

ACTUALITÉS ERGOTHÉRAPIQUES

juillet/août 2017 • volume 19 • 4

Dans ce numéro

Établir des liens : Les raisons pour lesquelles les demandeurs d'asile et les réfugiés ont besoin de services d'ergothérapie

Kara Winlaw

L'OGCC : un outil pour faciliter le travail des ergothérapeutes en soutien à domicile

Isabelle Arès, Marie-Claude Comeau,
Amélie Payeur et Judith Robitaille

Promouvoir la santé des individus et des communautés en offrant des services d'ergothérapie adaptés à la communauté dans le secteur des soins de santé primaires

Rebecca Marval

NUMÉRO THÉMATIQUE :

Vitrine sur la pratique communautaire ergothérapique au Canada

Collaboratrices spéciales :
Annie Carrier et Marie-Hélène Raymond



CAOT • ACE



La sécurité de vos mains-courantes devrait être le dernier de vos soucis. C'est maintenant le cas.

PromenAid^{MD} a réinventé l'art et la science de la main-courante. Le tout premier système de mains-courantes continues au monde combinant élégance, fiabilité et installation rapide.

Le choix indiqué pour tous vos clients.

PromenAid^{MD} est conçu pour s'agencer à tous les décors en conformité avec les codes du bâtiment et les lignes directrices sur l'accessibilité.

Prévention continue des chutes et assistance à la mobilité partout dans la maison.

Besoin d'une main-courante rapidement? Choisissez PromenAid^{MD}. De notre entrepôt à l'installation en aussi peu que 24 heures.

Installation rapide. Agencement parfait. Sans tracas.

Inventé et fabriqué au Canada



Pour trouver un détaillant PromenAid^{MD} près de chez vous, ou pour en savoir plus à propos de notre **rabais d'une durée limitée** composez le 1 (888) 992-4943 ou visitez le promenaid.com/ace

promenaid^{MD}
accrochez-vous à ce qui compte

www.promenaid.com
customerservice@promenaid.com
1 (888) 992-4943

Table des matières

Éditorial - L'ergothérapie communautaire au Canada : une pratique diversifiée en pleine évolution.....	3
Annie Carrier et Marie-Hélène Raymond	
L'ACE : VOTRE PARTENAIRE TOUT AU LONG DE VOTRE CARRIÈRE	
Quoi de neuf?.....	5
DES CONNAISSANCES À LA PRATIQUE	
L'OGCC : un outil pour faciliter le travail des ergothérapeutes en soutien à domicile.....	6
Isabelle Arès, Marie-Claude Comeau, Amélie Payeur et Judith Robitaille	
Les ergothérapeutes en tant que gestionnaires de cas au sein des équipes communautaires de soins de santé mentale : Adopter la perspective ergothérapique.....	8
Jennifer Michetti et Crystal Dieleman	
PARTAGE DE PERSPECTIVES	
L'équipe communautaire de traitement intensif de Kenora : Une approche communautaire dans le nord de l'Ontario.....	10
Naomi Hazlett	
Promouvoir la santé des individus et des communautés en offrant des services d'ergothérapie adaptés à la communauté dans le secteur des soins de santé primaires.....	12
Rebecca Marval	
L'ergothérapie dans les communautés à faible revenu : Découvrir les forces, renforcer les capacités et favoriser la viabilité des collectivités.....	14
Stephanie Davies	
Soutenir les aînés autochtones dans leur contribution au mieux-être de leur communauté : une démarche de partenariat.....	16
Chantal Viscogliosi, Hugo Asselin, Suzy Basile, Yves Couturier, Marie-Josée Drolet, Dominique Gagnon, Jill Torrie et Mélanie Levasseur	
Établir des liens : Les raisons pour lesquelles les demandeurs d'asile et les réfugiés ont besoin de services d'ergothérapie.....	18
Kara Winlaw	
INFLUENCER LA VIE DES GENS, LES COMMUNAUTÉS ET LES SYSTÈMES	
Faciliter la transition entre l'hôpital et le domicile.....	20
Alanna Weill	
Le programme Aqua Vision : Aborder les besoins des personnes ayant des incapacités visuelles grâce à un programme d'aquaforme conçu en partenariat avec la communauté.....	21
Minnie Teng	
« Devenir un acteur de ma santé et de ma sécurité au travail » : une illustration de la pratique communautaire des ergothérapeutes en promotion de la santé au travail.....	23
Alexandra Lecours et Pierre-Yves Therriault	
GROW : Favoriser l'autonomie par la participation à la vie communautaire.....	25
Cindy Yamamoto, Lauren Coates, Sandra Sheegl et Pamela Wener	
L'ergothérapie en milieu communautaire : Appuyer le rêve d'un avenir meilleur.....	26
Catherine White et Carmel O'Keefe	
Accroître la participation sociale des aînés en partenariat avec la communauté - Implantation d'un accompagnement-citoyen personnalisé.....	27
Julie Lacerte, Mélanie Levasseur et Véronique Provencher	
Revisiter notre rôle en soutien à domicile : Le potentiel des groupes pour stimuler la participation sociale.....	29
Pier-Luc Turcotte, Annie Carrier, Marie-Josée Fillion, Claudine Lafrenière, Marilyn Savard et Mélanie Levasseur	
Vivre en Équilibre - Un nouveau programme de groupe ciblant la peur de tomber et ses conséquences sur la participation sociale, la santé et la qualité de vie des aînés.....	30
Johanne Filiatrault, Manon Parisien, Johanne Desrosiers, Agathe Lorthios-Guilledroit, Lise Gauvin et Lucie Richard	

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

Nicola MacNaughton, erg. imm. (NB), CDMP, CCLCP

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 237

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

Flora To-Miles, ergothérapeute

Tél. (613) 523-2268, poste 226, télécop. (613) 523-2552,

courriel : otnow@caot.ca

TRADUCTION

De Shakespeare à Molière, Services de traduction

CONCEPTION GRAPHIQUE ET MISE EN PAGE

JARcreative

CORRECTRICE D'ÉPREUVES

Claire Hurd, Erg. Aut. (Ont.)

COMITÉ ÉDITORIAL DES ACTUALITÉS ERGOTHÉRAPIQUES

Présidente : Flora To-Miles, ergothérapeute

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

Heather Gillespie, ergothérapeute

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

Sandra Hobson, MAEd, Erg., LLDS, FCAOT

Tarra Carter, BA

Jeff Boniface, ergothérapeute

Michele Moon, MSc, ergothérapeute

Eleanor Wray, MRSc., ergothérapeute

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

Laura Purves, ergothérapeute

Chelsey Weleschuk, MScGH, ergothérapeute

Liens internationaux

Andrew Freeman, PhD, erg.

Notre passé ergothérapeutique

Hadassah Rais, MSc (ergothérapie - post-professionnelle),

Erg. Aut. (Ont.)

Réflexions sur la pratique privée

Sarah Good, Erg. Aut. (Ont.)

Le sens de l'agir

Shanon Phelan, PhD, ergothérapie

La télé santé et la technologie d'assistance

Pam McCaskill, OT. Reg. (NB)

L'application des connaissances en ergothérapie

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

Keiko Shikako-Thomas, PhD, erg.

Histoires quotidiennes

Naomi Hazlett, BSc

Rehausser la pratique

Aînés : Ben Mortenson, PhD, ergothérapie

Adultes : Patricia Dickson, MSc, Erg. Aut. (Ont.)

Enfants et adolescents : Gail Teachman, MSc, Erg. Aut. (Ont.)

Santé mentale : Hiba Zafran, PhD, erg, ergothérapeute-psychothérapeute

Pratique en milieu rural et éloigné : Niki Kiepek, PhD, OT Reg.(NS)

Perspectives étudiantes :

Sarah Hobbs, MSc(ergothérapie)

Sarah Villiger, MSc(ergothérapie)

La RCE : des faits scientifiques pour votre pratique

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

Formation clinique et théorique

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

Compétences en gestion de la pratique et compétences professionnelles

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

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

Erin Moerman, AE/AP

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



L'ergothérapie communautaire au Canada : une pratique diversifiée en pleine évolution

Annie Carrier et Marie-Hélène Raymond

Cette édition spéciale des *Actualités ergothérapeutiques* se veut une vitrine sur la pratique communautaire ergothérapeutique au Canada. La pratique communautaire repose sur le concept de communauté en santé, c'est-à-dire d'une communauté qui crée des environnements et développe des ressources permettant aux individus de « se soutenir mutuellement pour accomplir toutes les fonctions de la vie et de réaliser pleinement leur potentiel. » (OMS, 1999, p. 14). En ergothérapie, la pratique communautaire s'articule autour de la participation sociale (rôles sociaux et activités significatives) de la personne, du groupe ou de la communauté. Elle peut se réaliser dans un environnement institutionnel (santé ou autre), à domicile ou, plus largement, dans la communauté. Elle touche de multiples clientèles et s'inscrit dans l'optique de la prévention et de la promotion de la santé, de la participation citoyenne et de l'autonomisation.

Or, malgré toutes les possibilités qu'elle laisse présager, la pratique communautaire ergothérapeutique n'a pas encore atteint son plein essor. En effet, la pratique influence et est aussi influencée par les contextes environnementaux et socioculturels dans lesquels elle évolue. Ainsi, à l'instar de nos clients qui vivent certaines difficultés dans leur développement ou leur bien-être, notre pratique connaît des **défis** bien tangibles. Parmi ces derniers - les obstacles à la pratique communautaire, le manque de ressources financières ou physiques (p. ex. : le transport en commun) pouvant produire une instabilité, voire une impossibilité d'offrir des services - seront abordés dans les articles de cette édition spéciale. La restriction et la méconnaissance relatives à la pratique communautaire, tant du côté des organismes du domaine de la santé que des ergothérapeutes, sont parmi les entraves rencontrées. Un autre obstacle est l'accent mis dans le système de santé sur le modèle biomédical et les problèmes de santé aigus. D'un point de vue sociétal, la culture nord-américaine faisant l'éloge de l'individualisme au profit du soutien mutuel dans la communauté exerce insidieusement une entrave au plein développement de l'ergothérapie communautaire.

Pourtant, et peut-être même grâce à ces défis, la pratique communautaire de l'ergothérapie se développe avec audace et pertinence. Tout comme nos clients progressant vers leurs objectifs, l'ergothérapie communautaire persiste, se transforme, repousse les barrières, explore de nouvelles avenues pour devenir ce qu'elle doit être. Dans leurs articles respectifs, Marval (p. 12-13) et Hazlett (p. 10-11) présentent des programmes d'ergothérapie communautaire qui réussissent à surmonter les obstacles inhérents à leur environnement de pratique. En effet, les **réussites** de la pratique communautaire ergothérapeutique auprès de diverses clientèles sont nombreuses. L'expertise ergothérapeutique contribue à habiliter les personnes à réaliser leur plein potentiel : p. ex., dans l'implantation de groupes d'exercices pour les personnes à basse vision (Teng, p. 21-22) ou celles qui ont une mobilité réduite (Turcotte et coll., p. 29), de groupes pour contrer la peur de chuter (Filiatrault et coll., p. 30)

ou dans la formation de bénévoles accompagnateurs (Lacerte et coll., p. 27-28). Les ergothérapeutes sont des acteurs pivots des communautés en santé par leurs actions préventives et de promotion de la santé; ils misent sur les forces des individus, s'ancrent dans les modèles conceptuels de la profession et ont une vision plus large des problématiques vécues, telles que la pauvreté (Davies; p. 14-15) ou l'itinérance (White et O'Keefe, p. 26). Ainsi, des initiatives d'ergothérapeutes travaillant en milieu communautaire permettent, entre autres, à des personnes avec déficience intellectuelle de vivre dans leur communauté (Yamamoto et coll., p. 25) et à des étudiants en coiffure d'apprendre à travailler d'une façon sécuritaire afin de prévenir les troubles musculosquelettiques (Lecours et Therriault, p. 23-24). De même, l'apport d'ergothérapeutes dans la mise en place d'un continuum de soins entre les services hospitaliers et les services communautaires assure aux personnes post-hospitalisées un retour à la maison sans heurt (Weill, p. 20).

Ces réussites mettent en évidence l'importance d'un **partenariat** s'appuyant sur les forces de la communauté. Ces forces peuvent être celles des organismes communautaires et leurs bénévoles (Filiatrault et coll.; Lacerte et coll.; Teng; Turcotte et coll.), celles des programmes universitaires (Lecours et Therriault; Teng; Yamamoto), celles des communautés autochtones (Viscogliosi et coll. p. 16-17), celles des enseignants des programmes professionnels (Lecours et Therriault) ou des équipes de recherche (Filiatrault et coll.; Lacerte et coll.; Viscogliosi et coll.). Il s'avère que les initiatives réussies tablent toujours sur l'**autonomisation** des populations. Au cœur de chacune de ces initiatives, l'ergothérapeute met son expertise au service de la communauté.

Néanmoins, il reste des champs d'expertise à **développer** davantage. Par exemple, Winlaw (p. 18-19) souligne que les ergothérapeutes demeurent relativement absents dans les interventions de soutien aux réfugiés, et qu'il serait plus que temps que nous contribuions à la santé et au bien-être de ces populations en besoin. De plus, selon Viscogliosi et ses collaborateurs, il reste une longue route à parcourir pour assurer la pleine participation de nos concitoyens autochtones dans le respect de leurs valeurs, un champ où on cherche à synthétiser les connaissances.

Il existe plusieurs **moyens** de développer l'ergothérapie communautaire. D'abord des outils cliniques, entre autres, celui de la gestion de la charge de cas, développé par Arès et ses collaborateurs (p. 6-7). Cet outil soutient l'exercice de la pratique ergothérapeutique communautaire en offrant des moyens concrets pour gérer les défis rencontrés. La recherche, en partenariat avec les acteurs de la communauté, est un autre moyen qui s'avère indispensable pour démontrer la pertinence des initiatives développées (Filiatrault et coll., Lacerte et coll.), et pour identifier de nouvelles avenues à prioriser (Viscogliosi et coll.). De manière plus introspective, l'autocritique des professionnels, et par voie de conséquence celle de la profession, demeure un moyen essentiel pour entrevoir le

chemin à parcourir. Cette capacité réflexive de l'ergothérapeute communautaire favorise l'évolution de la pratique dans de nouveaux créneaux illustrés judicieusement par Winlaw. De même, Michetti et Dieleman (p. 8-9) démontrent comment orienter son regard afin de transformer une pratique actuelle, dans ce cas-ci : la gestion de cas, en adoptant une vision plus ergothérapique.

À l'exemple de nombreux auteurs de cette édition spéciale, nous invitons les ergothérapeutes à réfléchir à quelques questions pour guider l'approfondissement d'une pratique communautaire.

- Quelles sont nos réussites auprès des personnes ou des communautés que nous accompagnons? Comment parvenons-nous à soutenir les liens entre les divers partenaires pour favoriser l'épanouissement et la participation des individus, des groupes ou des communautés ?
- Quelles sont les principales entraves qui limitent le développement de notre pratique communautaire ? À quel point ces obstacles restreignent-ils notre champ d'action ?
- Comment pouvons-nous faire tomber ou surmonter les barrières afin de permettre le plein épanouissement de notre pratique communautaire ? Afin de mieux aligner notre pratique selon nos valeurs professionnelles, pouvons-nous considérer certains éléments de cette dernière différemment?
- Quelles sont les opportunités que nous pourrions saisir, les outils que nous pourrions développer pour élargir ou améliorer la pratique communautaire ?
- Existe-t-il de nouveaux partenaires avec qui nous pourrions collaborer, de nouvelles clientèles ou communautés où nous pourrions mettre notre expertise à contribution? Serait-il possible de viser, dans nos interventions et grâce à celles-ci, une communauté dans son ensemble plutôt que des individus isolés ?

Cette édition spéciale des *Actualités ergothérapiques* met en lumière différentes facettes d'une pratique essentielle au bien-être et à la santé de la population canadienne quant à l'ergothérapie communautaire. Trop souvent, les compétences et l'expertise des ergothérapeutes en milieu communautaire demeurent sous-exploitées. Or, en raison du vieillissement démographique et de

la prévalence des maladies chroniques et des coûts des systèmes de santé qui s'en suivent, les experts s'entendent sur la nécessité d'investir davantage dans les services de première ligne auprès des individus et des communautés, et dans les interventions de prévention et de promotion en matière de santé. La pratique communautaire ergothérapique est en mesure de participer à ces objectifs efficacement et de façon rentable sur le plan économique (Clark et al., 2012; Graff et al., 2008; Zingmark, Nilsson, Fisher et Lindholm, 2016). Il nous faut reconnaître, voire provoquer, les occasions d'exercer pleinement ce rôle au sein des communautés. Les réflexions et les actions fructueuses qui constituent cette édition spéciale sont des exemples qui, nous le souhaitons, sauront inspirer d'autres initiatives novatrices au Canada. En continuant de tabler sur le partenariat et l'autonomisation des personnes et des communautés, l'ergothérapie communautaire pourra ainsi poursuivre sa progression en vue d'atteindre son plein potentiel.

Références

- Clark, F., Jackson, J., Carlson, M., Chou, C.-P., Cherry, B. J., Jordan-Marsh, M., . . . Azen, S. P. (2012). Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: results of the Well Elderly 2 Randomised Controlled Trial. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(9), 782-790. doi: 10.1136/jech.2009.099754
- Graff, M. J. L., Adang, E. M. M., Vernooij-Dassen, M. J. M., Dekker, J., Jönsson, L., Thijssen, M., . . . Rikkert, M. G. M. O. (2008). Community occupational therapy for older patients with dementia and their care givers: cost effectiveness study. *British Medical Journal*, 336(7636), 134-138. doi: 10.1136/bmj.39408.481898.BE
- Organisation mondiale de la santé (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*. Publication no. WHO/HPR/HEP/98.1. Genève. Téléchargé au http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67245/1/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf
- Zingmark, M., Nilsson, I., Fisher, A. G., & Lindholm, L. (2016). Occupation-focused health promotion for well older people – A cost-effectiveness analysis. *British Journal of Occupational Therapy*, 79(3), 153-162. doi: 10.1177/0308022615609623

À propos des collaboratrices spéciales



Annie Carrier est ergothérapeute depuis 1996. Elle est professeure à l'École de réadaptation de l'Université de Sherbrooke. En tant que clinicienne, elle a œuvré une dizaine d'années en milieu communautaire. Dans le cadre de son stage postdoctoral, Annie s'est intéressée au rôle des agents de changement et aux stratégies permettant d'influencer les décideurs organisationnels et politiques. On peut la joindre à : annie.carrier@usherbrooke.ca



Marie-Hélène Raymond est ergothérapeute depuis 1999. Elle a travaillé pendant douze ans en milieu communautaire, tout en complétant un doctorat à l'Université de Montréal en 2016. Sa thèse portait sur la priorisation des demandes au sein des listes d'attente en ergothérapie à domicile, au Québec. Elle travaille présentement comme coordonnatrice à la mobilisation des connaissances, au Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation (CRIR) du Montréal métropolitain. On peut la joindre à : marie.helene.raymond@umontreal.ca

Quoi de neuf?



Ajout d'une liste des recherches au www.caot.ca

L'ACE soutient les activités de recherche qui favorisent l'avancement de la pratique de l'ergothérapie au Canada. Les chercheurs ont maintenant la possibilité d'afficher des sondages et des appels de recrutement sur la liste des recherches située au : <https://www.caot.ca/site/pt/resources/researchlisting> et les ergothérapeutes ont la possibilité de participer à ces recherches. Ces possibilités d'études ou de sondages sont examinées soigneusement avant d'être affichées sur le site, afin de vérifier si elles sont pertinentes pour le domaine de l'ergothérapie, si elles appuient la pratique de l'ergothérapie et si elle ne vont pas à l'encontre des valeurs de l'ACE. Les chercheurs et les ergothérapeutes sont invités à contribuer à cette liste ou à participer activement aux activités y figurant, afin que nous puissions, ensemble, bâtir une base de données probantes de qualité supérieure pour notre profession.

Appel d'articles pour le numéro thématique des *Actualités ergothérapeutiques* de mars 2018

Vous voudrez sans doute vous joindre à la collaboratrice spéciale Sandra Hobson, pour contribuer au numéro thématique de mars 2018 des *Actualités ergothérapeutiques*, qui sera intitulé « Soyez prêts » et qui traitera du fait qu'en étant mieux préparés, les individus et les groupes peuvent se prendre en charge et faire preuve de résilience. Nous sommes à la recherche d'articles sur les rôles que les ergothérapeutes assument actuellement ou pourraient assumer dans le domaine de la préparation aux transitions de la vie. Tous les détails de cet appel d'articles se trouvent au : <http://www.caot.ca/site/pd/OTNow?nav=sidebar>.

La date limite pour soumettre un article est le 1^{er} octobre 2017.
Prière d'adresser vos questions ou soumissions à otnow@caot.ca.

**Conférence nationale canadienne de réadaptation
à la conduite automobile**
Ottawa, Ontario - Les 12 et 13 octobre 2017
Présenté par l'Association canadienne des ergothérapeutes et
l'Association for Driver rehabilitation Specialists



La période d'inscription est en cours! Visitez le : <http://www.caot.ca/site/pd/CNDRC?nav=sidebar>



Paul Boase

Deux séances thématiques à ne pas rater!
La sécurité routière au Canada : Situation actuelle et plan d'avenir. L'expert en sécurité routière Paul Boase partagera ses réflexions sur les comportements des usagers de la route et sur la recherche dans ce domaine. Par l'intermédiaire de son travail au sein de Transport Canada et, bien avant cela, auprès du Ministère des Transports et des Communications de l'Ontario, M. Boase a participé à plusieurs projets novateurs, comme le permis d'apprenti-conducteur, la suspension administrative du permis et le radar photo.



Christine Caron

Se réapproprier sa vie! Christine Caron racontera comment elle a survécu à une morsure de chien ayant entraîné un choc septique et l'amputation de trois de ses membres et comment elle a réappris à conduire à l'aide d'équipement adapté et de modifications. Le rétablissement physique et psychologique de Christine a été facilité par de nombreux intervenants, notamment par le personnel du Centre de réadaptation de l'Hôpital d'Ottawa, dont les efforts lui ont

permis de recommencer à conduire et, par conséquent, de retrouver sa liberté et son autonomie.

L'ACE-CB relie les ergothérapeutes entre eux grâce à ses 14 réseaux de pratique

Le saviez-vous? Les ergothérapeutes exerçant en Colombie-Britannique ont la possibilité d'entrer en contact, d'apprendre et de réseauter avec d'autres ergothérapeutes dans leur domaine de pratique par l'intermédiaire des rencontres par téléconférence de 14 réseaux de pratique.

- Dysphagie
- Leadership
- Conduite automobile
- Réseau d'entreprises du secteur privé
- Pédiatrie
- Positionnement/technologie d'assistance
- Intervention en santé mentale et toxicomanie
- Ergothérapie en milieu communautaire
- Mesures
- Neurologie
- Diplômés internationaux en ergothérapie
- Douleur chronique et ergothérapie
- Pratique en milieu rural/éloigné
- Ergonomie

Guide de l'utilisateur de SAGE Journals

Les membres de l'ACE peuvent faire des recherches et consulter plus de 1 000 revues scientifiques, y compris la *RCE*. Sage a préparé un guide de l'utilisateur décrivant les façons de faire des recherches et de naviguer sur le nouveau site de Sage Journals, de même que certains outils et caractéristiques disponibles. Pour consulter le guide, visitez le : http://journals.sagepub.com/pb-assets/PDF/SJUserGuide_Feb2017.pdf.

L'OGCC : un outil pour faciliter le travail des ergothérapeutes en soutien à domicile

Isabelle Arès, Marie-Claude Comeau, Amélie Payeur et Judith Robitaille

Àu programme de soutien à domicile de notre établissement, l'équipe d'ergothérapie est soucieuse d'appliquer les meilleures pratiques cliniques, incluant ce qui concerne la gestion de la charge de cas. Dans les dernières années, l'arrivée de plusieurs ergothérapeutes a mis en lumière le problème encouru par une grande variabilité dans les méthodes de gestion de la charge de cas (prise en charge et fermeture de cas, durée et fréquence des visites, etc.). Tout en respectant les différences dans les styles de pratique, ces dernières peuvent avoir un impact sur le suivi des usagers, sur la fréquence de la prise en charge des clients qui sont en attente de service, ainsi que sur le sentiment d'auto-efficacité des ergothérapeutes de l'équipe.

Dans un souci de qualité et d'équité dans les services rendus en ergothérapie, un comité a donc été créé au sein de notre équipe de travail à l'automne 2015, afin de trouver un outil pouvant soutenir les ergothérapeutes dans la gestion de leur charge de cas. Il a été déterminé que cet outil devait comprendre certaines caractéristiques : être simple et rapide à compléter, permettre de décrire la charge de cas, répondre aux besoins de l'organisation quotidienne des ergothérapeutes de l'équipe, et permettre d'observer l'évolution de la charge de cas au fil du temps pour un même ergothérapeute (comparaison intra-individuelle).

Une brève recension des écrits a été réalisée pour identifier les outils existants. À la lumière de l'analyse sommaire de trois outils recensés (Association canadienne des ergothérapeutes, Association canadienne de physiothérapie et Association canadienne des orthophonistes et audiologistes, 2011; Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, 2009; Simard, 2008; Syndicat des ergothérapeutes du Québec, 2003), nous avons conclu qu'aucun d'entre eux ne répondait à l'ensemble des caractéristiques citées plus haut. Un outil de gestion de la charge de cas (OGCC) a donc été développé par le comité.

Description de l'OGCC

L'OGCC s'adresse aux ergothérapeutes pratiquant dans un programme de soutien à domicile. L'ergothérapeute consigne dans un fichier informatisé l'ensemble de ses cas (nom, prénom et numéro de dossier), ainsi que le niveau de complexité déterminé pour chacun d'eux. Les trois niveaux de complexité sont : léger, modéré et complexe. Chacun des niveaux est décrit par une série de critères (p. ex., plusieurs interventions à faire à court terme, rédaction pointilleuse, urgence d'agir). L'outil peut ensuite être personnalisé pour répondre aux besoins d'organisation quotidienne de chaque ergothérapeute (p. ex. : suivi, rédaction). L'intensité et la nature des interventions demeurent tributaires du jugement de l'ergothérapeute. Un exemple du fichier est présenté à la figure 1.

Une cote de complexité globale est ensuite générée en tenant compte du nombre de cas assignés à l'ergothérapeute, de leurs niveaux de complexité et du nombre de jours/semaine travaillés par l'ergothérapeute.

Le classement de chaque cas selon leur niveau de complexité ne permet pas l'appréciation subjective de la charge de cas perçue par l'ergothérapeute. Donc, l'OGCC comprend aussi une mesure quant à l'autoperception de la « lourdeur » de la charge de cas. L'OGCC propose une échelle numérique graduée de 1 à 10, où 1 = « J'ai besoin de défis supplémentaires » et 10 = « Je me sens dépassé(e) ».

Utilisation de l'outil

À la suite de l'utilisation de l'OGCC, les ergothérapeutes de notre équipe de travail ont rapporté les retombées suivantes. L'outil a permis :

- d'avoir un langage commun entre les membres d'une équipe de travail dans la discussion de la complexité des cas;
- de faciliter la gestion du travail courant;
- de faciliter le transfert d'informations dans les cas d'absence ou

Nom, prénom de l'ergothérapeute :		Ergo, Rose			
Jours travaillés / semaine :		5			
Date (AAAA-MM-JJ) :		2017-02-01			
# Dossier	Nom	Prénom	Niveau de complexité	Diagnostic principal*	Motif d'intervention*
111111	Aaa	Aaa	3	Sclérose en plaques	Transferts au fauteuil roulant
222222	Bbb	Bbb	5	AVC sylvien G	Évaluation fonctionnelle
333333	Ccc	Ccc	1	Perte d'autonomie	Autonomie à l'hygiène

* Les exemples de colonnes sont personnalisés selon les besoins de l'ergothérapeute

Figure 1. Exemple – Outil de gestion de la charge de cas (OGCC)

- de départ;
- d'objectiver la répartition des cas dans la charge de travail;
- d'apprécier la lourdeur de sa charge de cas et son évolution dans le temps;
- d'augmenter le sentiment d'auto-efficacité dans la gestion de la charge de cas;
- de guider la prise en charge de nouveaux cas;
- de participer au bien-être/santé des intervenants au travail (p. ex. prévention de l'épuisement professionnel).

L'OGCC a également été utilisé dans le cadre de discussions avec un coordonnateur clinique, pour valider, entre autres, la cohérence dans l'offre de services des ergothérapeutes. Cependant, l'OGCC ne prend pas en considération les tâches non cliniques (p. ex., les tâches administratives, les réunions) et l'outil n'est pas une mesure de la performance des ergothérapeutes, ni un outil de comparaison entre eux. Il permet uniquement un suivi intra-individuel de la complexité de la charge de cas.

Impact sur la pratique

L'utilisation de l'OGCC a eu un impact positif sur la pratique des ergothérapeutes dans notre équipe. Sa simplicité permet de supposer que d'autres établissements et d'autres professionnels pourraient facilement utiliser cet outil et bénéficier de ses avantages. À cet effet, l'outil complet avec le guide d'utilisation est disponible en français. Les personnes intéressées à consulter ce document sont invitées à communiquer avec les auteures.

À propos des auteures

Isabelle Arès, erg., est ergothérapeute en soutien à domicile, depuis 15 ans. Elle occupe des fonctions de coordonnatrice clinique dans l'équipe d'ergothérapie et de physiothérapie du CIUSSS- Estrie-CHUS, installation Memphrémagog, depuis 2 ans. Elle peut être contactée à : iares.mm@sss.gouv.qc.ca. Les coauteures sont ergothérapeutes dans cette équipe, depuis septembre 2014.

Remerciements

Les auteures remercient tous les intervenants ayant contribué au développement de l'OGCC ainsi que les gestionnaires à la direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées de l'installation Memphrémagog.

Références

- Association canadienne des ergothérapeutes, Association canadienne de physiothérapie et Association canadienne des orthophonistes et audiologistes. (2011). *Outil de gestion interprofessionnelle du nombre de cas*. Canada : Association canadienne des ergothérapeutes, Association canadienne de la physiothérapie et Association canadienne des orthophonistes et audiologistes.
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. (2009). *Cadre d'analyse de la charge de cas et de la charge de travail des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux*. Laval : Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. Repéré à https://www.otstcfq.org/docs/documents-accueil/cadre_d_analyse_de_la_charge.pdf?sfvrsn=1
- Simard, A. (2005, révisé en 2008). *Charge de cas des intervenants sociaux*. Centre de santé et de services sociaux de la Montagne. Document inédit.
- Syndicat des ergothérapeutes du Québec. (2003). *Méthode d'analyse de la charge de travail pour les ergothérapeutes en CLSC*. Québec : Syndicat des ergothérapeutes du Québec.

Explore OT Resources from SAGE



For more information,
please visit:
journals.sagepub.com

Including
CJOT!



Les ergothérapeutes en tant que gestionnaires de cas au sein des équipes communautaires de soins de santé mentale : Adopter la perspective ergothérapique

Jennifer Michetti et Crystal Dieleman

Plusieurs équipes de santé mentale communautaire (ESMC) sont composées de professionnels de disciplines variées jouant le double rôle de gestionnaire de cas généraliste et de spécialiste d'une profession spécifique (p. ex., ergothérapeute, infirmière, travailleur social). Dans ces équipes, chaque membre doit aborder les divers aspects de la vie de leurs clients en ne faisant appel aux autres membres de l'équipe que lorsqu'il faut répondre à des besoins abordés spécifiquement par certaines professions (p. ex., évaluation des activités de la vie quotidienne par un ergothérapeute; Culverhouse et Bibby, 2008; Parker, 2001).

Dans le cadre de mon mémoire de maîtrise sur le rôle de l'ergothérapeute au sein des ESMC, j'ai interviewé plusieurs ergothérapeutes au sujet de leur conception de leur double rôle. L'un des résultats clés de ces entrevues est la façon dont les ergothérapeutes choisissent d'adopter ou pas une perspective ergothérapique lorsqu'ils effectuent les tâches liées à la gestion de cas. Cet article illustre comment les ergothérapeutes travaillant au sein d'une ESMC peuvent jouer un double rôle en choisissant d'adopter une perspective ergothérapique.

Quel est le rôle commun des gestionnaires de cas?

Peu importe leur formation professionnelle, les gestionnaires de cas adhèrent à des exigences éthiques et légales en matière de respect de la vie privée et de confidentialité. Ils ont un ensemble commun de compétences de base, notamment les suivantes : counseling, prestation de soins individualisés, adoption d'une approche axée sur le rétablissement, mise en œuvre de stratégies de prévention de la maladie et du suicide, recours à des compétences en résolution de problèmes et soutien en vue de favoriser l'atteinte d'un équilibre de vie chez leurs clients (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2005). Parmi les exemples de tâches spécifiques pouvant être classées en fonction de ces compétences de base, citons les suivantes : livrer des médicaments ou observer si un client prend ses médicaments, accompagner un client à un rendez-vous médical, remplir des demandes de soutien au revenu, négocier avec le propriétaire du logement d'un client et aller faire l'épicerie avec un client.

Le continuum de la perspective ergothérapique

L'analyse des entretiens des ergothérapeutes au sujet de leur travail a révélé un continuum de la perspective ergothérapique (voir la

figure 1). Dans ce projet, la « perspective ergothérapique » est définie comme le degré d'actualisation d'une perspective fondée sur l'occupation par l'ergothérapeute dans son travail. Tous les ergothérapeutes ayant participé à l'étude ont parlé du rôle commun des gestionnaires de cas et des rôles spécifiques de l'ergothérapeute, mais leur manière de percevoir ces rôles différait. L'extrémité gauche du continuum représente les gestionnaires de cas ayant différentes formations professionnelles qui jouent leur rôle selon une perspective commune (qui n'est pas une perspective ergothérapique). L'extrémité droite du continuum représente des ergothérapeutes réalisant des tâches spécifiques à l'ergothérapie (p. ex., une évaluation des aptitudes à la vie autonome) en s'appuyant sur la théorie et les modèles propres à l'ergothérapie (p. ex., le Modèle Personne-Environnement-Occupation qui est axée sur l'habilitation des clients à faire ce qu'ils doivent et veulent faire (Law et al., 1996). Le centre du continuum correspond aux situations où les ergothérapeutes transforment un rôle commun en un rôle ergothérapique, en appliquant la théorie et les modèles ergothérapiques – c'est-à-dire, en adoptant une perspective ergothérapique – pour accomplir leur travail.



Figure 1. Le continuum de la perspective ergothérapique

Certains ergothérapeutes avaient le sentiment d'exercer pleinement leurs rôles en ergothérapie dans tout ce qu'ils faisaient, « car ils aident la personne dans toute sa globalité... à vivre sa vie au quotidien ». De façon préoccupante, d'autres ergothérapeutes considéraient qu'ils n'accomplissaient qu'une très petite partie de leur travail quotidien en tant qu'ergothérapeute. Ces ergothérapeutes ont exprimé le désir « de consacrer plus de temps à l'atteinte d'objectifs spécifiques en ergothérapie avec les clients », et l'impression de perdre leur identité d'ergothérapeute parfois, car ils accomplissaient peu de travail lié spécifiquement à l'ergothérapie. Ils ont affirmé que

À propos des auteures

Jennifer Michetti, MSc, Erg. Aut. (Ont.), est ergothérapeute et directrice de la pratique professionnelle au Joseph Brant Hospital à Burlington, en Ontario. Elle a récemment déposé son mémoire réalisé dans le cadre du volet « recherche » du programme de maîtrise post-professionnelle à la School of Occupational Therapy de la Dalhousie University. On peut la joindre à : jmichetti@josephbranthospital.ca.

Crystal Dieleman, PhD, OT Reg. (NS), est chargée de cours à la School of Occupational Therapy de la Dalhousie University. On peut la joindre à : crystal.dieleman@dal.ca.

leurs tâches en tant que gestionnaire de cas avaient priorité sur leurs tâches ergothérapeutiques. Un participant a mentionné qu'il « allait chez le médecin, au laboratoire, vérifiait si tous les besoins fondamentaux des clients étaient comblés avant de travailler sur certains de leurs objectifs fonctionnels ».

Réflexion

En réfléchissant à mon propre travail au sein d'une ESMC, j'ai pris conscience du fait que j'adoptais une perspective ergothérapeutique dans les rôles communs (section B de la figure 1) en ayant recours à l'analyse d'activités (c'est-à-dire en fragmentant les activités en composantes du rendement), afin de cibler et d'exploiter les compétences fondamentales et transférables des clients. L'application de mes compétences de base en ergothérapie m'est venue tout naturellement. Ce n'est que lorsque j'ai accompagné un collègue de travail non ergothérapeute à un rendez-vous pour un client que j'ai reconnu les différences marquantes entre nos approches. Par ailleurs, au cours d'une conversation, un autre collègue non ergothérapeute m'a demandé pourquoi je posais certaines questions à un client. Par exemple, alors que j'avais une conversation plus légère avec un client (en démontrant un comportement social acceptable) pendant une séance et que je posais des questions au client (pour l'encourager à jouer un rôle actif dans la prise de décision), mon collègue m'a demandé, « Quand commenceras-tu à travailler sur l'objectif du client de vivre de manière autonome? » C'est à ce moment que j'ai pris conscience que je devais expliquer mon approche à mes collègues de travail et leur montrer comment l'analyse de l'activité et l'enseignement d'habiletés fondamentales peuvent favoriser le transfert de compétences (p. ex., apprendre à un client à se présenter

Tableau 1
Tâches liées à l'accompagnement d'un client à un rendez-vous médical

Section A Rôle commun/perspective commune	Section B Rôle commun/perspective ergothérapeutique
<ul style="list-style-type: none"> • Frapper à la porte du client, le diriger vers l'arrêt d'autobus, lui dire quel autobus prendre et vérifier s'il paie le bon montant; • S'asseoir calmement pendant le trajet; actionner la sonnerie pour descendre au bon arrêt d'autobus; • Accompagner le client au rendez-vous, répondre/poser des questions en fonction du degré de consentement accordé par le client. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avant le rendez-vous : <ul style="list-style-type: none"> • Discuter avec le client des attentes relatives à l'hygiène; • Discuter des préoccupations et écrire les questions à poser pendant le rendez-vous; • Chercher avec le client le trajet/l'horaire/le temps de déplacement de l'autobus et le coût d'un passage; • Rencontrer le client dans le hall d'entrée de son édifice à logements; observer s'il se présente à l'heure; • Rappeler au client au besoin de vérifier s'il monte à bord du bon autobus/s'il paie le montant exact/s'il descend au bon arrêt; • Démontrer les habiletés pour tenir une conversation légère pendant le déplacement en autobus; • Défendre les intérêts du client au besoin, pendant le rendez-vous; • Encourager le client à poser des questions.

à l'heure à un rendez-vous avec l'ESMC peut éventuellement lui apprendre l'importance d'arriver à l'heure à une entrevue pour un emploi).

La plupart des ESMC sont fondées sur la gestion de cas et composées de professionnels de diverses disciplines agissant à titre de gestionnaires de cas qui adoptent une perspective commune, plutôt qu'une perspective ergothérapeutique. Le tableau 1 présente l'exemple d'un gestionnaire de cas accompagnant un client à un rendez-vous médical. Parmi les principes et pratiques ergothérapeutiques évidents lors de l'adoption d'une perspective ergothérapeutique, citons l'adoption d'une approche holistique dans la prestation de soins aux clients allant au-delà du simple fait d'assister à un rendez-vous. L'analyse de l'activité permet de mettre en relief les différentes habiletés requises pour participer à un rendez-vous médical, dont la préparation et la planification; la perspective ergothérapeutique favorise la participation active plutôt que passive du client. Selon la perspective ergothérapeutique, l'ergothérapeute *fait des choses avec le client* ou *il habilite le client à faire des choses pour et par lui-même*, plutôt que de faire certains aspects de l'activité *pour* le client ou en son nom.

Conclusion

Le rôle général d'un gestionnaire de cas peut se transformer en un rôle ergothérapeutique lorsqu'on adopte une perspective ergothérapeutique. Cette approche peut aider les clients à s'engager activement face à chaque aspect des activités qui composent leur vie quotidienne, à acquérir des habiletés fondamentales et transférables et à améliorer leur auto-efficacité et leur confiance en soi, tout en favorisant le rétablissement, de même que le sentiment et les possibilités de réussite des clients (Townsend et Polatajko, 2013). Ce simple changement de perspective, c'est-à-dire le fait que les ergothérapeutes adoptent une perspective ergothérapeutique pour jouer leur rôle commun de gestionnaire de cas, peut améliorer non seulement les services aux clients, mais également renforcer l'identité professionnelle des ergothérapeutes travaillant dans une ESMC, tout en améliorant leur satisfaction face à leur emploi.

Références

- Culverhouse, J., et Bibby, P. (2008). Occupational therapy and care coordination: The challenges faced by occupational therapists in community mental health settings. *British Journal of Occupational Therapy*, 71, 496-498.
- Law, M., Cooper, B, Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., et Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation Model: A transactive approach to occupational performance. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 63, 219-233.
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (2005). *Normes du programme ontarien à l'intention des équipes de traitement communautaire dynamique*. Téléchargé au www.northwestlhinc.on.ca/~linc/nw/act_standardsFRENCH.pdf
- Parker, H. (2001). The role of occupational therapists in community mental health teams: Generic or specialist? *British Journal of Occupational Therapy*, 64, 609-611.
- Townsend, E., et Polatajko, H. (2013). *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2e éd.). Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.

L'équipe communautaire de traitement intensif de Kenora : Une approche communautaire dans le nord de l'Ontario

Naomi Hazlett

30 octobre 2016 (1 h 30 du matin) : *En descendant de l'autocar Greyhound®, je me retrouve seule dans le noir, dans le stationnement de la gare, à des milliers de kilomètres de chez moi. Je tire ma valise jusqu'à la station-service pour trouver une cabine téléphonique et appeler un taxi, qui arrive une heure plus tard.*

31 octobre 2016 (10 h) : *Je me réveille dans mon appartement étudiant. Par la fenêtre du salon, j'entrevois la ville de Kenora, en Ontario, de l'autre côté d'un lac étincelant dans le soleil matinal...*

Kenora est située sur l'autoroute transcanadienne, à environ 200 kilomètres à l'est de Winnipeg et au nord de la frontière américaine. La population de la ville est d'environ 15 000 habitants (Statistique Canada, 2011). Située à une latitude plus élevée que Toronto ou Ottawa, Kenora est considérée comme une ville du nord de l'Ontario. Ainsi, pour les sept prochaines semaines, je découvrirais Kenora dans le cadre de mon stage clinique au sein d'une équipe communautaire de traitement intensif (ECTI). L'ECTI est l'un des nombreux programmes de santé mentale offerts par l'Association canadienne pour la santé mentale – division de Kenora (CMHA-K). Dans cet article, je discuterai des défis et des solutions uniques retrouvés dans la pratique de l'ergothérapie dans les régions éloignées du nord de l'Ontario dont j'ai été témoin pendant mon stage étudiant.

Le modèle ECTI

Le programme ECTI aide les personnes atteintes d'une maladie mentale à atteindre des objectifs qu'elles se sont fixés et à vivre de la manière la plus autonome possible dans la communauté. La majorité des clients de l'ECTI de la CMHA-K sont atteints de schizophrénie ou d'un trouble psychotique et plusieurs ont également des problèmes de toxicomanie. Certains de ces clients sont d'origine autochtone. Les interventions peuvent aller de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pour le traitement de l'anxiété à de l'aide pour faire l'épicerie. Le but général de l'ergothérapie au sein de cette ECTI est d'aider les clients à faire ce qu'ils veulent et doivent faire. L'intervention ergothérapeutique est axée sur l'atteinte d'objectifs personnels, de même que sur la réalisation des activités de la vie quotidienne (AVQ). Les interventions ont lieu au domicile des clients, au bureau de l'ECTI et dans la communauté. L'ergothérapeute travaille de manière individuelle avec les clients afin d'améliorer leur santé et leur bien-être. L'intervention peut permettre d'aborder des facteurs physiques comme la toxicomanie ou les comportements néfastes, de même que des facteurs mentaux comme l'anxiété ou la motivation.

Les ergothérapeutes travaillant en santé mentale communautaire sont bien positionnés pour combiner l'intervention en clinique à la pratique en situation réelle. Cette approche concrète est l'une des plus grandes forces de la pratique communautaire et Kenora en fournit des exemples. Tout d'abord, tout en participant à des tâches d'entretien ménager avec les clients, j'ai discuté de stratégies d'entretien ménager, comme l'adoption d'une routine ou

l'établissement d'un horaire de tâches ménagères. Ensuite, en animant un groupe d'artisanat hebdomadaire, j'ai aidé des clients à s'engager dans une occupation, à exprimer leur créativité et à socialiser. Enfin, j'ai également offert d'autres possibilités d'interaction sociale et de participation aux clients, en assistant à des événements dans la communauté avec eux.

Défis

Les longues distances entre les communautés et l'accès inadéquat aux ressources sont des défis propres aux régions situées dans le nord. En effet, les déplacements peuvent être une barrière majeure à l'accès aux soins. L'ECTI de Kenora se déploie selon un modèle de traitement communautaire intensif de type « district » (CMHA, 2017). Selon ce modèle, les clients non résidents de Kenora peuvent avoir accès aux services à distance, dans les communautés avoisinantes, par l'intermédiaire du réseau de télémédecine de l'Ontario ou d'une collaboration avec un gestionnaire de cas local. Les clients de l'ECTI de Kenora habitent donc à Kenora, Keewatin et ailleurs, soit dans l'une des 64 communautés autochtones avoisinantes. Comme les services médicaux de Kenora n'ont pas tous adopté ce modèle et n'offrent pas tous des services à distance, les clients qui vivent dans des communautés autochtones doivent souvent parcourir de longues distances pour recevoir des services de santé. Il n'y a qu'un autocar Greyhound qui se rend à Kenora un fois par jour, et qu'un autobus local qui passe à toutes les heures à Kenora. Pourtant, pour certaines personnes, il est impensable d'avoir accès à une voiture. L'une des communautés autochtones les plus proches, Asubpeeschoseewagong Anishinabek (Grassy Narrows), est située à une heure et demi en voiture de Kenora, et la route qui mène à Kenora est une longue route de terre sinueuse. Par ailleurs, le voyage aller-retour en avion vers Kenora, offert par la compagnie aérienne locale, peut coûter des milliers de dollars. Pour composer avec les problèmes de transport dans la pratique, il faut trouver des stratégies en fonction de chaque situation. Certains clients peuvent se rendre à leurs rendez-vous, groupes d'activités et activités par eux-mêmes, à la marche. D'autres utilisent les transports en commun ou d'autres services gratuits. Dans d'autres cas, l'ECTI offre un service de transport aux clients, à des fins thérapeutiques.

La diversité est un autre défi qu'il faut aborder dans le nord de l'Ontario. En 2006, 83,3 % de la population de Kenora était de descendance européenne, 15,8 % était composée de personnes autochtones et 0,9 % de la population appartenait à des minorités visibles (Statistique Canada, 2006). La discrimination n'est pas un problème touchant uniquement les personnes atteintes de troubles de santé mentale; en effet, elle touche également les personnes autochtones qui vivent dans la région. Le contexte historique des relations entre les cultures autochtones et européennes a encore un impact aujourd'hui. Rupert Ross, un avocat de la couronne à la retraite du district de Kenora, a décrit les effets durables du traumatisme associé à la perte culturelle et à la violence subies par les enfants dans le système des pensionnats autochtones : «...le trauma des enfants

dans les pensionnats autochtones a entraîné des comportements traumatiques lorsque ces enfants sont rentrés chez eux, de même que la perpétuation de ces comportements par les générations subséquentes » (2014, p. 127). Le Cecilia Jeffrey Residential School, qui était le dernier pensionnat de ce genre à Kenora, a fermé ses portes en 1976 (Aiken, 2013). Les frictions entre la population autochtone et la population majoritaire d'origine européenne de Kenora sont toujours présentes aujourd'hui, ce qui augmente grandement la stigmatisation dont les populations autochtones sont victimes. Pour les clients qui sont victimes à la fois des préjugés associés à la santé mentale et au fait d'être autochtone, les difficultés peuvent sembler insurmontables. Les ergothérapeutes doivent reconnaître et aborder les barrières culturelles et institutionnelles afin de pouvoir aider les clients autochtones à atteindre leurs objectifs de la meilleure façon possible.

Solutions

Il n'y a pas de solution facile pour aider les ergothérapeutes à rehausser la compétence culturelle dans le nord de l'Ontario, mais le fait d'adopter une approche communautaire constitue un pas dans la bonne direction. Les ergothérapeutes travaillent au domicile et dans les territoires des clients autochtones, et ils participent également à des événements culturels et communautaires; ils doivent donc comprendre le rôle qu'ils peuvent jouer en vue de promouvoir une vie saine et favoriser la guérison et une meilleure qualité de vie.

Au quotidien, les ergothérapeutes qui travaillent au sein de l'ECTI de Kenora doivent relever de nombreux défis pour offrir leurs services essentiels, dont ceux de trouver des solutions face aux transports en commun rares ou coûteux, de lutter contre les préjugés dans les communautés isolées tout en étant visiblement différents des membres de la communauté et de rehausser la compétence culturelle. Même si j'ai eu le privilège d'observer des ergothérapeutes ayant trouvé des solutions efficaces et créatives pour aborder ces défis, il y a toujours de nombreuses lacunes à combler. Par exemple, pendant mon stage, un résident de Grassy Narrows m'a informée qu'un programme de prévention du suicide efficace avait été récemment interrompu. Cette situation met en relief la nécessité de sensibiliser les différents intervenants aux besoins des communautés éloignées et de défendre les programmes qui répondent actuellement à ces besoins. Par ailleurs, les ergothérapeutes abordent actuellement les lacunes ciblées précédemment de différentes façons. Dans le cadre d'une initiative visant à établir des liens entre des clients autochtones et des occupations culturellement pertinentes, j'ai accompagné des clients à un Powwow qui avait lieu le Jour du Souvenir. Pour régler les problèmes de transport, l'ECTI et le centre communautaire présentant l'événement ont offert un service de transport aux clients pour aller au Powwow. Par ailleurs, lors de la présentation d'une séance sur la nutrition et l'alimentation saine pour le programme Challenge Club Mental Health Day Treatment au Lake of the Woods District Hospital, ma partenaire étudiante en ergothérapie et moi avons discuté de différentes façons d'incorporer des mets traditionnels autochtones dans un régime équilibré.

Même si les ressources sont limitées, il existe des façons d'en tirer parti. Pour offrir du soutien et des interventions efficaces, il faut travailler en collaboration avec les résidents de Kenora et les communautés avoisinantes, peu importe leur statut social, pour déterminer les services les plus urgents et la façon la plus judicieuse

de les offrir. Il est également primordial que les fournisseurs de services de santé soient bien informés des enjeux auxquels leurs propres communautés font face. Il est aussi important de sensibiliser les différents intervenants à ces enjeux et de revendiquer le financement dont ces communautés ont désespérément besoin, pour réussir à améliorer la qualité de vie à laquelle tous les membres de la communauté ont droit.

Conclusion

Alors que j'attendais, devant l'entrée d'une hutte de sudation à Wauzhushk Onigum, également connu sous le nom de Rat Portage, un ancien m'a demandé pourquoi j'étais venue à Kenora. Je lui ai répondu que je voulais comprendre ce que je pouvais faire pour venir en aide aux gens, et que je voulais le faire en étant à l'écoute des gens. Il m'a dit, « Bien des gens ne savent pas comment faire cela ».

25 décembre 2016 (17 h30) : *Je suis de retour à la maison, à Toronto, en train d'ouvrir un cadeau offert par un client. Un capteur de rêve artisanal émerge du papier d'emballage. Il est maintenant accroché sur le mur de ma chambre, pour me rappeler qu'en tant que nouvelle ergothérapeute, peu importe où mes pas me porteront, je dois me souvenir, rester à l'écoute et revendiquer...pour venir en aide aux personnes vulnérables.*

Références

- Aiken, M. (2013). *Dedication to a better future at C.J.* Téléchargé au <http://media.knet.ca/node/22578>
- Canadian Mental Health Association – Kenora Branch. (2017). *Assertive Community Treatment*. Téléchargé au <http://www.cmhak.on.ca/index.php/assertive-community-treatment>
- Ross, R. (2014). *Indigenous healing: Exploring traditional paths*. Toronto, ON: Penguin Canada.
- Statistique Canada. (2006). *Profil des communautés de 2006 (Kenora)*. Téléchargé au <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/prof/92-591/details/page.cfm?Lang=F&Geo1=CSD&Code1=3560010&Geo2=PR&Code2=35&Data=Count&SearchText=Kenora&SearchType=Begins&SearchPR=01&B1=All&Custom=>
- Statistique Canada. (2011). *Profil du recensement (Kenora)*. Téléchargé au <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2011/dp-pd/prof/details/page.cfm?Lang=F&Geo1=CSD&Code1=3560010&Geo2=PR&Code2=35&Data=Count&SearchText=Kenora&SearchType=Begins&SearchPR=01&B1=All&Custom=>

À propos de l'auteure

Naomi Hazlett, BSc, est étudiante en ergothérapie à l'University of Toronto. Elle s'intéresse notamment à la santé mentale, à la vie active et à la pratique communautaire en milieu rural. On peut la joindre à : naomi.hazlett@mail.utoronto.ca.

Promouvoir la santé des individus et des communautés en offrant des services d'ergothérapie adaptés à la communauté dans le secteur des soins de santé primaires

Rebecca Marval

Le terme *communauté* décrit un groupe de personnes qui vivent dans une même région géographique ou qui ont une « identité commune » (Trentham, Cockburn et Shin, 2007, p. 56). Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), une communauté en santé permet aux gens de « se soutenir mutuellement pour accomplir toutes les fonctions de la vie et réaliser leurs pleines capacités » (1998, p. 13). En tant qu'ergothérapeutes, nous pourrions naturellement être les gardiens de la santé des communautés. Pourtant, malgré nos valeurs professionnelles communes, nos efforts individuels et le rôle des ergothérapeutes à titre de praticiens « exerçant en milieu communautaire », nous n'arrivons pas, à mon humble avis, à aider les individus à mener une vie saine dans leur collectivité, encore moins à aider des communautés entières à améliorer leur santé. Le présent article se veut une réflexion critique sur les facteurs limitant notre capacité de le faire. Cet article présente également un modèle alternatif de prestation de services communautaires d'ergothérapie adaptés à la communauté dans le secteur des soins de santé primaires, fondé sur une expérience clinique dans un milieu urbain canadien.

Facteurs limitant l'approche communautaire

Idéalement, un individu vivant dans la collectivité consulte un ergothérapeute et atteint un objectif (p. ex., l'autonomie en matière de mobilité dans la communauté) qui lui procure certains bienfaits (p. ex., une plus grande autonomie). Cette personne généralise le nouvel avantage acquis (p. ex., accès à une bibliothèque municipale) en améliorant sa santé, tout en participant à des occupations et des rôles significatifs. Parfois, l'amélioration fonctionnelle de cette personne procure des avantages à d'autres personnes (p. ex., création d'un programme de lecture auquel les autres ont accès), contribuant ainsi à la santé de l'ensemble de la communauté. Selon mon expérience, cette séquence d'événements est souvent le seul mécanisme approuvé par l'employeur ou le programme que les ergothérapeutes exerçant en milieu communautaire peuvent utiliser pour influencer la santé d'une communauté. Ce mécanisme est fragile, car il est centré sur des individus qui doivent faire partie d'une communauté en santé (p. ex., une communauté ayant une bibliothèque). Ainsi, pour promouvoir des communautés en santé, les ergothérapeutes doivent contribuer directement à la santé de ces communautés.

Pourtant, de nombreuses influences environnementales limitent l'apport des ergothérapeutes à la santé des communautés. L'un de ces facteurs est le **positionnement historique de l'ergothérapie** dans le secteur de la santé (Townsend et Sandiford, 2012) et le modèle médical dominant. Celui-ci a structuré la pratique de l'ergothérapie en fonction des pathologies et accordé plus d'importance à l'intervention qu'à la prévention. Ces phénomènes deviennent encore plus complexes en raison des limites inhérentes à la **division des ressources** en trois secteurs : la santé, la justice et d'autres secteurs. Or, pour aborder les problèmes multifactoriels, il faut travailler de manière globale avec les personnes et les communautés. Un autre facteur d'influence est l'**accent mis sur l'individualité dans la culture occidentale**. En effet, cette approche individualiste isole les personnes de leur environnement, une idée contraire à l'importance reconnue des déterminants sociaux sur la santé des personnes et des collectivités (OMS, 1998) et à la perspective théorique holistique en ergothérapie. Finalement, **les prémisses hégémoniques** des politiques favorisant les personnes qui font déjà partie de communautés en « santé » limitent l'impact de

l'ergothérapie dans d'autres communautés, en raison de facteurs comme le statut socioéconomique, le niveau de scolarité et autres. Par exemple, une directive de cessation de suivi pour les clients qui ratent un rendez-vous dont l'avis est envoyé par la poste désavantage les personnes qui n'ont pas une adresse stable ou qui ont une faible littératie. De plus, ce genre de directive limite également l'accès à l'ergothérapie pour les personnes qui n'ont pas de moyen de transport ou l'aide d'une personne pour se rendre à leur rendez-vous ou même, à un téléphone pour en prendre un autre.

Compte tenu de ces facteurs systémiques, la vision des communautés en santé de l'OMS ne pourra être atteinte sans effectuer des changements systémiques importants à l'actualisation desquels les ergothérapeutes peuvent contribuer au cours des prochaines années. Toutefois, il est déjà possible d'orienter davantage le milieu ergothérapeutique vers cette vision. L'une des façons d'aller de l'avant est d'adopter des pratiques adaptées aux communautés dans le secteur des soins primaires (Santé Canada, 2012). Ces pratiques sont conçues pour répondre aux besoins de communautés spécifiques relatifs à l'ensemble des déterminants sociaux de la santé. Elles tiennent compte des préoccupations et préférences communes des membres, comme dans l'exemple suivant, qui est une illustration d'une pratique actuelle.

Le programme Mobile Outreach Street Health (MOSH) : un exemple de services d'ergothérapie adaptés à la communauté dans le secteur des soins de santé primaires

MOSH est une équipe de soins de santé primaires ayant été créée pour améliorer la santé des personnes susceptibles de vivre ou vivant une situation d'itinérance. Le fait de travailler comme ergothérapeute au sein de MOSH m'a donné de nombreuses occasions de mettre en pratique la vision de l'OMS, soit de bâtir des communautés en santé. En 2009, la communauté et mon employeur m'ont incitée à adapter ma pratique et m'ont offert leur soutien, afin de favoriser la santé des individus et de la communauté, tout en m'imposant le moins de contraintes inutiles en matière de prestation des services. Le tableau 1 met en relief les caractéristiques de ma pratique ayant été adaptées aux besoins, préoccupations et préférences des personnes vivant une situation d'itinérance, selon les histoires recueillies auprès des fournisseurs de services et des participants au programme, de même que selon la littérature du domaine de la santé (Frankish, Hwang et Quantz, 2005).

Dans ma pratique en milieu communautaire, il est encore difficile d'avoir un impact sur la santé des individus et des communautés en tant qu'ergothérapeute. Parmi les quelques exemples d'initiatives ayant remporté du succès et sensibilisé les individus et la communauté, citons le MOSH Bike Project, qui a permis d'offrir des bicyclettes comme moyen de transport actif et abordable à plus de 90 personnes vivant dans la rue, de même que le programme de mentorat au travail Adsum for Women & Children's PeerWorks. Ce programme a permis d'engager des femmes ayant vécu une situation d'itinérance pour faire des activités de gestion de logement rémunérées pour un fournisseur de logements à but non lucratif, ce qui a procuré des avantages économiques, sociaux et occupationnels à tous les acteurs impliqués. L'ergothérapie adaptée à la communauté dans le secteur des soins primaires se prête bien à l'occupation comme modalité pour répondre aux besoins des individus et des communautés, tout en

Tableau 1

Caractéristiques d'une pratique visant à promouvoir la santé des individus et de la communauté

Aspects communautaires	Caractéristiques de la pratique adaptée à la communauté
Il est primordial de réduire les barrières à l'accès aux services.	<p>Accepter les demandes de consultation de toute source, y compris les demandes verbales faites par les personnes elles-mêmes).</p> <p>Offrir un accès rapide pour tirer profit des possibilités telles la sortie de prison, la disponibilité d'un logement ou un intérêt à changer les habitudes de consommation (même si un accès rapide peut entraîner un plus grand nombre de cas, la participation individuelle fluctue fréquemment, ce qui permet une gestion adéquate de la charge de cas auprès des individus impliqués à tout moment donné.)</p> <p>Recruter des clients éventuels au moyen d'activités de sensibilisation lors des rassemblements communautaires.</p> <p>Éviter les politiques restrictives associées aux « rendez-vous manqués », à la durée du suivi, à l'état de santé préalable requis ou aux problèmes fonctionnels définissant l'admissibilité aux services, etc.</p>
Les soins fondés sur les relations (c'est-à-dire une relation avec un intervenant de confiance) favorisent l'atteinte de résultats positifs.	<p>Être présent et patient, pour établir des relations de confiance plutôt que de seulement chercher à atteindre un but.</p> <p>Occuper toute l'étendue de la pratique—participer à des activités transdisciplinaires afin de répondre efficacement aux besoins des individus plutôt que de simplement référer les clients ailleurs, dans le cas d'activités qui se situent dans le champ de pratique de l'ergothérapie.</p> <p>Être ouvert aux applications possibles de l'ergothérapie—déterminer une large gamme d'objectifs centrés sur l'occupation qui sont importants pour la santé des individus et de la communauté, comme le fait d'aider le client à conserver son logement en abordant les comportements dérangeants ou en lui montrant comment se préparer pour le traitement de punaises de lit; appliquer les techniques globales de résolution de problèmes, p. ex., aider les propriétaires de logements à accueillir des personnes ayant de la difficulté à obtenir et conserver un logement.</p>
Les problèmes systémiques jouent un rôle très important dans la santé des individus et des communautés, car le manque de ressources entrave le pouvoir des individus d'influencer positivement l'atteinte de leurs objectifs.	<p>Travailler avec la communauté pour cibler les problèmes courants et promouvoir le changement en favorisant l'activisme (Townsend et Sandiford, 2012), l'inclusion, le développement communautaire (Lauckner, Krupa et Paterson, 2011), de même que le changement institutionnel et du milieu et le partage des ressources, des résultats de recherche et d'autres outils.</p> <p>Partager les connaissances et valeurs de l'ergothérapie avec les membres de la communauté, les fournisseurs de services et les instances décisionnelles afin de renforcer la capacité de la communauté de répondre de manière durable à ses propres besoins en matière de santé et d'occupation.</p>

contribuant à leur santé.

Pour que la pratique en milieu communautaire repose sur le concept des communautés en santé, les ergothérapeutes doivent reconnaître les conditions requises pour bâtir des communautés en santé. Ils doivent également établir des partenariats avec des instances décisionnelles, en vue d'apporter les changements systémiques requis pour que les services d'ergothérapie fassent partie intégrante des communautés et soient accessibles. En tant que praticiens, nous devons résolument adopter une vision proactive pour faire face aux facteurs qui limitent la santé des individus et des collectivités.

Références

- Frankish, C., Hwang, S., et Quantz, D. (2005). Homelessness and health in Canada: Research lessons and priorities. *Canadian Journal of Public Health, 96*(2), S23-S29.
- Lauckner, H., Krupa, T., et Paterson, M. (2011). Conceptualizing community development: Occupational therapy practice at the intersection of health services and community. *Revue canadienne d'ergothérapie, 78*, 260-268. doi:10.2182/cjot.2011.78.4.8
- Organisation mondiale de la santé. (1998). *Glossaire de la promotion de la santé*. Téléchargé au http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67245/1/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf
- Santé Canada. (2012). *À propos des soins de santé primaires*. Téléchargé au <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/soins-sante-primaires/propos-soins-sante-primaires.html>
- Townsend, E. A., et Sandiford, M. (2012). *Reaching out: Today's activist occupational therapy* (version intégrale) [fichier vidéo]. Téléchargé au <http://youtu.be/LlcfyQ3RwT0>
- Trentham, B., Cockburn, L., et Shin, J. (2007). Health promotion and community development: An application of occupational therapy in primary health care. *Canadian Journal of Community Mental Health, 26*(2), 53-70. doi:10.7870/cjcmh-2007-0028

À propos de l'auteure

Rebecca Marval, OT Reg. (NS), est ergothérapeute au sein d'un programme communautaire novateur, le Mobile Outreach Street Health, qui offre des services aux personnes itinérantes à Halifax, en Nouvelle-Écosse. Elle est professeure auxiliaire à la School of Occupational Therapy de la Dalhousie University et elle est dynamisée par les interactions dans la communauté.

L'ergothérapie dans les communautés à faible revenu : Découvrir les forces, renforcer les capacités et favoriser la viabilité des collectivités

Stephanie Davies

La pauvreté est souvent définie en termes monétaires. En tant que fournisseurs de soins de santé, les ergothérapeutes travaillent souvent auprès de populations dites à faible revenu et doivent s'éloigner de cette conception ubiquiste de la pauvreté en la considérant dans un contexte plus large. L'Organisation mondiale de la santé (2006) a proposé d'envisager la pauvreté du point de vue de ses caractéristiques, comme le manque d'accès à l'éducation, aux soins de santé et à l'occupation. En raison d'un déni de ces droits fondamentaux, les communautés font face à des injustices occupationnelles, à savoir des inégalités quant aux possibilités de participer à des occupations significatives et à l'accès aux ressources permettant une telle participation (Townsend, 2004). Plutôt que de considérer l'injustice occupationnelle comme un problème devant être réglé par un intervenant externe, nous pouvons l'aborder en misant sur les atouts d'une communauté.

Lorsque les ergothérapeutes adoptent une définition élargie de ce qu'est une communauté pauvre, ils peuvent favoriser un engagement communautaire positif, tout en usant d'une approche descendante axée sur les forces particulières d'une communauté. Par opposition, adopter une approche ascendante ou axée sur les problèmes, en particulier auprès d'une population vulnérable, peut engendrer une perte de pouvoir et perpétuer une dépendance. Dans cet article, je décrirai une approche descendante qui permet d'examiner la pauvreté dans un contexte plus large.

Les évaluations des capacités communautaires : une approche basée sur les forces

Dans le domaine de la recherche en développement communautaire, on fait valoir un argument de poids selon lequel toutes les communautés ont une capacité inhérente de régénération soutenue (Kretzman et McNight, 1993). Les ressources requises pour résoudre continuellement des problèmes d'ordre occupationnel se trouvent fondamentalement au sein des communautés. Lorsque les fournisseurs de soins de santé travaillent dans des communautés vulnérables, ils doivent consciemment agir en tant que collaborateurs plutôt qu'en tant qu'experts. L'une des façons de dresser la liste des atouts d'une communauté et de les utiliser est d'adopter une approche descendante axée sur la détermination des forces et le renforcement des capacités. Kretzman et McNight (1993) ont proposé les trois étapes de l'évaluation communautaire que l'on peut utiliser pour comprendre les atouts retrouvés au sein des communautés à faible revenu :

1. Déterminer les compétences des individus (p. ex., en créant des sondages pour déterminer les priorités, les talents et la formation);
2. Déterminer les atouts au sein de la communauté pouvant être utiles pour les individus (p. ex., églises, bibliothèques, écoles);
3. Déterminer comment les capacités réciproques des individus et de la communauté peuvent permettre de créer des liens (p. ex.,

un complexe sportif local offrant un espace d'exercice gratuit aux individus qui participent à l'aménagement paysager).

Les évaluations des capacités relèvent de la pratique des ergothérapeutes; ces évaluations permettent de déterminer les compétences qui existent au sein d'une communauté, plutôt que de considérer la communauté comme un milieu à améliorer. Cette approche basée sur les forces remet du pouvoir aux individus afin qu'ils agissent en tant qu'agents de changement en misant sur leurs compétences et habiletés.

Le Modèle Personne-Environnement-Occupation (PEO) : une approche descendante

Le modèle PEO favorise la pratique centrée sur le client en incitant les ergothérapeutes à comprendre les interactions entre les rôles dynamiques des personnes et les environnements dans lesquels elles travaillent, vivent et jouent (Law et al., 1996). Pendant une évaluation des capacités, des informations peuvent être recueillies sur l'adéquation entre la personne, l'environnement et les occupations dans la communauté – c'est-à-dire le degré selon lequel les facteurs personne-environnement-occupation s'harmonisent. Par exemple, pour des personnes d'une communauté à faible revenu désirant participer à un programme d'exercice mais ne vivant pas à proximité du programme ou n'ayant pas les moyens d'y participer, il y aurait un faible degré de concordance entre cette occupation et l'environnement dans lequel elles vivent. L'ergothérapeute peut aider à découvrir les atouts des membres de la communauté (p. ex., expérience pour diriger des groupes d'exercice) et de l'environnement (p. ex., un parc public disponible à proximité). Ces atouts peuvent permettre de combler le fossé entre l'environnement et l'occupation en tissant des liens entre des membres de la communauté ayant une expertise et ceux qui désirent faire de l'exercice dans un espace libre et gratuit.

En découvrant les facteurs PEO collectifs de la communauté, les ergothérapeutes peuvent se positionner en tant que collaborateurs et mieux comprendre les possibilités en matière d'occupations significatives. Par ailleurs, en participant à des occupations significatives, les gens ont le potentiel d'améliorer leur santé générale, de percevoir plus facilement leur stress et de trouver un sens à la vie (White, Ma et Whitney, 2014). Ainsi, les atouts communautaires et individuels révélés par les évaluations des capacités offrent la possibilité de créer une concordance significative entre la personne, l'environnement et l'occupation.

Sommaire

En favorisant les évaluations des capacités de la communauté et en utilisant le modèle PEO, les ergothérapeutes découvrent des possibilités significatives et remettent du pouvoir aux individus,

afin qu'ils deviennent des agents de changement dans leurs environnements. Les interventions durables en ergothérapie dans les communautés à faible revenu sont centrées sur le client, la collaboration et la remise du pouvoir. Ainsi, les ergothérapeutes bénéficient d'une situation idéale pour travailler dans les communautés à faible revenu en s'appuyant sur leur expertise et en adoptant une approche descendante, basée sur les forces.

Références

Kretzman, J. P., et McKnight, J. L. (1993). *Building communities from the inside out: A path towards finding and mobilizing community assets*. Chicago, IL: ACTA Publications.

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

Organisation mondiale de la santé. (2006). *Community-based initiatives: Success stories from the Eastern Mediterranean Region*. Téléchargé au <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/116506/1/dsa748.pdf>

Townsend, E. (2004). Occupational justice and client-centred practice: A dialogue in progress. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 62, 192-198. doi:10.1177/000841740407100203

White, B. P., Ma, A., et Whitney, D. (2014). Relationships among occupation/activity patterns, health and stress perceptions, and life orientation in well adults. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 2(4), 5. doi:10.15453/2168-6408.1088

À propos de l'auteure

Stephanie Davies, MSc(ergothérapie), Erg. Aut. (Ont.), est ergothérapeute diplômée de la Queen's University. Son expérience de stage dans le domaine du logement social et son rôle actuel en pratique communautaire l'ont incitée à poursuivre ses efforts en vue du susciter un dialogue sur la pratique de l'ergothérapie basée sur les forces. On peut la joindre par courriel à : stephjoydavies@gmail.com.

Économisez de 20 à 75 % de plus avec un forfait de webinaires !

Les *webinaires – données probantes dans la pratique* (anciennement conférences-midi Lunch & Learn) fournissent des ressources et des renseignements pratiques, fondés sur l'occupation et sur les données probantes, que les ergothérapeutes peuvent assimiler et mettre en pratique. Pour vous faciliter la tâche, les forfaits de 5, 10 ou 15 *webinaires – données probantes dans la pratique* peuvent maintenant être utilisés pour une combinaison de webinaires en direct et de webinaires sur demande !

- **Tarif individuel** : Pour une seule personne
- **Tarif institutionnel** : Pour les groupes comptant jusqu'à 25 personnes, participant d'un maximum de 3 ordinateurs. S'il y a plus de 25 personnes dans votre groupe ou si vous êtes situés à plus de 3 emplacements, veuillez communiquer avec education@caot.ca.

Nombre de *webinaires – données probantes dans la pratique*

Tarif individuel

Tarif institutionnel

Choix de 1

50 \$

250 \$

Choix de 5

200 \$

1000 \$

Choix de 10

300 \$

1500 \$

Choix de 15

375 \$

1875 \$

Laissez-passer annuel : *webinaires – données probantes dans la pratique* à venir *

395 \$

1975 \$

40 webinaires sur demande de septembre 2015 à septembre 2016

395 \$

1975 \$

90 webinaires sur demande de septembre 2012 à juillet 2015

495 \$

2475 \$



* Au moins 30 webinaires – données probantes dans la pratique sont offerts chaque année. Avec le laissez-passer annuel, chaque webinaire revient à moins de 14 \$ pour les individus et 66 \$ pour les institutions/groupes.

Pour plus de renseignements et pour faire l'achat d'un forfait, veuillez visiter l'adresse : www.caot.ca/site/pd/caotwebinar

Soutenir les aînés autochtones dans leur contribution au mieux-être de leur communauté : une démarche de partenariat

Chantal Viscogliosi, Hugo Asselin, Suzy Basile, Yves Couturier, Marie-Josée Drolet, Dominique Gagnon, Jill Torrie et Mélanie Levasseur

Défis en contexte autochtone pour l'ergothérapeute

Dans une approche favorisant le dialogue interculturel, notre projet vise à soutenir la participation sociale des aînés autochtones à travers les solidarités intergénérationnelles pour favoriser le mieux-être des communautés autochtones. Actuellement, des ergothérapeutes sont impliqués dans les communautés autochtones du Canada avec des clientèles de tous âges en adaptation et réadaptation, que ce soit en santé physique ou mentale. Pourtant, les actions des ergothérapeutes comportent des défis sur plan de la compétence culturelle limitant les effets des services sociaux et de santé face aux enjeux rencontrés par les peuples autochtones. En cohérence avec les modèles traditionnels autochtones qui favorisent la guérison (CVRC, 2015; Simard-Veillet, 2015) et le développement communautaire (APNQL et CSSSPNQL, 2007), ce projet s'appuie sur la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé de l'OMS (2001) et sur le Modèle canadien d'habilitation centré sur le client (Townsend, Polatajko, Craik, et Davis, 2007). Basé sur la réciprocité dans le partage des connaissances entre, d'une part les aînés et les représentants autochtones et, d'autre part, notre équipe de recherche et de collaborateurs du secteur de la santé et des services sociaux ainsi que du milieu communautaire, notre projet met en lumière des approches autochtones favorisant le mieux-être. Par conséquent, il contribue à l'amélioration de la sécurité culturelle (Coffin, 2007). Celle-ci se situe sur un continuum allant de la prise de conscience de la culture de la personne, en passant par le développement de la sensibilité culturelle de l'intervenant puis éventuellement à sa compétence culturelle, en vue d'assurer la sécurité culturelle de la personne (Baba, 2013). Cette sécurité culturelle basée sur le respect et la prévention de la discrimination est essentielle pour optimiser l'expression par la personne, de ses préoccupations et de ses préférences, l'adhésion à son plan de traitement et son recours à des consultations ultérieures (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2013).

Démarche de partenariat en promotion de la santé

Notre équipe de recherche comprenant des chercheurs des nations autochtones réalise actuellement une *Synthèse de connaissances* (Viscogliosi et coll., 2017) en partenariat avec des aînés et des représentants de communautés autochtones ainsi qu'un comité consultatif. Ce dernier est composé d'experts en participation sociale et en éthique autochtone, de représentants de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, d'intervenants de la santé et des services sociaux, d'organismes communautaires et de Centres d'amitié autochtone. La littérature grise scientifique, et des sources écrites, vidéos ou audios, produites par les communautés et organismes autochtones ou œuvrant auprès d'eux, contribuent à la richesse de

cette synthèse, ainsi qu'à la réciprocité dans le partage des savoirs (Asselin et Basile, 2012). Le comité consultatif nous a orientés vers des sources provenant notamment de Conseils des sages, de Centres de documentation autochtones ainsi que de sites internet des Centres d'amitié autochtone et de communautés. Nous rencontrons actuellement les communautés autochtones lors de cafés-rencontres où nous échangeons sur les expériences de contribution des aînés au mieux-être des communautés. De plus, nous rencontrons individuellement des aînés autochtones qui acceptent de partager leurs connaissances, d'expliquer les enjeux auxquels ils font face et les conditions facilitant leur contribution, et qui proposent des pistes pour une recherche participative visant à optimiser leur contribution au mieux-être de leur communauté. Afin d'optimiser l'implication des aînés dans différents domaines de transmission des savoirs, des valeurs et d'identité culturelle, une boîte à outils, présentant les éléments clés d'initiatives de contribution des aînés, sera partagée avec les communautés à la fin du projet. Notre *Synthèse des connaissances* alimentera les échanges avec les aînés, les représentants des communautés et les utilisateurs de connaissances quant aux pistes de solution favorisant l'utilisation des forces individuelles et collectives. Par son approche respectueuse des valeurs et de la culture, cette synthèse contribuera à favoriser la sécurité culturelle, fondamentale pour plus d'équité en santé. Enfin, elle soutiendra les aînés pour qu'ils puissent mettre à profit les savoirs traditionnels en vue d'améliorer le mieux-être de leurs communautés.

Références

- Asselin, H. et Basile, S. (2012). Éthique de la recherche avec les Peuples autochtones : qu'en pensent les principaux intéressés? *Éthique publique* 14(1): 333-345.
- Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador [APNQL] et Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador [CSSSPNQL]. (2007). *Nos aînés... Notre identité*. Mémoire présenté au Secrétariat des aînés dans le cadre des consultations publiques sur les conditions de vie des personnes âgées. Québec, Québec. Secrétariat aux aînés. <http://www.cssspnql.com/docs/centre-de-documentation/conditions-vie-a%C3%AEn%C3%A9s-vfinale-fr.pdf?sfvrsn=2>
- Baba, L. (2013). *Sécurité culturelle en santé publique chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis: État des lieux sur la compétence et la sécurité culturelles en éducation, en formation et dans les services de santé*. Prince George (C.-B.): Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/88/CIPHER_report_FR_web_updated.pdf
- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (2013). *Vers la sécurité culturelle des Métis : une introduction destinée aux intervenants de la santé*. <http://www.nccah-ccnsa.ca/193/publications.nccah?publication=76>

Coffin J. (2007). Rising to the challenge in aboriginal health by creating cultural security. *Aboriginal and Islander Health Worker Journal* 31(3).

Commission de vérité et réconciliation du Canada [CVRC]. (2015). *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir. Sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada*. Montréal et Toronto : McGill-Queen's University Press. http://www.trc.ca/websites/trcinstitution/File/French_Exec_Summary_web_revised.pdf

Organisation mondiale de la santé [OMS]. (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*. Genève: Organisation mondiale de la santé.

Simard-Veillet M. (2015). *Obligation de consulter et d'accommoder : Vers un empowerment autochtone? Le cas des Atikamekw Nehirowisiwok au Québec*. Mémoire de maîtrise. Montréal, QC: Université du Québec à Montréal.

Townsend, E.A., Polatajko, H.J., Craik, J., et Davis, J. (2007). Modèle canadien d'habilitation centrée sur le client. Dans E.A. Townsend et H.J. Polatajko (dir.), *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation* (p. 87-151). Ottawa, ON : CAOT Publications ACE.

Viscogliosi, C., Asselin, H., Basile, S., Couturier, Y., Drolet, M.J., Gagnon, D., Torrie, J. and Levasseur, M. (2017). A scoping review protocol on social participation of Indigenous elders, intergenerational solidarity, and their influence on individual and community wellness. *BMJ Open*. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-015931>

À propos des auteures et des auteurs

Stagiaire postdoctorale en promotion de la santé autochtone à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, **Chantal Viscogliosi, PhD**, a occupé les rôles d'ergothérapeute, responsable de programme, conseillère clinicienne et enseignante universitaire et en formation continue. On peut la joindre à : Chantal.Viscogliosi@uqat.ca

Hugo Asselin est professeur et directeur de l'École d'études autochtones à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. Ses travaux portent, entre autres, sur les savoirs traditionnels et sur la résilience des communautés autochtones.

Suzy Basile, professeure à l'École d'études autochtones de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, s'intéresse au rôle des femmes autochtones dans la gouvernance territoriale et à l'éthique de la recherche avec les peuples autochtones.

Yves Couturier est professeur en travail social à l'Université de Sherbrooke, titulaire de la Chaire de recherche du Canada en pratiques professionnelles d'intégration des services gérontologiques et directeur scientifique du Réseau de connaissances en services de première ligne.

Marie-Josée Drolet, erg. PhD, est professeure au département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Elle enseigne et fait de la recherche dans les domaines de l'éthique appliquée, de la compétence culturelle et de l'argumentation en santé.

Dominique Gagnon est professeur en travail social à Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. Il s'intéresse notamment aux pratiques professionnelles en gérontologie et à l'organisation des services destinés aux aînés.

Jill Torrie, anthropologue, PhD, est directrice des services spécialisés et assistante directrice en santé publique au Conseil Cri de santé et des services sociaux de la Baie James. Elle est chercheuse en santé publique.

Mélanie Levasseur est ergothérapeute, professeure à l'Université de Sherbrooke et chercheuse au Centre de recherche sur le vieillissement. Son programme de recherche porte sur un continuum d'interventions innovantes favorisant la participation sociale des aînés.

Conférence nationale canadienne de réadaptation à la conduite automobile

Ottawa, Ontario • Les 12 et 13 octobre 2017

Présenté par l'Association canadienne des ergothérapeutes et l'Association for Driver Rehabilitation Specialists



Joignez-vous à plus de 250 professionnels de partout au Canada représentant l'ensemble de l'industrie de la mobilité

L'ACE est fière de présenter conjointement cet événement avec l'Association for Driver Rehabilitation Specialists (ADED), qui présentera les dernières tendances en recherche, en pratique et en politique ainsi que les dernières avancées en équipement adapté, en modification de véhicule et en stratégies d'évaluation/de réadaptation.

Lieu : Ottawa Conference and Event Centre, 200 Coventry Road, Ottawa ON

Inscrivez-vous en ligne : <https://caot.ca/site/pd/CNDRC?nav=sidebar>

Établir des liens : Les raisons pour lesquelles les demandeurs d'asile et les réfugiés ont besoin de services d'ergothérapie

Kara Winlaw

Le Canada a récemment connu un afflux massif de demandeurs d'asile et de réfugiés. Les défis quotidiens rencontrés par les membres de ces groupes sont nombreux et complexes, et des taux élevés d'anxiété, de dépression et de trouble du stress post-traumatique (TSPT) sont fréquemment observés chez ces personnes. (Fazel, Wheeler et Danesh, 2005). Des facteurs tels que l'isolement social, la discrimination et le chômage, qui se manifestent à la suite de l'immigration, prolongent et exacerbent ces problèmes de santé mentale (Carswell, Blackburn et Barker, 2011).

De nombreuses professions et organisations au Canada se consacrent aux difficultés rencontrées par les demandeurs d'asile et les réfugiés. Toutefois, les ergothérapeutes semblent généralement absents de ce domaine. Par exemple, en Colombie-Britannique, seulement 15 ergothérapeutes figurent sur la liste des milliers de fournisseurs de soins de santé du Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI), un programme offrant des services de santé limités et temporaires à cette population. Lorsque j'ai travaillé pour les services post-traumatiques à l'intention des demandeurs d'asile et des réfugiés en Écosse, j'ai pu constater par moi-même les bienfaits considérables que l'ergothérapie peut leur procurer. Les écrits suggèrent également que l'ergothérapie peut jouer un rôle déterminant en changeant significativement les choses pour les membres de cette population (Smith, Stephenson et Gibson-Satterthwaite, 2013; Trimboli et Taylor, 2016; Whiteford, 2005). Le but de cet article est de montrer comment les ergothérapeutes, en particulier ceux qui travaillent en milieu communautaire, peuvent contribuer de manière unique à l'autonomisation des demandeurs d'asile et des réfugiés en favorisant l'acquisition d'habiletés, la participation à des occupations et l'intégration communautaire. En comprenant véritablement ce que notre profession peut offrir, j'espère que nous pourrions concerner nos efforts en vue de surmonter les barrières à la prestation des services.

Pour les personnes qui fuient la guerre et la persécution, le fait de s'établir dans un nouveau pays peut être initialement un soulagement. Cependant, ce soulagement peut être rapidement remplacé par de la confusion et de la peur lorsque les demandeurs d'asile et les réfugiés tentent de comprendre les règles et les systèmes d'une nouvelle société. Le fait de se retrouver dans une culture inconnue, d'être séparé de sa famille et de faire face aux conséquences d'un traumatisme peut rendre le processus de réinstallation extrêmement difficile. L'un des facteurs importants d'une transition réussie pour les réfugiés et les demandeurs d'asile est l'acquisition de **nouvelles aptitudes à la vie quotidienne** (Suleman et Whiteford, 2013). À l'aide de diverses évaluations, les ergothérapeutes peuvent évaluer les aptitudes à la vie autonome et le rendement occupationnel d'une personne, tout en déterminant les aspects des soins personnels, de la productivité et des loisirs qui sont défailants et pour lesquels

cette personne a besoin de soutien. Les ergothérapeutes peuvent ensuite collaborer avec les réfugiés et les demandeurs d'asile pour créer des interventions sur mesure qui incorporent l'enseignement des aptitudes à la vie autonome. Parmi les habiletés pouvant être enseignées, citons les suivantes : cuisiner en toute sécurité à domicile, utiliser les transports en commun, chercher un emploi, gérer de l'argent, se prévaloir des services communautaires et apprendre de nouvelles stratégies d'adaptation. Ces habiletés sont non seulement pratiques, mais elles peuvent également procurer un sentiment de confiance en soi et de satisfaction et favoriser la participation communautaire, tout en agissant comme des précurseurs de la participation occupationnelle et du bien-être (Suleman et Whiteford, 2013).

De nombreux organismes réputés au Canada offrent des programmes d'acquisition des habiletés aux réfugiés et demandeurs d'asile; cependant, les critères d'admissibilité varient grandement, les ateliers sont souvent sporadiques et basés sur la participation volontaire et le soutien individuel est limité. De plus, en ce qui concerne les personnes ayant des problèmes de santé mentale, comme le TSPT, le fait de quitter un foyer sûr pour participer à des ateliers avec des personnes inconnues peut être un obstacle insurmontable, en particulier au début de la réinstallation. Grâce à leur formation avancée leur permettant d'offrir des interventions favorisant la santé mentale, d'analyser les activités et de comprendre comment influencer positivement l'apprentissage et la motivation, les ergothérapeutes sont des candidats idéaux pour offrir ce genre de soutien. Malheureusement, les occasions de le faire sont rares. Le PFSI est une avenue possible pour la prestation de services. Toutefois, ce modèle de prestation de services n'est pas idéal pour les raisons suivantes : il ne s'adresse qu'aux personnes inadmissibles à l'assurance santé provinciale, une requête de la part du médecin est requise, et la collaboration en équipe est minimale. Idéalement, pour offrir des services répondant davantage aux besoins de l'ensemble de cette population, les ergothérapeutes devraient travailler en partenariat avec le gouvernement et les organismes sans but lucratif pour les réfugiés. Ceci favoriserait l'échange d'information, la création d'un milieu d'apprentissage et l'usage d'une approche intégrée selon laquelle chaque profession exploiterait ses compétences propres. Pour établir ce genre de partenariat, les ergothérapeutes pourraient tenter de jouer un rôle d'expert-conseil en développement de programme au sein de ces organismes.

La participation restreinte aux occupations significatives et l'isolement représentent des problèmes majeurs pour les demandeurs d'asile et les réfugiés (Carswell et al., 2011). En tant qu'experts en habilitation des occupations, les ergothérapeutes possèdent les compétences requises pour adapter les occupations en fonction de chaque situation, en tenant compte de différents aspects comme

la culture et les traumatismes antérieurs. Cette approche permet de veiller à ce que les demandeurs d'asile et les réfugiés soient encouragés à participer à des occupations ayant une signification pour eux. Les ergothérapeutes en milieu communautaire utilisent cette approche et leur connaissance développée des ressources communautaires pour favoriser davantage la **participation à des occupations significatives**. Pour ce faire, ils informent les individus sur les ressources disponibles et revendiquent de meilleurs services et des services plus accessibles. Par exemple, une ergothérapeute aux États-Unis s'est servi de ses connaissances sur les ressources communautaires locales pour favoriser l'autonomisation de femmes karen réfugiées de la Birmanie et la reprise de l'une de leurs occupations traditionnelles, le tissage (Smith et al., 2013). Par conséquent, ces femmes ont réussi à conserver leur identité culturelle, à améliorer leurs réseaux sociaux, à éprouver un sentiment de fierté et à transmettre une habileté importante à leurs enfants (Smith et al., 2013). Ailleurs, en Écosse, l'ergothérapeute Sharon Rae a travaillé en partenariat avec la Forestry Commission Scotland afin de mettre sur pied un programme de plein-air intitulé « Branching Out ». Ce programme a permis aux demandeurs d'asile et aux réfugiés d'apprendre de nouvelles habiletés, de se familiariser avec le milieu local, de ressentir les bienfaits de la thérapie en plein-air et de tisser des liens sociaux avec les autres. Dans certains cas, lorsque la participation occupationnelle est significative et l'intégration communautaire en jeu, les bienfaits sont nombreux pour les participants, notamment l'amélioration de la confiance en soi et de l'affirmation de soi, une réduction de l'isolement social, l'amélioration de la santé mentale et le sentiment renouvelé d'avoir un but.

La privation occupationnelle est une situation dans laquelle une personne est exclue d'occupations essentielles et significatives pour elle, en raison de contraintes externes (Whiteford, 2005). Il s'agit d'un défi courant pour les demandeurs d'asile et les réfugiés qui passent souvent du temps dans des camps avant leur arrivée dans un pays étranger, où tout est nouveau et inconnu. Les routines quotidiennes offrent la possibilité d'induire un sentiment de normalité et de reprendre des rôles antérieurs perdus. Les ergothérapeutes exerçant en milieu communautaire peuvent travailler auprès de cette population pour établir graduellement ces routines grâce à des agendas quotidiens et à la planification d'objectifs progressifs. Le fait de mettre l'accent sur les occupations de tous les jours peut donner à une personne le répit dont elle a tant besoin face à ses problèmes et symptômes quotidiens (Whiteford, 2005). Pour les demandeurs d'asile et les réfugiés qui font face à des problèmes quotidiens tels que le chômage et la séparation de leur famille, la participation à une intervention axée sur des aspects positifs est essentielle. L'adoption d'une perspective axée sur l'habilitation et la participation à des occupations peut atténuer des situations difficiles et entraîner des résultats positifs, comme l'amélioration du bien-être et l'acquisition d'un sentiment d'appartenance à la société (Suleman et Whiteford, 2013).

L'ergothérapie est basée sur la prémisse centrale selon laquelle l'occupation et la santé sont étroitement liées. Les recherches dans ce domaine montrent de plus en plus que l'occupation est une nécessité de la vie et que la participation à des occupations significatives améliore la qualité de vie (Whiteford et Townsend, 2011). Faisant sienne cette prémisse fondamentale, la Fédération mondiale des ergothérapeutes a publié une prise de position sur les

droits de la personne (2006) qui affirme que toute personne a le droit de participer à des occupations qui lui procurent un sentiment d'accomplissement et de satisfaction conformément à sa culture et ses croyances, et qui lui permet de s'épanouir. Ce droit n'est soumis à aucune condition et il s'applique à toute personne, peu importe son statut. Ainsi, cette absence d'intervention professionnelle des ergothérapeutes auprès des demandeurs d'asile et des réfugiés n'est pas seulement une occasion ratée; elle est tout à fait contraire à nos valeurs professionnelles. Les services d'ergothérapie peuvent instaurer un changement positif pour cette population en abordant les problèmes de santé mentale et en réduisant au minimum l'isolement social, la discrimination et le chômage. Il est temps, maintenant plus que jamais, d'appuyer les demandeurs d'asile et les réfugiés en veillant à ce qu'ils aient accès aux mêmes services de santé que le reste de la population canadienne. En consacrant du temps à cette cause, nous pourrions faire face à l'un des plus grands défis de la communauté mondiale, tout en honorant notre engagement historique à promouvoir la justice sociale (Trimboli et Taylor, 2016).

Références

- Carswell, K., Blackburn, P., et Barker, C. (2011). The relationship between trauma, post-migration problems and the psychological well-being of refugees and asylum seekers. *International Journal of Social Psychiatry*, 57, 107-119. doi:10.1177/0020764009105699
- Fazel, M., Wheeler, J., et Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review. *The Lancet*, 65(9467), 1309-1314. doi:10.1016/S0140-6736(05)61027-6
- Fédération mondiale des ergothérapeutes. (2006). *Prise de position sur les Droits de l'Homme*. Téléchargé au <http://www.wfot.org/ResourceCentre.aspx>
- Smith, Y. J., Stephenson, S., et Gibson-Satterthwaite, M. (2013). The meaning and value of traditional occupational practice: A Karen woman's story of weaving in the United States. *Work*, 45, 25-30. doi:10.3233/WOR-131600
- Suleman, A., et Whiteford, G. E. (2013). Understanding occupational transitions in forced migration: The importance of life skills in early refugee resettlement. *Journal of Occupational Science*, 20, 201-210. doi:10.1080/14427591.2012.755908
- Townsend, E. A., et Whiteford, G. (2005). A participatory occupational justice framework: Population-based processes of practice. Dans F. Kronenberg, S. S. Alagado, et N. Pollard (Édit.), *Occupational therapy without borders: Learning from the spirit of survivors*. Toronto, ON: Elsevier Churchill Livingstone.
- Trimboli, C., et Taylor, J. (2016). Addressing the occupational needs of refugees and asylum seekers. *Australian Occupational Therapy Journal*, 63, 434-437. doi:10.1111/1440-1630.12349
- Whiteford, G. E. (2005). Understanding the occupational deprivation of refugees: A case study from Kosovo. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 72, 78-88. doi:10.1177/000841740507200202

À propos de l'auteure

Kara Winlaw, MSc(ergothérapie), ergothérapeute, est une nouvelle diplômée de la Queen Margaret University en Écosse; elle exerce actuellement en tant qu'ergothérapeute en milieu communautaire à Victoria, en Colombie-Britannique. On peut la joindre à : karahlw@yahoo.com.

Faciliter la transition entre l'hôpital et le domicile

Alanna Weill

Au cours de la dernière décennie, les soins de santé en Ontario ont subi des changements considérables visant à mettre l'accent sur l'accès aux bons soins, au bon moment et au bon endroit pour les patients (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2012). L'accent mis sur les soins centrés sur le patient offerts de la façon la plus efficace et efficiente possible a mené les ergothérapeutes à examiner leur pratique de façon critique. Ces changements ont également favorisé des réflexions créatives sur de nouvelles façons d'offrir les services pour combler les lacunes. Par exemple, dans un hôpital gériatrique de Toronto, des lacunes ont été constatées dans les transferts des aînés en perte d'autonomie ayant des problèmes médicaux complexes lorsqu'ils obtiennent leur congé de l'hôpital. En effet, les délais plus serrés entre l'admission et le congé ont soulevé l'inquiétude des différents intervenants quant à la sécurité à domicile des patients et du fardeau que leurs soins représentent pour leurs proches aidants. Ainsi, un nouveau volet novateur a été ajouté à l'équipe de soins communautaire actuelle de l'hôpital, soit le service Transition Home.

Transition Home est un service d'ergothérapie collaboratif communautaire d'une durée limitée dont le but est d'optimiser le retour à domicile pour le patient et la famille. L'ergothérapeute de Transition Home travaille avec l'équipe des patients hospitalisés pour favoriser la participation occupationnelle et l'atteinte des objectifs ayant trait à la durée de séjour, fournir une continuité de soins immédiate, améliorer le fonctionnement des patients et leur qualité de vie, ainsi que maximiser leur sécurité.

Transition Home offre des visites à domicile aux patients des unités de réadaptation qui résident dans un bassin géographique spécifique et ce, avant et après leur sortie de l'hôpital. Selon le moment de la visite (avant ou après la sortie de l'hôpital), une demande de consultation est faite par les thérapeutes des patients hospitalisés, en fonction de leur raisonnement clinique et de leur connaissance de la situation particulière du patient. Un patient est souvent dirigé vers Transition Home si ses capacités fonctionnelles sont significativement différentes de ses capacités antérieures. Comme ces patients ont souvent de multiples comorbidités, l'équipe des patients hospitalisés est préoccupée de leur retour en toute sécurité à domicile et de la gestion de leurs soins après leur congé de l'hôpital. Même si certains de ces patients ont des problèmes résiduels qui n'ont pas été entièrement abordés pendant leur séjour à l'unité, il est impossible de prolonger leur séjour à l'hôpital.

Les visites à domicile de Transition Home avant et après le congé de l'hôpital sont organisées à la suite d'une discussion de cas avec les thérapeutes des patients hospitalisés. Si une visite à domicile est recommandée avant le congé de l'hôpital, elle est prévue au moment opportun afin d'avoir un impact positif sur le reste du séjour du patient à l'hôpital et de planifier adéquatement son congé. L'ergothérapeute de Transition Home évalue l'état général du patient et ses capacités/limitations fonctionnelles actuelles, en fonction du contexte de son domicile. L'ergothérapeute émet ensuite des recommandations relatives à la sécurité à domicile, la mobilité fonctionnelle et l'enseignement à prodiguer aux proches aidants. Le consentement du patient et de la famille est obtenu pour prendre des photos ou des vidéos lors des visites

à domicile. Les résultats de l'évaluation, les photos, les vidéos et les recommandations émises pendant la visite précédant le congé du patient sont discutés en détail avec les thérapeutes des patients hospitalisés, un ou deux jours après la visite. Les visites effectuées après le congé ont pour but de faire un suivi des recommandations en matière de sécurité et de mobilité de l'équipe des patients hospitalisés ou déterminées lors de la visite de Transition Home effectuée avant le congé du patient. Idéalement, les visites effectuées après le congé sont prévues le jour même dudit congé. L'ergothérapeute de Transition Home aide aussi le patient et la famille à s'y retrouver dans le système de santé, en établissant les liens requis avec des partenaires de la communauté (p. ex., le Centre d'accès aux soins communautaires) pour obtenir du soutien à plus long terme.

Les premières rétroactions des équipes, patients et familles ayant participé à ce service ont été extrêmement positives—par exemple :

« Les photos ou les vidéos prises pendant les visites à domicile, de même que les rapports de l'évaluation précédant le congé du patient deviennent nos yeux et nos oreilles au domicile du patient. Les visites permettent d'identifier rapidement les problèmes qui pourraient survenir suite au congé et que le patient devra affronter dans la réalité, dès son retour à domicile. » —ergothérapeute de l'unité de soins aux patients hospitalisés

« Grâce aux visites de Transition Home, j'ai davantage confiance en moi lorsque je fais des recommandations finales au congé du patient, en particulier pour les patients les plus vulnérables vivant dans des environnements comportant de nombreux obstacles. » —physiothérapeute de l'unité de soins aux patients hospitalisés

« Ces visites ont été non seulement pratiques et utiles pour les aspects liés à l'équipement et à la sécurité, mais elles ont aussi permis de réduire l'anxiété des patients et de leur famille face au retour à domicile du patient. » —travailleuse sociale de l'unité des patients hospitalisés

« Les recommandations émises pendant la visite de Transition Home étaient pratiques et elles ont été déterminantes pour permettre à ma mère de revenir à domicile en toute sécurité. » —fille d'un patient

Afin de s'assurer de l'efficacité et de l'efficience du programme, une évaluation des résultats centrés sur le client et d'autres indicateurs objectifs seront requis. Il pourrait s'agir, par exemple, de rapports de satisfaction subjectifs du patient/de la famille (p. ex., immédiatement et six mois après le congé de l'hôpital) et de données relatives aux taux de réadmission à l'hôpital et aux demandes d'admission en soins de longue durée.

Références

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (2012). *Des changements pour la santé : Les bons soins, au bon moment, au bon endroit*. Téléchargé au http://www.health.gov.on.ca/en/ms/ecfa/healthy_change/right.aspx

À propos de l'auteure

Alanna Weill, BSc.OT, MA, Erg. Aut. (Ont.), est ergothérapeute au Baycrest Health Sciences, un centre qui se spécialise dans l'approche communautaire en gériatrie. On peut la joindre à : aweill@baycrest.org

Le programme Aqua Vision : Aborder les besoins des personnes ayant des incapacités visuelles grâce à un programme d'aquaforme conçu en partenariat avec la communauté

Minnie Teng

La participation à des groupes d'exercices aquatiques procure des bienfaits qui vont bien au-delà de l'amélioration de la condition physique, en favorisant également la santé mentale (Ourania, Georgia, Ioannis et Marina, 2011) et l'inclusion sociale (Dolan, 2016). Les ergothérapeutes travaillent en vue de favoriser la santé, surmonter les barrières physiques, sociales et émotionnelles et maximiser la qualité de vie de leurs clients (Mitchell et Unsworth, 2004). Cet article illustre la démarche d'une étudiante en ergothérapie qui adopte une approche communautaire en ciblant les barrières à la participation par une immersion dans la communauté et des partenariats avec des organismes pertinents, en vue de concevoir un programme qui s'attaque à ces barrières (Doll, 2010).

Cibler un besoin, par l'intermédiaire d'une immersion dans la communauté

En tant que personne ayant un trouble visuel, c'est-à-dire un strabisme intermittent, j'ai fait du bénévolat pour un groupe de soutien aux aînés ayant une perte de vision. L'un des sujets qui revenaient sans cesse pendant les réunions était le nombre limité d'activités physiques et sociales auxquelles ces aînés avaient accès. Bon nombre de participants exprimaient le désir de faire de l'exercice, car la plupart avaient toujours été physiquement et socialement actifs par le passé. Comme je suis une instructrice en aquaforme, j'ai suggéré cette activité, aussi connue sous le nom d'exercices aquatiques. Un homme a mentionné qu'il serait intéressé à reprendre des cours d'aquaforme, mais qu'en raison de sa vision limitée, il n'arrivait pas à voir l'instructeur. Une femme a partagé l'expérience qu'elle avait vécue alors qu'elle avait frappé accidentellement une autre personne pendant un cours d'aquaforme. Plusieurs participants ont manifesté leur intérêt pour l'aquaforme, notamment parce que cette activité peut permettre de réduire les symptômes d'autres problèmes de santé dont cette population est atteinte, comme l'arthrite. J'ai donc communiqué avec des membres du personnel de British Columbia (BC) Blind Sports, un organisme caritatif offrant des activités sportives et récréatives aux personnes ayant des handicaps visuels, pour leur demander s'il existait des programmes d'aquaforme adaptés aux personnes ayant des incapacités visuelles. J'ai alors appris qu'il n'y avait aucun programme de ce genre. Toutefois, mes activités de bénévolat et mon expérience d'immersion dans la communauté m'ont permis d'identifier les barrières à la participation à l'aquaforme, de même que la nécessité d'offrir un programme d'aquaforme accessible aux personnes ayant des incapacités visuelles.

Former des partenariats avec des organismes communautaires

BC Blind Sports et l'Institut national canadien pour les aveugles (INCA) sont les principaux organismes en Colombie-Britannique offrant des services aux personnes ayant des incapacités visuelles. Ces deux organismes emploient du personnel ayant des incapacités visuelles pour jouer le rôle d'experts et donner leur avis sur les façons d'améliorer l'accessibilité pour les personnes ayant de telles incapacités. Lorsque j'ai communiqué initialement avec le personnel de BC Blind Sports, ils ont fait preuve d'un grand enthousiasme face à l'idée d'un programme d'aquaforme accessible et ils ont accepté de fournir une partie du financement pour un projet pilote à Vancouver. Par ailleurs, le personnel de l'INCA a également contribué à la diffusion de notre message. Le fait d'établir un partenariat avec des organismes communautaires est une façon de reconnaître que les connaissances et l'expérience des membres de la communauté sont aussi importantes que les connaissances et l'expérience des ergothérapeutes (Doll, 2010). En tant qu'étudiante en ergothérapie, j'ai dirigé le projet pilote, fait diverses demandes de subventions communautaires pour contribuer au financement du projet et organisé des activités de levée de fonds. L'University of British Columbia a éventuellement accordé une subvention au projet pilote.

Le programme Aqua Vision

Plusieurs rencontres réunissant des intervenants (comme BC Blind Sports), des participants intéressés et moi-même ont été organisées pour discuter de la façon dont l'aquaforme pouvait être adaptée pour en rehausser l'accessibilité. Tout au long du processus de planification et de mise en œuvre, les membres du personnel de BC Blind Sports ayant des incapacités visuelles, de même que des membres de la



Des participants se servent de petits tapis antidérapants pendant une séance d'Aqua Vision

communauté des personnes malvoyantes ont participé au projet. Ces personnes ont fait quelques suggestions, comme réduire le volume de la musique pendant les séances d'aquaforme pour permettre aux participants de mieux entendre les directives, éviter l'usage de mots comme « ceci » ou « cela » (car ces termes sont des références visuelles) et demander à l'instructeur ou l'institutrice de porter un bandeau ou un bonnet de bain de couleur vive pour accentuer les contrastes visuels. Une difficulté a toutefois persisté : comment les clients pourraient-ils vérifier s'ils se tiennent à une distance sécuritaire des autres participants? Une idée a surgi dans mon esprit un soir, alors que j'étais dans la douche. Nous pourrions essayer d'utiliser des tapis antidérapants comme points de repère! Ainsi, nous remettons maintenant à chaque participant un petit tapis qui adhère au fond de la piscine. Ce tapis sert de point de repère tactile pour juger dans quelle mesure ils peuvent bouger les bras et les jambes librement et en toute sécurité (voir la photo à la page précédente).

Plus d'une année s'est écoulée entre le lancement de l'idée d'un programme d'aquaforme adapté et la mise en œuvre concrète d'Aqua Vision. Pendant l'hiver 2016, le premier programme d'exercices aquatiques accessible a été mis à l'essai en Colombie-Britannique et il a remporté un franc succès!

Les ergothérapeutes en tant qu'innovateurs sociaux

À la suite de la réussite d'Aqua Vision, d'autres groupes communautaires en Colombie-Britannique ont fait des activités de sensibilisation et se sont informés à propos des services aquatiques

accessibles pour des populations spécifiques. Cette expérience en pratique communautaire a donc entraîné la création de l'Aquafit for All Association, un organisme à but non lucratif qui offre des activités aquatiques accessibles à toute personne, quelles que soient ses capacités. Les ergothérapeutes possèdent des connaissances et compétences uniques pour cibler les facteurs personnels et environnementaux ayant un impact sur la participation des gens aux occupations importantes et porteuses de sens pour eux. Grâce à leur façon de comprendre l'impact des occupations sur la santé et le bien-être, les ergothérapeutes peuvent jouer un rôle en tant qu'innovateurs sociaux, en vue de cibler les besoins non comblés et de concevoir des programmes qui peuvent réellement changer les choses.

Références

- Dolan, S. (2016). *Benefits of group exercise*. <http://www.acsm.org/public-information/articles/2016/10/07/benefits-of-group-exercise>
- Doll, J. D. (2010). *Program development and grant writing in occupational therapy: Making the connection*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Mitchell, R., et Unsworth, C.A. (2004). Role perceptions and clinical reasoning of community health occupational therapists undertaking home visits. *Australian Occupational Therapy Journal*, 51, 13-24. doi:10.1111/j.1440-1630.2004.00372.x
- Ourania, M., Georgia, Y., Ioannis, T., et Marina, M. (2011). Psychological and physiological effects of aquatic exercise program among the elderly. *The Sport Journal*, 14.

À propos de l'auteure

Minnie Teng, BSc, est étudiante de première année au programme de maîtrise en ergothérapie de l'University of British Columbia. Elle est la fondatrice de l'Aquafit for All Association (aquafitforall.org) et on peut la joindre à : minnie.teng@aquafitforall.org.



Mention de source de la photo en page couverture : Vickie Teng
Photo soumise par : Minnie Teng

Explication de Minnie : « Il s'agit d'une photo prise pendant une séance d'Aqua Vision, au cours de laquelle des adultes ayant un trouble de la vision participent à

un programme d'aquaforme (programme d'exercices aquatiques). Ce projet est le premier en son genre et il compte beaucoup pour ces personnes; en effet, pour certaines participants, il s'agit du seul programme d'exercices auquel ils peuvent participer, compte tenu de leurs problèmes visuels ».

PHARMASAVE®

We're an important part of your team.



products & services that support you.

- Mobility Aids
- Diabetes Care
- Nutritionals
- Medication Reviews
- Aids for daily living
- Compression Hosiery

Visit Pharmasave.com



« Devenir un acteur de ma santé et de ma sécurité au travail » : une illustration de la pratique communautaire des ergothérapeutes en promotion de la santé au travail

Alexandra Lecours et Pierre-Yves Therriault

Les ergothérapeutes occupent un rôle de premier plan en matière de santé au travail. Les écrits scientifiques suggèrent que les interventions des ergothérapeutes dans ce champ de pratique se situent principalement en réadaptation des travailleurs accidentés (Kollee et coll., 2013). Toutefois, l'Association canadienne des ergothérapeutes invite ses membres à intervenir davantage en prévention primaire et en promotion de la santé au travail (ACE, 2015). Afin d'agir en amont de l'exposition aux risques professionnels, l'objectif de cet article est d'illustrer comment les ergothérapeutes peuvent intervenir en promotion de la santé au travail. À cet effet, l'article présente un projet réalisé par des ergothérapeutes à partir d'une approche populationnelle auprès d'une clientèle émergente de la communauté : les étudiants en apprentissage d'un métier.

Projet

Réalisé au Québec, le projet « *Devenir un acteur de ma santé et de ma sécurité au travail* » s'inscrit dans une étude plus large orientée vers la santé des étudiants en apprentissage d'un métier, dans le cadre d'une formation professionnelle. Ce projet a surgi d'un besoin rapporté

par des enseignants d'un programme en coiffure, lors d'entretiens dans un contexte de recherche portant sur la santé au travail de leurs étudiants. En effet, les enseignants ont manifesté le désir de bénéficier de ressources adaptées à la réalité de leur métier afin de bonifier les enseignements qu'ils offrent aux élèves en lien avec la santé au travail. Afin de répondre à ce besoin, une collaboration s'est alors établie entre le milieu de formation et une équipe de chercheurs en ergothérapie. Le défi était de taille. Il fallait amalgamer l'expertise de l'ergothérapeute quant à l'analyse de l'activité - s'adaptant à l'environnement et à l'habilitation des personnes aux stratégies de prévention - et les compétences multiples en apprentissage expérientiel de l'enseignant.

Démarche

En s'inspirant des prémisses d'un modèle ergothérapeutique en matière de promotion de la santé (Moll et coll., 2015), des principes théoriques de conception d'activités d'apprentissage (Paillé, 2007) et des étapes d'un processus d'élaboration de formations destinées aux travailleurs (Kirkpatrick et Kirkpatrick, 2007), l'équipe a conçu trois ateliers de formation de 60 minutes. Ces ateliers favorisaient

Tableau 1
Description des ateliers de formation

Compétences	Contenus spécifiques au métier	Modalités d'apprentissage
Atelier 1		
Comprendre comment fonctionne mon corps et reconnaître les symptômes d'atteintes à la santé	<ul style="list-style-type: none"> • Statistiques d'atteintes à la santé ou à la sécurité spécifiques au métier de la coiffure • Connaissances en anatomie/physiologie • Concepts d'ergonomie • Symptômes d'atteintes à la santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Enseignement magistral • Travail en sous-groupes • Questionnaire d'auto-évaluation/réflexion individuelle • Histoire de cas • Discussion et échange en grand groupe
Atelier 2		
Détecter et prévenir les risques d'atteinte à la santé ou à la sécurité dans le travail	<ul style="list-style-type: none"> • Risques d'atteintes à la santé ou à la sécurité spécifiques au métier de la coiffure • Analyse d'une situation de travail • Stratégies visant la diminution des risques (p. ex. : modification de la technique de travail, adaptation de l'environnement) 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse individuelle des risques liés à une situation de travail • Simulation en atelier • Travail d'observation en équipes • Utilisation de photos et vidéos • Présentation de situations de travail avant/après • Essai de stratégies visant la diminution des risques
Atelier 3		
Préserver ma santé au travail	<ul style="list-style-type: none"> • Importance de rapporter les risques à la santé ou à la sécurité identifiés dans une situation de travail et de revendiquer des changements • Équilibre occupationnel, utilisation du temps, horaire de vie • Gestion du stress • Prévention des risques à la santé ou à la sécurité dans les activités en dehors du travail 	<ul style="list-style-type: none"> • Enseignement magistral • Exercice d'intégration des apprentissages en atelier • Témoignage sur les conséquences des atteintes à la santé ou à la sécurité dans le travail • Présentation d'outils de prévention (p. ex. : exercices d'échauffement en lien avec le métier)

l'autonomisation des élèves, selon les principes de prévention et de promotion de la santé au travail. Les apprentissages portaient notamment sur l'analyse des risques d'une situation de travail, l'intégration de stratégies pour diminuer les risques professionnels, la gestion du stress ainsi que l'équilibre occupationnel relié à la vie au travail. Les modalités pédagogiques étaient variées, entre autres, la présentation d'histoires de cas, les discussions en groupe, les exercices d'auto-évaluation ou les simulations en atelier. Le tableau 1 présente une description sommaire des caractéristiques de chacun des ateliers de formation. Les compétences, le contenu et les modalités d'apprentissage des ateliers ont été validés par un comité formé d'un ergothérapeute, d'un enseignant, d'un représentant du comité de santé et sécurité de l'établissement ainsi que d'un conseiller pédagogique. L'animation des ateliers de formation a été assurée par un ergothérapeute et un enseignant.

Retombées

Cette expérience de collaboration entre les ergothérapeutes et la communauté fut positive pour tous les acteurs concernés. D'une part, les ergothérapeutes ont développé une expertise nouvelle en matière de promotion de la santé au travail dans un milieu de pratique émergent. D'autre part, les enseignants se sont sentis mieux outillés pour aborder la santé au travail avec les élèves, et ces derniers se disaient plus conscientisés par cette facette de leur futur métier. Le projet a été si bien reçu par le milieu de formation que les ateliers, élaborés dans le cadre de cette initiative, sont maintenant intégrés à l'enseignement régulier du programme d'études! De plus, des projets similaires sont en cours de réalisation avec d'autres programmes de formation professionnelle au pays.

En conclusion, cette initiative a permis de démontrer que l'ergothérapeute possède les compétences requises pour promouvoir la santé de la population au travail et qu'il peut contribuer à transformer positivement sa communauté en s'associant à des partenaires du milieu. En effet, la collaboration de l'ergothérapeute avec le milieu de la formation professionnelle a permis aux élèves en apprentissage d'un métier de devenir des acteurs de leur santé et de leur sécurité au travail!

Références

- Association canadienne des ergothérapeutes. (2015). *Prise de position de l'ACE : L'ergothérapie et la santé au travail*. Repéré à http://www.caot.ca/Position%20Statements/FR_PS_Workplace%20health%5B2%5D.pdf
- Kirkpatrick, D. L., et Kirkpatrick, J. D. (2007). *Implementing the four levels : a practical guide for effective evaluation of training programs*. San Francisco: Berrett-Koehler.
- Kollee, A., Ren, H., Lofgren, K., Saarloos, S., Slaven, K., et Shaw, L. (2013). *Advancing occupational therapy in workplace health and well-being : a scoping review*. Repéré à <http://works.bepress.com/cgi/viewcontent.cgi?article=1225&context=drlynn>
- Moll, S. E., Gewurtz, R. E., Krupa, T. M., Law, M. C., Larivière, N., et Levasseur, M. (2015). Do-Live-Well: a Canadian framework for promoting occupation, health, and well-being. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 82(1), 9-23. doi : 10.1177/0008417414545981
- Paillé, P. (2007). La méthodologie de recherche dans un contexte de recherche professionnalisante : douze devis méthodologiques exemplaires. *Recherches qualitatives*, 27(2), 133-151.

À propos des auteurs

Alexandra Lecours, erg, MSc, est candidate au doctorat en sciences biomédicales et chargée de cours au Département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Elle s'intéresse à la santé des jeunes travailleurs. (Alexandra.Lecours@uqtr.ca)

Pierre-Yves Therriault, erg, Ph. D, est professeur et directeur du Département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Il est également directeur du Laboratoire de recherche en ergologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. (Pierre-Yves.Therriault@uqtr.ca)

Habiller les enfants à l'occupation : L'approche CO-OP Guider l'enfant dans la découverte de stratégies cognitives pour améliorer son rendement occupationnel au quotidien

Helene J. Polatajko et Angela Mandich
Édition de la version française – Noémi Cantin

L'approche CO-OP (Cognitive Orientation to daily Occupational Performance) s'adresse aux cliniciens et aux parents en consultation avec une clinicienne et qui sont à la recherche d'une nouvelle manière de comprendre les problèmes rencontrés dans l'exécution des tâches chez les enfants.

Ce livre est conçu pour fournir au lecteur une pleine compréhension de l'approche CO-OP. Les lecteurs apprendront les fondements théoriques de l'approche CO-OP, les raisons pour lesquelles l'approche a été développée et les données probantes qui en soutiennent l'utilisation. Puisque CO-OP est une approche appliquée, la lecture à elle seule ne suffira pas; les cliniciens et les parents devront aussi voir l'approche CO-OP en action et la mettre en pratique !

Prix : membres de l'ACE 46,45 \$ | non membre 61,95 \$ (plus les frais d'expédition et les taxes en vigueur).



GROW : Favoriser l'autonomie par la participation à la vie communautaire

Cindy Yamamoto, Lauren Coates, Sandra Sheegl et Pamela Wener

Le programme *Gaining Resources Our Way (GROW)* est un programme communautaire visant à favoriser l'acquisition des aptitudes requises pour vivre de manière autonome, à l'intention de jeunes adultes ayant des déficiences sur le plan social ou intellectuel. Le programme, qui est un organisme enregistré indépendant à but non lucratif, offre du soutien à l'année à des personnes qui veulent apprendre à vivre de manière autonome dans la collectivité.

À l'origine, le programme GROW était un programme estival axé sur l'acquisition des aptitudes à la vie autonome et offert en collaboration avec le Department of Occupational Therapy de l'University of Manitoba. L'un des éléments importants de ce partenariat a été la participation d'une professeure en ergothérapie de l'University of Manitoba. Tout en incorporant la Mesure canadienne du rendement occupationnel (Law et al., 2005), elle a contribué à l'établissement de la structure d'un programme individualisé, orienté vers les buts, centré sur l'occupation et offrant des possibilités d'apprentissage axées sur la participation. Une description détaillée de la façon dont ce programme a été conçu est présentée dans un article antérieur (Wener, Snow et Altman, 2008); le présent article décrira trois programmes ayant été créés récemment.

S'appuyant sur le succès remporté par le programme original, le programme de jour **GROW in Winnipeg** a été établi en 2009. Sous la direction d'un conseil constitué d'intervenants communautaires, le programme emploie deux ergothérapeutes à titre de coordonnatrices de programme. Les ergothérapeutes du programme GROW sont en charge de l'évaluation, de l'intervention, de la mesure des résultats, de la planification quotidienne, du travail individuel et en groupe, de la formation et de la supervision du personnel et des étudiants, du développement des modules et des programmes de recherche et d'évaluation.

Le programme est offert dans deux maisons de plain-pied voisines, équipée chacune d'une cuisine complète, de même que d'une salle de lessive et de salles de bain. Le regroupement des participants dans chacune des maisons témoigne des différentes étapes d'acquisition des aptitudes à la vie autonome et du degré de préparation aux stages en milieu d'emploi et à la vie en foyer de groupe. Bien que les participants du programme n'aient pas besoin de soutien individuel, le rapport intervenant/participant est élevé (1:4) pour permettre la prestation de services individualisés.

L'horaire est structuré de manière à créer une plateforme d'apprentissage à travers la participation aux activités de la vie quotidienne. Chaque semaine, les participants planifient leur menu et dressent leur liste d'épicerie. En marchant ou en prenant l'autobus pour se rendre à l'épicerie, ils ont l'occasion de mettre en pratique les habiletés qu'ils ont acquises pour faire des achats et pour se déplacer en transport en commun. Les participants utilisent les installations récréatives locales et ont accès à d'autres espaces communautaires lorsqu'ils participent à des sorties. Dans le cadre de leur horaire quotidien, les participants cuisinent, partagent des repas, s'entraînent à nettoyer ou à faire d'autres tâches d'entretien ménager, discutent d'événements d'actualité et socialisent.

Les méthodes d'apprentissage sont, notamment, le travail en groupe, l'intervention individuelle et une approche d'enseignement flexible

et sensible exigeant de porter attention aux moments naturellement propices à l'enseignement et aux possibilités d'apprentissage individuel et par les pairs. Les sujets des modules du programme sont l'entretien ménager, la gestion de l'argent, un corps sain dans un esprit sain, les habitudes, les loisirs et l'acquisition d'habiletés sociales. Bien que l'accent général soit mis sur la préparation à la vie communautaire et l'inclusion sociale, les plans individuels sont basés sur les objectifs ciblés par le participant; ainsi, l'horaire de chacun des participants est différent et unique.

Le programme **GROW Supported Independent Living (SIL)** offre des heures de soutien aux participants vivant de manière semi-autonome (c'est-à-dire, bénéficiant de modalités de soutien modérées) dans la communauté. Le but du programme SIL est de favoriser la réussite du participant, afin qu'il puisse vivre de manière autonome et en toute sécurité dans la collectivité. Les séances SIL comportent des objectifs d'apprentissage précis visant à atteindre les objectifs personnels des participants et à maximiser leur autonomie au fil du temps.

Selon les objectifs, les forces et les besoins de l'individu, les intervenants peuvent offrir une aide ou un entraînement gradués pour divers domaines de compétences. Les modules d'apprentissage traitent de la mémoire, l'orientation et la gestion du temps dans le milieu de vie, l'entretien ménager, la santé et la sécurité, l'accès aux espaces communautaires, la planification des loisirs et la gestion des relations sociales, la technologie à domicile et la gestion de l'argent.

Le programme **GROW Outreach** est axé sur l'acquisition d'habiletés sociales et de loisir; les participants se rencontrent deux samedis par mois dans divers espaces communautaires, afin de participer à des activités récréatives communes. Ce programme vise à créer l'occasion d'établir et d'entretenir des relations sociales, de renforcer les réseaux sociaux et d'acquérir des habiletés de loisir. Les planificateurs du programme incorporent diverses expériences pour aider les participants à explorer et cibler leurs intérêts en matière de loisirs. Par le passé, les activités étaient notamment des sorties pour assister à des matchs de hockey, des sorties au restaurant et des événements communautaires en classe.

Le programme GROW est un exemple d'organisme communautaire au sein duquel des ergothérapeutes et d'autres fournisseurs de services sont soutenus et encouragés dans leurs efforts d'offrir des services individualisés et centrés sur le client. Alors que le programme GROW poursuit sa croissance, l'ergothérapie continuera de jouer un rôle en vue de façonner le milieu de pratique et de favoriser l'avancement de la vision du programme selon laquelle les participants auront des chances égales de participation à la vie communautaire.

Références

- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H., et Pollock, N. (2005). *Mesure canadienne du rendement occupationnel* (4e éd.). Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Wener, P., Snow, W., et Altman, G. (2008). Établir un partenariat en ergothérapie pour réaliser un rêve : élaboration d'un programme d'apprentissage de l'autonomie fonctionnelle en foyer de groupe. *Actualités ergothérapiques*, 10(2), 7-10.

À propos des auteures

Cindy Yamamoto et **Lauren Coates** sont ergothérapeutes et coordonnatrices pour le programme GROW, alors que **Sandra Sheegl** est directrice du programme GROW. **Pamela Wener** est professeure agrégée et directrice intérimaire du Department of Occupational Therapy au College of Rehabilitation à l'University of Manitoba. Pour toute question ou tout commentaire au sujet de cet article, prière de communiquer à cyamamoto@growourway.ca.

L'ergothérapie en milieu communautaire : Appuyer le rêve d'un avenir meilleur

Catherine White et Carmel O'Keefe

L'itinérance prend des proportions alarmantes au Canada; en effet, au moins 235 000 personnes vivent l'itinérance à un moment donné chaque année, et 27,3 % de ces personnes sont des femmes (Gaetz, Dej, Richter et Redman, 2016). Bon nombre de ces femmes fuient des relations de violence, sont récemment sorties de prison ou vivent dans la pauvreté; elles n'ont généralement que peu de ressources et de soutien, ce qui a des répercussions sur leur santé et leur bien-être (et, dans de nombreux cas, sur la santé et le bien-être de leurs enfants). Les problèmes de santé mentale en particulier sont étroitement liés à l'itinérance (Thomas, Gray et McGinty, 2011).

Comme les ergothérapeutes adoptent une perspective globale, comprennent les effets de l'environnement et « reconnaissent l'importance de l'occupation et de sa relation avec la santé et le bien-être pour [...] améliorer la vie des personnes itinérantes » (Marshall et Rosenberg, 2014, p. 331), ils ont beaucoup à offrir à cette population qui reçoit peu de services. Problématique pour de nombreuses personnes, le soutien pour trouver un logement adéquat a été décrit comme le service le plus important requis par les personnes ayant une maladie mentale pour pouvoir vivre en toute autonomie dans la collectivité (O'Malley et Croucher, 2005). Toutefois, un logement adéquat ne représente que le point de départ de l'intégration communautaire. La participation à des occupations significatives dans la communauté peut jeter un pont entre un logement adéquat et l'intégration communautaire.

À Halifax en Nouvelle-Écosse, le programme Women in Supported Housing (WISH) du YWCA a adopté l'approche « le logement d'abord » pour venir en aide aux personnes itinérantes ayant une maladie mentale (Goering et al., 2014). Grâce à cette approche, plus de 24 femmes auparavant itinérantes ont obtenu un soutien au logement subventionné et des services de soutien (comme l'acquisition d'aptitudes à la vie quotidienne, la prévention de l'expulsion, la détermination d'objectifs et de l'aide pour connaître et utiliser les différents services), ce qui les aide à se rétablir et à s'intégrer dans la collectivité.

Dans le cadre de ce stage, offert initialement comme un stage dans un rôle émergent, près de 30 étudiants en ergothérapie ont vécu des expériences de stage inestimables avec l'équipe de WISH. Les étudiants offrent aux participants du programme des évaluations ergothérapeutiques à domicile; ils les aident à se fixer et à atteindre des buts personnels et les soutiennent tout au long de leur processus de rétablissement. La Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO; Law et al., 2005) a été un outil ergothérapeutique particulièrement utile pour soutenir ces efforts. En identifiant et en mettant en ordre d'importance leurs propres objectifs occupationnels, les clients qui participent au programme d'ergothérapie en milieu communautaire ont eu de l'aide qui leur a permis

- d'avoir accès à un abonnement à coût réduit à des centres récréatifs;
- d'apprendre à faire leur budget et d'avoir accès à des ressources alimentaires et vestimentaires à coût réduit;
- de planifier et de préparer des repas afin d'avoir une alimentation saine;
- d'avoir accès à des ressources allant de l'amélioration de

l'attention à l'hygiène personnelle;

- de découvrir des activités communautaires peu dispendieuses, comme des cours d'art et des activités offertes dans les bibliothèques;
- d'explorer des possibilités d'entrer sur le marché du travail en tenant compte, dans certains cas, de la barrière liée à un dossier criminel.

Jusqu'à récemment, l'accès à l'ergothérapie reposait sur la participation des étudiants supervisés pendant leurs heures de stages, limité à six mois de l'année; l'enseignement clinique est offert à l'extérieur du milieu de stage. Grâce à l'obtention récente d'une subvention, l'ergothérapie sera accessible tout au long de l'année (de façon plus intense lorsque des étudiants seront disponibles pour les stages) pour les clients affiliés au programme WISH.

Pour les femmes souffrant de problèmes de santé mentale et de toxicomanie ayant été itinérantes par le passé (ou sur le point de vivre une situation d'itinérance), un logement subventionné peut leur permettre de réaliser leur rêve d'un avenir meilleur. L'obtention d'un logement peut être un point tournant dans leur vie en leur donnant un sentiment de pouvoir et de contrôle, tout en favorisant le rétablissement de leur santé mentale, l'acquisition de nouvelles habiletés, l'amélioration de leurs relations, l'atteinte d'objectifs productifs et une participation plus active dans la communauté. Ainsi, en établissant des liens avec les clients et en les aidant à envisager un avenir axé sur la participation à des occupations significatives, les ergothérapeutes jouent un rôle inestimable dans la poursuite de ces résultats.

Références

- Gaetz, S., Dej, E., Richter, T., et Redman, M. (2016). *L'état de l'itinérance au Canada 2016*. Téléchargé au <http://rondpointdelitinérance.ca/sites/default/files/SOHC16FR.pdf>
- Goering, P., Veldhuizen, S., Watson, A., Adair, C., Kopp, B., Latimer, E., . . . Aubry, T. (2014). *Rapport final du projet Chez soi. Projet pancanadien*. Téléchargé au http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHCC_At_Home_Report_%252528National_Cross-Site%252529_FRE_0.pdf
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H., et Pollock, N. (2005). *Mesure canadienne du rendement occupationnel (4e éd.)*. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Marshall, C. A., et Rosenberg, M. W. (2014). Occupation and the process of transition from homelessness. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 81, 330-338. doi:10.1177/0008417414548573
- O'Malley, L., et Croucher, K. (2005). *Supported housing services for people with mental health problems: A scoping study*. *Housing Studies*, 20, 831-845. doi:10.1080/02673030500214126
- Thomas, Y., Gray, M., et McGinty, S. (2011). A systematic review of occupational therapy interventions with homeless people. *Occupational Therapy in Health Care*, 25, 38-53. doi:10.3109/07380577.2010.528554

À propos des auteures

Catherine White, PhD, (cathy.white@dal.ca) est coordonnatrice de la formation clinique et chargée de cours à la School of Occupational Therapy de la Dalhousie University, à Halifax, en Nouvelle-Écosse. **Carmel O'Keefe, MSc**, est instructrice, coordonnatrice du laboratoire et superviseuse de stage à la Dalhousie University.

Accroître la participation sociale des aînés en partenariat avec la communauté - Implantation d'un accompagnement-citoyen personnalisé

Julie Lacerte, Mélanie Levasseur et Véronique Provencher

La participation sociale, c'est-à-dire l'implication d'une personne dans les activités qui lui procurent des interactions avec les autres dans la communauté (Levasseur, Richard, Gauvin et Raymond, 2010) constitue un des déterminants clés d'un vieillissement actif. En plus d'être associée à la qualité de vie (Levasseur, Desrosiers et St-Cyr-Tribble, 2008), la participation sociale contribue à prévenir le déclin fonctionnel chez les aînés (Avlund et coll., 2004). Or, les besoins de participation sociale demeurent fréquemment non comblés chez les aînés présentant des incapacités, et les interventions associées sont peu adaptées (Levasseur et coll., 2012). De plus, bien que les activités significatives représentent une composante clé de leur pratique (Townsend et Polatajko, 2013), les ergothérapeutes interviennent peu sur la participation sociale de leurs clients, notamment en raison de contraintes de temps (Turcotte, Carrier, Desrosiers et Levasseur, 2015).

Cet article présente, à travers un projet de recherche-action, une façon novatrice pour les ergothérapeutes d'intervenir sur la participation sociale des aînés en partenariat avec la communauté. Notre équipe de recherche, composée notamment de trois ergothérapeutes, travaille actuellement avec un organisme communautaire et le réseau de la santé à l'implantation d'une initiative visant à répondre aux besoins de participation sociale d'aînés ayant des incapacités. Cette initiative, l'Accompagnement-citoyen personnalisé d'intégration communautaire (APIC), jumèle des aînés ayant des incapacités avec des citoyens formés et encadrés par des professionnels qui agissent en tant qu'accompagnateurs. Au cours de rencontres hebdomadaires s'étendant sur une période de six à 12 mois, ces accompagnateurs soutiennent les aînés dans la réalisation d'activités sociales et de loisirs liées à leurs intérêts et à leur projet de vie. Le projet poursuivi par un aîné au cours de l'APIC pourrait être, par exemple, de s'intégrer à un groupe jouant aux quilles. L'accompagnateur soutient l'aîné dans la réalisation de son projet, notamment en l'aidant à identifier ses intérêts, à surmonter les obstacles à sa réalisation (par exemple, en l'accompagnant lors de ses premières utilisations d'un transport adapté), et à développer des liens durables avec la communauté.

Historique de l'APIC

D'abord développé pour les personnes ayant subi un traumatisme crânien (Lefebvre et coll., 2013), puis adapté aux aînés avec incapacités, l'APIC a permis l'augmentation de la mobilité, de la participation sociale, ainsi que du bien-être physique et psychologique des aînés (Levasseur et coll., 2016). Quant aux accompagnateurs, ils rapportent se sentir utiles et valorisés, tout en se dépassant et en s'accomplissant (Therriault et Samuelson, 2015). Au cours des premières expérimentations de l'APIC, les accompagnateurs étaient rémunérés pour l'accompagnement offert.

Dans le présent projet, l'équipe de recherche accompagne un Centre d'action bénévole dans l'implantation de l'APIC en l'adaptant à son contexte, en documentant la mise en œuvre et en identifiant les facteurs facilitants et les obstacles à cette implantation.

Adaptation de l'APIC et formation des accompagnateurs bénévoles

À ce jour, l'APIC a été adapté au Centre d'action bénévole, notamment en l'ajustant à sa clientèle et en réaménageant la formation des accompagnateurs en fonction des réalités du bénévolat. Le processus d'adaptation a mis à contribution l'équipe de recherche, les responsables de l'implantation du Centre d'action bénévole ainsi que des représentants du réseau de la santé et de regroupements d'aînés. Afin de faciliter le recrutement des bénévoles, la formation s'étalant initialement sur deux journées a été condensée en une seule. Le contenu de la formation a ainsi été synthétisé de façon à être axé sur les principes de l'APIC, soit l'établissement d'une relation égalitaire entre l'accompagnateur et l'accompagné, la personnalisation de l'accompagnement, le renforcement du pouvoir d'agir de l'accompagné ainsi que le cheminement dans la réalisation d'un projet de vie. Les thèmes abordés lors de la formation sont : les facteurs influençant la participation sociale; les stratégies favorisant le pouvoir d'agir et l'engagement dans un projet de vie; le rôle de l'accompagnateur; la relation d'accompagnement ainsi que les outils pour le suivi de cet accompagnement. La formation a été offerte par le travailleur de milieu du Centre d'action bénévole et une travailleuse sociale du réseau de la santé. Des méthodes favorisant l'interaction entre les participants ainsi que l'apprentissage à partir d'exemples concrets ont été privilégiées. Des rencontres mensuelles de soutien ont ensuite commencé, permettant l'échange entre les accompagnateurs, le suivi conjointement assuré par les intervenants du Centre d'action bénévole, du réseau de la santé et de l'équipe de recherche, ainsi que la présentation de formation continue adaptée aux défis rencontrés au fil de l'accompagnement.

Participants à l'APIC

En conformité avec le mandat du travailleur de milieu du Centre d'action bénévole, les personnes ciblées par l'APIC sont âgées de 50 ans et plus; elles vivent dans la communauté (y compris les résidences pour aînés autonomes ou semi-autonomes) et sont confrontées à une situation d'isolement. Ces personnes doivent présenter des habiletés cognitives et de communication suffisantes pour être en mesure de participer pleinement à l'APIC, c'est-à-dire être capables de : suivre une discussion avec une personne; comprendre des consignes simples; s'orienter quant au moment de la journée, aux lieux familiers de la communauté et aux personnes familières; ainsi que d'exprimer leur avis verbalement. Dans le souci de respecter les limites des

accompagnateurs bénévoles en lien avec la formation reçue, les accompagnés doivent être en mesure de maintenir un comportement socialement approprié, de décider pour eux-mêmes et de participer à une activité sociale d'une durée d'environ trois heures sans avoir besoin de soins. Les accompagnateurs bénévoles sont, quant à eux, sélectionnés en fonction de leur motivation, de leur disponibilité et de la démonstration, lors d'une entrevue avec le travailleur de milieu, d'un savoir-être compatible avec les principes de l'APIC.

Évolution du projet

Au moment d'écrire cet article, deux premières cohortes totalisant sept accompagnatrices et un accompagnateur bénévoles âgés de 37 à 71 ans (âge médian : 59 ans) ont été formées. Les premiers accompagnateurs bénévoles ont commencé leur jumelage en janvier 2017. Les quatre premiers accompagnés, dont un homme, sont âgés de 84 à 92 ans (âge médian : 85,5 ans), vivent seuls, présentent des incapacités liées à leur mobilité et, pour deux d'entre eux, à leurs fonctions mentales. Préalablement à leur jumelage, ces aînés ont été rencontrés conjointement par le travailleur de milieu et la première auteure, une ergothérapeute. Les huit premières dyades seront suivies par l'équipe de recherche au cours des trois premiers mois.

Étant donné la place centrale des activités significatives dans leur pratique, les ergothérapeutes occupent une place privilégiée pour favoriser le maintien des capacités et la qualité de vie des aînés par l'amélioration de leur participation sociale. Lors de la mise en œuvre de l'APIC, l'implication des ergothérapeutes, notamment dans la formation des accompagnateurs, a contribué à faire reconnaître l'importance de la participation sociale et la nécessité de tenir compte des facteurs personnels et environnementaux. Dans le suivi de l'intervention, le soutien d'ergothérapeutes peut faciliter la réalisation des projets des accompagnés, notamment en conseillant les accompagnateurs et le travailleur de milieu quant à l'adaptation des activités et l'identification des situations nécessitant une intervention professionnelle. Les résultats de cette étude pourront contribuer à outiller les ergothérapeutes dans leur travail en partenariat avec les organismes communautaires : une voie prometteuse pour favoriser la participation sociale des aînés, tout en contribuant au développement de la communauté.

À propos des auteurs

Julie Lacerte, erg. DESS, étudie présentement à la maîtrise Recherche en sciences de la santé à l'Université de Sherbrooke. Elle est dirigée par **Mélanie Levasseur, erg. Ph.D.**, et **Véronique Provencher, erg. Ph.D.**, professeures-chercheuses à l'École de réadaptation de l'Université de Sherbrooke et au Centre de recherche sur le vieillissement du CIUSSS de l'Estrie-CHUS. On peut la joindre à : Julie.Lacerte@USherbrooke.ca

Remerciements :

Julie Lacerte bénéficie d'une bourse d'études de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke et du Centre de recherche sur le vieillissement ainsi que d'une bourse de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec pour la réalisation de ces travaux. Au début du projet, Mélanie Levasseur était chercheuse boursière junior 1 du FRQS (#26815). Elle est maintenant nouvelle chercheuse des IRSC (#360880).

Références

- Lefebvre, H., Levert, M.-J., Dorze, G. L., Croteau, C., Gélinas, I., Therriault, P.-Y., ... Samuelson, J. (2013). Un accompagnement citoyen personnalisé en soutien à l'intégration communautaire des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral : vers la résilience ? *Recherche en soins infirmiers*, 115(4), 107-123. doi:10.3917/rsi.115.0107
- Levasseur, M., Larivière, N., Royer, N., Desrosiers, J., Landreville, P., Voyer, P., Champoux, N., Carbonneau, H. et Sévigny, A. (2012). Concordance entre besoins et interventions de participation des aînés recevant des services d'aide à domicile. *Gérontologie et Société*; 4,111-13. doi :10.3917/gs.143.0111
- Levasseur, M., Lefebvre, H., Levert, M.J., Lacasse-Bédard, J., Desrosiers, J., Therriault, P.-Y., Tourigny, A., Couturier, Y., et Carbonneau, H. (2016). Personalized Citizen Assistance for Social Participation (APIC): A Promising Intervention for Increasing Mobility, Accomplishment of Social Activities and Frequency of Leisure Activities in Older Adults Having Disabilities. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 64, 96 102. doi:10.1016/j.archger.2016.01.001
- Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L. et Raymond, E. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. *Social science & medicine*, 71(12),2141-2149. doi:10.1016/j.socscimed.2010.09.041
- Therriault, P.-Y. et Samuelson, J. (2015). Un soutien dans le processus d'accompagnement citoyen : une nécessité pour la santé mentale des accompagnateurs-citoyens. *Phronesis*, 4(1), 28-39. doi:10.7202/1031202ar
- Townsend, E. et Polatajko, H. (2013). *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation*. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Turcotte, P., Carrier, A., Desrosiers, J., et Levasseur, M. (2015). Are health promotion and prevention interventions integrated into occupational therapy practice with older adults having disabilities? Insights from six community health settings in Québec, Canada. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62(1), 56-67. doi:10.1111/1440-1630.12174

Revisiter notre rôle en soutien à domicile - Le potentiel des groupes pour stimuler la participation sociale

Pier-Luc Turcotte, Annie Carrier, Marie-Josée Filion, Claudine Lafrenière, Marilyn Savard et Mélanie Levasseur

La pratique communautaire ergothérapique au Québec a émergé dans les Centres locaux de services communautaires (CLSC) qui ont une mission de prévention et de promotion de la santé (PPS). Cette mission s'articule notamment dans le soutien à domicile (SAD) où les ergothérapeutes jouent un rôle central. Étant donné la demande accrue liée au vieillissement de la population et aux maladies chroniques, on observe d'importantes listes d'attente en ergothérapie dans le secteur des SAD. Ainsi, la pratique des ergothérapeutes s'est restreinte particulièrement en ce qui concerne la PPS, qui inclut de favoriser la participation sociale (Hébert, Maheux et Potvin, 2002). Pourtant, les ergothérapeutes au SAD sont en bonne position pour favoriser la participation sociale, soit l'implication dans des activités procurant des interactions sociales. Pour éclairer leur contribution potentielle, cet article exposera des exemples prometteurs de pratiques de groupe, et proposera des stratégies pour faire émerger de telles initiatives ailleurs au Canada.

Des groupes pour stimuler la participation sociale

Afin de réfléchir aux possibilités de favoriser la participation sociale, une recherche participative fut menée en impliquant différents acteurs clés au SAD. Comme elles procurent des interactions sociales, les pratiques de groupe ont été identifiées comme une avenue à explorer, complémentaire aux ressources existantes. Pour favoriser la santé et la participation sociale, les groupes seraient plus efficaces que les interventions individuelles (Clark, Jackson, Carlson, Chou, Cherry et coll., 2012), ces dernières constituant pourtant la pratique courante des ergothérapeutes au SAD (Hébert et coll., 2002). En combinant les groupes aux interventions individuelles, le bien-être physique et mental serait davantage amélioré qu'avec uniquement l'intervention individuelle (Clark et coll., 2012). De plus, le soutien entre pairs favoriserait la motivation à essayer de nouvelles activités. Puisqu'ils rejoignent plusieurs personnes simultanément, les groupes sont économiquement plus rentables (Clark et coll., 2012) et ont également le potentiel de réduire les délais d'attente en ergothérapie.

Exemples prometteurs

Deux groupes ont été créés par des ergothérapeutes d'une équipe de SAD de Montréal (auteurs MJF, CL et MS) afin de mieux répondre aux besoins de la communauté. Située en périphérie des services de transport collectif, cette communauté accentue l'isolement des personnes ayant des incapacités; ces dernières étant plus nombreuses dans le secteur. Devant ces défis, des groupes d'exercices adaptés et de danse thérapeutique sur chaise ont été développés auprès d'organismes communautaires et sont animés hebdomadairement par les ergothérapeutes. Il existe deux types de groupes. D'une part, des groupes fermés sont composés d'une dizaine de personnes ayant des caractéristiques communes liées au type d'incapacités physiques ou aux maladies chroniques. Lors de tels groupes, chaque participant

est évalué préalablement par l'ergothérapeute et des objectifs personnalisés sont déterminés, tels que l'amélioration de la mobilité ou la réduction de l'anxiété. D'autre part, des groupes ouverts, c.-à-d. sans évaluation individuelle préalable, rassemblent une vingtaine de personnes atteintes de sclérose en plaques dans le but de briser l'isolement, d'encourager l'activité physique et de maintenir les capacités résiduelles.

Avec les années, les participants ont rapporté aux ergothérapeutes différents bienfaits, dont une réduction de l'anxiété, une amélioration de la qualité de vie, un sentiment d'appartenance accru, une diminution du recours aux soins d'urgence et une meilleure continuité des services. Grâce au partenariat avec les organismes communautaires, les coûts des groupes sont limités, notamment par le partage des ressources (locaux et personnel) et l'implication de bénévoles. Bien que les impacts spécifiques des groupes doivent être évalués formellement et considérant les données probantes quant à la rentabilité de telles interventions ergothérapiques (Clark et coll., 2012), des décideurs organisationnels ont exprimé leur intérêt à développer des initiatives de groupe dans d'autres secteurs et auprès d'autres populations.

Déployer notre expertise en participation sociale

À la lumière de l'expérience des ergothérapeutes et des données probantes, différentes stratégies sont suggérées pour assurer le succès de ces groupes. En cohérence avec les valeurs de notre profession, les groupes doivent être réalisés selon une approche personnalisée et de proximité, en tenant compte des besoins individuels et communautaires. Ainsi, il importe d'établir des partenariats avec les organismes communautaires. Pour ce faire, il est recommandé de se familiariser avec leur fonctionnement en s'y impliquant activement.

Pour convaincre les décideurs des avantages des groupes, les ergothérapeutes peuvent agir comme agents de changement, par exemple, en communiquant efficacement les données probantes ou en montrant l'écart entre les ressources existantes et les besoins non comblés de la population. Enfin, les groupes sont une occasion de déployer notre expertise en participation sociale et d'assurer l'excellence de la pratique communautaire ergothérapique.

Références

- Clark, F., Jackson, J., Carlson, M., Chou, C., Cherry, B., Jordan-Marsh, M., et coll. (2012). Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: results of the Well Elderly 2 Randomised Controlled Trial. *Journal of Epidemiology and Community Health* 66(9): 782-790. doi : 10.1136/jech.2009.099754.
- Hébert, M., Maheux, B., et Potvin, L. (2002). Théories qui émergent du quotidien de la pratique communautaire de l'ergothérapie. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 69: 31-39. doi: 10.1177/000841740206900103.

À propos des auteures et de l'auteur

Pier-Luc Turcotte, erg., M.erg., est candidat à la maîtrise de recherche en sciences de la santé à l'Université de Sherbrooke. **Annie Carrier, erg., BA(Psy), MSc., LLM, PhD**, est professeure adjointe à l'Université de Sherbrooke. **Marie-Josée Filion, erg.**, **Claudine Lafrenière, erg.**, et **Marilyn Savard, erg, MSc.**, sont ergothérapeutes cliniciens au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. **Mélanie Levasseur, erg., PhD**, est professeure agrégée à l'Université de Sherbrooke et chercheuse au Centre de recherche sur le vieillissement. On peut joindre l'équipe à : Pier-Luc.Turcotte@USherbrooke.ca.

Vivre en Équilibre - Un nouveau programme de groupe ciblant la peur de tomber et ses conséquences sur la participation sociale, la santé et la qualité de vie des aînés

Johanne Filiatrault, Manon Parisien, Johanne Desrosiers, Agathe Lorthios-Guillement, Lise Gauvin et Lucie Richard

Les ergothérapeutes peuvent jouer un rôle important en matière de prévention et de promotion de la santé, notamment dans le contexte d'une pratique ergothérapeutique auprès des aînés vivant à domicile. À cet égard, ces professionnels de la santé doivent considérer la peur de tomber dans leurs interventions auprès des aînés, puisque celle-ci peut entraîner des conséquences néfastes sur leur participation sociale, leur santé et leur qualité de vie (Delbaere et coll., 2004).

Bien que plusieurs programmes de prévention des chutes soient disponibles, la plupart d'entre eux mettent l'accent sur des facteurs liés à la condition physique des aînés ou sur des facteurs environnementaux et accordent peu de place aux facteurs psychologiques. En réponse à ce constat, une équipe québécoise a développé *Vivre en Équilibre*. Adapté d'un programme américain ayant montré son efficacité (Tennstedt et coll., 1998), ce programme de groupe s'appuie sur les principes de l'approche cognitivo-comportementale (Bandura, 1986). Le programme québécois a toutefois la particularité de pouvoir être offert par des pairs ayant reçu une formation à cette fin. Cette approche offre plusieurs avantages. Elle favorise notamment la réceptivité aux messages de promotion de la santé et procure des bienfaits à la fois aux participants et aux pairs (Woodall et coll., 2012).

Vivre en Équilibre vise à développer la confiance des aînés en leurs capacités à prévenir les chutes et à maintenir une vie active. Il comprend huit séances offertes à raison de deux séances hebdomadaires abordant divers thèmes. Le programme a été développé à l'aide d'une démarche systématique impliquant une validation par des experts, une mise à l'essai, suivie d'une étude pilote (Filiatrault et coll., soumis). Les résultats de l'étude pilote menée auprès de 86 aînés soutiennent la faisabilité de l'implantation du programme et les bienfaits de celui-ci sur la confiance des aînés en leurs capacités à prévenir les chutes et sur la diversité des activités physiques et sociales pratiquées par ceux-ci. Le programme fait présentement l'objet d'une étude d'efficacité visant à évaluer son impact lors de son implantation dans des conditions naturelles.

Vivre en Équilibre est une initiative novatrice et pertinente en matière de promotion de la santé des aînés. En vertu de leur rôle en prévention et promotion de la santé, les ergothérapeutes pourraient intervenir sur la peur de tomber et ses conséquences en offrant Vivre

en Équilibre directement à leur clientèle. Toutefois, étant donné l'état des ressources limitées en santé et des listes d'attente pour des services en ergothérapie (Raymond et coll., 2016), une autre avenue prometteuse devrait être prise en considération. Dans le contexte d'un partenariat avec des organismes communautaires, les ergothérapeutes pourraient former et superviser des pairs bénévoles qui pourraient à leur tour offrir le programme. Ceci permettrait alors à un grand nombre d'aînés d'être mieux outillés pour prévenir les chutes et demeurer actifs.

Remerciements

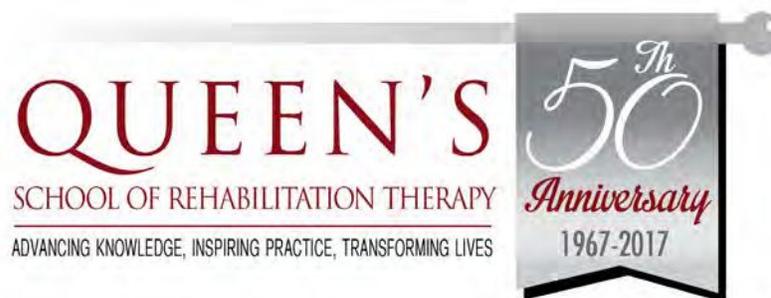
L'étude pilote du programme a été financée par le Fonds de la recherche du Québec-Santé (#15951).

Références

- Bandura A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Delbaere, K., Crombez, G., Vanderstraeten, G., Willems, T., et Cambier, D. (2004). Fear-related avoidance of activities, falls and physical frailty: A prospective community-based cohort study. *Age and Ageing*, 33(4), 368-373. doi: 10.1093/ageing/afh106
- Filiatrault, J., Desrosiers, J., Richard, L., Parisien, M., Lorthios-Guillement, A., Gauvin, L., et Belley, A.-M. (soumis). Development and pre-test of a program targeting fear of falling and associated activity restriction among French-speaking community-dwelling seniors. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*.
- Raymond, M.-H., Demers, L., et Feldman, D.E. (2016). Waiting list management practices for home-care occupational therapy in the province of Quebec, Canada. *Health and Social Care in the Community*, 24(2), 154-164. doi: 10.1111/hsc.12195
- Tennstedt, S., Howland, J., Lachman, M., Peterson, E., Kasten, L., et Jette, A. (1998). A randomized, controlled trial of a group intervention to reduce fear of falling and associated activity restriction in older adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 53B(6), 384-392.
- Woodall, J., Kinsella, K., South, J., et White, J. (2012). *Community health champions and older people: A review of the evidence*. Repéré à <http://www.altogetherbetter.org.uk/SharedFiles/Download.aspx?pageid=65&mid=112&fileid=88>

À propos des auteures

Johanne Filiatrault, erg., PhD., Lise Gauvin, PhD., et Lucie Richard, PhD., sont professeures à l'Université de Montréal. Agathe Lorthios-Guillement, MSc., est professionnelle de recherche au Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal. Manon Parisien, erg., MSc., est coordonnatrice de recherche au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Johanne Desrosiers, erg., PhD., est professeure, vice-doyenne à la vie étudiante et secrétaire facultaire à l'Université de Sherbrooke.



Join Us In Celebration!

**Graduates of Queen's
School of Rehabilitation Therapy
and students of Muriel Driver's
CAOT *Special Course in OT* (1959-1967)**

Are invited to attend

**An Evening Gala Event
with dinner and music in celebration of
The School of Rehabilitation Therapy's
50th Anniversary**

Saturday, September 23rd, 2017

Four Points by Sheraton, Kingston, ON

**For more information and to purchase tickets:
<http://rehab.queensu.ca/initiatives/anniversary>**

Concevoir des ambulateurs de qualité

Offrir plus que du soutien

Avant de lancer ses produits, Airgo® s'assure qu'ils sont conformes aux normes de l'International Organization for Standardization (ISO), afin de garantir aux clients que les produits sont sûres, fiables et de la meilleure qualité possible. Le but d'Airgo est d'offrir beaucoup plus qu'une aide à la mobilité. En effet, un ambulateur doit procurer à la fois la sécurité, le confort et la confiance, tout en offrant une large gamme d'options en matière de conception, afin de répondre aux besoins et préférences individuels des clients.

Des ambulateurs conçus en fonction des rétroactions des utilisateurs

Les ingénieurs d'Airgo ont accès à une base de données constituée des cartes de réponse de plus de 60 000 consommateurs les informant au sujet des caractéristiques les plus importantes des ambulateurs. Selon les consommateurs, la caractéristique la plus importante d'un ambulateur est une conception ultra-légère. Un châssis d'aluminium renforcé par traitement thermique a donc été choisi pour les ambulateurs Airgo, afin qu'ils soient robustes tout en étant 20 % plus légers que les modèles des concurrents. En raison de cette caractéristique, nos ambulateurs sont plus faciles à pousser et à manœuvrer et ils peuvent être pliés et soulevés plus facilement lors des déplacements en voiture ou autres moyens de transport. La deuxième caractéristique la plus importante est le confort. Nos ingénieurs ont conçu une poignée ergonomique brevetée qui absorbe une partie des vibrations. Sa conception moulée permet



de placer les mains en position neutre pour optimiser l'accès aux freins et le contrôle de l'ambulateur. Cette poignée ergonomique comporte aussi une petite bosse qui indique où la main doit être placée.

Les ambulateurs Airgo reconnus par l'ACE

L'ambulateur Airgo eXcursion est notre modèle ultra-léger original. Outre les poignées ergonomiques mentionnées précédemment, l'ambulateur est muni d'un dossier contour complet qui procure un confort maximal. Les roues de huit pouces à bandes de roulement sont idéales pour surmonter les obstacles, en raison de leur surface large et adhérente; les roues sont situées à l'extérieur du châssis pour améliorer la stabilité latérale de l'ambulateur. Ce

modèle est offert en plusieurs options, soit trois hauteurs et deux largeurs de siège différentes. Il est également possible d'y ajouter un large éventail d'accessoires comme un porte-gobelet, un porte-canne, une lumière de sécurité et un système de freins à câble qui permet à l'utilisateur de contrôler la vitesse des roues pour améliorer sa sécurité.

Airgo Fusion, notre ambulateur novateur, est basé sur le modèle eXcursion, mais il se distingue du fait qu'il peut également être converti en fauteuil de transport. En effet, si l'utilisateur est fatigué de marcher, il peut être transporté confortablement et en toute sécurité dans ce fauteuil, avec l'aide d'une autre personne. L'ambulateur Airgo Fusion aide les clients à demeurer actifs et autonomes, et son usage permet également d'éviter la prescription prématurée d'un fauteuil roulant régulier.

Les ergothérapeutes peuvent prendre des dispositions pour faire venir gratuitement un modèle de démonstration de l'un ou de plusieurs de ces ambulateurs, pour en faire l'essai dans leurs établissements. Il suffit de communiquer avec nous, au drivemedical.com ou de nous appeler au (866) 752-1363



Pour lire les rapports sur les ambulateurs Airgo reconnus par l'ACE, veuillez vous rendre au :

www.caot.ca/prp



À propos de l'auteur

Michael Izzo est directeur du marketing chez Drive Medical Canada et il dirige la marque Airgo depuis 2008. Il invite les ergothérapeutes et les clients à lui faire part de leurs commentaires et suggestions, pour favoriser l'amélioration continue de ses produits, en matière de conception. On peut le joindre à : mizzo@drivemedical.com.

Don't get a stairlift. Get a Stannah!

Why Stannah?

From the time you contact us to the time your stairlift is installed, Stannah treats you like family. We are committed to quality engineering, craftsmanship, safety and reliability. Having you, our customers, safely navigating the stairs in the home you love remains our primary focus. Our trained advisors and technicians make a dedicated expert team whose number one goal is to help you maintain your lifestyle.

What are the safety features?

We're very proud to provide a smooth safe ride with features like our state of the art obstruction detection sensors and our specialized post-in-hole seat belts which are easy to fasten for any level of dexterity. We also have a three-phased testing methodology through our design, manufacturing, and installation processes, guaranteeing an unparalleled standard of safety.

What is Stannah's commitment to quality?

Built on 150 years of quality craftsmanship, Stannah stairlifts are very reliable. Our advisors always take the time and care to answer all of your questions, understand your requirements, and identify what is most important to you. Our online reviews confirm that Stannah customers are happy and very satisfied. We provide stairlifts that exceed your expectations.

Is there a Stannah for my home?

A Stannah stairlift can fit any straight, curved, or narrow staircase. We take care to provide you and your loved ones with the most professional, courteous and dedicated installers. We stand by our stairlifts reliability with an extended guarantee and industry leading warranty.

Stannah is a 150 year old family-owned company and Canada is celebrating its 150th anniversary of Confederation. Let's celebrate our sesquicentennial. #150Together

Stannah is the world leader in stairlifts with over 600,000 installed around the globe helping people remain independent and in their home. We are here for when you need us. Contact us for a free in home consultation.



Stannah
150

1867 • 2017



1-888-645-7189 stannah.ca

Grâce à mon
Fusion, plus rien
n'est "trop loin".



FUSION^{MC}
2 dans 1

**Ambulateur à plage
latéral et fauteuil de
transport – tout en un.**

Mon Fusion me permet de socialiser et de vivre ma vie comme je l'entends. Son incomparable stabilité et sa conception légère me donnent la confiance de marcher en sécurité. Mais son plus grand avantage est que **si j'ai besoin de me reposer, un proche peut m'aider à rentrer à la maison avec style et confort**

Pour une démonstration, contactez-nous au **1-800-363-2381** ou visitez votre vendeur Airgo.



Maintenant
reconnu
par ACE!



Airgo[®]

www.airgomobility.com