, dès le premier jour de classe, afin que les intervenants puissent les incorporer en classe, selon le cas. Cette approche a facilité l'accès à l'équipement et aux programmes pouvant aider chaque enfant au besoin, pendant toute l'année scolaire. Les enfants ont ensuite eu deux visites de suivi à l'école pour veiller à ce que les recommandations soient suivies et mises en oeuvre et à ce que l'intervention finale soit effectuée avant la fin d'octobre.

Ce modèle est actif depuis les trois derniers étés et près de 60 enfants de plus ont reçu des services d'ergothérapie qui les ont aidés à participer plus efficacement à l'école. Le personnel de l'école et les parents sont très satisfaits du programme. Pour leur part, les écoles ont affirmé que le fait de recevoir les recommandations en ergothérapie dès le premier jour d'école avait grandement facilité la programmation scolaire et l'accès à l'équipement dont les enfants pourraient avoir besoin. La collaboration entre les ergothérapeutes du CTG et le NSM-CCAC a favorisé la réussite de ce programme novateur qui améliore l'accès aux services.

Références

Impact Greensboro. (2011). *What is a Change Agent?* Téléchargé au <http://www.impactgreensboro.org/what-is-a-change-agent/>



Nouvelles de la Fondation canadienne d'ergothérapie

Date limite des concours de bourses

La date limite pour le concours de bourses 2015 de la FCE est le 1er octobre 2015. La FCE décernera les bourses et prix suivants :

1. Bourse Barb Worth pour un nouveau leader
2. Bourse de doctorat de la FCE
3. Bourse de maîtrise de la FCE
4. Bourse de maîtrise de la FCE/d'Invacare
5. Bourse Goldwin Howland
6. Bourse Thelma Cardwell
7. Bourse commémorative Janice Hines
8. Prix Marita Dyrbye pour la recherche en santé mentale

Pour en savoir davantage et pour faire une demande en ligne, prière de visiter le : www.cotfcanada.org. Adresser toute question technique à : amcdonald@cotfcanada.org. Envoyer toute autre question directement à : skamble@cotfcanada.org

Comité d'examen des candidatures pour les bourses et subventions de recherche de 2016-2018

Saviez-vous que le programme de prix de la FCE a un comité virtuel d'examen par les pairs? Avez-vous déjà envisagé de faire du bénévolat pour la FCE? Vous pourriez le faire en vous joignant à ce comité. En effet, vous pouvez exercer une grande influence en siégeant à ce comité, qui se rencontre deux fois par année au moyen d'une téléconférence, afin d'examiner les candidatures pour le concours de subvention de recherche de l'ACE (date limite 28 février) et le concours de bourses de l'ACE (date limite 1er octobre). En devenant membre du comité, vous auriez la possibilité de travailler avec d'autres membres de l'ACE à travers le pays, qui représentent les différentes régions et les deux langues officielles. La FCE recrute actuellement des membres pour le comité de 2016-2018. Le comité se rencontrera à six reprises pendant cette période, afin d'examiner les

candidatures pour trois concours de subventions de recherche et trois concours de bourses. Les réunions du comité ont généralement lieu en avril et en novembre de chaque année.

Si vous êtes intéressé à devenir membre de ce comité, la FCE est actuellement à la recherche de membres dans les provinces suivantes :

- Alberta ou Saskatchewan
- Manitoba
- Nouveau-Brunswick ou Nouvelle-Écosse ou Île-du-Prince-Édouard
- Québec

La FCE a aussi besoin d'au moins un membre bilingue de plus. Toute personne intéressée à faire partie du comité peut communiquer avec la directrice générale de la FCE Sangita Kamblé, à : skamble@cotfcanada.org

Fondation canadienne d'ergothérapie

Anne McDonald, adjointe à la direction
Tél. : 613-523-2268 poste 226/ 1-800-434-2268 poste 226

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

Édifice CTTC, 3401-1125, promenade Colonel By Ottawa,
Ottawa, ON K1S 5R1 Canada

Télécopieur : 613-523-2552
Facebook : <http://www.facebook.com/cotffce>
Twitter : <https://twitter.com/COTFFCE>

**La FCE est le seul organisme qui finance exclusivement des ergothérapeutes membres de l'ACE!
Faites un don dès maintenant! www.cotfcanada.org**