

JUILLET | AOÛT 2021
VOLUME 23.4

ACTUALITÉS ÉRGOTHÉRAPIQUES

NUMÉRO SPÉCIAL:

Soins virtuels et
l'ergothérapie

Éditrice invitée:
Leslie-Ann Stewart

DANS CE NUMÉRO

L'expérience virtuelle des
étudiants en stage sur le
terrain avec le CAOT
Annmarie Villanueva et
Provvidenza DeArcangelis

Passage d'un groupe de
gestion de la douleur en
personne à un groupe
virtuel
Allison Banks

La connexion au-delà de
l'écran : Permettre aux
clients de se rétablir
d'une maladie mentale
grâce à une thérapie de
groupe virtuelle
Wendy Fox Harker et
Patricia Jocelyn





laPersonnelle

Tarifs de groupe. Service unique.

Plus de simplicité, plus de temps pour vous.
Obtenez une soumission en quelques clics.

lapersonnelle.com/ace

1-888-476-8737

Lorsqu'il s'agit d'assurance,
nous sommes plus forts ensemble



S'il y a une chose que nous a apprise l'année dernière, c'est que l'absence de risque n'existe pas. Et c'est justement pourquoi **La Personnelle** est là : pour assurer votre tranquillité d'esprit quoi qu'il advienne.

Tout commence avec notre assurance de groupe auto, habitation et entreprise personnalisée. En tant que **membre** de l' **Association Canadienne des Ergothérapeutes**, vous pouvez compter sur nos agents en assurance de dommages pour adapter votre protection à vos besoins spécifiques. Ainsi, vous pouvez vous concentrer sur les moments qui comptent en toute quiétude.



Tarifs de groupe
exclusifs non offerts
au grand public



Soutien 24 h sur
24 pour les
réclamations, en ligne
ou par téléphone



Solutions
numériques pratiques,
comme nos Services en
ligne vous permettant
de gérer votre police
n'importe où, n'importe
quand

Offrez-vous dès aujourd'hui la paix d'esprit en vous sachant bien protégé.



ACTUALITÉS ERGOTHÉRAPIQUES

Table des matières

ÉDITORIALE

Le passage aux soins virtuels et son impact sur la pratique de l'ergothérapie	5
Leslie-Ann Stewart	

DES CONNAISSANCES À LA PRATIQUE

Apprendre et s'adapter : Utiliser les espaces en ligne pour partager des idées	7
Anna Braunizer, Esther Dark, et Emily Polovick-Moulds	

Identifier la valeur durable des soins virtuels en ergothérapie	9
Janet M. Craik	

Les 10 meilleurs conseils pour favoriser l'engagement au sein d'un groupe virtuel	12
Sara DePottie, Laura Durling, Naomi Hatherly, Amber Paterson, Randi Vandale, Cara Brown, Lisa Diamond-Burchuk, et Pamela Wener	

PARTAGE DE PERSPECTIVES

Fournir de l'ergothérapie virtuelle au Canada : L'expérience des ergothérapeutes en matière de permis d'exercice multiprovincial.....	15
Laura Kalef et Leslie-Ann Stewart	

L'expérience virtuelle des étudiants en stage sur le terrain avec le CAOT	19
Annmarie Villanueva et Provvidenza DeArcangelis	

INFLUENCER LA VIE DES GENS, LES COMMUNAUTÉS ET LES SYSTÈMES

Passage d'un groupe de gestion de la douleur en personne à un groupe virtuel	22
Allison Banks	

Bienvenue à la Rehabilitation Advice Line — Je suis ergothérapeute. Comment puis-je vous aider ?	23
Justine Greene, Christine Mireault, Safieh Rajan, Magda Roberts, Sherry Dobler, Allison Burkart, Laura Coggles, et Katie Churchill	

La connexion au-delà de l'écran : Permettre aux clients de se rétablir d'une maladie mentale grâce à une thérapie de groupe virtuelle	24
Wendy Fox Harker et Patricia Jocelyn	

Comment COVID-19 a changé ma pratique : les leçons apprises	27
Lauren Hershfield	

« Juste huit minutes » : L'expérience d'éducateurs en ergothérapie concevant et enseignant des groupes virtuels basés sur l'occupation pour les problèmes psychosociaux.....	28
Hiba Zafran, Melissa, Park, Suzanne Rouleau, Raphael Lenchuca, Sandra Everitt, et Marc-Andre Clement	

MISE À JOUR DE LA FCE	31
------------------------------------	----

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

Tous droits de rédaction réservés
Les Actualités ergothérapeutiques et l'ACE ne soutiennent pas nécessairement les annonces acceptées pour publication.

PRÉSIDENTE DE L'ACE

Giovanna Boniface, erg. Aut. (C.B.)

CHEF DE LA DIRECTION DE L'ACE

Hélène Sabourin, RN, MHA

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

Tracy Jolliffe
Tél. : (613) 523-2268, poste 241
Courriel : advertising@caot.ca

ABONNEMENTS

Tél. : (800) 434-2268, ext. 221
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 partager des 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, communiquez 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, PhD, erg. Aut. (C.B.)
Tél. (613) 523-2268 ext. 243
courriel : ftomiles@caot.ca

CONCEPTION GRAPHIQUE ET MISE EN PAGE

Angel Ketchum

ÉDITION D'ÉPREUVES /TRADUCTION

Naomi Hazlett, erg. Aut. (Ont.) (Anglais)
Letitia Henville, Ph.D.
Alexa Gravel (Français)
Vicki Piché, ergothérapeute (Français)

COMITÉ ÉDITORIAL DES ACTUALITÉS ERGOTHÉRAPIQUES

Présidente : Flora To-Miles, erg. Aut. (C.B.)
Mercerina Lychek, erg. Aut. (Ont.)
Juan Lopez, erg. Aut. (Ont.)
Maria Mullally, B.Sc. Hon., M.Sc.OT, erg. Aut. (N.-É.)
Kathryn Wise, OTD, MHSc, erg. Aut. (Ont)
Jeff Boniface, ergothérapeute
Hiba Zafran, PhD, erg., ergothérapeute-psychothérapeute
ex-officio : Catherine Vallée, Rédactrice en chef, Revue canadienne d'ergothérapie
ex-officio : Josée Séguin, erg. Aut. (Ont.),

ÉDITEURS THÉMATIQUES

Critique ergothérapeutique : conscience professionnelle et droits
Hiba Zafran, PhD, erg., occupational therapist-psychotherapist

La santé des Autochtones et l'ergothérapie au Canada

Laura Giroux, MScOT
Tara White, M.Sc, erg. Aut. (N.-É.)

Relations internationales

Paulette Guitard, Ph.D., erg.

Notre passé ergothérapeutique

Hadassah Rais, M.Sc (ergothérapie - post-professionnelle),
erg. Aut. (Ont).
Elizabeth Pooley, erg. Aut. (Ont.)

Réflexions sur la pratique privée

Nicola Schaan, erg. Aut. (C.B.)

Le sens de l'agir

Katie Lee Bunting, erg. Aut. (C.B.)

La télésanté et la technologie d'assistance

Laura Kalef, ergothérapeute
Megan M. MacPherson, ergothérapeute

L'application des connaissances en ergothérapie

Mercerina Lychek, erg. Aut. (Ont.), MPH
Keiko Shikako-Thomas, Ph.D., erg.

Histoires quotidiennes

Emilie Simoneau, B.Sc.

Rehausser la pratique

Aînés : Ben Mortenson, Ph.D., erg.
Adultes : Bice Amoroso, erg. M.Sc. Aut. (Ont.) et Alexandra Lecours, Ph.D., erg.
Enfants et adolescents : Patricia O'Kafka, erg. M.Sc.
Santé mentale : Samantha Oostlander, erg. Aut. (Ont.),
Pratique en milieu rural et éloigné : Niki Kiepek, Ph.D., erg. Aut. (N.-É.)

Perspectives étudiantes

Katharine Fuchigami, MSc. Health and Rehabilitation Sciences, BHSc.
Alanna Veitch, Dipl. OTA&PTA

La RCE : des faits scientifiques pour votre pratique

Lori Letts, Ph.D., erg. Aut. (Ont.), FCAOT
Jackie Bosch, Ph.D., erg. Aut. (Ont.)

Formation clinique et théorique

Catherine White, Ph.D., erg. Aut. (N.-B., N.-É.)
Anne W. Hunt, PhD, erg. Aut. (Ont.)

Compétences en gestion de la pratique et compétences professionnelles

Leslie-Ann Stewart, erg. Aut. (Ont.)

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

Erin Moerman, AE/AP

La santé des femmes et l'ergothérapie

Sarah Good, erg. Aut. (Ont.)

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

Le passage aux soins virtuels et son impact sur la pratique de l'ergothérapie

Leslie-Ann Stewart

L'ergothérapie est une profession dans laquelle le client est encouragé à apprendre par la pratique. Cet apprentissage se fait sous étroite surveillance, car l'ergothérapeute évalue les fonctions à travers le prisme de l'occupation. L'évaluation (ou la réévaluation), la palpation et la notation des activités après une observation directe sont les éléments qui rendent l'art et la science de l'ergothérapie si uniques. L'ergothérapie est une profession dans laquelle le thérapeute et le client établissent un lien thérapeutique. Cette pratique centrée sur le client exige également de la créativité pour s'assurer que le client reste engagé tout au long de la thérapie. Le praticien favorise l'apprentissage et le développement par la répétition guidée, la narration de l'expérience vécue et la mise en œuvre de l'interconnexion de l'environnement, de l'occupation et de la personne qui travaillent ensemble pour établir le rendement et l'engagement.

En 2020, suite à la pandémie de COVID-19, la manière dont les services d'ergothérapie étaient fournis devait être évaluée afin de répondre aux besoins des différents domaines du secteur de la santé. Cette pandémie a touché les milieux universitaires, communautaires, hospitaliers et cliniques. En raison du passage rapide aux soins et au soutien virtuels, de nombreuses entreprises, universités et organisations ont été laissées à elles-mêmes pour improviser et éliminer les obstacles en créant des plans de continuité. Ces plans ont été créés avec peu de consultation ou d'orientation de la part des organismes de réglementation. Les ergothérapeutes ayant de nombreuses années de pratique, les étudiants sur le point d'obtenir leur diplôme et les professeurs bien établis en tant qu'éducateurs ont tous été confrontés à une courbe d'apprentissage alors qu'ils devaient poursuivre des tâches quotidiennes qui étaient rapidement transférées dans un domaine virtuel. Soudainement, nous avons tous dû apprendre à nous engager dans la télésanté.

La télésanté est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme " la prestation de services de soins de santé, lorsque les patients et les prestataires sont séparés par la distance " [traduction] (2019, paragraphe 1). Au fil des ans, la télésanté a contribué à l'éducation, au traitement, à la recherche et à l'évaluation (Cason, 2015 ; OMS, 2019), et maintenant avec la pandémie, la télésanté est devenue un moyen de prestation de services à un taux accru.

Les ergothérapeutes mettent désormais en œuvre des soins de santé virtuels à toutes les étapes de la vie en facilitant les services parmi les populations pédiatriques, adultes et âgées (Cason, 2015). Ce changement est évident dans les articles qui composent ce numéro spécial. Les lecteurs auront un aperçu des nombreux domaines de soins dans lesquels l'ergothérapie s'est orientée vers la prestation synchrone et asynchrone de services dans l'espace virtuel, afin de s'assurer que la pratique de l'ergothérapie continue de s'épanouir pendant la pandémie de COVID-19. À partir de ces expériences, les auteurs de ces articles ont identifié des stratégies réussies pour passer à un modèle de soins virtuels ainsi que des domaines de développement qui devraient être pris en compte si l'ergothérapie par le biais de la télésanté doit devenir une méthode de soins plus courante.

Un autre aspect de la télésanté à prendre en compte est celui des coûts associés à la fourniture de services à distance. Les coûts de financement doivent être pris en compte pendant la pandémie (Hoel et al., 2021), notamment pour s'assurer que le patient et ses proches aidants avaient accès à la technologie, comme un smartphone ou une tablette, pour participer à des vidéoconférences. En outre, le patient ou le proche aidant doit également être capable de naviguer dans la technologie pour pouvoir assister à des séances de thérapie (Dahl-Popolizio et al., 2020). Étant donné qu'Internet joue un rôle énorme dans l'accès aux services (Hoel et al., 2021), il convient d'envisager des discussions continues sur l'élimination des obstacles à la technologie lorsque l'on travaille avec diverses populations, car l'accès limité à Internet ou à la technologie continue d'empêcher certaines personnes de participer à un modèle virtuel de soins et d'éducation.

Cette édition spéciale a été un plaisir à réviser pour moi, et j'espère que les lecteurs considéreront l'impact du rôle que joue la télésanté dans la pratique de l'ergothérapie, et les façons dont cette méthode émergente de soins continue d'avoir un impact sur tous les individus (étudiants, praticiens, professeurs et clients) pour relier ensemble la personne, son environnement et son occupation. De plus, d'autres aspects à considérer seraient de s'assurer que l'alignement des pratiques au sein des provinces est normalisé (Hoel et al., 2021). Étant donné que la télésanté a été un sujet pertinent à la suite de la pandémie, d'autres études sur les avantages

de la télésanté sont nécessaires pour s'assurer que des approches fondées sur des preuves sont mises en œuvre dans la pratique de l'ergothérapie afin que ces domaines de pratique soient normalisés (Gustafsson, 2020).

Références

Cason, J. (2015). La télésanté et l'ergothérapie : Intégrés au triple objectif de la réforme des soins de santé [Telehealth and occupational therapy: Integral to the triple aim of health care reform]. *American Journal of Occupational Therapy/Revue américaine d'ergothérapie*, 69(2), 6902090010. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2015.692003>

Dahl-Popolizio, S., Carpenter, H., Coronado, M., Popolizio, N. J., et Swanson, C. (2020). La télésanté au service de l'ergothérapie : Réflexions sur les expériences vécues lors de la pandémie de COVID-19 [Telehealth for the provision of occupational therapy: Reflections on experiences during the COVID-19 pandemic]. *International Journal of Telerehabilitation/Revue internationale de téléréadaptation*, 12(2), 77–92. <https://doi.org/10.5195/ijt.2020.6328>

Gustafsson L. (2020). L'ergothérapie est désormais en ligne : Que restera-t-il après le COVID-19 ? [Occupational therapy has gone online: What will remain beyond COVID-19?] *Australian Occupational Therapy Journal/Revue australienne d'ergothérapie*, 67(3), 197–198. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12672>

Hoel, V., von Zweck, C., et Ledgerd, R. (2021). Fallait-il une pandémie mondiale pour adopter l'utilisation de la télésanté en ergothérapie ? [Was a global pandemic needed to adopt the use of telehealth in occupational therapy?] *Work/Travail*, 68(1), 13–20. <https://doi.org/10.3233/WOR-205268>

World Health Organization. (2019, November 8). Telehealth/Télésanté. <https://www.who.int/gho/goe/telehealth/en/>



À propos de l'éditrice invitée

Leslie-Ann Stewart, Erg. Aut. (Ont.), est une ergothérapeute agréée qui exerce en Ontario. Elle est chargée de cours adjointe (statut uniquement) à l'Université de Toronto. Elle travaille dans le domaine des soins virtuels depuis six ans en tant qu'ergothérapeute, aidant les adultes en arrêt de travail pour cause de dépression et d'anxiété à se rétablir pour reprendre le travail. Elle est actuellement directrice des opérations cliniques pour une entreprise de télémédecine où elle gère trois programmes de soins virtuels en santé mentale à l'échelle nationale. Elle est éditrice thématique pour le thème de Compétences en gestion de la pratique et compétences professionnelles pour Actualités ergothérapeutiques. Pendant son temps libre, Leslie aime faire de longues promenades à vélo et capturer des paysages vifs grâce à la photographie par drone. Vous pouvez la contacter à l'adresse suivante : leslieannstewart@yahoo.com

Ateliers et cours en ligne de l'ACE

Anxiety management in children: Practical strategies

Online delivery – September 16 & 17, 2021; January 20 and 21, 2022



This two-day workshop will equip you with the tools to increase your understanding, competence and confidence in working with school-aged children (4-12) and their parents in the treatment of anxiety. You will be introduced to formal and informal methods of assessing anxiety in children and how to make a plan for intervention. You will also learn practical intervention strategies and tips that can be implemented with both children and parents.

Inscrivez-vous à cet atelier



Apprendre et s'adapter : Utiliser les espaces en ligne pour partager des idées

Anna Braunizer, Esther Dark, et Emily Polovick-Moulds

Nous pouvons être physiquement éloignés tout en étant socialement connectés (Berger, 2020). Les espaces en ligne avec des connexions sociales existent lorsque deux personnes ou plus interagissent via Internet ou des technologies de communication Internet, telles que les médias sociaux, le chat vidéo, les blogs, les podcasts et les sites Web. En mars 2020, nous avons lancé *Beyond COVID* afin de partager des idées pour maintenir les connexions sociales et effectuer des occupations pendant le confinement, ainsi que pour contribuer au bien-être de nos communautés au-delà de COVID-19. Dans cet article, nous partageons ce que nous avons appris de cette expérience.

Conseils pour le partage des connaissances dans les espaces en ligne

- 1) **Connecter:** Découvrez et participez à des communautés en ligne. Nous avons appris l'existence des *Access Health Activists (AHA)* et de la *Coalition of Occupational Therapy Advocates for Diversity (COTAD)* grâce aux médias sociaux. Il s'agit de deux initiatives dans le cadre desquelles des personnes se réunissent dans des espaces en ligne pour partager des idées visant à renforcer l'appartenance et la diversité dans notre profession. Sur Twitter, il existe des communautés d'ergothérapeutes qui discutent chaque semaine de questions liées à la pratique en utilisant des hashtags comme #OTalk et #OccSciChat. Pendant la pandémie, à une époque où la participation à nos communautés locales nous manquait, il était agréable de rencontrer des personnes du monde entier et d'entrer en contact avec elles dans des espaces en ligne.
- 2) **Inclure:** Pour rendre votre contenu de médias sociaux accessible, utilisez #CamelCase, le texte alt et les légendes, et limitez l'utilisation des emojis. La casse #Camel permet aux hashtags de plusieurs mots d'être lus par les applications de lecture d'écran comme des mots séparés. Le texte alt sur les images est une description claire et concise de ce que l'image comprend, en peignant la même image avec des mots. Il existe différents outils et services en ligne pour le sous-titrage ; on peut également charger un volontaire ou un service de sous-titrage de saisir les sous-titres au fur et à mesure que la réunion virtuelle se déroule, pour ceux dont la fonction de sous-titrage est activée.
- 3) **Flexibilité de la conception:** Offrir des options pour accéder aux informations et interagir avec elles, par exemple en utilisant des contenus audio, visuels et écrits. Cette flexibilité favorise l'accessibilité. Un fond blanc avec du texte foncé peut être accessible pour certaines personnes, tandis qu'un fond foncé avec du texte clair peut l'être pour d'autres : il n'existe pas d'approche unique. En ce qui concerne la conception Web, nous avons utilisé la boîte à outils "*Accessibility and Inclusion*" du gouvernement de la Colombie-Britannique (2020), ainsi que des discussions avec les membres de l'équipe, pour élaborer des stratégies de conception accessibles.
- 4) **Collaborer:** Lorsque vous collaborez, rencontrez-vous dans un espace neutre qui soit sécurisant et accueillant pour les participants (Jordan & Braunizer, 2020). En participant à *Crip Camp : The Official Virtual Experience* (Crip Camp Impact Campaign, 2020), nous avons appris que les caractéristiques d'accessibilité utiles comprennent le fait de commencer les introductions par des descriptions en images de nous-mêmes, de nous nommer lorsque nous parlons, d'utiliser des sous-titres et des sous-titres, d'avoir des documents partagés en direct pour les questions et les discussions, d'avoir des interprètes en langue des signes américaine, d'encourager les gens à contribuer par le biais du chat ou de la parole, et d'encourager les participants à allumer ou éteindre leur caméra selon leurs préférences personnelles..
- 5) **Compenser:** Dans la mesure du possible, offrez une compensation équitable aux contributeurs pour leur travail et négociez ce à quoi cela ressemble avec les contributeurs sur une base individuelle (Richards et al., 2018). La compensation peut être financière ou prendre la forme de cartes-cadeaux, de nourriture ou de services en nature. Soyez clair sur votre capacité à compenser : il est important que tout le monde soit sur la même longueur d'onde dès le départ.
- 6) **Réfléchir:** Reconnaître explicitement qu'en tant que personnes partageant des connaissances sur les occupations, " nous sommes complices de la formation du monde " [traduction] (Kiepek, 2020, p. 12). Cela est particulièrement important dans le monde en ligne, où les informations peuvent être partagées rapidement et où elles peuvent être facilement déformées hors contexte.

- 7) Prendre une pause: Faites des pauses dans votre engagement en ligne et consacrez du temps à prendre soin de vous et à faire ce que vous aimez. Pendant la pandémie de COVID-19, la plupart des membres de notre équipe ont été victimes, à un moment ou à un autre, d'un épuisement des médias sociaux et ont trouvé pénible de continuer à les utiliser, même pour des activités auxquelles ils aimait contribuer. Vous pourrez toujours revenir si et quand vous vous sentirez prêt à le faire.
- 8) Participer: Élargissez votre compréhension du monde en participant à un développement professionnel en ligne. Comme mentionné ci-dessus, certains membres de notre équipe ont participé au *Crip Camp Virtual* (2020). De plus, l'ACE a organisé sa conférence annuelle de façon virtuelle. Par le biais de groupes Facebook (comme *PainOT*), certains membres de notre équipe ont participé à des webinaires hebdomadaires sur la pratique clinique. Nous avons entendu parler de la conférence de Karen Whalley Hammell à l'Université McMaster et de la conférence Kelly Bang de Stephanie Bizzeth à l'Université Dalhousie, et grâce à COVID-19, nous avons pu y assister virtuellement. Dans ces contextes, nous réunissions les connaissances des espaces cliniques et de recherche et partageons des idées pour faire avancer les pratiques.

En tant que profession qui défend l'accessibilité et encourage la participation, nous espérons que ces conseils vous seront utiles lorsque vous participerez à des espaces en ligne.

Références

- Berger, V. (2020). Phénoménologie des espaces en ligne : Interpréter les spatialités de la modernité tardive [Phenomenology of online spaces: Interpreting late modern spatialities]. *Human Studies/ Études humaines*, 43, 603–626. <https://doi.org/10.1007/s10746-020-09545-4>
- Crip Camp Impact Campaign. (2020). *Crip camp : L'expérience virtuelle officielle / Crip camp: The official virtual experience* [Série Webinaire]. <https://cripcamp.com/officialvirtualexperience/>
- Jordan, I., et Braunizer, A. (2020). *Évaluation de programmes pour les ergothérapeutes : L'engagement des citoyens / Program evaluation for occupational therapists: Citizen engagement* [Présentation powerpoint]. Brightspace. <https://www.dal.brightspace.com>
- Government of British Columbia. (2020). *Créer un contenu numérique accessible : Ressources et guides / Creating accessible digital content: Resources and guides*. <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/home/accessible-government/toolkit/accessible-digital-content>
- Kiepek, N. C. (2020). Des observateurs innocents ? Les choix discursifs et la construction de l'"occupation". [Innocent observers? Discursive choices and the construction of "occupation."] *Journal of Occupational Science/Revue des sciences occupationnelles*, 1–14. <https://doi.org/10.1080/14427591.2020.1799847>
- Royal College of Occupational Therapists. (2019). *Introduction to Social Media / Introduction aux médias sociaux*. <https://www.rcot.co.uk/promoting-occupational-therapy/using-social-media>
- Richards, D. P., Jordan, I., Strain, K., et Press, Z. (2018). La rémunération des partenaires des patients dans la recherche et les soins de santé : Le point de vue du patient sur le pourquoi et le comment [Patient partner compensation in research and health care: The patient perspective on why and how]. *Patient Experience Journal/Revue des expériences de patients*, 5(3), 6–12. <https://doi.org/10.35680/2372-0247.1334>

À propos des auteurs

Anna Braunizer, Erg. Aut. (BC), a été la fondatrice et co-responsable de l'équipe Beyond COVID. Elle travaille à temps plein avec des adultes dans un cabinet privé communautaire à Victoria, en Colombie-Britannique, et a obtenu son diplôme de l'école d'ergothérapie de l'Université Dalhousie en 2018. On peut trouver Beyond COVID à beyondcovid-19.com et @beyondCOVID sur les médias sociaux (Twitter, Instagram). Anna peut être contactée à l'adresse suivante : anna@beyondcovid-19.com

Esther Dark, M. Sc. Erg., est une étudiante en doctorat au Royaume-Uni. Elle était la responsable du blog Beyond COVID.

Emily Polovick-Moulds, OTR/L, était la co-responsable de l'équipe Beyond COVID. Elle travaille en tant qu'ergothérapeute pédiatrique en Californie.

Consultez d'autres articles sur les soins virtuels et l'ergothérapie qui ont été publiés dans des numéros précédents d'Actualités Ergothérapeutiques !

Numéro de janvier 2021 :

- Changement dans la pratique : Permettre une occupation centrée sur le client grâce à des engagements virtuels (Melissa Sztym, Carmen Lazorek, Kathy Gillis, Debra Froese, Carla Falk, Liz Mathew, Neila Nelsen et Patricia O'Krafka)

Numéro de mai 2021 :

- S'adapter au travail de terrain virtuel et s'ouvrir au changement : Développer des compétences en tant que nouveaux ergothérapeutes pendant la COVID-19 (Mallory Ryan, Jennifer Aird, Heather Dreise, Mara Malozewski, Bridget Marshall, Brooke Whitaker, et Andrea Hickling)
- Qu'est-ce qu'un HISIE ? La créativité inspirée de COVID-19 dans l'enseignement clinique de l'ergothérapie (Caroline Storr, Valerie Watters, et Karen Falcicchio)

Identifier la valeur durable des soins virtuels en ergothérapie

Janet M. Craik

Les ergothérapeutes veulent et doivent offrir des soins de qualité, mais la qualité ne suffit pas. Nous devons démontrer que les avantages de nos thérapies sont supérieurs aux risques et aux coûts (Conference Board of Canada, 2021 ; Horne et Manion, 2019). Mortimer et al. (2018) suggèrent de recalculer la façon dont nous identifions la valeur et de considérer la valeur durable des services que nous offrons. Le cadre *Sustainability in Quality Improvement* (SusQI) (Mortimer et al., 2018) utilise une approche multidimensionnelle consistant à prendre en compte les coûts environnementaux, sociaux et financiers, ainsi que les résultats pour les clients. Cet article applique les outils du cadre SusQI (Centre for Sustainable Healthcare [CSH], n.d.) pour démontrer la proposition de valeur durable des soins virtuels en fournissant une étude de cas impliquant une consultation pré-chirurgicale en ergothérapie.

Étude de cas

Voici M. Singh, un comptable de 69 ans qui travaille à temps partiel à domicile et qui doit subir une arthroplastie totale de la hanche au cours de l'hiver. Il vit dans un bungalow à 15 km de l'hôpital avec sa femme, qui travaille dans un magasin local et est en bonne santé. M. Singh a été orienté vers une consultation pré-chirurgicale avec un ergothérapeute afin de savoir de quel équipement il pourrait avoir besoin, où se le procurer et comment préparer son environnement domestique pour son retour après l'opération.

Alex est l'ergothérapeute qui travaille à la clinique pré-chirurgicale de l'hôpital un jour par semaine. Elle parcourt chaque jour 25 km pour se rendre à l'hôpital. L'hôpital encourage les employés à s'engager dans des activités d'amélioration de la qualité. Alex est prête à utiliser le cadre SusQI pour examiner le modèle de prestation de services de la consultation pré-chirurgicale.

L'objectif global de l'amélioration durable de la qualité est de maximiser la valeur durable. Les soins améliorés et durables sont destinés à fournir les meilleurs résultats possibles en matière de santé avec " un minimum de coûts financiers et d'impacts environnementaux nocifs, tout en ajoutant une valeur sociale positive à chaque occasion " [traduction] (Mortimer et al., 2018, p. 90). Le SusQI permet de concevoir des services qui favorisent l'intégrité écologique, l'équité sociale et l'inclusion économique. Le cadre du SusQI comprend les étapes suivantes : (a) fixer des objectifs, (b) étudier le système, (c) concevoir l'effort d'amélioration, et (d) mesurer l'impact ou le retour sur investissement (CSH, n.d.).

(a) Fixer des objectifs

Alex veut fournir l'éducation appropriée au client, avant l'opération, afin de s'assurer que M. Singh se sent prêt pour l'opération et la sortie post-chirurgicale à la maison, tout en évitant les déchets intersystèmes.

(b) Étudier le système

Pour analyser le système existant, Alex cartographie les étapes de la consultation pré-chirurgicale, puis identifie les impacts environnementaux, sociaux et financiers (voir tableau 1). Elle met en évidence les gaspillages et les possibilités d'amélioration. En ce qui concerne les impacts environnementaux, elle identifie ses déplacements et ceux de M. Singh (gaz à effet de serre, pollution atmosphérique), la consommation d'énergie de l'hôpital (électricité, chauffage pour faire fonctionner la clinique), les fournitures médicales (fabrication et achat d'équipements de protection individuelle [EPI]), les fournitures non médicales (fournitures de bureau) et l'élimination des EPI. Pour les impacts sociaux, elle prend en compte les défis sociaux potentiels (par exemple, l'éducation, la culture, la race, l'emploi, l'accessibilité) des parties prenantes, y compris le client, le personnel hospitalier et les travailleurs de la chaîne d'approvisionnement du contexte de la pratique.

Elle est préoccupée par le fait que M. et Mme Singh doivent s'absenter de leur travail pour assister à la visite en personne. Elle est consciente des inconvénients de la visite en personne à l'hôpital en raison du risque d'exposition à des virus, ainsi que du risque de chute associé aux voyages en hiver. Elle identifie les impacts sociaux suivants : le temps du client et du proche aidant, son temps et le risque de préjudice pour le client. Dans ce cas, elle considère la situation de logement de M. Singh (ville, accès à Internet), ainsi que son niveau d'éducation et d'alphabétisation comme des facteurs favorables à l'éducation en ligne. En ce qui concerne les impacts financiers, elle identifie le matériel acheté et éliminé (documents papier pour le client, mobilier de la clinique), les frais de déplacement (essence), les salaires du personnel (personnel administratif et de soutien) et les frais de stationnement.

(c) Concevoir l'effort d'amélioration

Alex décide que la réduction de l'utilisation des ressources opérationnelles serait le principal facteur de changement pour l'amélioration. En dispensant l'enseignement virtuellement, Alex voit une opportunité de réduire les ressources environnementales (les gaz à

effet de serre), les impacts sociaux (le temps du client) et les impacts financiers (EPI, frais de stationnement), tout en maintenant les mêmes résultats pour le client. Alex décrit les impacts environnementaux, sociaux et financiers (voir tableau 1) des soins en présentiel et virtuels. La prochaine étape du cadre consiste à mesurer les impacts et à identifier la valeur durable du modèle de soins virtuels.

(d) Mesurer l'impact ou le retour sur investissement

Aux fins du présent article, seul un échantillon des points de données potentiels sera fourni pour démontrer l'application du SusQI. Un certain nombre d'outils sont disponibles sur le site web du CSH pour mesurer les

impacts environnementaux, sociaux et financiers. Pour les impacts environnementaux, Alex peut calculer l'empreinte carbone des soins en personne et virtuels en utilisant les données publiées par les calculateurs de carbone. Alex calcule l'empreinte carbone des déplacements du personnel et des clients pour la visite en clinique à 17,79 kgCO₂e/km, contre 0 kgCO₂e/km pour la visite virtuelle. Alex peut calculer les impacts financiers en dollars. Par exemple, Alex peut montrer les dollars économisés en éliminant la nécessité pour le client de payer le parking lors de la visite virtuelle.

À l'heure actuelle, il n'existe pas de mesures convenues pour les impacts sociaux (CSH, n.d.). Alex doit réfléchir et utiliser son raisonnement professionnel pour identifier les parties prenantes potentielles, les domaines

Tableau 1

Cartographie du système de consultation pré-chirurgicale en présentiel et virtuel

Scénario #1: Présentiel		Commentaires sur l'utilisation des ressources	Scénario #2: Virtuel		Clée
Activité	Incidences sur les ressources		Activité	Incidences sur les ressources	
Voyagement en voiture jusqu'à l'hôpital	1, 2, 1,2,3 1,2	- Peut-on éliminer les déplacements pour faire gagner du temps aux clients, aux proches aidants et au personnel, et réduire l'empreinte carbone ? - Le temps peut-il être réinvesti pour offrir plus de services et obtenir des résultats positifs pour la santé d'un plus grand nombre de personnes ? - Peut-on réduire les dépenses personnelles des clients ? - Pouvons-nous réduire les besoins en personnel administratif et en bénévoles ? - L'espace de la clinique peut-il être réaffecté à d'autres activités de l'hôpital ? - Pouvons-nous réduire les besoins en EPI et en fournitures de bureau ? - A-t-on besoin d'une thérapie en face à face ou pratique ? - Le client est-il très instruit et sait-il utiliser un ordinateur ? - La fréquentation de la clinique pose-t-elle des problèmes sociaux au client ?	Se connecter aux services de télésanté	3 1,2 1,3	Impacts sur l'environnement 1. Déplacements des clients et des proches aidants (gaz à effet de serre, pollution atmosphérique) 2. Déplacements du personnel (gaz à effet de serre, pollution atmosphérique) 3. Consommation d'énergie (électricité, chauffage) 4. Fournitures médicales (fabrication et achat d'EPI) 5. Fournitures non médicales (fournitures de bureau) 6. Élimination des déchets Impacts sociaux 1. Temps des clients et des proches aidants 2. Temps du personnel 3. Risque de préjudice pour le client Impacts financiers 1. Achat et élimination de l'équipement 2. Frais de déplacement (essence) 3. Salaires du personnel 4. Frais de stationnement
Stationner la voiture	3, 1,2,3 1		Participer à la consultation en ergothérapie	3 1,2 1,3	
S'enregistrer à la réception	3,4,5 1,2,3 1,3		Se déconnecter du service de télésanté	1,2 1,3	
Attente à la réception	3,4,5,6 1, 2,3 1,3				
Participer à la consultation en ergothérapie	3,4,5,6 1,2,3 1,3				
Retourner à la voiture	3 1,2,3 1,4				
Conduire jusqu'à la maison	1, 2, 3 1,2,3 1,2				

Tableau 1 adapté avec permission du CSH (n.d.)

d'impact social et les mesures de résultats connexes. Elle considère les impacts sociaux qui peuvent être évités, tels que la diminution du niveau d'anxiété de M. Singh et de sa femme, puisqu'ils n'ont pas besoin de s'absenter du travail et de conduire dans la circulation, et qu'ils ne sont pas exposés aux risques potentiels pour la santé liés aux déplacements et à l'entrée dans un environnement hospitalier. Alex identifie que des facteurs sociaux tels que le niveau d'éducation de M. Singh peuvent permettre à l'intervention éducative virtuelle de se dérouler.

Alex utilise des mesures telles que la Mesure canadienne du rendement occupationnel (Law et al, 2005) pour cerner les résultats pour M. Singh. Pour s'assurer que l'on s'attaque aux inégalités et que l'on contacte les personnes qui pourraient bénéficier des soins, Alex tient également compte de la population plus large de clients figurant sur sa liste d'attente (par exemple, comment les visites virtuelles lui permettent de voir plus de clients, de réduire la durée des listes d'attente et d'améliorer l'accès aux soins pour les personnes vivant dans la pauvreté en réduisant les frais à leur charge).

Après examen des impacts environnementaux, sociaux et financiers, Alex peut démontrer que les soins virtuels pour la consultation pré-chirurgicale ont une valeur durable plus élevée que les méthodes traditionnelles de prestation de services. La Fédération mondiale des ergothérapeutes (2018) exhorte les ergothérapeutes à offrir des soins durables et déclare qu'il est nécessaire d'aborder la durabilité en ergothérapie pour faciliter le

bien-être de nos clients et le bien-être global. Les soins virtuels offrent aux ergothérapeutes une méthode de soins durables qui peut répondre aux besoins des clients que nous voyons aujourd'hui, ainsi que préserver les ressources et promouvoir un bien-être plus large pour le présent et l'avenir.

Références

- Centre for Sustainable Healthcare. (n.d.). *Ressources de projet SuSQI/SusQI project resources*. <https://www.susqi.org/project-resources>
- Conference Board of Canada. (2021). *Soins de santé basés sur la valeur [Value-based healthcare]*. <https://www.conferenceboard.ca/networks/vbhc/default>
- Horne, F., et Manion, R. (2019). Une approche canadienne des soins de santé fondés sur la valeur [A made-in-Canada approach to value-based healthcare]. *Healthcare Papers/Documents sur la santé*, 18(4), 10–19. <http://doi.org/10.12927/hcpap.2019.26033>
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M., Polatajko, H., et Pollock, N. (2005). *Mesure Canadienne du rendement occupationnel (MCRO)*. (4e ed.). CAOT Publications ACE.
- Mortimer, F., Isherwood, J., Wilkinson, A., et Vaux, E. (2018). La durabilité dans l'amélioration de la qualité : Redéfinir la valeur [Sustainability in quality improvement: Redefining value]. *Future Healthcare Journal/Revue des soins de santé futurs*, 5(2), 88–93. <http://doi.org/10.7861/futurehosp.5-2-88>
- Fédération mondiale des ergothérapeutes [World Federation of Occupational Therapists]. (2018). La durabilité compte : Principes directeurs pour la durabilité dans la pratique, l'éducation et la recherche en ergothérapie [Sustainability matters: Guiding principles for sustainability in occupational therapy practice, education and scholarship]. <https://www.wfot.org/resources/wfot-sustainability-guiding-principles>

À propos de l'auteur

Janet M. Craik, M. Erg., Erg. Aut. (Ont.), est une chercheuse et une consultante indépendante. Pour toute question concernant cet article, vous pouvez la contacter à l'adresse suivante : janetcraik@gmail.com.

Ateliers et cours en ligne de l'ACE

Foundations in mental health and well-being

Online delivery – September 10 & 11, 2021; February 10 & 11, 2022



This workshop will equip you with the knowledge to start incorporating resiliency skills in your clinical practice, including mindfulness, interpersonal effectiveness, distress tolerance, emotion regulation, behavioural activation and social prescribing.

Inscrivez-vous à cet atelier



Les 10 meilleurs conseils pour favoriser l'engagement au sein d'un groupe virtuel

Sara DePottie, Laura Durling, Naomi Hatherly, Amber Paterson, Randi Vandale, Cara Brown, Lisa Diamond-Burchuk, et Pamela Wener

Un rôle clé des ergothérapeutes dans les soins primaires consiste à faciliter le processus de groupe au sein des groupes de thérapie de réadaptation et d'éducation (Donnelly et al., 2016). La compréhension du processus de groupe par les ergothérapeutes leur permet de planifier et de mettre en œuvre des traitements de groupe fondés sur des données probantes et centrés sur le client afin de soutenir l'autogestion des problèmes de santé physique et mentale.

Lorsque le COVID-19 a entraîné l'annulation des services de soins primaires en présentiel à Winnipeg, nous avons adapté nos programmes de groupe pour les offrir virtuellement. Grâce à la collaboration de cinq thérapeutes, une variété de groupes en ligne ont été offerts pour gérer la douleur chronique, développer des habiletés d'adaptation et faire face au stress causé par le COVID-19. Bien que nous possédions une expertise dans l'animation de petits groupes, nous n'avons que peu d'expérience dans le soutien des processus de groupe dans des environnements virtuels.

L'établissement d'une cohésion ou d'alliances thérapeutiques entre et parmi les clients et les thérapeutes est essentiel pour diriger des groupes efficaces (Burlingame et Jensen, 2017 ; Burlingame et al., 2011 ; Norcross et Wampold, 2011). La littérature émergente suggère que l'établissement de la cohésion dans un environnement de groupe virtuel sous-tend les résultats positifs du traitement (Bisseling et al., 2019 ; Weinberg, 2020). La combinaison de ces preuves avec nos connaissances expérientielles a servi de base à nos 10 meilleurs conseils pour soutenir le processus de groupe dans les environnements virtuels :

1. Soutenir les clients pour qu'ils se souviennent de leurs rendez-vous virtuels

Les clients semblent avoir plus de difficultés à se souvenir des rendez-vous virtuels que des rendez-vous en présentiel. Avant la première session de groupe, assurez-vous que les clients ont mis en place une stratégie pour se souvenir de leurs rendez-vous de groupe. Si votre réglementation en matière de confidentialité le permet, envisagez de fournir aux participants une invitation par calendrier électronique ou d'envoyer un rappel aux clients par courriel. Envisagez d'encourager les personnes à partager leurs idées de rappel lors de la première session de groupe afin de renforcer la cohésion du groupe.

2. Garder les groupes petits

Le fait de maintenir des groupes virtuels restreints permet de créer un environnement sûr et accueillant. Les petits groupes favorisent également la responsabilisation des clients les uns envers les autres. Un groupe de cinq à six clients est idéal, afin que tous les participants puissent voir tous les membres du groupe. Pour les groupes plus importants, utilisez des salles séparées supervisées par des animateurs afin de donner à tous les membres du groupe la possibilité de participer.

3. Planifier des questions de discussion

Nous avons constaté qu'il était difficile de promouvoir la participation dans les discussions virtuelles car les participants ne peuvent pas compter sur le feedback non verbal des autres. Les participants sont donc moins

Encadré 1.

Questions de discussion orientées sur le processus à poser aux participants

Réchauffement

- Quelle est une activité que vous faites pour vous détendre ?
- Quelle est une manière de créer des liens avec les autres pendant le COVID-19 ?
- Quelle est une chose que vous faites pour faciliter le sommeil ?

Revue des objectifs

- De quelle manière avez-vous utilisé cette compétence efficacement la semaine dernière ?
 - Quel a été votre plus grand défi pour atteindre votre objectif avec cette compétence la semaine dernière ?
 - Qu'est-ce qui vous a aidé, le cas échéant, à atteindre votre objectif ?

Vérifier la compréhension

- Quelle est l'information la plus utile de la session d'aujourd'hui pour vous et pourquoi ?

Définition des objectifs

- Quelle est la stratégie que vous utiliserez pour vous aider à atteindre votre objectif cette semaine ?
- Que ferez-vous si votre objectif est plus difficile à atteindre que vous ne le pensiez ?

enclins à s'exprimer lorsqu'on leur pose une question vague ou mal formulée. En tant qu'animateur, il est difficile de déterminer pourquoi les participants sont silencieux, et il est difficile de lire le langage corporel virtuellement. Préparez les questions de discussion à l'avance pour vous assurer qu'il s'agit de questions structurées, ouvertes et adaptées aux participants du groupe. Cette planification minutieuse renforcera la cohésion du groupe, car les participants seront plus enclins à participer (voir encadré 1).

4. Rédigez vos invitations par courrier électronique avec soin

Il est important que les courriels contenant l'URL de la session de groupe soient aussi courts et succincts que possible. Veillez à ce que l'URL figurant dans le courriel soit évidente et facile à trouver. Si les participants ont du mal à comprendre le courriel ou à trouver le lien, ils risquent d'éprouver un sentiment d'échec, ce qui diminue la probabilité d'établir des alliances thérapeutiques de groupe. Ne sous-estimez pas l'importance de préparer les participants au succès lorsque vous considérez ces détails. Utilisez un modèle de courriel pour que le message soit clair et cohérent pour les participants. Envoyez-le à un collègue pour qu'il le révise dans le format dans lequel il sera reçu par les clients.

5. Effectuer des contrôles de technologie individuels

Fournissez aux clients des instructions claires au moins une semaine avant la première session - ce point de communication est l'une des premières occasions de développer une alliance thérapeutique avec vos clients. Une vérification de la technologie donne à chacun l'occasion d'essayer d'accéder à la plate-forme, avec suffisamment de temps pour obtenir de l'aide en cas de problème technologique. Pour les clients qui ont besoin d'un soutien technologique plus important, proposez de les aider à se familiariser avec la technologie avant la première session. Envisagez d'expliquer au client les étapes de la connexion à la plate-forme par téléphone ou demandez au personnel administratif de vous aider à le faire.

6. Discuter des rôles des co-facilitateurs

L'animation de groupes virtuels peut être délicate ; ce n'est pas le moment de se passer d'un second animateur de groupe. Lorsque vous animez des groupes virtuels, il est essentiel de discuter des expériences précédentes et des connaissances du groupe avec votre coanimateur afin de garantir une approche unifiée. Nous avons appris à attribuer aux animateurs des responsabilités pour faire face aux exigences technologiques et aux problèmes technologiques qui se présentent. Il s'agit notamment de savoir qui enverra les URL, surveillera la salle d'attente, gèrera le chat du groupe, répondra aux questions des clients, facilitera le partage d'écran et traitera les problèmes audio et vidéo des clients. Cette planification permettra de s'assurer que lorsque (et non pas si !) des

problèmes technologiques surviennent, un animateur maintiendra le processus de groupe pendant que l'autre s'occupera des problèmes technologiques.

7. Optimiser l'engagement des participants

Optimiser l'engagement des participants aura un impact positif sur la cohésion du groupe en augmentant la confiance et le respect entre les membres du groupe. Les participants auront besoin de conseils sur les comportements verbaux et non verbaux qui montreront aux autres qu'ils sont attentifs au groupe. Ces conseils sont particulièrement importants dans l'environnement virtuel, où l'animateur a moins de contrôle sur l'environnement physique des participants.

a) **Élaborer des lignes directrices de groupe.** Tout comme pour les groupes en présentiel, les attentes vis-à-vis du groupe doivent être claires. Les clients peuvent ne pas comprendre l'importance de se concentrer sur le groupe et adopter des comportements qui les distraient ou distraient les autres. Les lignes directrices peuvent aider vos clients à comprendre comment tirer le meilleur parti du groupe en le traitant comme une session en personne. Cela implique de se lever suffisamment tôt pour s'habiller et manger avant le groupe, et de s'abstenir de comportements tels que la conduite automobile ou la consommation de drogues pendant le groupe.

b) **Apprendre aux clients à aménager leur environnement.** Enseignez aux clients l'importance d'aménager leur environnement pour optimiser leur participation au groupe. Parmi les conseils utiles, citons la limitation des distractions en éteignant le son et l'image de la télévision ou de la radio, et en réglant les téléphones portables, les ordinateurs et les tablettes sur "ne pas déranger" ou "silencieux." Prenez le temps, lors de la première séance, d'apprendre aux clients à aménager leur espace de travail pour les aider à rester attentifs et alertes, par exemple en s'asseyant à une table plutôt qu'à un canapé ou à un lit.

8. Revoir l'utilisation des fonctionnalités de la plateforme virtuelle

Passez en revue l'utilisation des fonctionnalités de la plate-forme virtuelle avec les clients afin de créer un espace sécurisant pour que les participants puissent s'engager les uns envers les autres. Encouragez les clients à garder leur vidéo allumée, car elle les aide à être attentifs et à participer au processus de groupe. Vous devrez peut-être rappeler aux clients qu'ils doivent couper le son lorsqu'ils ne parlent pas, car les bruits de fond peuvent les distraire et détourner leur attention de l'orateur. Il faut également s'assurer que les membres du groupe reçoivent suffisamment de commentaires verbaux pour se sentir entendus, plutôt que d'avoir l'impression de parler dans le vide. Pour optimiser la participation, revoyez et pratiquez l'utilisation de fonctions telles que la mise en sourdine et le déblocage, ainsi que la façon

de contribuer à la discussion dans la boîte de discussion avec les participants.

9. Aborder la question de la vie privée et de la confidentialité

Tenez compte des différences en matière de vie privée et de confidentialité pour un groupe virtuel. Expliquez à vos clients qu'il est important de trouver un espace calme et privé à leur domicile pour les sessions afin que les membres du groupe puissent être certains que leurs enregistrements audio et vidéo ne seront vus et entendus que par les autres membres du groupe. Encouragez les clients à porter des écouteurs s'ils se trouvent dans un espace où d'autres personnes pourraient entendre la discussion de groupe. Assurez les clients que les sessions ne seront pas enregistrées et que les animateurs suivront également ces directives de confidentialité. Le fait d'aborder la question de la vie privée et de la confidentialité contribuera à créer un climat de confiance au sein du groupe. Cela permettra aux clients de respecter et d'apprécier le privilège qu'ils ont d'entendre et d'apprendre les uns des autres, créant ainsi des opportunités de cohésion de groupe.

10. Partager des ressources et du matériel de groupe

Réfléchissez à la manière et au moment où vous prévoyez de partager les ressources du groupe. Certains clients préfèrent avoir leurs ressources à l'avance pour pouvoir prendre des notes ou suivre le cours, tandis que d'autres préfèrent les recevoir après le groupe. Le partage d'écran pendant les sessions a été préféré par certains clients en raison de leurs besoins d'apprentissage personnels (par exemple, la rédaction de notes). Il est important de s'assurer que les clients ont accès à des copies physiques du matériel de groupe afin qu'ils puissent s'engager et revoir le matériel pour tirer le meilleur parti du groupe.

Références

- Bisseling, E., Cillessen, L., Spinhoven, P., Schellekens, M., Compen, F., Lee, M., et Speckens, A. (2019). Le développement de l'alliance thérapeutique et son association avec la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience sur Internet pour les patients cancéreux en détresse : Analyse secondaire d'un essai contrôlé randomisé multicentrique. [Development of therapeutic alliance and its association with internet-based mindfulness-based cognitive therapy for distressed cancer patients: Secondary analysis of a multicenter randomized controlled trial.] *Journal of Medical Internet Research/Revue de la recherche médicale sur Internet*, 21(10), e14065. <https://doi.org/10.2196/14065>
- Burlingame, G.M., et Jensen, J.L. (2017). Points forts de la recherche sur les processus et les résultats des petits groupes : Une perspective de 25 ans. [Small group process and outcome research highlights: A 25-year perspective.] *International Journal of Group Psychotherapy/Revue internationale de la psychothérapie de groupe*, 67, S194-S218. <https://doi.org/10.1080/00207284.2016.1218287>
- Burlingame, G.M., McClendon, D.T., et Yang, C. (2018). Cohésion dans la thérapie de groupe : Une méta-analyse [Cohesion in group therapy: A meta-analysis]. *Psychotherapy/Psychothérapie*, 55(4), 384-398. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000173>
- Donnelly, C.A., Leclair, L.L., Wener, P.F., Hand, C.L., et Letts, L.J. (2016). L'ergothérapie dans les soins primaires : Résultats d'une enquête nationale [Occupational therapy in primary care: Results from a national survey]. *Canadian Journal of Occupational Therapy/Revue Canadienne de l'ergothérapie*, 83(3), 135-142. <https://doi.org/10.1177/00084174166637186>
- Norcross, J.C., et Wampold, B.E. (2011). Ce qui fonctionne pour qui : Adapter la psychothérapie à la personne [What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person]. *Journal of Clinical Psychology/Revue de psychologie clinique*, 67(2), 127-132. <https://doi.org/10.1002/jclp.20764>
- Weinberg, H. (2020). Psychothérapie de groupe en ligne : Défis et possibilités pendant COVID-19—Une revue des pratiques [Online group psychotherapy: Challenges and possibilities during COVID-19—A practice review]. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice/ Dynamique de groupe : Théorie, recherche et pratique*, 24(3), 201-211. <https://doi.org/10.1037/gdn0000140>

À propos des auteurs

Sara DePottie, Laura Durling, Naomi Hatherly, Amber Paterson, et Randi Vandale sont des ergothérapeutes travaillant dans des centres de soins primaires et de santé mentale à Winnipeg, au Manitoba. Pendant la pandémie de COVID-19, ils ont proposé des thérapies de groupe via des plateformes en ligne, notamment des groupes axés sur la gestion de la douleur chronique, la gestion du stress COVID et la thérapie dialectique et cognitivo-comportementale.

Cara Brown, Lisa Diamond-Burchuk, et Pamela Wener sont membres du corps professoral du programme de maîtrise en ergothérapie de l'Université du Manitoba. Ils sont intéressés à soutenir l'ergothérapie en soins primaires par l'enseignement, la recherche et la *Manitoba Primary Care Community of Practice*. Pour toute question ou tout commentaire sur cet article, veuillez contacter Sara à l'adresse suivante : sdepottie@wrha.mb.ca.

ÉDITRICE THÉMATIQUE AD-HOC: MARYSE DIONNE

Fournir de l'ergothérapie virtuelle au Canada : L'expérience des ergothérapeutes en matière de permis d'exercice multiprovincial.

Laura Kalef et Leslie-Ann Stewart

Nous (les auteurs) souhaitons partager notre expérience de la prestation de services d'ergothérapie virtuels à travers le pays, avant le début de COVID-19. Notre objectif est de lancer une conversation pour permettre le changement et améliorer le soutien aux ergothérapeutes travaillant dans le domaine des soins virtuels à l'échelle nationale.

Les soins virtuels sont définis comme "l'utilisation de technologies avancées permettant des interactions et l'échange d'informations entre [les professionnels de la santé et les clients] qui peuvent ne pas avoir d'interaction face à face à aucun moment" [Traduction] (Demeris, 2006). L'Internet est devenu un moyen de créer l'accessibilité en réunissant l'équipe chargée du cas d'un client, quel que soit son emplacement géographique. Dans le domaine des télécommunications, les cliniciens ont identifié la vidéoconférence comme une méthode permettant d'offrir des soins virtuels. Parmi les autres méthodes, citons les babillards en ligne, les listes de diffusion automatiques et les sites de clavardage privés. La création et l'établissement de communautés de soins virtuelles ont entraîné un changement de paradigme notable au sein du système de soins de santé, qui est passé d'un système axé sur l'institution à un système axé sur le client (Demeris, 2006). En effet, l'offre de soins virtuels a conduit à une expansion potentielle de l'équipe de soins d'un client, hors des murs de l'institution, et à une réduction de la distance géographique par le biais des technologies. En outre, les soins virtuels offrent d'autres moyens de communication entre le client et les cliniciens spécialisés. Ces aspects facilitent la continuité des soins (Demeris, 2006) et la gestion de diverses maladies dans le confort du domicile du client.

Selon Deschamps (2019), l'Institut économique de Montréal (IEDM) a signalé qu'environ 1 % des Canadiens ont eu recours à la télémédecine en 2019 pour régler à distance leurs problèmes médicaux généraux. En accédant à ce type de service, les clients peuvent recevoir des soins médicaux en temps opportun sans que le client ne quitte son domicile. En Ontario uniquement, on a constaté une augmentation de 30 % des services de télémédecine, selon Glauser et ses collègues (2015). Certains programmes et services spécifiques connaissent une croissance rapide, comme les services de santé mentale, notamment les visites virtuelles chez le médecin, les traitements

psychologiques et les évaluations psychiatriques (Marzano et al., 2014). Par exemple, les programmes hospitaliers ont mis en œuvre des soins virtuels pour les services de santé mentale dans les régions canadiennes à forte représentation autochtone ainsi que pour les individus dans d'autres régions rurales et éloignées, soutenant l'accès à distance aux spécialistes, la capacité locale et les interventions dirigées par le client (Glauser et al., 2015 ; Hensel et al., 2019).

Grâce à l'évolution des soins virtuels, les ergothérapeutes peuvent s'engager auprès des clients par le biais de rendez-vous à distance pour une évaluation et des interventions (Mantovani et al., 2004). Bien que les soins virtuels facilitent l'accès et réduisent la pertinence de l'emplacement géographique d'un client, l'adoption de la technologie comporte certains défis. Pour les praticiens, ces défis peuvent inclure, sans s'y limiter, la protection de la vie privée, l'adaptation de la pratique à une communication basée sur la technologie, l'établissement d'un rapport thérapeutique sans être physiquement présent, l'éducation des clients sur cette nouvelle vague d'interaction pour le soutien et la thérapie et, enfin et surtout, la gestion de la question des licences multiples. À la lumière de ces défis, il est important d'explorer comment les ergothérapeutes peuvent participer aux soins virtuels et surmonter ces difficultés inhérentes afin de maximiser les avantages des soins virtuels pour les Canadiens.

Comme d'autres praticiens de la santé, les ergothérapeutes ont adopté une position sur la pratique virtuelle. Une déclaration de position de 2014 de la Fédération mondiale des ergothérapeutes (FME) indique ceci:

La télésanté est un modèle de prestation approprié pour les services d'ergothérapie lorsque les services en personne ne sont pas possibles, pratiques ou optimaux pour la prestation des soins et/ou lorsque la prestation des services par télésanté est mutuellement acceptable pour le client et le prestataire. Elle peut également faire partie d'un modèle hybride dans lequel certains services d'ergothérapie sont fournis en personne et d'autres à distance (2014) [Traduction].

La déclaration de la FME soutient les ergothérapeutes du

monde entier qui intègrent des services virtuels dans leur modèle de prestation de soins. Au Canada, l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) a également démontré son soutien à l'ergothérapie électronique en tant que moyen efficace, efficient et accessible de fournir des services et de l'éducation en ergothérapie aux Canadiens (ACE, 2011).

À la lumière du COVID-19 et des changements dans le domaine des soins de santé, l'ACE a plus récemment publié des considérations pratiques pour les ergothérapeutes travaillant dans le domaine de la télésanté (ACE, 2020) et a organisé des forums sur ce sujet. Bien que les soins virtuels soient maintenant une façon de plus en plus courante de fournir des services d'ergothérapie, il y a encore des lacunes dans la rationalisation des permis provinciaux pour ceux qui pratiquent à l'échelle nationale.

Notre expérience

Nous sommes deux ergothérapeutes qui ont travaillé dans un rôle de gestion de cas pour un programme virtuel de gestion de l'invalidité en santé mentale offert à travers le Canada. Ce programme offre des services d'intervention précoce en santé mentale aux clients souffrant d'une incapacité à court ou à long terme, dans le but de les aider à reprendre leurs activités quotidiennes et à travailler. Le rôle de l'ergothérapeute est d'être un gestionnaire de cas et un défenseur du client au sein de la communauté virtuelle. L'équipe de soins virtuelle est composée d'un psychologue traitant, d'un psychiatre, d'un médecin de famille, d'un spécialiste des réclamations d'assurance invalidité et du client. Le regard de l'ergothérapeute est précieux pour s'assurer que l'équipe maintient une approche centrée sur le client et se concentre sur la notion d'occupation significative. L'ergothérapeute effectue une évaluation initiale et des mesures de résultats fonctionnels tout au long du programme pour suivre les progrès. En tant que défenseur du client dans ce programme de santé mentale, l'ergothérapeute veille à ce qu'il y ait une communication ouverte entre les communautés virtuelles, assure la continuité des soins et préconise des ressources appropriées pour le client afin de s'assurer qu'il progresse et atteint ses objectifs. Ce programme est financé par la compagnie d'assurance du client.

Travailler dans le domaine des soins virtuels nous a permis de nous impliquer avec une base nationale de clients et de cliniciens pour faciliter les services dans les régions éloignées du pays. Nous avons pu faire appel à des experts des régions métropolitaines pour fournir des services spécialisés à des personnes vivant dans des communautés rurales. De plus, le fait de faire partie d'une équipe de soins virtuelle provenant de diverses provinces a permis aux clients de connaître les options d'intervention disponibles dans tout le pays et d'accroître leur accès à des services de qualité. Le fait de faire partie de la communauté virtuelle permet également aux clients de participer depuis le confort de leur foyer, ce que beaucoup considèrent comme un espace sûr

Encadré 1.

Avantages des soins virtuels au Canada

- Permet à un plus grand nombre d'ergothérapeutes d'exercer dans les petites provinces et de fournir des services aux clients vivant dans des régions éloignées.
- Permet à un plus grand nombre de Canadiens d'avoir accès à des services d'ergothérapie.
- Permet d'offrir des services plus spécialisés dans les régions isolées et rurales qui n'y ont peut-être pas accès.
- Permet aux ergothérapeutes en pratique privée d'étendre leurs activités.
- Appuie les objectifs nationaux en matière de soins de santé en plus des objectifs provinciaux.
- Assure la continuité des soins aux clients qui travaillent ou vivent dans différentes provinces, qui voyagent régulièrement ou qui ont déménagé dans une nouvelle région.

lorsqu'ils entreprennent des interventions en santé mentale. Dans l'ensemble, l'utilisation des soins virtuels pour l'ergothérapie au Canada présente de nombreux avantages, qui sont mis en évidence dans l'encadré 1.

Les défis de la prestation de soins virtuels multiprovinciaux

Dans le cadre de notre rôle, nous avons identifié des défis lorsqu'il s'agit d'offrir des services de gestion de cas à des clients qui se trouvent en dehors de la juridiction traditionnelle de pratique des ergothérapeutes. Pour travailler au Canada, les ergothérapeutes doivent être inscrits auprès de l'organisme de réglementation de la province ou du territoire dans lequel ils travaillent. Dans le cadre d'un programme qui dessert des clients dans tout le pays, des enregistrements multi-provinciaux sont nécessaires, même si l'ergothérapeute travaille à distance depuis sa province d'origine. Cela pose cinq défis principaux pour faire partie d'un programme national de soins virtuels :

1) Coûts

On ne peut nier que les licences provinciales sont coûteuses. Il en coûte environ 400 à 900 \$ par année pour l'enregistrement dans chaque province. Si vous envisagez de vous inscrire dans toutes les provinces, le coût sera d'environ 6500 \$ par année ! Il s'agit d'un coût élevé pour de nombreux ergothérapeutes en exercice, qui constitue un obstacle à la prestation de soins virtuels au Canada.

2) Lignes directrices provinciales

Chaque organisme provincial exige son propre processus de demande et ses propres directives en matière de maintien et de renouvellement de la licence, avec un éventail d'exigences : modules PREP, programmes

de développement professionnel et de maintien des compétences, etc. Par exemple, l'organisme de réglementation du Québec - l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ) - exige que chacune des quatre sections du portfolio d'un clinicien soit complétée dans un délai précis (OEQ, 2020). Il peut être difficile de rester à jour dans toutes les provinces, ainsi que de comprendre les règlements applicables dans toutes les provinces. Il peut s'agir des exigences en matière de documentation et de tenue de dossiers, ou de lignes directrices spécifiques liées à la pratique privée. Bien que les programmes de compétence continue soient similaires dans tout le pays, ils ne sont pas actuellement rationalisés à l'échelle nationale. Ces différentes directives imposent aux ergothérapeutes un effort d'autorégulation supplémentaire pour respecter des délais, des exigences et des réglementations contradictoires.

3) Planification

Chaque organisme provincial a ses propres dates limites d'inscription, qui ne sont pas synchronisées dans tout le pays. Ces différences peuvent compliquer la tâche des ergothérapeutes qui doivent tenir à jour leur calendrier d'inscription, respecter les exigences en matière de documentation sur les compétences continues et s'assurer que les paiements sont reçus au moment opportun. Il s'agit d'une autoréglementation supplémentaire imposée à l'ergothérapeute qui doit gérer des échéances et des priorités concurrentes.

4) Assurance

Les exigences en matière d'assurance varient également d'un bout à l'autre du pays. À l'heure actuelle, les ergothérapeutes doivent s'assurer que leur police d'assurance offre une couverture dans toutes les provinces et répond aux directives de tous les organismes provinciaux. L'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) a élaboré une assurance responsabilité professionnelle offrant une couverture pour les services rendus dans tout le pays. Cependant, cette assurance ne couvre pas toutes les exigences provinciales car, par exemple, au moment de la rédaction du présent document, l'OEQ exige que ses membres souscrivent un niveau minimum d'assurance auprès de leur fournisseur spécifique. De plus, si un ergothérapeute n'était auparavant inscrit que dans une seule province, il se peut qu'il ait une police propre à sa province et qu'il doive souscrire un nouveau régime avant la fin de l'année.

5) Support limité

Nous devons remercier l'Association canadienne des organismes de réglementation de l'ergothérapie (ACORE) pour avoir facilité la communication entre les organismes provinciaux afin de faciliter le processus d'inscription multiple entre les provinces. Nous apprécions grandement leur plaidoyer pour le développement et la promotion d'une stratégie nationale pour des pratiques réglementaires cohérentes et leur promotion de la mobilité interprovinciale parmi les ergothérapeutes au Canada

(ACORE, 2016). Leurs efforts ont permis de faciliter le processus d'inscription. Cependant, une fois inscrits dans plus d'une province, les ergothérapeutes ne bénéficient que d'un soutien limité pour surmonter les obstacles mentionnés ci-dessus.

Une réflexion et un appel au changement

Les soins virtuels étant de plus en plus répandus, nous pensons que les ergothérapeutes travaillant dans ce domaine auront besoin d'un soutien systémique plus important. Une étape importante et nécessaire consiste à ce que les associations provinciales et les organismes de réglementation élaborent un programme national de soutien aux licences pour les ergothérapeutes.

D'autres professions offrent un exemple à suivre. Au Canada, les associations de psychologie de l'Île-du-Prince-Édouard, de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick et de Terre-Neuve-et-Labrador se sont associées dans le cadre d'un protocole d'entente selon lequel les psychologues agréés de l'une de ces provinces peuvent fournir des services de soins virtuels aux clients de n'importe quelle autre province (Prince Edward Island Psychologists Registration Board et al., 2017). Nous pensons que cela peut être un modèle utile pour les ergothérapeutes canadiens travaillant dans les soins virtuels à l'échelle nationale. Par exemple, en réunissant les organismes de réglementation qui font partie d'une région géographique du Canada (Atlantique, Centre, Pacifique, etc.), on permettrait aux ergothérapeutes de fournir leurs services virtuellement, avec une entente selon laquelle l'organisme de réglementation du fournisseur de services est responsable des plaintes des clients. Par ailleurs, la mise en place d'un processus d'enregistrement national simplifié pour les ergothérapeutes offrant des services virtuels au Canada pourrait faciliter le processus et permettre l'avenir des soins virtuels dans la profession d'ergothérapeute.

Conclusion

L'accès aux soins a changé avec l'introduction de l'Internet, permettant aux praticiens de fournir des services de soins de santé virtuels aux clients. Les ergothérapeutes et autres professionnels de la santé peuvent désormais contacter les Canadiens par le biais de technologies virtuelles. Des processus nationaux facilitant l'octroi de licences multi-provinciales aux ergothérapeutes pourraient être un moyen d'améliorer l'accès aux services d'ergothérapie dans tout le Canada. Parmi les autres avantages, mentionnons une sensibilisation et un accès accru à la profession d'ergothérapeute à l'échelle nationale, des programmes de formation continue simplifiés pour les ergothérapeutes et l'harmonisation avec les calendriers d'inscription. En fin de compte, l'objectif est de permettre à un plus grand nombre de personnes d'avoir accès aux soins d'ergothérapie tout en simplifiant les obstacles pour les fournisseurs de soins de santé.

Êtes-vous un ergothérapeute qui travaille virtuellement dans plusieurs provinces ? Nous voulons vous entendre ! Plaidons en faveur d'un programme amélioré ou d'un processus d'inscription national pour soutenir l'avenir des ergothérapeutes qui travaillent virtuellement partout au Canada ! N'hésitez pas à nous contacter par courriel pour établir un contact.

Références

- Association Canadienne des Organismes de Réglementation en Ergothérapie (ACORE) [Association of Canadian Occupational Therapy Regulatory Organizations (ACOTRO)]. (2016). Accord de soutien à la mobilité des travailleurs [*Labour Mobility Support Agreement*]. Association Canadienne des Organismes de Réglementation en Ergothérapie (ACORE) / Association of Canadian Occupational Therapy Regulator Organizations. https://www.acotro-acore.org/sites/default/files/uploads/acotro_lmsa_final_en_2016_signed.pdf
- Association Canadienne des Ergothérapeutes [Canadian Association of Occupational Therapists]. (2011). *La télé-ergothérapie et les services d'ergothérapie en ligne/CAOT Position Statement: Tele-occupational therapy and e-occupational therapy*. <https://caot.in1touch.org/document/3717/T%20-%20Telehealth%20and%20E-Occupational%20Therapy.pdf>
- . (2020). *Considérations pratiques pour les ergothérapeutes qui considèrent la télésanté [Practical Considerations for Occupational Therapists who are considering telehealth]*. https://www.caot.ca/document/7171/Practical%20Considerations%20for%20OTs%20and%20Telehealth_covid19_March25.pdf
- Demiris, G. (2006). La diffusion des communautés virtuelles dans les soins de santé : concepts et défis [The diffusion of virtual communities in health care: concepts and challenges]. *Patient Education and Counseling/Éducation aux patients et counselling*, 62(2), 178–188. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.10.003>
- Deschamps, R. (2019, October 13). "Qu'est-ce que la 'télémédecine' et comment le système de santé québécois peut-il en bénéficier ?" ["What is 'telemedicine', and How Can Quebec's Health Care System Benefit from It?"] *iHeartRADIO*. <https://www.iheartradio.ca/cjad/news/what-is-telemedicine-and-how-can-quebec-s-health-care-system-benefit-from-it-1.10064927>
- Glaser, W., Nolan, M. et Remfry, A. (2015, June 25). *La télémédecine en plein essor au Canada [Telemedicine on the Rise across Canada]*. *Healthydebate/débatsanté*. <https://healthydebate.ca/2015/06/topic/telemedicine-across-canada>
- Hensel, J. M., Ellard, K., Koltek, M., Wilson, G., et Sareen, J. (2019). Des solutions de santé numérique pour le bien-être mental des autochtones [Digital health solutions for Indigenous mental well-being]. *Current Psychiatry Reports/ Rapports de psychiatrie actuels*, 21(68). <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1056-6>
- L'Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2020). Lois et règlements. <https://www.oeq.org/ergotherapeutes/a-propos-de-l-ordre/lois-et-reglements.html>
- Mantovani, F., Castelnuovo, G., Gaggioli, A., et Riva, G. (2003). Formation à la réalité virtuelle pour les professionnels de la santé [Virtual reality training for health-care professionals]. *CyberPsychology & Behavior/ Cyberpsychologie et comportement*, 6(4), 389–395. <https://doi.org/10.1089/109493103322278772>
- Marzano, L., Bardill, A., Fields, B., Herd, K., Veale, D., Grey, N., et Moran, P. (2015). L'application de la mHealth à la santé mentale : Opportunités et défis [The application of mHealth to mental health: Opportunities and challenges]. *Lancet Psychiatry/ Lancet Psychiatrie*, 2(10), 942–8. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00268-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00268-0)
- Prince Edward Island Psychologists Registration Board, Nova Scotia Board of Examiners in Psychology, College of Psychologists of New Brunswick, & Newfoundland and Labrador Psychology Board. (2017). *Protocole d'entente entre : le Prince Edward Island Psychologists Registration Board, le Nova Scotia Board of Examiners in Psychology, le Collège des psychologues du Nouveau-Brunswick et le Newfoundland and Labrador Psychology Board [Memorandum of Understanding Between: Prince Edward Island Psychologists Registration Board, Nova Scotia Board of Examiners in Psychology, College of Psychologists of New Brunswick, and Newfoundland and Labrador Psychology Board]*. <https://nlpsy-chboard.ca/wp-content/uploads/2020/04/Telepsychology-MOU-PEIPRB-NB-NL-NSBEP.2017.English.pdf>

À propos des auteurs

Laura Kalef, Erg. Aut. (Ont.), est une ergothérapeute passionnée par la santé mentale et le bien-être. Elle travaille actuellement comme superviseuse des opérations cliniques dans une entreprise de télémédecine. Elle occupe un poste à statut auprès du département des sciences occupationnelles et de l'ergothérapie de l'Université de Toronto. Elle apprécie le yoga, boire du thé, faire du bénévolat et passer du temps avec son chien. Vous pouvez la contacter à l'adresse suivante : laurakalef@gmail.com.

Leslie-Ann Stewart, Erg. Aut. (Ont.), est une ergothérapeute qui a plus de 10 ans d'expérience dans le domaine de la gestion d'invalidité. Elle travaille actuellement comme gestionnaire des opérations cliniques pour une entreprise de télémédecine dans le cadre de ses programmes de santé mentale. Elle est conférencière adjointe au département des sciences occupationnelles et de l'ergothérapie de l'Université de Toronto. Elle aime faire de l'exercice et passer du temps avec sa famille. Vous pouvez la contacter à l'adresse suivante : leslieannstewart@yahoo.com.

L'expérience virtuelle des étudiants en stage sur le terrain avec le CAOT

Annmarie Villanueva et Providenza DeArcangelis

Nous sommes des ergothérapeutes récemment diplômés du programme d'ergothérapie de l'Université de Toronto. En mai et juin 2020, en tant qu'étudiants ergothérapeutes, nous avons acquis de l'expérience dans le cadre d'un stage virtuel sur le terrain avec l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). Nous ne nous attendions pas, en février 2020, à effectuer le stage virtuellement, et une fois informés que nous ne pourrions pas assister ou participer au stage en personne, nous étions d'abord sceptiques quant aux compétences que nous allions développer. Malgré cette incertitude, après avoir effectué notre travail sur le terrain avec l'ACE, nous pouvons affirmer avec confiance qu'il y a beaucoup de choses que nous avons pu à la fois apprendre et réaliser. Par conséquent, notre objectif en partageant nos expériences de travail avec l'ACE est d'informer les lecteurs de l'expérience enrichissante que peuvent offrir les stages virtuels et non cliniques, et des façons dont ces stages permettent le développement de compétences en ergothérapie. Nous espérons que ces idées susciteront des discussions sur les incertitudes auxquelles les étudiants peuvent être confrontés lors de stages virtuels, et sur les options que les précepteurs et les éducateurs peuvent envisager pour mieux répondre à ces préoccupations. En fin de compte, nous pensons tous deux que notre stage virtuel à l'ACE a été tout aussi enrichissant et bénéfique que tous les autres stages en personne que nous avons effectués.

L'un des principaux projets que nous avons entrepris était le développement d'une bibliothèque complète de ressources sur la pratique professionnelle. Nous étions chargés de trouver des ressources pour 37 domaines de pratique et de créer des recommandations sur la façon dont elles pourraient être partagées avec les membres de l'ACE. Bien que difficile, l'expérience a été enrichissante, car nous avons non seulement rédigé des recommandations pour la pratique, mais nous sommes allés un peu plus loin en créant un prototype de portail de pratique pour faire avancer les priorités stratégiques de l'ACE et mieux soutenir les ergothérapeutes au Canada. Dans le cadre de ce projet, nous avons mené des études de marché, des analyses des besoins de la population et des activités de sensibilisation des parties prenantes. Nous avons également élaboré des arbres de décision et des systèmes de filtrage complexes qui seront utiles aux futurs étudiants de l'ACE et aux efforts continus de l'ACE pour soutenir les ergothérapeutes du Canada. Notre arbre de décision est un outil de soutien

qui guide l'utilisateur à travers plusieurs questions pour l'aider à déterminer et à sélectionner les ressources qui sont bénéfiques, dignes de confiance et applicables au contexte de la pratique canadienne. Il aide également à fournir des orientations futures, des solutions possibles et des résultats, et sera utile pour la progression et l'avancement du partage des ressources à l'ACE.

En plus du stage, nous avons été acceptés pour présenter notre projet de recherche, « « Développer les compétences d'observation en ergothérapie [Developing Observational Skills in Occupational Therapy] », à la conférence virtuelle 2020 de l'ACE. Au départ, nous étions déçus de ne pas avoir l'occasion de présenter en personne, car nous pensions qu'un public virtuel ne serait pas intéressé par la présentation de notre recherche. Cependant, notre scepticisme s'est dissipé lorsque nous avons découvert des moyens d'interagir avec le public en utilisant au mieux la plateforme de vidéoconférence. En tant que présentateurs et animateurs, nous avons pu contribuer au succès de l'événement, qui présentait une variété de sujets intéressants, et partager nos propres travaux de recherche avec des ergothérapeutes du pays. Cette expérience nous a appris que l'adaptabilité et l'ingéniosité en tant qu'étudiant, nouveau diplômé ou clinicien sont importantes, car elles permettent d'adopter de nouvelles méthodes de pratique et d'élargir le corpus de connaissances.

En plus d'apprendre de ces projets, nous avons appris à apprécier profondément la création de relations avec des collègues ergothérapeutes. Bien que nous travaillions physiquement et indépendamment de chez nous, il était important pour nous de continuer à entretenir des liens significatifs avec l'équipe de l'ACE et les responsables du réseau. En effet, en tant qu'association nationale créée pour soutenir les ergothérapeutes de tout le Canada, l'ACE offre une occasion unique de mettre en relation des ergothérapeutes séparés géographiquement. Nous avons discuté avec des ergothérapeutes de partout au pays, de la Colombie-Britannique au Nouveau-Brunswick et au Nunavut, au sujet des lacunes importantes dans la disponibilité et la fourniture de ressources cliniques adaptées à la culture pour leurs pratiques. Les perspectives et les commentaires que nous avons partagés avec nos collègues de l'ACE ont été essentiels non seulement pour le développement de notre projet, mais aussi pour notre croissance personnelle et professionnelle. Avec ces nouvelles perspectives, nous

nous sommes sentis motivés pour partager ce que nous avons appris, y compris les voix et les expériences de ceux avec qui nous avons eu des discussions significatives. C'est ainsi que nous avons lancé un podcast intitulé «OT4U», qui relate les expériences d'ergothérapeutes de premier plan dans divers domaines de pratique et leurs transitions du monde universitaire à la pratique, de la position d'étudiant à celle de nouveau clinicien.

Nous n'aurions pas pu réaliser tout ce que nous avons fait sans l'équipe de soutien et l'environnement de travail de l'ACE. Nous avons eu la chance d'être placés auprès d'un précepteur et de responsables de réseau formidables qui étaient prêts à nous encadrer en partageant continuellement leurs connaissances et leurs compétences. Ils nous ont incités à toujours remettre en question les normes actuelles et à défier le statu quo. Par exemple, nous avons pris le temps d'examiner différentes ressources de pratique et de déterminer si elles tenaient compte de la culture, entre autres caractéristiques importantes. Chaque fois que nous avions des questions sur les processus organisationnels ou que nous exprimions des besoins d'apprentissage, notre préceptrice nous orientait dans la bonne direction

et nous permettait d'établir nos propres processus pour assumer nos diverses responsabilités. Grâce à ce processus et à cette culture de soutien, nous avons pu affiner nos compétences en matière de réflexion et de défense des intérêts, acquérir de la confiance et du courage pour prendre des initiatives, et apprécier et comprendre la valeur de la prise en compte de la situation dans son ensemble.

Que vous effectuiez ou non un stage en personne ou virtuel, des possibilités de mentorat sont disponibles. Nous avons appris l'importance du réseautage afin de trouver des professionnels prêts à guider les étudiants, et d'être ouvert à de telles opportunités qui soutiendront et faciliteront la réussite de ses efforts professionnels et personnels.

Être un ergothérapeute exige l'incarnation de nombreuses compétences, comme être un professionnel ou un agent de changement (voir tableau 1). Tout au long de ce stage, nous nous sommes rendu compte que les stages virtuels peuvent effectivement vous donner l'occasion d'affiner et de développer de nouvelles compétences propres à l'ergothérapie. Par exemple, nous avons pu consacrer le temps que nous avons gagné en n'ayant pas à nous déplacer physiquement (y

Tableau 1.
Compétences des ergothérapeutes et résultats des étudiants

Compétence de l'ergothérapeute	Réalisations des élèves
Agent de changement	<ul style="list-style-type: none"> • Développement d'un portail de pratique professionnelle pour les ergothérapeutes canadiens, et défense de ce portail auprès de l'équipe de direction de l'ACE. • À attirer l'attention sur les moyens par lesquels l'ACE peut soutenir les membres étudiants et nouveaux diplômés en effectuant une analyse des besoins de la population et en présentant un résumé des principales conclusions.
Directeur de cabinet	<ul style="list-style-type: none"> • Gérer de manière indépendante les calendriers de placement et coordonner les réunions avec les parties prenantes concernées. • Élaborer des stratégies efficaces pour assurer la pérennité du portail des pratiques. • Fournir un soutien par les pairs et un mentorat aux nouveaux étudiants ergothérapeutes afin d'assurer une transition harmonieuse des responsabilités.
Collaborateur	<ul style="list-style-type: none"> • Connexion avec les directeurs de pratique professionnelle et les responsables de réseau dans la création de recommandations pour le portail de la pratique. • Création du podcast <i>OT4U</i> et collaboration avec les responsables du réseau travaillant dans plusieurs établissements et pays pour discuter de sujets pertinents en matière d'ergothérapie.
Professionnel	<ul style="list-style-type: none"> • Démonstration d'un haut niveau d'interaction professionnelle dans des contextes écrits, oraux et vidéo. • Élaboration d'approches de la gestion des conflits axées sur les solutions • Respecter systématiquement et ponctuellement toutes les échéances des projets et des tâches.
Praticien érudit	<ul style="list-style-type: none"> • Recherche exhaustive de ressources dignes de confiance pour 37 domaines de pratique différents • Présenter efficacement les efforts de recherche lors de la conférence de l'ACE et répondre aux questions afin de faciliter l'apprentissage et de contribuer à la diffusion, à l'application et à la traduction des connaissances. • Compléter de manière indépendante des cours en ligne dans le cadre d'une recherche permanente de maintien et de développement de l'expertise personnelle et professionnelle.
Communicateur	<ul style="list-style-type: none"> • Établir de solides relations avec notre précepteur, l'équipe de l'ACE et les intervenants. • Co-fondateur et co-animateur d'un podcast destiné aux étudiants en ergothérapie et aux nouveaux diplômés, afin de diffuser des connaissances sur les principales lacunes de la pratique. • Modération et animation de présentations et de discussions pendant la conférence 2020 de l'ACE.

compris entre les réunions ou les salles de conférence) à l'expansion de notre apprentissage et à l'utilisation de ressources en ligne supplémentaires pertinentes pour notre travail.

Bien que certains aspects du travail virtuel sur le terrain soient différents de ceux d'un cadre clinique traditionnel, en personne, un stage virtuel offre une expérience tout aussi précieuse et enrichissante. En plus des compétences de base, notre expérience virtuelle nous a permis d'améliorer notre aptitude technologique en suivant des cours de codage, de conception de sites Web et de gestion de logiciels pendant notre stage. L'aptitude technologique est d'autant plus pertinente que nous vivons aujourd'hui, plus que jamais, un changement majeur dans le milieu universitaire et la pratique professionnelle grâce à l'utilisation et à la dépendance accrues de la technologie, le COVID-19 en particulier nous obligeant à nous sentir à l'aise en ligne et à être virtuellement accessibles.

Rétrospectivement, nous sommes fiers de tout ce que nous avons pu accomplir en seulement huit semaines avec l'ACE. Nous avons accepté l'incertitude liée aux changements de travail sur le terrain qui ont accompagné la pandémie, et nous avons acquis une énorme quantité d'expérience que nous pouvons mettre en pratique. Le stage nous a également poussés à devenir adaptables, flexibles et autonomes, des compétences cruciales que les ergothérapeutes en exercice doivent posséder. Enfin, notre stage virtuel nous a permis d'améliorer et d'affiner les compétences en ergothérapie que nous avons décrites dans le tableau ci-dessous. Nous sommes très reconnaissants de cette expérience de stage virtuel et nous nous sentons prêts à transférer tout ce que nous avons appris pour améliorer nos carrières d'ergothérapeutes.

À propos des auteurs

Annmarie Villanueva, Erg. Aut. (Ont.), et **Providenza DeArcangelis, Erg. Aut. (Ont.)**, ont récemment obtenu leur diplôme du programme d'ergothérapie de l'Université de Toronto. Elles ont toutes deux effectué leur troisième expérience de travail sur le terrain de manière virtuelle avec l'Association canadienne des ergothérapeutes en mai et juin 2020. Les auteurs peuvent être contactés à l'adresse suivante : annmarie.villanueva@mail.utoronto.ca et providenza.dearcangelis@mail.utoronto.ca.



C'est chez soi qu'on est le plus heureux
Créer des opportunités pour vieillir chez
Le 23-26 novembre, 2021

 **APPEL À PRÉSENTATIONS**
Date limite de soumission : 11 août 2021

www.caot.ca/conference

Organisé par :
 **ACE - CAOT**
Association canadienne des ergothérapeutes
Canadian Association of Occupational Therapists

Passage d'un groupe de gestion de la douleur en personne à un groupe virtuel

Allison Banks

Au Centre de réadaptation Stan Cassidy de Fredericton, NB, nous offrons une expertise en neuroréadaptation. Les patients atteints d'une lésion de la moelle épinière admis dans notre centre ont révélé que 86 % d'entre eux souffraient de douleur avant leur admission et que 90 % d'entre eux en ont souffert à un moment ou à un autre, mais que seulement 12 % d'entre eux ont reçu une formation sur la douleur (Savoie et coll., 2019). Ces statistiques suggéraient que plus d'éducation sur la douleur pourrait améliorer la douleur des patients.

Notre équipe était composée d'un psychologue, d'un physiothérapeute et d'un ergothérapeute. Ces praticiens ont développé une éducation à la douleur en groupe (8-10 personnes) fondée sur des données probantes, incluant des stratégies de gestion de la douleur non-pharmacologiques incluant de l'éducation sur la neuroscience de la douleur et les stratégies d'autogestion (fixé des objectifs, l'hygiène du sommeil, la gestion du stress et d'émotions, les techniques de respiration, l'acceptation, l'activité physique) (Butler et Moseley, 2003 ; Cai-Duarte et al., 2018).

Un yoga doux a été intégré à notre groupe de patients externes, dirigé à la fois par un professeur de yoga agréé qui est également ergothérapeute et par un physiothérapeute ayant suivi une formation en yoga thérapeutique. Le groupe de patients externes était composé de divers diagnostics neurologiques qui ont lieu plusieurs fois par an en présentiel. Ceci a désavantagé les personnes vivant en régions rurales.

Horizon Health Network, notre autorité sanitaire, nous a rapidement fourni une nouvelle plateforme virtuelle (Zoom). Tous les participants ont pris part à la séance en visionnant des diapositives PowerPoint et en engageant des discussions ouvertes suivies d'une brève séance de yoga sur chaise guidée.

Le groupe virtuel présentait plusieurs avantages. Du fait que les patients n'avaient pas à se déplacer, la douleur a pu être réduite et les patients qui vivaient plus loin ont pu participer facilement. Les sessions étaient plus

courtes, et d'autres ont été ajoutées pour que la réunion du groupe ne dépasse pas une heure, ce qui a amélioré l'attention et minimisé la douleur et la fatigue.

Pourtant, nous avons également été confrontés à des défis, certains participants n'avaient pas d'adresse électronique ou ne savaient pas comment utiliser Zoom. Il a été difficile d'obtenir un retour anonyme sur les sessions virtuelles : nous n'avons reçu que deux réponses. Parmi ces réponses, une personne a préféré le groupe en personne pour l'interaction et une autre personne a apprécié le yoga doux en groupe. Un client a suggéré que le matin n'était pas un bon moment pour sa douleur. À l'avenir, il serait utile qu'on remplisse le questionnaire avec les patients afin d'augmenter le taux de réponse. Enregistrer les sessions serait utile pour favoriser la participation. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour évaluer comment optimiser l'apprentissage virtuel.

Nos clients ont pu discuter ; ils ont été éduqués sur différentes stratégies d'autogestion ; ils ont fait du yoga doux et des exercices de pleine conscience virtuellement. À l'avenir, le groupe comprendra probablement un modèle hybride (en présentiel et en ligne).

Références

- Butler, S. et Moseley, L. (2003). Expliquer la douleur [Explain Pain]. Noigroup Publications/Publications Noigroup.
- Cai-Duarte, B., Kircher, C., Moore, B. et Sheffe, S. (2018). Changer vos voies de la douleur : des moyens de faire face à la douleur dans la vie quotidienne [Changing your pain pathways: Ways to cope with pain in daily life]. Talent Tellwell.
- Savoie, J., McCullum, S., Wolfe, D., Slaytor, J., et O'Connell, C. (2019). Mise en œuvre des meilleures pratiques en matière de douleur dans le cadre du réseau de mobilisation des connaissances sur les lésions de la moelle épinière [Implementation of pain best practices as part of the spinal cord injury knowledge mobilization network]. *Journal of Spinal Cord Medicine/Journal de la médecine de la moelle épinière*, 42 (1), 226-232. <https://doi.org/10.1080/10790268.2019.1654191>

À propos de l'auteur

Allison Banks, Erg. Aut. (NB), est une ergothérapeute agréée au Centre de réadaptation Stan Cassidy de Fredericton, au Nouveau-Brunswick, et elle est professeur de yoga agréé. Allison a travaillé pendant 14 ans auprès d'une population adulte ayant reçu un diagnostic neurologique. Elle s'intéresse vivement à la gestion de la douleur. Pour plus d'informations, vous pouvez la contacter à l'adresse suivante : Allison.Banks@horizonnb.ca

Bienvenue à la Rehabilitation Advice Line —Je suis ergothérapeute. Comment puis-je vous aider ?

Justine Greene, Christine Mireault, Safieh Rajan, Magda Roberts, Sherry Dobler, Allison Burkart, Laura Coggles, et Katie Churchill

La pandémie de COVID-19 a entraîné un passage sans précédent à la pratique virtuelle pour les ergothérapeutes du Canada. En Alberta, la fermeture temporaire des cliniques de réadaptation ambulatoires et communautaires a incité les Services de santé de l'Alberta (AHS) à lancer un service provincial de réadaptation par téléphone. Cet article met en lumière l'expérience et les apprentissages des ergothérapeutes impliqués dans la mise en œuvre et le fonctionnement d'une nouvelle ligne de conseil en réadaptation. L'utilisation de modalités virtuelles est une occasion d'accroître l'accès équitable aux services de réadaptation (ACE, 2011), et la pandémie a fourni un accélérateur pour son utilisation dans la pratique de l'ergothérapie en Alberta.

La Rehabilitation Advice Line est un service de télé-réadaptation innovant qui fait partie du service provincial Health Link de l'AHS. Les ergothérapeutes et les physiothérapeutes offrent par téléphone des conseils d'autogestion, des ressources, de l'éducation et de l'orientation aux personnes qui appellent n'importe où en Alberta et qui ont des préoccupations fonctionnelles liées à une maladie existante ou qui se remettent du virus COVID-19. Dans ce rôle de télé-réadaptation, les ergothérapeutes sont bien placés pour aider les appelants à se réengager dans les occupations qui sont significatives pour eux en leur fournissant de l'éducation, des ressources et des stratégies d'autogestion.

Les services de santé par téléphone existent depuis des décennies (Picot, 1998). L'innovation de la Rehabilitation Advice Line réside dans son application au contexte de la réadaptation. L'objectif est d'aider les personnes à gérer elles-mêmes leur état et à participer à leurs activités quotidiennes. La Rehabilitation Advice Line offre aux Albertains un accès accru aux services de réadaptation en éliminant les obstacles géographiques, sociaux et économiques, en améliorant la navigation vers les services existants et en offrant des conseils individualisés en matière de réadaptation par téléphone.

Le service a été lancé en mai 2020, et il y a eu une grande variété d'appels cliniques à ce jour. Les plus grands groupes d'appelants ont été ceux souffrant d'affections musculo-squelettiques — nouvelles blessures ou affections chroniques — et ceux qui attendent ou se remettent d'une arthroplastie de la hanche ou du genou. D'autres appels ont porté sur la

gestion d'affections neurologiques chroniques, telles que la sclérose en plaques, la maladie de Parkinson et les accidents vasculaires cérébraux. Le nombre d'appels d'Albertains ayant besoin d'un soutien à la réadaptation alors qu'ils se remettent du virus COVID-19 et subissent les nouvelles séquelles des symptômes qui y sont associés augmente rapidement. Les ergothérapeutes sont particulièrement bien placés pour fournir une approche holistique de l'autogestion et se concentrer sur la participation à des occupations significatives, indépendamment du diagnostic ou de l'état clinique.

Les ergothérapeutes de la Rehabilitation Advice Line travaillent dans un environnement de centre de contact. Les praticiens reçoivent une formation approfondie sur la technologie requise pour les appels et sont formés sur des plateformes virtuelles qui gèrent les processus téléphoniques en plus d'un dossier médical électronique (DME) pour la documentation clinique.

La télé-réhabilitation exige un processus de consentement et de sélection approfondi, car l'évaluation et le traitement sont effectués sans pouvoir évaluer visuellement ou physiquement l'appelant. Les ergothérapeutes utilisent une approche normalisée pour éliminer les urgences médicales, mais ils font appel à leur propre raisonnement clinique et à leurs compétences en matière d'évaluation pour gérer les appels et fournir des conseils et des recommandations appropriés en matière d'autogestion. De plus, en raison de la portée provinciale du service, les praticiens doivent disposer d'une base de connaissances sur les services cliniques disponibles à l'échelle de la province et utiliser des ressources fondées sur des données probantes, comme des documents éducatifs, des vidéos et des instructions d'autogestion qu'ils peuvent partager par courriel.

La Rehabilitation Advice Line réunit des praticiens ayant une expérience large et variée. La diversité clinique de l'équipe donne aux ergothérapeutes l'occasion de tirer parti de l'expertise de l'équipe et de fournir des recommandations de meilleures pratiques en temps réel et une consultation immédiate.

La pandémie de COVID-19 a incité de nombreux systèmes de santé à passer aux services virtuels et a été le catalyseur du lancement de la Rehabilitation Advice Line. Les ergothérapeutes sont bien placés pour adopter la pratique virtuelle et appliquer aux appels une approche centrée sur le client. La ligne de conseil en réadaptation,

composée d'ergothérapeutes et de physiothérapeutes, est un service de téléadaptation innovant qui offre un meilleur accès et élimine les obstacles afin de faciliter la réinsertion des appelants dans des activités significatives pendant la pandémie de COVID-19 et au-delà.

Références

Association canadienne des ergothérapeutes [Canadian Association of Occupational Therapists] (2011). *Énoncé de position de l'ACE : Télé-occupation et cyber-occupation [CAOT position statement: Tele-occupational therapy and e-occupational therapy]*. <https://caot.in1touch.org/document/3717/T%20-%20Telehealth%20and%20E-Occupational%20Therapy.pdf>

Picot, J. (1998). La télémédecine et la télésanté au Canada : Quarante ans d'évolution de l'utilisation des technologies de l'information et des communications dans un système de soins de santé administré par l'État [Telemedicine and telehealth in Canada: Forty years of change in the use of information and communications technologies in a publicly administered health care system]. *Telemedicine Journal/Journal Telemedicine*, 4 (3), 199-205. <https://doi.org/10.1089/tmj.1.1998.4.199>

À propos des auteurs

Les auteurs de ce rapport sont tous des ergothérapeutes qui ont participé à l'élaboration, à la mise en œuvre et au fonctionnement de la Rehabilitation Advice Line. Ce service provincial rassemble des ergothérapeutes de divers horizons pour offrir le service à toute personne située en Alberta. Le service est basé à Calgary. Pour toute question ou commentaire sur cet article, veuillez contacter Katie Churchill à l'adresse suivante : katie.churchill@ahs.ca.

INFLUENCER LA VIE DES GENS, LES COMMUNAUTÉS ET LES SYSTÈMES

La connexion au-delà de l'écran : Permettre aux clients de se rétablir d'une maladie mentale grâce à une thérapie de groupe virtuelle

Wendy Fox Harker et Patricia Jocelyn

Le programme de traitement de jour en santé mentale BRIDGE soutient les clients de l'hôpital de Markham Stouffville (MSH) dans leur rétablissement personnel en santé mentale depuis plus de 25 ans. D'anciens clients ont donné au programme le nom de BRIDGE, car ils estimaient que ce nom incarnait sa véritable essence : Construire, récupérer, initier, développer, grandir et donner du pouvoir [Building, Recovering, Initiating, Developing, Growing, and Empowering]. Ce programme psychoéducatif de groupe, d'une durée de 12 semaines, aide les clients âgés de 18 ans et plus à faire face à divers diagnostics de santé mentale, notamment la dépression majeure, l'anxiété, le trouble bipolaire, le trouble de l'adaptation, le trouble lié à la consommation de substances, la schizophrénie et le trouble de la personnalité limite. Le programme met l'accent sur les compétences de vie à travers des thèmes tels que l'équilibre de vie, l'auto-compassion, la gestion de la maladie, la communication, la gestion du stress, l'estime de soi, les relations saines, les stratégies de changement

et la culture de l'espoir. Les clients participent à des groupes quotidiens comprenant des discussions en petits groupes, des jeux de rôle, une thérapie par le yoga, ainsi qu'une méditation et une relaxation quotidiennes. En utilisant un cadre centré sur le client et orienté vers le rétablissement, les membres de l'équipe interdisciplinaire coordonnent les soins en répondant aux objectifs personnels de rétablissement des clients, en les orientant vers les ressources communautaires et en optimisant leurs systèmes de soutien. À la fin du programme, les clients expriment souvent des sentiments positifs quant à leur évolution. Comme le décrit l'une d'entre elles : «Avoir BRIDGE pour me réveiller et remplir les heures de ma journée m'a donné de l'espoir. Je ne suis pas mes symptômes».

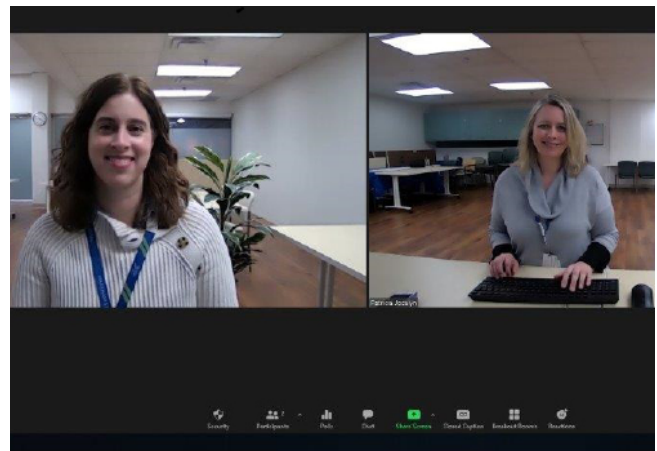
Lorsque l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré la pandémie de coronavirus en mars 2020, cette crise a nécessité l'annulation des rassemblements en personne. En conséquence, les groupes BRIDGE ont été suspendus pour une durée indéterminée et

le personnel s'est d'abord orienté vers un modèle de soutien téléphonique individuel pour les clients existants. Nos clients ont fait état d'isolement, de solitude, d'anxiété accrue et d'un besoin de soutien accru et accessible. À l'échelle nationale, un sondage en ligne mené par Recherche sur la santé mentale Canada auprès de 1 803 adultes canadiens a révélé que, par rapport à leurs expériences avant la pandémie, les taux d'anxiété élevée à extrêmement élevée autodéclarée ont quadruplé (de 5 % à 20 %), et les taux de dépression autodéclarée ont plus que doublé (de 4 % à 10 %) (Dozois, 2020). Ekperigin (2020) a souligné que l'urgence de répondre à ces besoins était évidente pour les professionnels de la santé de la province : « De la solitude et de l'isolement dus à un éloignement social prolongé, à l'angoisse, à la tristesse et au désespoir exprimés par les personnes marginalisées, je vois des groupes de personnes qui ont besoin de s'engager dans un dialogue thérapeutique et une guérison mentale » (paragraphe 1).

À notre connaissance, les soins virtuels avaient été généralement utilisés pour fournir des soins psychiatriques à des patients dans des régions éloignées, et principalement sur une base individuelle. La relation thérapeutique dans le cadre de la e-thérapie (courriel, vidéoconférence, technologie de réalité virtuelle ou technologie de chat) s'était avérée au moins équivalente à la relation thérapeutique dans le cadre d'une thérapie en face à face (Sucala, 2012). Dès le début de la pandémie, les services de santé mentale ambulatoires en milieu hospitalier ont commencé à se déplacer en ligne, les psychothérapeutes et les psychiatres ayant modifié leurs pratiques en utilisant Zoom, des plateformes de vidéo-chat de télémédecine ou des appels téléphoniques (Yousif, 2020). En mai 2020, le Premier ministre Justin Trudeau a annoncé un financement de 240,5 millions de dollars pour les soins virtuels et les outils de santé mentale afin de soutenir les Canadiens, et les provinces ont ajouté des codes de facturation pour les psychiatres offrant des visites de soins virtuels (Yousif, 2020). Plus de 3 000 Ontariens se sont inscrits à la thérapie cognitivo-comportementale par Internet (iCBT) en cinq semaines (Ekperigin, 2020).

Développement du programme virtuel

Notre équipe a reconnu la nécessité d'augmenter les soins et a commencé à explorer les possibilités d'offrir des programmes de groupe virtuellement. Au début du mois d'avril, nous avons cherché à obtenir une formation sur place en utilisant la plateforme du Réseau Télémédecine de l'Ontario (RTO) pour offrir des séances de groupe et nous avons commencé à élaborer un programme virtuel de cinq semaines axé sur la façon de faire face aux défis du COVID-19. Les deux premiers groupes virtuels pilotes ont débuté le 20 avril 2020. Adapté du contenu complet du programme BRIDGE, le programme s'est concentré sur des thèmes liés aux soins personnels, à la productivité et aux loisirs. Le programme s'est éloigné des thèmes du COVID-19



Wendy et Patricia, animatrices de groupe, attendent les clients sur la plateforme Zoom.

et s'est étendu à un programme de six semaines, avec des groupes de deux heures se réunissant cinq jours par semaine. En fonction des commentaires des clients, un groupe de transition hebdomadaire a été ajouté à la fin du programme BRIDGE, dans lequel les clients se concentrent sur les objectifs hebdomadaires et les liens avec les soutiens communautaires. En outre, un groupe virtuel dédié aux personnes âgées de 65 ans et plus a été créé en réponse à l'augmentation des demandes reçues pour cette population et à leurs défis uniques. Au cours des 11 premiers mois, un nombre total de 173 clients ont été admis dans 20 cohortes de groupes.

Défis

Nous avons rencontré quelques obstacles lors du lancement de ce programme de thérapie de groupe virtuel. De nouveaux protocoles de consentement et d'accord de confidentialité en ligne ont été élaborés en collaboration avec l'administration de l'hôpital. L'adaptation du format OTN pour des visites virtuelles en tête-à-tête avec un groupe de huit à dix clients a également eu ses limites. Parmi les principaux défis à relever, citons la limite de neuf participants (y compris l'hôte) visibles à l'écran, l'impossibilité de maintenir la vue des participants à l'écran lors du partage de documents écrits et un décalage important entre la sortie visuelle et la sortie audio lors de la projection de vidéos. En outre, certains clients référés n'avaient pas accès à la technologie requise, comme un smartphone, une tablette, un ordinateur portable ou un ordinateur de bureau avec une webcam. Pour améliorer l'accessibilité virtuelle, le personnel de BRIDGE a fait appel à Frontline Connect Canada, une initiative locale dirigée par des médecins, qui a fourni des tablettes aux clients pendant toute la durée du programme (Frontline Connect, n.d.). Ces tablettes ont joué un rôle déterminant dans l'élimination des obstacles rencontrés par plusieurs de nos clients, leur permettant d'accéder aux soins virtuels en temps voulu. Le personnel de BRIDGE a également fourni une assistance téléphonique aux clients pour leur permettre d'apprendre la technologie, si nécessaire.

Enfin, des événements imprévus, tels que l'entrée de membres de la famille dans les pièces où se trouvaient les clients, la présence de clients qui n'étaient pas entièrement vêtus, le fait de fumer des cigarettes ou du cannabis devant la caméra, ou encore le fait de se connecter au groupe en conduisant (comme en témoigne le fait de les entendre commander au drive!) ont nécessité des réponses rapides de la part des animateurs, un suivi téléphonique et une mise à jour des normes et des attentes du groupe.

Parmi les développements récents du programme, le MSH a adopté la plateforme Zoom for Healthcare pour les soins virtuels à partir de janvier 2021. Cette plateforme a permis d'augmenter la taille des groupes et de réduire les temps d'attente pour les nouvelles références. En outre, l'expérience de groupe a été améliorée par des fonctionnalités telles que la vue en galerie — afin que tous les participants puissent être vus à l'écran — des salles de discussion en petits groupes et la possibilité de partager des vidéos en ligne. Une session d'orientation virtuelle avant le début du groupe a été ajoutée pour permettre aux membres du groupe d'essayer la technologie et de revoir les normes et les attentes du groupe dans ce nouveau monde virtuel.

Points forts : Routine quotidienne et soutien par les pairs

Le programme virtuel a permis à certains clients de participer, alors qu'ils n'auraient pas pu le faire autrement en raison de leurs symptômes, de leur lieu de résidence, de l'absence de moyens de transport ou des exigences liées à la prestation de soins. Bien que les clients aient déclaré que la réunion virtuelle n'était « pas la même » que la réunion en personne, les commentaires sur les avantages du programme ont été extrêmement positifs. Comme le résume l'un des participants : « C'était un excellent début pour mon chemin de redécouverte... Cela a apporté beaucoup d'outils à ma boîte à outils ». À la fin du programme, les clients ont la possibilité de répondre à une enquête de satisfaction anonyme en ligne. Au moment de la rédaction du présent document, 84 % des répondants se sont dits satisfaits ou très satisfaits du contenu du programme virtuel, et 71 % ont indiqué que la plupart ou la totalité de leurs besoins avaient été satisfaits (n = 75). Les avantages thérapeutiques les plus appréciés par les clients sont la routine quotidienne, l'interaction sociale et la réflexion sur les expériences personnelles et partagées en matière de santé mentale dans le cadre de discussions de groupe. Ce puissant soutien par les pairs a été observé sous la forme de gestes d'encouragement non verbaux entre

les membres du groupe, de partage ouvert lors de pauses non structurées et de plans établis par certains membres du groupe pour maintenir le contact en tant que communauté de soutien les uns pour les autres après la fin du programme. Au cours de l'été 2020, lorsque les restrictions ont été partiellement levées, certains ont indiqué qu'ils s'étaient organisés de manière indépendante pour se réunir en personne, à distance physique.

Conclusion

Dans l'ensemble, bien que certains défis aient été rencontrés au départ, la majorité des membres du groupe virtuel ont déclaré avoir retiré des avantages importants de leur participation à ce programme. En raison de l'isolement permanent et de l'augmentation prévue des taux de problèmes de santé mentale, les programmes de groupe de soutien psychoéducatif et de récréation sociale dirigés par l'ergothérapie et utilisant les technologies virtuelles peuvent offrir un soutien instrumental pour optimiser le rétablissement de la santé mentale des clients. Les soins en ligne étant appelés à durer, la thérapie de groupe virtuelle peut permettre d'établir des liens significatifs au-delà de l'écran, tant pour le client que pour le thérapeute.

Références

- Dozois, D. J. A., et Recherche en santé mentale Canada. (2020). Anxiété et dépression au Canada pendant la pandémie de COVID-19 : Une enquête nationale [Anxiety and depression in Canada during the COVID-19 pandemic: A national survey]. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*. <http://dx.doi.org/10.1037/cap0000251>
- Ekperigin, H. (2020, 22 juillet). Les soins de santé mentale virtuels se font attendre depuis longtemps [Virtual mental health care is long overdue] *The Hamilton Spectator*. <https://www.thespec.com/opinion/contributors/2020/07/21/virtual-mental-health-care-is-long-overdue.html>
- Frontline Connect (n. d.). *Demandez notre aide [Request our help]*. <https://frontlineconnect.ca/request-our-help/>
- Sucala, M., Schnur, J. B., Constantino, M. J., Miller, S. J., Brackman, E. H., & Montgomery, G.H. (2012). La relation thérapeutique dans la e-thérapie pour la santé mentale : Une revue systématique [The therapeutic relationship in e-therapy for mental health: A systematic review]. *Journal de recherche médicale sur Internet/ Journal of Medical Internet Research*, 14(4), e110. <https://doi.org/10.2196/jmir.2084>
- Yousif, N. (2020, 4 octobre). La thérapie à distance dans un monde post-pandémique : Les psychiatres se demandent si les soins de santé mentale virtuels sont là pour rester [Remote therapy in a post-pandemic world: Psychiatrists wonder if virtual mental health care is here to stay] *Toronto Star*. <https://www.pressreader.com/canada/toronto-star/20201004/281590948019973>

À propos des auteurs

Wendy Fox Harker, Erg. Aut. (Ont.), et **Patricia Jocelyn, Erg. Aut. (Ont.)**, sont des ergothérapeutes travaillant dans le programme de traitement de jour BRIDGE de l'hôpital de Markham Stouffville (MSH). Elles ont toutes deux 20 ans d'expérience en santé mentale, en milieu ambulatoire, en milieu hospitalier et en milieu communautaire. Pour plus d'informations, vous pouvez les joindre à : wfoxharker@msh.on.ca et pjocelyn@msh.on.ca

Comment COVID-19 a changé ma pratique : les leçons apprises

Lauren Hershfield

Bien que la pandémie actuelle ait été dévastatrice à bien des égards et qu'elle ait entraîné des difficultés importantes pour de nombreux patients et familles ayant accès à des services médicaux, nous pensons que la transition nécessaire de notre programme vers un modèle de soins virtuels nous a permis de découvrir certains avantages et gains d'efficacité cachés.

Notre clinique de l'hôpital pour enfants de la Colombie-Britannique accueille des patients de toute la province et du Yukon qui nous sont adressés pour une évaluation de leur alimentation et de leur déglutition. Avant la pandémie, l'évaluation se déroulait sur une journée. Notre ergothérapeute et notre diététiste examinaient les antécédents médicaux de chaque patient, effectuaient une évaluation de la motricité orale et de la nutrition, observaient l'alimentation et effectuaient une étude vidéofluoroscopique de l'alimentation. Ce modèle de service n'était pas sans poser problème. En raison de la grande région géographique que nous desservons, de nombreuses familles devaient parcourir de grandes distances pour se rendre à notre centre. À de nombreuses reprises, après notre observation initiale de l'alimentation, nous ne pensions pas qu'une étude de l'alimentation par vidéofluoroscopie était justifiée ; cependant, étant donné le temps investi et les attentes, l'étude était effectuée pour être complète. Notre programme spécialisé avait également des temps d'attente importants, souvent de l'ordre de trois à six mois. À l'occasion, le temps que les patients puissent venir à notre clinique (souvent de loin), leurs symptômes avaient disparu ou avaient été suffisamment pris en charge par un praticien de la communauté.

Lorsque la pandémie de COVID-19 a commencé à s'installer, on nous a dit que nous devions cesser de voir les patients en personne. Notre programme était déterminé à pivoter rapidement afin de pouvoir continuer à servir nos patients d'une manière ou d'une autre. Nous avons commencé à tester des évaluations virtuelles de l'alimentation et avons rapidement fixé des rendez-vous virtuels avec les familles. Ces visites virtuelles étaient structurées autour de l'établissement des antécédents médicaux et de l'observation de l'alimentation. Avec les informations que nous avons glanées lors de ce premier rendez-vous, nous avons trié les patients en fonction de leur besoin d'une étude d'alimentation par vidéofluoroscopie et du niveau d'urgence. En créant un système de triage, nous pouvions recevoir nos patients

en personne en fonction de la priorité des besoins, en veillant à ce que ceux qui avaient le plus besoin d'examen complémentaires soient pris en charge en premier.

Le changement de notre modèle de prestation de services a considérablement modifié notre clinique. Nous avons appris que le fait de voir un enfant dans son propre environnement alimentaire, dans sa propre maison, nous permet d'avoir une vision plus claire de la dynamique familiale, des comportements typiques à l'heure des repas et des structures de ces derniers. Nous observons l'environnement ainsi que les systèmes et techniques d'assise utilisés. Les observations en temps réel nous permettent de poser des questions pertinentes pendant l'observation et nous donnent la possibilité de manipuler des éléments spécifiques de l'interaction alimentaire à des fins d'évaluation ou de traitement. Si, en tant qu'ergothérapeutes, nous connaissons l'intérêt de voir un enfant chez lui, le travail dans un établissement de soins tertiaires ne s'y prête souvent pas. Les soins virtuels nous offrent désormais cette possibilité. En outre, l'évaluation de l'alimentation en temps réel fournit une évaluation plus complète et permet au praticien de fournir un retour d'information instantané à la famille. Nous avons également constaté une réduction globale du nombre d'études d'alimentation inutiles par vidéofluoroscopie.

Nous avons également appris que nous sommes en mesure de recevoir des familles qui, autrement, ne pourraient pas se rendre à notre clinique, en particulier dans les communautés éloignées. Ces familles nous ont dit qu'elles étaient reconnaissantes de pouvoir être vues chez elles et soulagées que nous puissions fournir des soins à leurs enfants qui, autrement, attendraient longtemps pour avoir accès aux services.

Les recherches dans le domaine de la santé virtuelle et de la dysphagie montrent des points forts similaires à ce que nous avons vécu. Il existe des preuves d'opportunités d'augmentation des services et de réduction des déplacements et des coûts pour les familles ; il existe également une excellente concordance entre les évaluations en face à face et à distance, ainsi qu'une concordance intracorrecteur sur la gravité de la dysphagie (Clark et al., 2019 ; Figueiredo, 2019).

Au moment où nous écrivons ces lignes, nous traversons la deuxième vague de COVID-19. Au fur

et à mesure que la pandémie se poursuit, et une fois le virus maîtrisé, nous espérons poursuivre nos soins virtuels et explorer l'impact de ces changements sur nos soins. Nous espérons avoir une meilleure idée de la manière dont les évaluations de l'alimentation sur la santé virtuelle peuvent être réalisées au mieux. Nous prévoyons d'étudier l'impact des soins virtuels basés sur l'alimentation sur la famille, ainsi que leur niveau de conformité aux recommandations et leur satisfaction globale. Nous pensons que les changements que nous avons apportés auront un effet durable sur notre programme clinique et qu'ils permettront de faire évoluer la prestation des services vers une plus grande efficacité et des soins améliorés pour nos patients et nos familles.

Références

- Clark, R. R., Fischer, A. J., Lehman, E. L. et Bloomfield, B. S. (2019). Développement et mise en œuvre d'une clinique interdisciplinaire pédiatrique de troubles de l'alimentation améliorée par la télésanté : Une description et une évaluation du programme [Developing and implementing a telehealth enhanced interdisciplinary pediatric feeding disorders clinic: A program description and evaluation]. *Journal des handicaps physiques et développementaux/Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 31(2), 171-188. <https://doi.org/10.1007/s10882-018-9652-7>
- Figueiredo, R. (2019). L'utilisation de la télésanté en ergothérapie pédiatrique [The use of telehealth in pediatric occupational therapy]. *Annales de médecine/ Annals of Medicine*, 51 (sup1), 66. <https://doi.org/10.1080/07853890.2018.1561616>

À propos de l'auteur

Lauren Hershfield, Erg. Aut. (CB), a obtenu son diplôme d'ergothérapie à l'Université de Toronto et exerce depuis 15 ans. Elle travaille actuellement à l'hôpital pour enfants de la Colombie-Britannique, au département d'ergothérapie, ainsi qu'en cabinet privé, et peut être contactée à l'adresse suivante : lauren.hershfield@cw.bc.ca.

INFLUENCER LA VIE DES GENS, LES COMMUNAUTÉS ET LES SYSTÈMES

« Juste huit minutes » : L'expérience d'éducateurs en ergothérapie concevant et enseignant des groupes virtuels basés sur l'occupation pour les problèmes psychosociaux.

Hiba Zafran, Melissa, Park, Suzanne Rouleau, Raphael Lenchuca, Sandra Everitt, et Marc-André Clément

Les thérapies de groupe axées sur l'occupation traitent des problèmes psychosociaux qui entravent l'engagement professionnel ou le mettent en danger. Dans le cadre du programme d'ergothérapie de l'Université McGill, nous offrons un cours de deuxième cycle axé sur l'intégration intentionnelle du raisonnement narratif et procédural (Mattingly, 1998) dans la conception des groupes. En d'autres termes, pour les groupes confrontés à des problèmes psychosociaux et à des perturbations professionnelles, les étudiants en ergothérapie apprennent d'abord à identifier des objectifs significatifs centrés sur la personne, puis à sélectionner le cadre de référence le mieux adapté pour traiter les problèmes psychosociaux préoccupants lors de la conception et de la mise en œuvre d'un séminaire de groupe basé sur l'occupation. Ces séminaires expérientiels se déroulent sur une période de huit semaines dans un groupe fermé de 10 à 12 étudiants, animé par un instructeur. Lors du passage de notre

enseignement à un format à distance pour l'automne 2020, nous avons dû repenser ces expériences d'apprentissage pour le contexte virtuel, sans aucune preuve disponible. Les deux premiers auteurs ont adapté les éléments essentiels d'une séance de groupe au contexte virtuel, et tous les auteurs (une équipe d'enseignants) l'ont pratiquée entre eux, puis avec les étudiants. Cet article présente la façon dont nous avons relevé ce défi, et fournit des leçons apprises par les ergothérapeutes qui enseignent ou proposent des thérapies de groupe basées sur l'activité.

Illustrer le processus

1) Identifier votre population et les récits de leurs expériences

Nous sommes un groupe d'éducateurs en ergothérapie à différents stades de leur carrière qui, en plus de s'adapter à l'enseignement à distance pendant la pandémie de

COVID-19, ont connu des perturbations professionnelles dans leur recherche, leur retraite, leur vie clinique, communautaire et familiale. Les récits composites dépersonnalisés de nos collègues pendant cette période soulignent l'urgence :

Je n'ai même pas le temps de penser ; il s'agit juste d'éteindre des feux tout le temps. J'étais en plein cours, assise dans mon sous-sol — c'est le seul endroit tranquille avec les enfants à la maison — avec les piles de linge poussées sur le côté, quand soudain mon plus jeune décide que je dois l'attraper alors qu'il se jette vers moi du haut de l'escalier, et je disparaiss soudainement de l'écran au milieu du cours pour l'attraper. Je réapparais à l'écran... et... nous continuons le cours. Certains jours, je suis le parent parfait et d'autres jours, nous sommes tous les cinq en train de pleurer par terre. Le bruit du monde est entré dans ma maison et c'est effrayant. J'ai l'impression d'être hantée, de bouger constamment pour éviter de contracter ce virus, de répondre à chaque nouvelle urgence — tout en sachant que je fais partie des privilégiés. Je fais aussi plus de soutien aux étudiants, en particulier à nos étudiants racisés.

2) Appliquer le raisonnement narratif pour comprendre comment ce qui importe peut être mis en œuvre de manière significative dans une activité.

Au milieu d'une pandémie et d'une agitation politique mondiale, ce qui importait aux éducateurs en ergothérapie, c'était le désir de ralentir, d'être attentif au monde et aux gens qui nous entourent, et d'avoir un espace pour nous-mêmes afin de donner un sens à ce monde en mutation et de resituer notre place, nos rythmes et nos relations dans ce monde.

3) Identifier les problèmes psychosociaux qui font obstacle à ce qui est important.

Les problèmes psychosociaux partagés comprenaient l'anxiété, la tristesse, la colère, le risque d'épuisement professionnel et la « fièvre de la cabine », auxquels s'ajoutent les directives sans cesse changeantes de l'université et de la province.

4) Appliquer un raisonnement procédural pour sélectionner un cadre théorique

Au début de l'été 2020, il était clair que nous aurions besoin d'une adaptation à long terme. Par conséquent, la théorie de la résilience a été choisie pour encadrer les objectifs de la session et la discussion. Le premier auteur a conçu une session virtuelle pour l'équipe d'enseignants qui visait à engager le groupe dans des activités contemplatives (Thibeault, 2011).

5) Établir un ordre du jour pour la session de groupe

- Accueillez tout le monde et indiquez que l'objectif de la session est de créer du temps et de l'espace pour nous permettre de ralentir.
- Brisez la glace en demandant à chaque personne de donner sa définition personnelle de la contemplation et des activités associées.

- Participez à une activité contemplative de votre choix dans un lieu de votre choix pendant dix minutes hors écran.
- Organiser une discussion axée sur le traitement de l'expérience et le lien avec la vie quotidienne, et sur la façon dont l'intégration d'une activité contemplative dans le quotidien peut être un facteur de protection.

6) S'adapter au contexte virtuel

En personne, l'ergothérapeute aurait facilité une activité méditative spécifique. Dans l'espace virtuel, chaque personne était invitée à définir et à s'engager dans une activité de son choix. De la musique jazz était diffusée pendant les dix minutes, la fin de la musique étant le signal de retour.

7) Mettre en œuvre puis analyser le processus et le contenu du groupe

L'expérience de cette session nous a surpris. Au départ, nous appréhendions la façon dont un support bidimensionnel allait nous permettre de créer une expérience significative par le biais de l'activité, et de favoriser la connexion dans le cadre d'un processus thérapeutique de groupe. L'activité brise-glace a commencé de manière structurée, avec des moments de connexion lorsque nous avons réalisé que nous partageons l'idée que la contemplation et le mouvement sont liés. L'engagement dans l'activité hors écran a duré moins de 10 minutes, et a pourtant créé un changement significatif de notre moi formel d'enseignant, vers un dialogue authentique et une vulnérabilité. En « seulement huit minutes » — se balancer dans un hamac sur la terrasse, se tenir pieds nus dans le jardin, écouter du jazz sur la terrasse, faire quelques étirements de yoga ou utiliser l'équipement sensoriel de la clinique — nous avons pu ralentir, rentrer dans notre corps et nous écouter, nous et les autres.

Enseignements pratiques

Après cette séance de pratique, nous avons mené nos séances de groupe dirigées par les étudiants pendant huit semaines dans un format à distance. Les étudiants ont décrit les séminaires comme une expérience significative leur permettant de partager et d'explorer des défis personnels, et nous nous sommes engagés collectivement dans la résolution de problèmes pour étayer le processus de développement du groupe (Cole, 2018) :

- **Préparation des sessions** : des courriels contenant des instructions ont été envoyés avant chaque session de groupe, afin de s'assurer que les participants étaient préparés aux activités prévues et de favoriser un sentiment de sécurité.
- **Confidentialité** : Outre le maintien de la confidentialité au sein de chaque groupe, nous n'avons pas autorisé de photos ou d'enregistrements des sessions, et avons exigé que les participants utilisent des écouteurs dans les espaces de vie partagés.

- **Normes du groupe** : Tous les écrans pop-up et autres technologies étaient éteints pendant les sessions. Les gestes non verbaux étaient encouragés pour prendre la parole. Pour certaines activités, nous avons demandé aux participants d'indiquer verbalement le nom de l'intervenant suivant, afin de s'assurer que chacun ait la possibilité de partager et de participer. L'utilisation de la fonction de chat a été supprimée pour favoriser l'attention de chacun. Les étudiants ont demandé à ce que nous gardions tous le son, afin que nous ayons l'impression de faire partie de l'environnement de chacun, et que tout le monde soit inclus, qu'il contribue verbalement ou non.
- **Type de groupe** : Afin de développer la cohésion du groupe, des groupes fermés — avec les mêmes étudiants et le même instructeur pendant les huit semaines — étaient nécessaires, étant donné la méconnaissance de l'environnement.
- **Durée des sessions** : Bien qu'initialement prévu comme une session de 60 minutes pour minimiser la fatigue cognitive, l'inclusion d'activités hors/en ligne et les discussions ont été engageantes, et les étudiants sont restés facilement pour les sessions de 90 minutes dirigées par les étudiants. Le temps consacré au débriefing et à la clôture par l'instructeur s'est avéré bénéfique après une pause.
- **Scène** : L'expérience que nous avons vécue lors de notre propre session en quittant nos bureaux pour nous installer dans d'autres pièces de nos maisons a mis en évidence l'importance accrue de la scène (Park, 2008) dans un espace virtuel. Les élèves ont décoré leur espace en fonction de leurs activités lorsqu'ils codirigeaient un groupe (par exemple, en drapant la courtepoinette faite main d'une grand-mère sur un fauteuil pour une activité de courtepoinette). Certains élèves ont encouragé les participants à s'habiller et à s'installer confortablement (par exemple, sur le sol, dans un lit, sur un canapé), et à avoir à portée de main des couvertures, des objets douillets et une tasse de thé ou de café. D'autres ont demandé à leurs camarades de se déguiser pour une soirée dansante. Les élèves ont également modifié la scène en faisant entrer l'extérieur dans le groupe, en demandant aux membres du groupe d'apporter des photos de ce qu'ils ont vu ou fait pendant le confinement.
- **Développement du groupe** : Nous avons échafaudé le processus de développement de groupe basé sur des activités, depuis les activités individuelles hors ligne

(marche méditative), jusqu'aux activités parallèles en ligne (préparation d'un brunch, danse sur une vidéo en continu avec un écran partagé, origami guidé), en passant par les paires et les trios dans de petites salles de réunion (création de pièces pour un édredon en papier ou une routine de danse), jusqu'aux tâches collectives en ligne et coopératives (scrapbooking partagé en ligne, création d'un tableau de vision, jeux de questions-réponses).

- **Rôles** : Des paires d'étudiants ont, à tour de rôle, éteint leur écran pendant une session, afin d'observer et de fournir des commentaires. En plus d'animer des séances de débriefing après chaque séminaire codirigé par les étudiants, les instructeurs rencontraient régulièrement les étudiants pour guider leur raisonnement en intégrant les difficultés de la vie quotidienne aux questions et au contenu du cours.

Notre session virtuelle basée sur l'occupation, d'une importance inattendue, en août 2020, nous a permis d'apprendre par la pratique, d'adapter le protocole de groupe au contexte virtuel et d'utiliser la session comme modèle pour les étudiants. L'expérience significative que nous avons vécue nous a également donné l'espoir d'établir des liens significatifs entre nous et avec les étudiants au sein de la sphère virtuelle.

Remerciements

Les auteurs remercient la cohorte d'ergothérapeutes M1 (année 1) de McGill de 2020-21 pour leur patience, leur engagement et leur créativité dans la résolution de problèmes.

Références

- Cole, M. B. (2018). *La dynamique de groupe en ergothérapie : Les bases théoriques et l'application pratique de l'intervention de groupe [Group Dynamics in Occupational Therapy: The Theoretical Basis and Practice Application of Group Intervention]*. (5e éd.). Slack Inc.
- Mattingly, C. (1998). A la recherche du bien : Le raisonnement narratif dans la pratique clinique [In search of the good: Narrative reasoning in clinical practice] *Anthropologie Médicale trimestrielle/Medical Anthropology Quarterly*, 12(3), 273-297. <http://doi.org/10.1525/maq.1998.12.3.273>
- Park, M. (2008). Faire des scènes : les pratiques imaginatives d'un enfant autiste lors d'une séance de thérapie basée sur l'intégration sensorielle [Making scenes : Imaginative practices of a child with autism in a sensory-integration-based therapy session]. *Anthropologie Médicale trimestrielle/Medical Anthropology Quarterly*, 22(3), 234-256. <http://doi.org/10.1111/j.1548-1387.2008.00024.x>
- Thibeault, R. (2011). Cadeaux ergothérapeutiques [Occupational Gifts]. Dans M. A. McColl (Ed.), *Spiritualité et ergothérapie /Spirituality and Occupational Therapy* (pp. 111-120). Publications de l'ACE.

À propos des auteurs

Les auteurs font partie d'une équipe d'enseignants de l'École de physiothérapie et d'ergothérapie de l'Université McGill, située sur le territoire non cédé des Kanien'kehà : ka (Mohawk). Pour tout commentaire ou question concernant cet article, veuillez contacter : hiba.zafran@mcgill.ca.

Chère communauté FCE et ACE,

La première moitié de l'année 2021 étant derrière nous, l'équipe de FCE a vécu une période passionnante en continuant à se concentrer sur le renforcement de la fondation et de sa communauté. En mettant l'accent sur la création de relations à long terme et mutuellement bénéfiques avec la communauté des ergothérapeutes, nous nous sommes associés à plusieurs projets et subventions qui commencent à prendre de l'ampleur en 2021. Parmi ceux-ci, citons les propositions de financement de l'IALA des IRSC, le groupe de travail du DUT : Un énoncé de position conjoint sur l'équité et la justice, ainsi que la participation au groupe de travail de la CVR de l'ACE.

Alors que nous nous dirigeons vers la seconde moitié de l'année 2021, une partie du choc, du changement et du traumatisme de 2020 est maintenant derrière nous, avec peut-être plus d'incertitude et de défis importants pour tout le monde. Alors que le conseil d'administration fixe des objectifs pour notre croissance continue, plus les choses semblent différentes, et plus nous nous engageons à adopter de nouvelles habitudes qui reflètent notre soutien continu aux ergothérapeutes. Ces nouvelles habitudes et actions porteront sur les éléments professionnels et personnels de FCE en tant qu'organisation et sont plus interconnectées et interdépendantes que jamais.

Alors que nous nous tournons tous vers la fin de l'année 2021, réfléchissons aux habitudes que nous voulons construire, continuer ou arrêter, à travers les éléments de notre vie personnelle ou professionnelle et travaillons ensemble à la construction d'habitudes positives.

Cale Wadden, président, au nom du comité exécutif de la FCE

Présence de la FCE à la conférence virtuelle de l'ACE 2021

Le COTF remercie l'ACE pour l'opportunité de participer à la conférence virtuelle de l'ACE de 2021. Un grand merci à nos nouvelles conférencières de l'événement "Thé avec un érudit /Tea with A Scholar", Skye Barbic, PhD, Erg. Aut. (CB) et Marie-Josée Drolet, Professeure titulaire, (UQTR). Nous tenons également à remercier notre conférencière de la session parrainée par la FCE, Lori Letts, sur la recherche en ergothérapie pendant la pandémie de COVID-19 : *Lessons in resilience*. Pour plus d'informations sur ces sessions, veuillez contacter amcdonald@cotfcanada.org.

Lorsque vous renouvelez votre adhésion à l'ACE, pensez à faire un don à votre Fondation !

Conseil d'administration de la FCE 2021

- Cale Wadden, Président
- Sylvia Davidson, vice-présidente
- Kim McGrath, Secrétaire
- Christelle Kampire, trésorière
- Katie Churchill
- Mary Evert
- Elizabeth Taylor
- Danny Tran
- Lynn Shaw
- Lori Letts
- Véronique Provencher

Coordinatrice de la Fondation : Anne McDonald

Dons annuels :

Lorsque vous faites des dons, n'oubliez pas votre Fondation. Des reçus d'impôt sont émis pour les dons d'un montant de 25 \$ et plus. Votre don contribue à soutenir le programme de prix de la FCE, qui finance des projets ayant un impact sur les clients et favorisant l'avancement de l'ergothérapie. Pour faire un don à FCE, veuillez cliquer sur <https://cotfcanada.org>.

Mars 2022 Numéro special

L'ergothérapie socialement responsable

Appel à soumissions : S'inspirant de la Charte des droits de l'homme, l'Organisation mondiale de la santé définit la responsabilité sociale comme «l'obligation d'orienter les activités d'éducation, de recherche et de service vers les préoccupations sanitaires prioritaires des communautés locales, de la région et/ou de la (des) nation(s) que l'on a le mandat de servir... identifié conjointement par les gouvernements, les organisations de soins de santé, les professionnels de la santé et le public» (Beolen et Heck, 1995, p. 3, avec emphase). Être socialement responsable, c'est s'attaquer aux iniquités de manière inclusive et efficace, en tenant compte des droits et des besoins des parties prenantes et des personnes appartenant à des groupes méritant l'équité. Les groupes en quête d'équité sont des populations qui subissent des barrières structurelles, sociales, culturelles et environnementales basées sur des caractéristiques sociales tels que l'âge, la classe sociale, le statut économique, le sexe, la nationalité, la race, la couleur de peau, l'orientation sexuelle et le handicap.

Nous vous invitons à soumettre des articles illustrant la manière dont les ergothérapeutes, les ergologues, les assistants ergothérapeutes, les étudiants et les personnes avec lesquelles ils travaillent se débattent, s'engagent, participent ou font l'expérience d'efforts visant à atteindre la responsabilité sociale.

Les soumissions peuvent compter de 750 à 1500 mots (références comprises). Les sujets qui abordent les points ci-dessous dans des contextes spécifiques sont invités :

- Illustrations de théories, de modèles ou de cadres appliqués à l'ergothérapie axée sur l'équité et la justice.
- Pratiques et processus participatifs de gouvernance et de prise de décision dans la conception et la prestation de services ou de programmes de réadaptation.
- Défis productifs, provocateurs et anti-oppressifs aux mots, concepts et pratiques conventionnels et pris pour acquis en ergothérapie.
- Défis posés par les groupes/communautés minoritaires lorsqu'ils travaillent avec des langages, des concepts et des pratiques oppressifs et pris pour acquis en ergothérapie.
- Approches réussies et durables pour lutter contre le racisme, le sexisme, la discrimination fondée sur la capacité physique, etc., dans la profession, telles qu'identifiées par les personnes appartenant à des groupes méritant l'équité.
- Le rôle de l'occupation collective dans l'établissement de relations et de coalitions pour mettre en œuvre des approches inclusives de l'équité en santé et de la justice sociale.

Date limite pour les soumissions : **1er octobre 2021** Les soumissions doivent être envoyées à otnoweditor@caot.ca en indiquant clairement que l'article est destiné au numéro spécial.

Pour consulter les directives d'Actualités ergothérapeutiques, rendez-vous à l'adresse suivante https://caot.ca/uploaded/web/otnow/OTNOW_AUTHORGUIDELINES_FRENCH_July2019.pdf

*Notez que Actualités ergothérapeutiques ne publie pas de recherches originales; cependant, nous encourageons les efforts d'application des connaissances et de mise en œuvre pour améliorer la pratique de l'ergothérapie au Canada.

Référence :

Boelen, C. & Heck, J.E. (1995). *Définir et mesurer la responsabilité sociale des écoles de médecine*. Organisation mondiale de la santé, Division du développement des ressources humaines pour la santé.

Are you prepared for safe emergency evacuation?

Not sure?
We can help



Evac+Chair Canada has over the many years developed a line of Evacuation Chairs & Power Stair Chair Climbers that are safe and effective to evacuate everyone during an emergency, patient transfers, or taking care of loved ones at home.

THE WORLD'S NO.1 POWER STAIRCLIMBER & EVACUATION CHAIRS SINCE 1982



EVAC+CHAIR CANADA 

For more information visit:
www.evac-Chair.ca or call 647-673-4390

Makers Making Change
A Neil Squire Program



Affordable assistive technology for all

- Aids for daily living
- Assistive switches
- Keyguards
- Sip & puff joysticks
- Adapted toys
- Adapted games



MakersMakingChange.com



 **Silver Cross**
silvercrossstores.com

Accessibility for home & auto
844.352.7677



 **Silver Cross**
AUTOMOTIVE
silvercrossauto.com

Associés corporatifs de l'ACE

Merci aux compagnies suivantes qui appuient l'Association canadienne des ergothérapeutes



Em“power”ing your client: How to add fun and function through power mobility

Online delivery – October 21 & 22, 2021; May 26 & 27, 2022



This workshop will increase your knowledge and comfort in assessment and completing regular and complex power wheelchair and seating prescriptions.

[Inscrivez-vous à cet atelier](#)



Introduction to sensory processing assessments and sensory-based interventions that support neurodiverse individuals

Online delivery – October 7 & 8, 2021; February 10 & 11, 2022



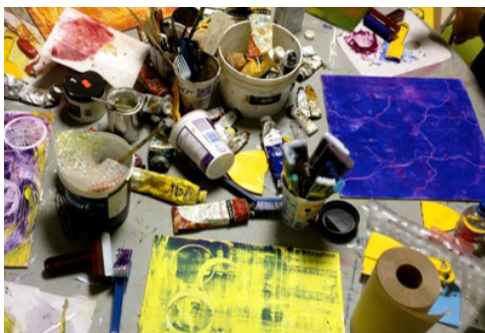
This workshop introduces you to sensory processing, sensory assessments, sensory-based interventions and strengths-based coaching approaches that you can utilize with neurodiverse children, teens and adults who experience sensory processing differences.

[Inscrivez-vous à cet atelier](#)



How to create and sustain an arts-based program in your occupational therapy practice

Online delivery – July 12 to August 29, 2021; October 18 to December 5, 2021



This online course equips you with the knowledge and skills to start using and to tailor an arts-based program with clients in your occupational therapy practice. The stages of building an arts-based program will be explored, from finding your champions, engaging a diverse group of stakeholders, grant writing and budgeting, creating the studio environment, and incorporating research.

[Inscrivez-vous à cet atelier](#)



Senior Home Safety Specialist™ CERTIFICATION NOW ON-LINE



Preferred
Partner
Program

Are you an **Occupational Therapist**, looking for a differentiator, continuing education hours, or maybe you're considering an additional revenue stream?

The **Senior Home Safety Specialist** certification empowers professionals with actionable ways to better help educate clients, older adults and their family members on the serious issues of home safety, fall prevention, fire safety, home modifications, mobility and accessibility issues, considerations for Dementia care, communication skills, technology, financial exploitation, personal safety and performing a 240-point home safety audit.



Age Safe Canada offers the **Senior Home Safety Specialist**

This comprehensive, 16-module self-paced course offers the only certificate of its kind to individuals within the senior services industry.

The curriculum has been developed with Canadian professionals including Occupational Therapists to ensure a valuable professional development experience

PLEASE GO TO
www.agesafecanada.ca

Click on the **Senior Home Safety Specialist™**
use **Coupon CAOT2021** and receive **\$100.00 OFF**

regular pricing of \$379.00 discounted at checkout

info@agesafecanada.com

647-812-1518



Age Safe Canada and Senior Home Safety Specialist are trademarks of Age Safe America used under license