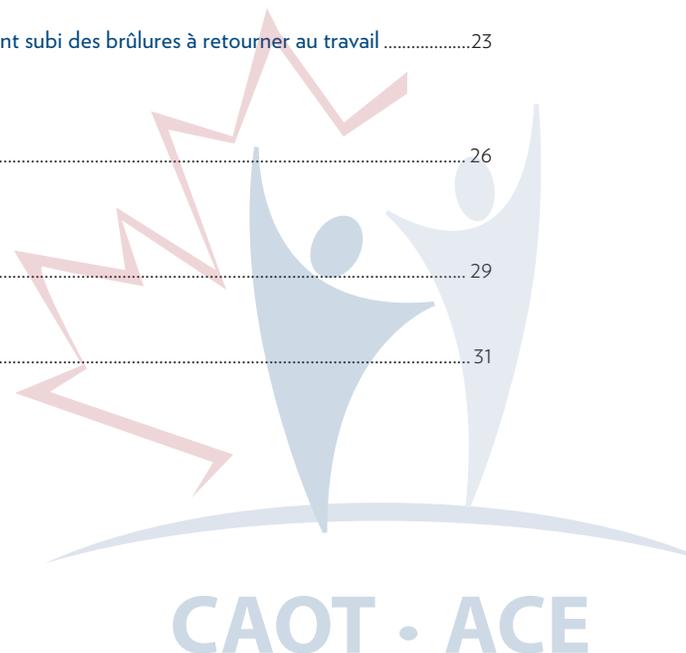


Table des matières

Des histoires quotidiennes...profils de vos collègues de l'ACE3 Danielle Hogan	3
Quoi de neuf?.....4	4
Lettres.....5	5
L'ergothérapie dans les soins de santé primaire : « De bons soins, au bon moment, au bon endroit »5 Martha Bauer et Colleen O'Neill	5
La mobilité professionnelle des ergothérapeutes au Canada Claudia von Zweck, PhD, OT (C), directrice générale de l'ACE.....7	7
<i>Rehausser la pratique : La pratique en milieu rural</i> Définir la pratique en milieu rural et en milieu éloigné10 Alison Sisson	10
Mettre l'empereur à nu : Réflexions sur la crédulité et l'ergothérapie.....13 Karen Whalley Hammell	13
À quel moment jouez-vous le rôle d'un leader? La réponse pourrait vous surprendre..18 Wendy Pentland	18
<i>Réflexions sur la pratique privée</i> L'établissement des honoraires en clinique privée : Quelle est la valeur de vos services?20 Jane Simmons	20
Lettres22	22
<i>Scénarios de pratique</i> Le modèle PEO et les concepts 'À vos marques, prêt, partez' : Préparer les clients ayant subi des brûlures à retourner au travail23 Daisy Won et Mary Stergiou-Kita	23
<i>Rehausser la pratique en santé mentale</i> La pratique sensible aux traumatismes : un nouveau rôle en ergothérapie26 Dana Snedden	26
<i>Rehausser la pratique : Adultes</i> Les chutes extérieures et l'hiver canadien : la réalité du Québec29 Marjorie Désormeaux-Moreau	29
Nouvelles de la Fondation canadienne d'ergothérapie.....31	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

Paulette Guitard, PhD, Erg. Aut. (Ont.), OT(C)

Directrice générale de l'ACE

Claudia von Zweck, PhD

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

ACE – Édifice CTTC
3400 – 1125, promenade Colonel By
Ottawa, Ontario K1S 5R1 CAN
Courriel: publications@caot.ca

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

RÉDACTRICE EN CHEF

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

TRADUCTION

De Shakespeare à Molière, Services de traduction

CONCEPTION GRAPHIQUE ET MISE EN PAGE

JARcreative

COMITÉ ÉDITORIAL DES ACTUALITÉS ERGOTHÉRAPIQUES

Présidente : Janna MacLachlan
Melissa Croskery
Emily Etcheverry
Susan Mulholland
Nadia Noble
Aliko Thomas-Pylotis, Sandra Hobson add Heidi Cramm
membre d'office : Hélène J. Polatajko
membre d'office : Janet Craik

INDEXAGE

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

PUBLICITÉ

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

ABONNEMENTS

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

DROIT D'AUTEUR

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

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

RESPONSABLES DE CHRONIQUE

La santé des Autochtones et l'ergothérapie au Canada
Janet Jull, PhD (candidate), M.Sc. (ergothérapie), B.Sc. (ergothérapie), erg(c)
Alison Gerlach, PhD (étudiante), M.Sc, erg(c)

Liens internationaux
Sandra Bressler, MA

Pleins feux sur la technologie d'assistance
Roselle Adler, B.Sc. (ergothérapie) et Josée Séguin, M.Sc.

Notre passé ergothérapeutique
Sue Baptiste, M.Sc.S.

Scénarios de pratique
Mary Kita, PhD, M.Sc., B.Sc.S. (ergothérapie)

Réflexions sur la pratique privée
Jonathan Rivero, B.Sc.S. (ergothérapie), erg(c)
Christel Seeberger, B.Sc. (ergothérapie), erg imm (NB), OTR

Le sens de l'agir
Shanon Phelan, PhD, MSc OT, OT Reg. (Ont.)

La télésanté et l'ergothérapie
Lili Liu, PhD et Masako Miyazaki, PhD

L'application des connaissances en ergothérapie
Heidi Cramm, PhD (candidate), Erg. Aut. (Ont.)
Heather Colquhoun, PhD, Erg. Aut. (Ont.)

Rehausser la pratique
Aînés : Sandra Hobson, M.A.Éd.
Adultes : Patricia Dickson, M.Sc., Erg. Aut. (Ont.)
Pédiatrie : Laura Bradley, M.Sc. (ergothérapie), Erg. Aut. (Ont.)
Santé mentale : Regina Casey, PhD (candidate), M.A., Dip. COT
Pratique en milieu rural : Alison Sisson, M.Sc., B.Sc. erg(c)

Perspectives des étudiants :
Tom Grant, MOT, ergothérapie



Des histoires quotidiennes...profils de vos collègues de l'ACE

Danielle Hogan

Formation

J'ai obtenu un baccalauréat en arts en sociologie et un certificat en criminologie à la Memorial University of Newfoundland, en 1996. Puis, en 2000, j'ai décroché mon diplôme d'assistante de l'ergothérapeute au College of the North Atlantic. Mon intérêt pour l'ergothérapie s'est manifesté au cours de cette expérience. L'une de mes professeurs, qui est devenue ma collègue par la suite, est celle qui m'a le plus encouragée à entreprendre une carrière d'ergothérapeute. Elle m'a donné confiance en mes capacités et a validé mon désir de poursuivre ma carrière. Grâce à l'encouragement de ma famille, j'ai quitté mon poste d'assistante à temps plein et j'ai fait mes bagages pour partir en Nouvelle-Écosse, où j'ai obtenu mon diplôme en ergothérapie à la School of Occupational Therapy de la Dalhousie University, en 2004.

Cheminement de carrière en ergothérapie

Depuis la fin de mes études, j'ai occupé plusieurs postes au sein du secteur public et du secteur privé, notamment en santé mentale, en réadaptation, en cardiologie, à l'unité des urgences, en soins critiques, en réadaptation au travail et en médecine physique.

J'ai siégé activement à divers comités provinciaux, régionaux et nationaux. À l'échelle provinciale, j'ai été directrice de la Newfoundland and Labrador Association of Occupational Therapists de 2005 à 2009, et j'ai également occupé les fonctions de présidente du comité de l'enseignement (2005-2006) et de présidente (2006-2009). À l'échelle régionale, j'ai occupé le poste de présidente du Occupational Therapy Regional Council de 2008 à 2010, et je suis actuellement membre du conseil de l'Association of Allied Health Professionals pour la région métropolitaine de St. John's. À l'échelle nationale, je suis présentement membre du comité de l'examen d'attestation de l'ACE.

Rôle actuel

Je travaille au sein d'une équipe de gestion de cas au programme de santé mentale et de toxicomanie (Eastern Health). Notre équipe est récemment devenue la première au Canada à adopter et à utiliser la pratique fondée sur les faits scientifiques appelée Strengths Based Model of Case Management, qui a été créée à l'University of Kansas. Avec l'adoption de ce modèle, j'ai aussi accepté un nouveau rôle à titre de superviseur clinique et j'ai eu la possibilité de voyager au Kansas pour suivre une formation sur le modèle et recevoir les conseils d'un mentor. Ce fut une occasion exceptionnelle de mettre en œuvre ce changement au sein de notre équipe et de constater à quel point le modèle a une influence positive sur le cheminement de nos clients qui sont en voie de se rétablir.

Tout en jouant ce rôle, je continue de travailler dans le secteur privé à titre d'experte conseil au sein de deux cliniques de réadaptation professionnelle.

Vie familiale

Je vis à St. John's, une ville où la pluie, la bruine et le brouillard empêchent souvent les vols d'arriver et de partir; mais la culture et le patrimoine qui sommeillent en moi et que je consomme et respire sont pour moi comme un ancrage. Ma famille et mes amis sont toute ma vie. J'ai des parents formidables qui nous ont élevés, mon frère, ma sœur et moi, afin que nous devenions les adultes que nous sommes aujourd'hui. J'ai aussi une magnifique belle-sœur, qui aime mon frère et sa famille pleine d'humour et qui m'a donné deux magnifiques neveux.

Ma vie est exactement comme que je l'avais imaginée. J'apprécie cette possibilité de partager mes expériences avec ceux qui m'entourent.

La chose la plus importante que j'ai apprise

En deux simples mots : « ça dépend ». Un professeur de la Dalhousie nous répétait sans cesse ces deux mots en classe, ce qui provoquait parfois de la colère, parfois de la frustration, mais la plupart du temps, ces deux mots nous renvoyaient à nos livres, afin que nous trouvions notre propre réponse à la question. Ce n'est que lorsque ma première étudiante m'a posé une question clinique et que je me suis entendu répondre « ça dépend », que j'ai eu un fou rire et que j'ai compris qu'il y a avait une raison pour toute chose. Ma pratique en tant qu'ergothérapeute m'a donné la chance d'apprendre continuellement, tout au long de ma vie. J'adore ma profession, j'adore lancer des défis à mes clients et qu'ils me lancent des défis – cela me permet de me tenir à jour, de nourrir cette passion et de chercher à réussir ma vie personnelle et professionnelle. Peut-être que je n'ai pas encore appris « la chose la plus importante », car elle ne s'est pas encore manifestée; la beauté de l'ergothérapie, c'est ce que mes clients m'apprennent quelque chose de différent tous les jours. La lumière au bout du tunnel est d'une couleur différente pour chaque personne – la mienne est plus brillante en raison de la carrière que j'ai choisie, des collègues avec qui je travaille et des clients que j'ai connus.

Comme Bruce Moss le dit dans sa chanson de 1982 intitulée, *The Islander* (trad. libre) : « Je suis née et j'ai grandi à Terre-Neuve et je serai Terre-Neuvienne jusqu'à ma mort. Je suis fière d'être insulaire, parce que je suis libre comme le vent et les vagues qui déferlent sur le sable. Je ne voudrais être nulle part ailleurs qu'à Terre-Neuve ».



L'auteure (au centre) et sa famille en vacances, en 2011.

Quoi de neuf?



L'Association canadienne des ergothérapeutes et la Loi canadienne sur les organismes à but non lucratif

En quoi consiste la Loi canadienne sur les organismes à but non lucratif (LCOBNL)?

La LCOBNL est entrée en vigueur en octobre 2011 et elle remplace la Loi sur les corporations canadiennes. Cette loi régit les affaires internes des organismes fédéraux à but non lucratif comme l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE).

Quelles sont les exigences de la LCOBNL?

La LCOBNL est une loi générale ayant pour objet d'inciter les organismes à but non lucratif à se conformer à la mise à jour des structures et des procédés mis en place pour les organismes à but lucratif. La LCOBNL traite des questions comme les droits des membres et les catégories de membres; les assemblées des membres, et l'élection; et les responsabilités des membres de la direction et des représentants au conseil. Les membres de l'ACE doivent approuver les nouveaux articles et règlements qui sont conformes à ces exigences avant l'automne 2014, sans quoi il y aura dissolution de l'Association.

De quelle façon l'ACE abordera-t-elle les révisions proposées aux articles et règlements?

Bien que la LCOBNL impose des changements à certains procédés de l'ACE, l'Association conservera les intentions des articles et règlements actuels, dans la mesure du possible. Les consultations effectuées en 2010 ont indiqué que les membres appuyaient fortement la structure de gouvernance et les procédés de l'ACE, car ces derniers supportent bien les travaux de l'Association. Des révisions seront recommandées uniquement lorsque cela sera nécessaire pour que l'ACE soit conforme aux exigences de la LCOBNL.

Quels sont les changements majeurs qu'il faut apporter aux règlements de l'ACE?

L'impact le plus important de la LCOBNL est associé aux catégories de membres et à l'élection des représentants au conseil et des membres de la direction. En vertu de la Loi canadienne sur les organismes à but non lucratif (LCOBNL), tous les membres peuvent voter et toutes les catégories de membres ont un droit de veto sur la décision d'une autre catégorie de membre, si le vote affecte les avantages offerts aux membres. Afin de veiller à ce que les désirs de la majorité des membres soient respectés lors d'un vote, nous proposons que l'ACE offre une seule catégorie de membre aux personnes qui répondent aux exigences de l'adhésion individuelle. Les membres sans droit de vote actuels de l'ACE auront la possibilité de devenir associé ou affilié de l'ACE, sans qu'aucun changement ne soit apporté aux avantages offerts par l'Association.

La LCOBNL exige que l'élection des membres de la direction et des représentants au conseil de l'ACE ait lieu uniquement au moment de l'Assemblée générale annuelle (AGA) des membres. Selon la LCOBNL, tous les membres ont aussi le droit de voter pour tous les membres de la direction et les représentants du conseil, y compris les postes de représentant provincial ou territorial au conseil. Nous proposons que des dispositions soient prévues dans les règlements pour permettre aux

membres de voter de manière électronique s'ils ne sont pas en mesure d'assister à l'AGA en personne.

À quel moment les membres pourront-ils voter à propos des révisions proposées aux articles et règlements de l'ACE?

Les révisions proposées aux règlements seront présentées aux membres en deux étapes :

Étape 1 : Les changements proposés aux règlements concernant les catégories de membres doivent être présentés aux membres alors que l'Association est toujours régie en vertu de l'ancienne loi sur les corporations canadiennes, afin de veiller à ce que le vote de la majorité soit respecté. Ainsi, les changements proposés aux catégories de membres seront présentés lors de l'AGA de 2013.

Étape 2 : La demande de prorogation à titre d'organisme à but non lucratif en vertu de la LCOBNL sera présentée à l'AGA de 2014, en vue d'être approuvée par les membres; cette demande sera accompagnée des révisions que l'ACE doit apporter aux articles et règlements pour se conformer à la nouvelle loi.

Pour toute question ou pour tout commentaire, prière de communiquer avec Claudia von Zweck, directrice générale de l'ACE, à cvonzweck@caot.ca.

La lauréate du prix d'honneur (Fellowship) de l'ACE

L'ACE a le plaisir d'annoncer que Julie Lapointe est la première lauréate du prix Fellowship de l'ACE! Félicitations à Julie, qui se joindra à l'équipe de l'ACE à titre d'analyste de recherche, pour un mandat d'un an.

Nouvelles concernant la formation et l'apprentissage continus

- En 2013, l'ACE donnera la possibilité aux nouveaux diplômés, aux praticiens en ergothérapie et aux ergothérapeutes effectuant un retour dans la profession, de même qu'aux diplômés internationaux en ergothérapie (DIE) de participer à un programme de mentorat dirigé en ligne. Conçu à la manière du module sur le mentorat du Programme de préparation à la pratique et à l'examen national en ergothérapie (PPE-Ergo), ce processus dirigé permettra aux mentorés de se jumeler à des mentors, en fonction de leurs objectifs personnels et professionnels.
- Outre le Test préparatoire à l'examen en ergothérapie (TPEE) et le Manuel du test préparatoire à l'examen en ergothérapie (MTPEE), l'ACE et le Programme de préparation à la pratique et à l'examen national en ergothérapie (PPE-Ergo) élaborent actuellement un Module sur l'examen en ergothérapie (MEE) qui offrira des discussions dirigées sur des études de cas pour aider les personnes qui se préparent à passer l'examen à s'exercer à faire le processus de raisonnement clinique. Le MEE sera disponible en 2013 pour toute personne qui se prépare à passer l'examen national d'attestation en ergothérapie.
- Pour en savoir davantage sur ces projets, prière d'envoyer un courriel à education@caot.ca. Pour avoir des nouvelles sur le PPE-Ergo, visiter le www.otepp.ca. Les DIE admissibles peuvent continuer de participer aux modules du PPE-Ergo.

Lettres



Commentaires sur le travail des ergothérapeutes au sein d'une équipe de santé familiale

J'aimerais profiter de cette tribune pour vous faire part de quelques commentaires honnêtes et extrêmement positifs sur le rôle des ergothérapeutes au sein de notre équipe de santé familiale au cours des derniers mois. Mon expérience et celle de mes 13 collègues omnipraticiens de la McMaster Family Practice ont été tellement positives que je peux difficilement comprendre comment nous réussissions à fonctionner auparavant, sans avoir d'ergothérapeutes dans notre équipe.

Comme vous le savez, l'équipe de santé familiale de McMaster a eu la chance au cours de la dernière année d'avoir deux ergothérapeutes travaillant en concertation avec des médecins de famille, des travailleurs sociaux, des médecins résidents, des infirmières praticiennes et de nombreux autres collègues professionnels. Leur apport a été remarquable auprès de nos patients complexes, vulnérables et en perte d'autonomie. En effet, Martha et Colleen ont mis à contribution leur expertise remarquable et, surtout, une intervention novatrice, efficace et rentable pour ces patients. Leurs connaissances avancées face aux évaluations fonctionnelles ont permis d'améliorer grandement la sécurité de plusieurs patients et, la volonté de ces ergothérapeutes de travailler auprès des patients dans toutes sortes de milieux, y compris leurs domiciles, leurs logements et notre clinique, a permis de soulager le fardeau des autres membres

de l'équipe de soins primaires et de nous libérer de certaines tâches, pour être en mesure d'offrir de meilleurs soins à tous nos patients.

La surprise la plus agréable a sans doute été de découvrir le rôle positif que les ergothérapeutes ont joué auprès de nos médecins résidents. En effet, nos ergothérapeutes sont toujours prêtes à enseigner et, grâce à leurs compétences pratiques, elles arrivent à combler les lacunes les plus importantes dans l'éducation de nos résidents. Ces apprenants sont souvent intimidés par les patients complexes ayant de nombreuses co-morbidités. Grâce au modèle éducatif que nous avons choisi pour notre clinique, les médecins résidents ont la possibilité chaque semaine d'assister aux séances d'évaluation et de traitement des ergothérapeutes, pour observer comment elles aident calmement et avec doigté les patients à résoudre des problèmes affectant leur capacité fonctionnelle au quotidien.

En résumé, l'arrivée des ergothérapeutes dans notre équipe s'est avérée un immense succès jusqu'à présent. Je suis vraiment heureux d'avoir la chance d'apprendre grâce à ces professionnels remarquables.

Dr Doug Oliver, MSc, MD, CCFP

Professeur agrégé, Department of Family Medicine, McMaster University

Note de la rédaction : Après avoir reçu cet immense compliment, nous avons invité Martha et Colleen à écrire un article afin de décrire leur perspective sur le travail au sein d'une équipe de santé familiale. Vous pouvez lire cet article ci-dessous.

L'ergothérapie dans les soins de santé primaire : « De bons soins, au bon moment, au bon endroit »

Martha Bauer et Colleen O'Neill

Même s'il est captivant de faire partie d'une équipe de santé familiale (ESF), ce travail comporte également son lot de difficultés. Si nous nous fions à notre première année au sein de ce genre d'équipe, ce rôle relativement nouveau pour les ergothérapeutes en Ontario commence réellement à se rapprocher de l'objectif d'offrir « de bons soins, au bon moment, au bon endroit » (Ministère de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario [MSSLDO], 2008).

À titre informatif, le rapport Drummond (2012) met en relief le besoin important en Ontario de réduire les coûts, d'améliorer la rentabilité et d'intégrer les systèmes de santé, tout en offrant à la population des soins tout au long de la vie, en fonction des besoins en matière de santé. Drummond a recommandé que le Gouvernement de l'Ontario aborde une partie de ces réalités financières en utilisant les soins de santé primaire comme principal point de liaison au sein du système de santé, pour réduire ainsi la dépendance aux hôpitaux pour les traitements des patients. Le but des soins de santé, tel que décrit dans le document de

Profession Santé Ontario de 2007, est de chercher à offrir « des soins de santé primaire complets pour répondre aux besoins de la personne dans son intégralité et pour garantir la continuité des soins, la gestion des maladies chroniques et aiguës, de même que la promotion de la santé et la prévention de la maladie ». Dans le même ordre d'idées, Klaiman (2004) s'est servi du Modèle canadien du rendement occupationnel pour démontrer que, comme l'ergothérapie centrée sur le client tient compte des facteurs associés à la personne, l'environnement et l'occupation pour aborder les problèmes de santé, cette approche est très compatible avec les objectifs des soins de santé primaires énoncés plus haut. Ainsi, les théories et les modèles de pratique en ergothérapie sont conformes aux soins de santé primaire et aux politiques actuelles du gouvernement en matière de santé.

L'équipe de santé familiale McMaster est une ESF composée de deux cliniques et de 33 médecins. L'ESF comprend des infirmières praticiennes et des infirmières autorisées, des pharmaciens, des travailleurs sociaux,



Les auteures : Martha (à droite) et Colleen (à gauche).

des diététistes, une consultante en allaitement et des aides cliniques. Les résidents en médecine familiale sont formés au sein de l'ESF et ils sont exposés à une approche interdisciplinaire des soins de santé. En mai 2011, une première ergothérapeute à temps plein s'est jointe à l'équipe et une deuxième ergothérapeute est arrivée six mois plus tard. Notre rôle, en tant qu'ergothérapeutes, n'était pas déterminé à l'avance. On nous a plutôt donné le mandat d'observer les besoins du personnel clinique et des patients, d'examiner les directives gouvernementales et de développer ce que nous jugeons approprié.

Jusqu'à présent, nos statistiques indiquent que nous avons traité 387 demandes de consultation sur une période d'un peu plus d'un an. Nous voyons la plupart des clients de quatre à cinq fois en moyenne. La plupart des demandes de consultation sont pour le traitement d'une douleur chronique (32 %) et l'évaluation des problèmes de chutes et de mobilité (29 %). Les autres demandes de consultations que nous recevons fréquemment sont les suivantes : faciliter le retour au travail (10 %), améliorer les aptitudes à la vie quotidienne des personnes ayant un diagnostic de trouble de santé mentale (10 %) et optimiser le maintien à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées (12 %). Voici quelques exemples des cas que nous traitons : un adulte qui désire continuer de travailler malgré une douleur chronique; un jeune adulte ayant des troubles de santé mentale qui a de la difficulté à trouver un emploi; une femme âgée qui veut continuer de participer à des activités de base de la vie quotidienne malgré sa perte de mobilité; un enfant ayant des troubles de motricité fine qui ont des répercussions sur sa capacité de fonctionner à la maison et à l'école; un jeune homme ayant besoin d'une orthèse pour exécuter plus facilement ses tâches de travail et une femme ayant une lésion cérébrale acquise qui n'arrive pas à s'adapter à son foyer de groupe. Nous avons facilité le rendement occupationnel de nos différents patients en offrant des programmes de réactivation, en apportant des changements à l'environnement physique, en aidant les familles à déterminer leurs objectifs, en dirigeant les familles vers des ressources communautaires et en coordonnant les interventions avec le programme des accidentés du travail et le programme d'indemnisation pour invalidité à long terme afin d'obtenir de meilleurs résultats en matière de retour au travail. Nous avons dirigé

des groupes de psychoéducation interdisciplinaires sur la gestion de la douleur chronique et avons animé des groupes de gestion de l'anxiété, en collaboration avec du personnel en santé mentale. Nous examinons actuellement des approches relatives au traitement d'autres maladies chroniques. Compte tenu de toutes ces interventions, la gestion de notre liste d'attente devient de plus en plus difficile.

L'un des aspects uniques de l'ESF est que nous participons activement à l'éducation des futurs médecins, en offrant des séances d'enseignement interprofessionnelles, en effectuant des évaluations de clients spécifiques en compagnie d'autres professionnels ou en demandant aux résidents en médecine de nous accompagner pendant des cours optionnels d'une demi-journée. Ainsi, les résidents en médecine peuvent observer nos interactions avec des personnes en perte d'autonomie, vulnérables ou ayant des problèmes complexes qui sont vues en médecine familiale. Il a été très gratifiant d'observer les résidents en médecine commencer à saisir la grande portée de l'ergothérapie et à quel point notre profession peut apporter du soutien lors du traitement de ces clients complexes. Nous sommes confiantes qu'ils tiendront compte de cette nouvelle perspective interprofessionnelle dans leur future pratique.

En réfléchissant à notre rôle au cours de l'année qui vient de s'écouler, nous retenons les impressions suivantes. Premièrement, il est essentiel de demeurer 'généraliste' en ergothérapie pour œuvrer au sein de ces équipes. Malgré nos nombreuses années de pratique, nous avons dû toutes les deux rehausser nos connaissances et nos compétences pour pouvoir aborder le large éventail de besoins des clients de ce milieu. Deuxièmement, nous sommes arrivées à fournir des soins qui correspondent aux objectifs généraux des soins de santé primaire et nous remplissons le mandat établi par le Gouvernement de l'Ontario de promouvoir la santé et de prévenir les maladies, en aidant les gens à acquérir des compétences, à réduire les barrières et à améliorer leur participation à des activités à la maison, au travail ou à l'école. Finalement, nous croyons que l'ERGOTHÉRAPIE est un ajout efficace aux soins de santé primaire et qu'elle offre les « bons soins, au bon moment, au bon endroit » (MSSLDO, 2008)!

Références

- Drummond, D. (2012). Commission de réforme sur les services publics de l'Ontario : Des services publics pour la population ontarienne : Cap sur la viabilité et l'excellence. Téléchargé au <http://www.fin.gov.on.ca/fr/reformcommission/chapters/report.pdf>
- Gouvernement de l'Ontario. (2007). Soins de santé primaire. Téléchargé sur le site web de Professions Santé Ontario : <http://www.professionssanteontario.ca/HealthcareInOntario/PrimaryCare.aspx>
- Klaiman, D. (2004). Améliorer l'accès aux services d'ergothérapie dans les soins de santé primaire. *Actualités ergothérapeutiques*, 6(1), 14-19.
- Ministère de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario. (2008). Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé : De meilleurs soins aux patients grâce à un meilleur rendement de nos dollars investis en santé. Téléchargé au http://www.health.gov.on.ca/fr/ms/ecfa/healthy_change/docs/rep_healthychange.pdf

Note de la rédaction :

La revue *Actualités ergothérapeutiques* est actuellement à la recherche d'articles pour le numéro thématique de septembre 2013, qui portera sur l'ergothérapie dans les soins de santé primaire. Date limite pour soumettre un article : 1er avril 2013. Pour consulter l'Appel d'articles, veuillez vous rendre au www.caot.ca > Développement professionnel > Périodiques et Publications > Actualités ergothérapeutiques. Communiquez à otnow@caot.ca pour connaître tous les détails.

À propos des auteures

Depuis 24 ans, **Martha Bauer** travaille principalement dans des programmes de traitement de la douleur chronique, de même qu'en cabinet privé, dans le secteur de l'automobile et de la santé des employés. **Colleen O'Neill** travaille depuis 23 ans dans le domaine des soins complexes, et elle a eu diverses expériences de travail, notamment dans des cliniques de positionnement, des unités de soins palliatifs et des programmes de réadaptation pour patients hospitalisés et externes.

La mobilité professionnelle des ergothérapeutes au Canada

Claudia von Zweck, PhD, OT (C), directrice générale de l'ACE

La formation d'un ergothérapeute au Canada lui procure un riche corpus de connaissances, de compétences et d'aptitudes qui peuvent être utilisées dans divers milieux de pratique et auprès d'un large éventail de clientèles. Les caractéristiques de l'habilitation fondée sur l'occupation sont très larges et elles sont pertinentes pour les ergothérapeutes qui travaillent dans de nombreux contextes. Par conséquent, les ergothérapeutes ont de nombreuses possibilités en matière de mobilité professionnelle, tout au long de leur carrière en ergothérapie.

Cet article traite de la mobilité en matière de carrière des ergothérapeutes en fonction du *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada 2012* [ACE, 2012]. Cette nouvelle version du *Profil* comprend une mise à jour de l'information décrivant la pratique de l'ergothérapie au Canada.

Le Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada

Le *Profil* (ACE, 2012) présente une définition générale du travail des ergothérapeutes, qui est décrit en fonction de sept rôles. Les ergothérapeutes assument un rôle pivot en tant qu'expert en habilitation de l'occupation. Les rôles complémentaires de l'ergothérapeute sont ceux de communicateur, de gestionnaire de la pratique, d'agent de changement, de praticien érudit et de professionnel (voir la figure 1).



Figure 1. Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada (ACE, 2012).

Le contexte de la pratique

La participation des ergothérapeutes aux sept rôles décrits dans le *Profil* n'est pas répartie de manière égale, car ces rôles ne font pas tous partie de la pratique au quotidien. En effet, les rôles que les ergothérapeutes doivent jouer dans chaque situation sont influencés par le contexte de la pratique et en dépendent. Le contexte de la pratique fait référence à l'interaction des dimensions qui décrivent le prestataire et le bénéficiaire des services, de même que l'endroit où le travail est réalisé. (voir la figure 2).

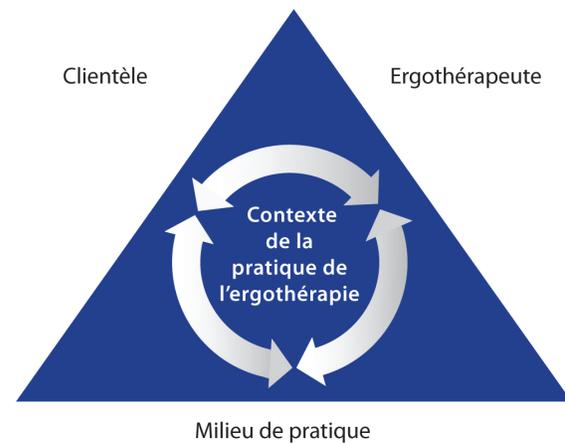


Figure 2 : Contexte de la pratique de l'ergothérapie

1. Clientèle : Les ergothérapeutes travaillent avec des clients de tous âges, que ce soit des individus, des familles, des groupes, des communautés ou des populations. Les clients des ergothérapeutes font face ou risquent de faire face à des barrières à la participation occupationnelle, par exemple, des restrictions découlant de problèmes de santé personnels ou des limitations imposées par des facteurs physiques, sociaux ou culturels, au sein de l'environnement.

En ergothérapie, les besoins des clients sont définis en fonction de l'occupation. L'habilitation de la participation aux occupations significatives ou essentielles de la vie représente l'objet de l'ergothérapie. Les occupations sont un ensemble d'activités ou de tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus et les différentes cultures donnent un nom, une structure, une valeur et une signification; l'occupation comprend tout ce qu'une personne fait pour prendre soin d'elle (soins personnels), se divertir (loisirs) et contribuer à l'édifice social et économique de la société (productivité) (ACE, 2002, p. 34).

Les données relatives au contexte de la pratique des ergothérapeutes sont recueillies par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) pour toutes les compétences au Canada, à l'exception du Québec. Ces données indiquent qu'en 2010, les ergothérapeutes travaillaient auprès de clientèles ayant le plus fréquemment des problèmes de santé physique

généraux (34,9 %) ou des problèmes associés au système neurologique (8,1 %). L'emploi principal de 11 % des ergothérapeutes était dans le secteur de la santé mentale (ICIS, 2011). Les données recueillies auprès des membres volontaires de l'ACE indiquent que les ergothérapeutes travaillent le plus fréquemment auprès des adultes (69 %), alors que 23 % des ergothérapeutes travaillent uniquement auprès des enfants (ACE, 2011).

Peu de données sont recueillies de manière courante en ce qui concerne les occupations facilitées par les ergothérapeutes. Toutefois, des données recueillies par l'ACE indiquent que certains ergothérapeutes se spécialisent dans l'habilitation de certaines occupations, comme la conduite automobile, l'alimentation/la déglutition ou l'autonomie fonctionnelle (ACE, 2011).

2. Ergothérapeute : les attributs individuels des ergothérapeutes, comme la formation, l'expérience, le sexe et la culture influencent la réalisation des rôles dans le contexte de la pratique de l'ergothérapie. Les ergothérapeutes formés au Canada reçoivent leur formation dans des programmes universitaires agréés par l'Association canadienne des ergothérapeutes. Depuis 2008, tous les programmes de formation universitaire doivent mener à l'obtention du diplôme de maîtrise pour être admissibles à l'agrément de l'ACE. Le processus d'agrément permet de veiller à ce que les programmes de formation en ergothérapie enseignent les connaissances, les compétences et les habiletés exposées dans le *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada* (2012) et les *Compétences essentielles* décrites par l'Association canadienne des organismes de réglementation en ergothérapie (2011). Les données démographiques recueillies par l'ICIS indiquent que plus de 30 % des ergothérapeutes au Canada ont une maîtrise ou un doctorat comme niveau de formation le plus élevé (2011). Les données de l'ICIS indiquent aussi que l'ergothérapie est une profession dominée par les femmes, puisque les hommes représentent moins de 9 % de la main-d'œuvre en ergothérapie. L'âge moyen des ergothérapeutes au Canada est de 39 ans, ce qui est plus jeune que dans d'autres professions de la santé, comme la médecine et les sciences infirmières, dans lesquelles on se préoccupe du vieillissement de la main-d'œuvre et de la nécessité de remplacer les travailleurs qui prendront leur retraite au cours de la prochaine décennie (ICIS, 2011; ICIS, 2010). Le profil d'âges plus jeune des ergothérapeutes témoigne de l'augmentation du nombre d'ergothérapeutes ayant obtenu leur diplôme au sein de programmes canadiens de formation universitaire au cours de la dernière décennie, mais il suggère également que la durée de la carrière des ergothérapeutes est plus courte.

3. Milieu de pratique : Les ergothérapeutes travaillent dans de nombreux milieux de pratique qui peuvent être définis par des facteurs comme le type d'employeur/de bailleur de fonds; l'endroit où les services sont offerts (p. ex., établissement, services communautaires, clinique); le modèle de service (p. ex., consultation, intervention) et les principales tâches de travail (p. ex., services cliniques, administration des services, enseignement, recherche et élaboration de politiques/administration).

En 2010, environ 31,8 % des ergothérapeutes travaillaient en milieu communautaire et 11,4 % des ergothérapeutes étaient employés en pratique professionnelle. Un autre 45,6 % des ergothérapeutes travaillaient dans des établissements comme des hôpitaux, des centres de réadaptation et des foyers d'accueil spécialisés. La grande majorité des ergothérapeutes (82,8 %) travaillaient pour un seul employeur. La majorité des ergothérapeutes occupaient un emploi permanent (74,6 %) ou étaient des travailleurs autonomes (14,8 %), alors que 10,7 % d'entre eux étaient des employés temporaires ou occasionnels. Le pourcentage de travailleurs autonomes a triplé pour les emplois secondaires, ce qui témoigne du grand nombre d'ergothérapeutes qui complètent leur emploi régulier en exerçant en cabinet privé. Près de 83 % des ergothérapeutes occupaient un emploi à titre de dispensateurs de

services directs auprès des clients. Un autre 6,9 % des ergothérapeutes étaient des gestionnaires, 4 % étaient des chefs/coordonnateurs professionnels, 2,8 % étaient des enseignants/chercheurs et 3,0 % occupaient d'autres postes (ICIS, 2011).

De grandes variations existent dans le travail des ergothérapeutes, en raison de l'interaction entre les éléments au sein des trois dimensions qui définissent le contexte de la pratique. Par exemple, en tant que profession centrée sur le client, les types d'occupations abordées par les ergothérapeutes sont façonnées par les besoins et les exigences de la clientèle, le cadre de référence utilisé par l'ergothérapeute et les priorités du milieu de pratique.

Le contexte de la pratique subit également l'influence des changements qui se produisent dans ces trois dimensions, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de la profession. Par exemple, le passage aux services de santé à base communautaire qui s'est produit au cours des trois dernières décennies a entraîné des changements profonds en ergothérapie. Alors que les services d'ergothérapie étaient prodigués auparavant dans un hôpital ou dans un autre établissement de soins, les endroits où les services d'ergothérapie sont offerts se sont largement transformés, pour englober un large éventail de milieux communautaires. Les réformes qui se produisent actuellement dans les soins de santé primaires offrent une autre possibilité d'accroître la prestation des services d'ergothérapie dans la communauté. Les facteurs internes exerçant une influence sur le contexte de la pratique sont le désir des ergothérapeutes d'utiliser les concepts et les valeurs de l'ergothérapie auprès de différentes clientèles et dans différents milieux de pratique, afin d'habiliter efficacement les occupations, de même que leur volonté de promouvoir leur propre cheminement de carrière et leurs intérêts.

Le paradigme de carrière de l'ergothérapeute

Le paradigme de carrière de l'ergothérapeute peut être utilisé pour décrire la mobilité professionnelle des ergothérapeutes (voir la figure 3). Le mouvement au sein et le long du paradigme de carrière de l'ergothérapeute est défini par le continuum de connaissances, de compétences et d'habiletés décrit dans le *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada* (ACE, 2012). Un spectre de compétences sont décrites dans le *Profil* le long d'un continuum, et certaines de ces compétences sont attendues des ergothérapeutes en début de carrière, alors que d'autres peuvent être associées à des niveaux de rendement et d'expérience plus élevés.

La mobilité au sein de la profession de l'ergothérapie se produit le plus fréquemment entre les différents contextes de la pratique, en particulier au début de la carrière des ergothérapeutes. Compte tenu de l'évolution constante de la gamme de clientèles et de milieux de pratique en ergothérapie, un large éventail de possibilités existent pour permettre aux ergothérapeutes de progresser vers différents contextes de pratique.

Le paradigme de carrière de l'ergothérapeute s'inscrit aussi dans un continuum de compétences qui progresse des emplois de débutant à des postes exigeant de niveaux plus élevés de compétence, de connaissance, de responsabilité, de salaire ou d'autorité au sein d'un contexte de pratique donné. Les ergothérapeutes qui débutent dans la pratique sont considérés comme étant de niveau « compétent ». Ainsi, les ergothérapeutes compétents répondent ou dépassent les attentes minimales pour exercer l'ergothérapie de manière efficace et sûre. Grâce à l'expérience acquise et à des activités de développement professionnel, les ergothérapeutes peuvent devenir des cliniciens chevronnés dans certains rôles. Les praticiens chevronnés ont des connaissances, compétences et habiletés semblables à celles des ergothérapeutes compétents, mais ils les utilisent avec une plus grande aisance et un plus haut degré de perfectionnement professionnel. La réalisation des compétences dans les sept rôles décrits dans le *Profil* se produit à différents degrés, en fonction du contexte de la pratique, des populations desservies et des connaissances et de l'expérience de l'ergothérapeute.

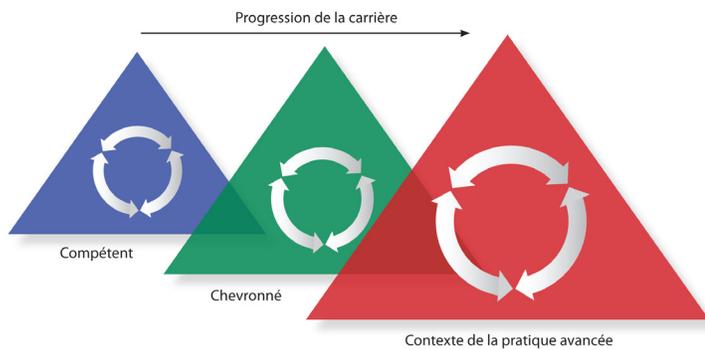


Figure 3. Paradigme de carrière en ergothérapie

Au cours de leur cheminement de carrière, les ergothérapeutes peuvent suivre des formations spécifiques et cumuler de l'expérience qui leur permettront de faire l'acquisition de compétences avancées. Les compétences avancées comprennent les connaissances, les compétences et les habiletés requises pour des activités effectuées dans le contexte de la pratique de l'ergothérapie qui vont au-delà de l'étendue des responsabilités assumées traditionnellement par les ergothérapeutes.

Certains des profils de carrière des ergothérapeutes peuvent être décrits en relation avec l'ensemble des compétences avancées qui sont requises pour accomplir les fonctions de certains emplois. Bien que les ergothérapeutes travaillent le plus fréquemment à titre de cliniciens, les données de l'ICIS indiquent qu'ils assument parfois une large gamme de fonctions associées à la recherche, l'enseignement, l'administration et l'élaboration de politiques (2011). Ces types de fonctions peuvent faire appel à des compétences avancées pour rehausser les connaissances, les compétences et les habiletés en ergothérapie. Malheureusement, les personnes ayant une formation en ergothérapie qui assument des rôles exigeant une pratique avancée choisissent souvent de ne pas conserver leur titre d'ergothérapeute et elles ne sont donc pas incluses dans les données relatives à la pratique qui sont recueillies par l'ICIS. Par conséquent, les données ne dressent pas un tableau complet du contexte de pratique potentiel en ergothérapie.

L'identité professionnelle en tant qu'ergothérapeute

Tout au long de leur carrière, les ergothérapeutes tentent de trouver des postes qui font appel à leurs connaissances, compétences et habiletés de manières uniques et novatrices. Par exemple, des individus ayant été formés à titre d'ergothérapeutes au Canada ont poursuivi des carrières en tant que dirigeants des soins de santé, de leaders d'organismes sociaux et communautaires et de cadres supérieurs du gouvernement ou même de chercheurs et d'enseignants. L'identité professionnelle à titre d'ergothérapeute ne se limite pas aux personnes qui travaillent dans des contextes de pratique au sein desquels les titres des emplois font référence à l'ergothérapie. Par ailleurs, le travail des ergothérapeutes est également défini par sa correspondance avec les valeurs et les croyances fondamentales qui orientent la profession d'ergothérapeute.

Le maintien du titre d'ergothérapeute tout au long de la carrière, peu importe le milieu de pratique ou le titre de l'emploi, est considéré comme un privilège professionnel et une responsabilité professionnelle, et il favorise la reconnaissance et l'obligation de rendre compte du travail des ergothérapeutes. Les ergothérapeutes sont donc encouragés à proclamer et à célébrer leur identité professionnelle, peu importe le contexte de la pratique.

Conclusion

Le paradigme de carrière expose les possibilités de développement personnel et professionnel des ergothérapeutes au Canada. La formation en ergothérapie au Canada peut mener à divers cheminement de carrière intéressants et captivants qui partagent les domaines et les valeurs de base de la profession de l'ergothérapie. Ce genre de développement de carrière est essentiel pour recruter et maintenir en poste la main-d'œuvre en ergothérapie, mais également pour réaliser le mandat de la profession, qui est de promouvoir la participation occupationnelle de la population canadienne. Les ergothérapeutes sont donc encouragés à conserver leur identité professionnelle tout en poursuivant les nombreux cheminement de carrières qui s'offrent à eux.

Références

- Association canadienne des organismes de réglementation en ergothérapie (2011) Compétences essentielles à la pratique pour les ergothérapeutes au Canada (3e éd.). Toronto, Ontario: Auteur.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2002). Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie. Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada. Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2011). 2010-2011 Membership Statistics. Téléchargé au <http://www.caot.ca/pdfs/membership/Final%20Compiled%20Stats-2010.pdf>
- Institut canadien d'information sur la santé. (2011). Les ergothérapeutes au Canada, 2010. Ottawa, Ontario, Canada: Auteur.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2010). Les ergothérapeutes au Canada, 2009. Ottawa, Ontario, Canada: Auteur.

Pour en savoir davantage, prière de communiquer avec Claudia von Zweck, à cvonzweck@caot.ca

REHAUSSER LA PRATIQUE : LA PRATIQUE EN MILIEU RURAL



RESPONSABLE : ALISON SISSON

Définir la pratique en milieu rural et en milieu éloigné

Alison Sisson

Il y a plusieurs années, j'ai quitté Toronto, une grande ville métropolitaine, pour m'installer à Whitehorse, une ville de 26 000 personnes, au Yukon. J'étais très enthousiasmé face à mon nouveau poste d'ergothérapeute en soins de longue durée. Je me souviens d'avoir travaillé au début avec un client en vue de lui attribuer un fauteuil roulant. Mentalement, j'avais passé en revue toutes les étapes à suivre : travailler avec le client pour fixer des objectifs en matière de mobilité, effectuer une évaluation complète, déterminer les meilleures options, travailler avec un détaillant pour obtenir des fauteuils roulants en vue de faire des essais, faire des ajustements et rédiger les rapports. Si la prescription du fauteuil roulant était particulièrement complexe, je ferais une demande de consultation à la clinique du positionnement d'un hôpital de réadaptation régional.

Alors que je commençais la prescription à Whitehorse, je me suis rapidement rendu compte qu'il faudrait que je change ma façon de faire. En effet, mon client avait besoin d'un fauteuil roulant à positionnement inclinable, mais en raison des frais élevés de livraison dans le Nord, les détaillants locaux n'étaient pas en mesure de se procurer des fauteuils roulants de ce genre pour que nous puissions en faire l'essai. J'ai donc emprunté le fauteuil roulant à positionnement inclinable d'un autre client, y ai apporté quelques modifications et, avec la permission du propriétaire du fauteuil roulant, je l'ai prêté à mon client pour la journée. Mon client était satisfait du fauteuil roulant.

Mon défi suivant a été de passer la commande. Évidemment, le fauteuil roulant que j'avais emprunté ne se fabriquait plus. Compte tenu du manque de fauteuils roulants à positionnement inclinable dans le territoire de l'essai et du programme de financement très libéral en matière d'équipement, nous avons décidé de commander un fauteuil ayant le maximum de réglages, puis d'essayer différents dossiers et coussins. J'ai fait une demande de financement auprès du programme territorial et nous avons commandé le fauteuil roulant à partir des feuilles de spécifications. Lorsque le fauteuil roulant est arrivé, nous l'avons ajusté pour le client.

Lors d'une première visite chez un client vivant dans une communauté éloignée recevant des services de réadaptation quelques fois par année seulement, j'ai pris conscience du fait que je devrais encore changer mes méthodes et les types de fauteuils roulants que je prescrivais. Au cours de cette visite, le client et moi avons brièvement discuté du type de fauteuil roulant qui fonctionnerait le mieux pour lui et j'ai pris des mesures. Lors de mon

retour à Whitehorse, j'ai passé en revue les fauteuils roulants dont nous disposions, j'en ai choisi un qui, selon moi, conviendrait au client, et je l'ai modifié du mieux que j'ai pu pour qu'il puisse l'utiliser sur des chemins cahoteux. Je l'ai fait livrer au client par l'intermédiaire d'une entreprise locale. Quelques jours plus tard, je lui ai téléphoné et, en demandant à sa femme de faire quelques ajustements à l'aide de tournevis et de clés à mollette, j'ai noté les questions et préoccupations du client et je lui ai fait des suggestions pour modifier le fauteuil roulant. Pendant cette même conversation téléphonique, je lui ai également donné des consignes de sécurité.

Lorsque je repense à ces premières prescriptions de fauteuils roulants dans le Nord, je suis encore étonnée à quel point l'environnement, peu importe qu'il soit urbain, rural ou éloigné, influence la pratique de l'ergothérapie. Dernièrement, j'ai lu un article de Smith et Hayes (2004) sur la pratique médicale en Australie qui décrit comment la pratique médicale rurale et éloignée diffère de la pratique urbaine, en fonction du contexte, du contenu et du processus des soins. Ainsi, dans cette même veine, le présent article examine différentes définitions des termes urbain, rural et éloigné, puis, à l'aide d'une autre illustration clinique, il décrit comment la pratique de l'ergothérapie varie en fonction du contexte, du contenu et du processus des soins et du milieu de pratique.

Que signifient les termes urbain, rural ou éloigné?

Bien que la plupart d'entre nous ayons une notion générale du terme 'urbain', du fait que nous vivons dans une grande ville ou avons déjà visité une grande ville canadienne, et une compréhension générale du terme 'rural', pour avoir vécu dans une petite ville ou pour avoir fait des promenades en voiture à travers la campagne, il demeure illusoire de tenter d'avoir des définitions normatives de ces concepts. Statistique Canada a élucidé six explications techniques différentes sur la façon d'utiliser des points (codes postaux), des distances (activité communautaire) et des aires (divisions des recensements, etc.) pour déterminer les degrés de ruralité, compte tenu du fait que les pourcentages de la population canadienne vivant en milieu rural varient de 22 % à 38 % (DuPlessie, Beshiri, Bollman et Clemenson, 2001). Malheureusement, pour certaines régions, ces définitions créent des frontières qui n'ont rien à voir avec la santé, qui sont plus utiles pour des fins administratives ou statistiques et qui entraînent des anomalies « qui ne correspondent pas à notre sens intuitif de ce qu'est une région rurale [ou] éloignée... » (Pitblado, 2005,

À propos de l'auteure

Alison Sisson, MSc, BScOT, a travaillé à titre d'ergothérapeute et d'analyste des politiques dans plusieurs types de milieux au Yukon au cours des dix dernières années. Elle travaille actuellement pour le Yukon Workers' Compensation Health and Safety Board. Lorsqu'elle ne travaille pas, on peut la trouver en train d'explorer les paysages ruraux en ski ou à bicyclette. On peut joindre Alison à : Alison_sisson@yahoo.ca.

p. 164). Par exemple, il peut être logique d'utiliser le code postal pour définir la ruralité lorsqu'on discute des services postaux et des systèmes de messagerie, mais cela crée des inconstances lorsqu'on discute des services de santé. Le Réseau de l'ACE sur la pratique en milieu rural et éloigné se sert de la définition suivant du terme 'rural' : toute communauté ayant une population de moins de 10 000 personnes. Pour ce réseau, la définition du terme 'éloigné' est : toute communauté qui ne se situe pas à moins de deux heures de distance d'une communauté ayant une population de 10 000 personnes et plus. Selon ces définitions, Whitehorse pourrait être à la fois une région urbaine et éloignée. Pourtant, après avoir vécu ici depuis dix ans, j'ai le sentiment que ce milieu fonctionne davantage comme un milieu rural sans toutefois offrir les nombreux services et ressources que l'on s'attendrait à trouver dans un centre 'urbain'. Dans cet article, les descriptions des communautés canadiennes qui illustrent nos idées intuitives face aux termes urbain, rural et éloigné serviront de base pour une discussion sur la pratique de l'ergothérapie dans chacun de ces contextes.

Les contextes

Vancouver est un exemple d'un milieu urbain canadien. La région métropolitaine de Vancouver est considérée comme la troisième plus grande région métropolitaine au Canada, avec une population d'environ 2,1 millions d'habitants (City of Vancouver, n.d.). Vancouver a une gamme complète de services de santé, notamment un grand hôpital de réadaptation. L'University of British Columbia à Vancouver a une école de réadaptation. Généralement, en milieu urbain, un ergothérapeute peut se spécialiser en offrant des services à une clientèle particulière, par exemple, les clients ayant besoin de soins externes à la suite d'un AVC ou des clients des services à domicile ayant besoin de services de santé mentale.

La ville de Whitehorse au Yukon peut être considérée comme un exemple de milieu rural canadien. La ville est liée aux grandes villes de l'Ouest canadien par des routes, bien que la distance entre Whitehorse et Vancouver soit de plus de 2 300 km. Le principal hôpital est un établissement de 49 lits en soins aigus qui dessert la plus grande partie du territoire. Jusqu'à récemment, tous les services d'ergothérapie au Yukon étaient centralisés à Whitehorse. Dans ce genre de milieu rural, les ergothérapeutes offrent des services principalement dans un secteur, comme les soins aigus, les soins à domicile, l'éducation ou la pédiatrie, mais ils travaillent avec l'ensemble du spectre des groupes de diagnostics au sein de ce secteur. Généralement, on envoie à Vancouver les clients ayant besoin de services plus spécialisés, comme les évaluations du positionnement en pédiatrie ou la réadaptation des patients hospitalisés ayant subi un AVC.

Le village de Old Crow au nord-ouest du Yukon, qui compte environ 600 personnes, est un exemple de communauté éloignée. Il y a des vols qui atterrissent à Old Crow, mais aucune route permanente ne s'y rend. Le village est desservi par un centre de santé où travaillent des infirmières. La Première nation Vuntut-Gwitchen offre également des services de soins personnels et des services d'entretien ménager. Dans ce milieu éloigné, des ergothérapeutes des secteurs des services à domicile, de l'éducation et de la pédiatrie visitent la communauté à partir de Whitehorse, à quelques reprises, chaque année. Occasionnellement, un suivi est assuré par l'intermédiaire de vidéoconférences et de conférences téléphoniques. Pour ce qui est des services d'ergothérapie, les clients sont généralement envoyés à l'hôpital de Whitehorse pour des évaluations de la conduite automobile, des services spécialisés en orthèses/prothèses ou lorsqu'on ne peut répondre à leurs besoins dans la communauté. Les services médicaux spécialisés et les soins aigus sont également offerts à Whitehorse.

Dans les prochaines sections, nous présenterons une histoire de cas pour chacun de ces contextes, afin de montrer les différences entre les rôles de l'ergothérapeute dans chacun de ces contextes.

Histoire de cas : Une cliente atteinte de dysphagie

Une femme de 56 ans ayant subi une lésion cérébrale anoxique il y a 35 ans, a des pneumonies récurrentes. Elle commence à perdre du poids. Elle vit à domicile et elle reçoit de l'aide de sa famille et des services communautaires. L'ergothérapeute s'inquiète, car la capacité de déglutition de la cliente est en train de changer et elle se demande comme elle doit gérer la situation (histoire de cas fictive).

Contexte métropolitain/urbain : À Vancouver, l'ergothérapeute qui offre des services par l'intermédiaire des services de soins à domicile ferait sans doute, avec le médecin de famille de la cliente, une demande de consultation auprès de l'équipe d'évaluation interdisciplinaire de la dysphagie. Après avoir fait cette demande, l'ergothérapeute pourrait assurer la liaison avec l'équipe et aider la famille à suivre les recommandations de l'équipe.

Contexte rural : À Whitehorse, il y a un scanner, mais il n'y a pas de clinique de vidéofluoroscopie. Compte tenu des résultats de l'évaluation de la déglutition à la chambre, l'ergothérapeute doit décider si la dysphagie peut être traitée à l'aide d'interventions conservatrices et locales (notamment des consultations auprès d'une diététiste, d'une orthophoniste [lorsque ces spécialistes sont disponibles], l'essai d'aliments de diverses textures, etc.) ou si elle doit faire une demande afin que la cliente soit envoyée à Vancouver pour une vidéofluoroscopie. Si la cliente est envoyée dans le Sud, l'ergothérapeute peut faciliter les choses en s'occupant des aspects suivants : vols, une escorte et un lieu d'hébergement pendant le séjour de la cliente à Vancouver, des ressources pour aider la cliente à embarquer sur l'avion et des aides techniques pour s'assurer de répondre aux besoins de la cliente pendant qu'elle est dans le Sud. Une fois que l'équipe d'évaluation a émis ses recommandations, l'ergothérapeute participe à leur mise en oeuvre. Il peut y avoir un délai additionnel si certaines pièces d'équipement ou des produits spécifiques doivent être commandés par l'intermédiaire du détaillant local. Dans ce contexte, l'ergothérapeute doit avoir non seulement les compétences requises pour évaluer s'il est nécessaire de faire appel à une équipe d'évaluation de la dysphagie, mais elle doit aussi avoir des compétences pour la résolution de problèmes afin d'évaluer la sévérité du besoin et de déterminer si ce besoin est plus important que les risques possibles associés au déplacement de la cliente. L'ergothérapeute doit aussi posséder des compétences avancées en communication, en consolidation d'équipe et en organisation.



L'auteur faisant du ski à Old Crow, au Yukon.

Contexte éloigné : À Old Crow, l'infirmière du centre de santé et l'ergothérapeute qui fait des visites occasionnelles travaillent en étroite collaboration avec la famille et l'agent de liaison en santé communautaire des Premières nations. L'ergothérapeute, l'équipe et la famille doivent décider s'il est essentiel : a) d'envoyer la cliente à Vancouver pour une vidéofluoroscopie (qui exige au moins deux voyages vers le Sud, un séjour de plusieurs jours, puis deux vols de retour vers le Nord), b) que la cliente consulte rapidement une diététiste et une orthophoniste à Whitehorse (ce qui exige un vol aller-retour du Nord au Sud), ou c) d'attendre la prochaine visite de la diététiste à Whitehorse (qui est prévue dans trois mois) et, pendant la visite de l'ergothérapeute, d'éduquer la famille sur les diverses textures d'aliments à essayer, en fonction des résultats de l'évaluation à la chambre. Dans ce contexte, l'ergothérapeute examinera les risques ciblés pour le milieu rural, qui sont rehaussés par la grande distance de vol et les services médicaux limités dans la communauté éloignée. L'ergothérapeute examinera sans doute dans quelle mesure la famille se sent à l'aise dans un plus grand centre. L'ergothérapeute fera sans doute un suivi au moyen de conférences téléphoniques à partir de Whitehorse, ce qui exige la capacité de se servir de la technologie avec un soutien technique minimal.

Conclusion

Je repense souvent à mes premières semaines au Yukon et à ces premières prescriptions de fauteuils roulants. Je reconnais maintenant que de nombreux aspects de ma pratique sont différents en raison de mon milieu de pratique rural. J'évalue les clients atteints de dysphagie différemment, sans avoir accès à 'l'étalon d'or' de la vidéofluoroscopie du territoire. Toutefois, j'ai appris à évaluer à quel moment je dois revendiquer avec le médecin qu'un spécialiste soit envoyé du Sud pour effectuer une évaluation complète de la dysphagie, et à quel moment je dois évaluer et traiter localement une personne, au meilleur de mes capacités. Je suis consciente du fait que si je veux appliquer une compression aux membres inférieures enflés d'un client, je devrai apprendre à effectuer un indice tibio-brachial pour éliminer la possibilité d'une maladie artérielle, car il n'y a pas de technicien dans le territoire pour effectuer ce test. Je me demande

comment je pourrais offrir mes services différemment à mes clients autochtones, car je commence à comprendre leurs histoires et cultures uniques, de même que leurs communautés. Je comprends maintenant que la pratique en milieu rural est en fait extrêmement complexe et qu'elle exige un grand engagement. Il s'agit donc d'une pratique avancée et d'une spécialité en soi. Bien que je suis une spécialiste de la pratique en milieu rural, je suis bien consciente que je devrai toujours travailler pour tenir à jour certaines compétences, comme ma compétence pour effectuer et interpréter diverses évaluations cognitives ou pour évaluer et prescrire des fauteuils roulants complexes, compte tenu des populations très diverses avec lesquelles je travaille.

Comparativement aux milieux de pratique urbains, la pratique en milieu rural et éloigné exige que les ergothérapeutes offrent une large gamme de services à une clientèle diversifiée. En effet, dans ces contextes, les ergothérapeutes doivent s'appuyer davantage sur leurs relations avec un large éventail de professionnels et de para-professionnels pour faciliter la plus simple des interventions auprès des clients et pour aborder les problèmes des clients associés aux inconvénients extrêmes des délais d'attente plus longs, des barrières environnementales, des distances physiques et des coûts additionnels. La pratique en milieu rural et éloigné est novatrice et elle comporte de multiples facettes... mais, pour ceux qui attrapent le virus, elle est extrêmement gratifiante.

Références

- City of Vancouver, (n.d.). About Vancouver. Téléchargé en janvier 2012, au <http://vancouver.ca/aboutvan.htm>
- DuPlessie, V., Beshiri, R., Bollman, R. D., et Clemenson, H. (2001). Définitions de rural. Bulletin d'analyse : régions rurales et petites villes du Canada, 3(3), 1-15. Téléchargé au http://www5.statcan.gc.ca/access_acces/alternative_alternatif.action?loc=http://www.statcan.gc.ca/pub/21-006-x/21-006-x2001003-fra.pdf&l=fra
- Pitblado, R. J. (2005). So, what do we mean by "rural," "remote," and "northern"? *Canadian Journal of Nursing Research*, 37(1), 163-168.
- Smith, J. et Hays, R. (2004). Is rural medicine a separate discipline? *Australian Journal of Rural Health*, 12, 67-72.

Pour en apprendre davantage sur le Réseau de l'ACE sur la pratique en milieu rural et éloigné, consulter le <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=4135>. Pour obtenir d'autres renseignements, prière de communiquer avec Alison Sisson.

Les responsables de la chronique Pratique en milieu rural sont à la recherche d'articles

Est-ce que cet article décrit des choses que vous vivez à travers votre profession et votre pratique? Si c'est le cas, nous serons ravis de publier votre article! La chronique sur la pratique rurale vise à publier des articles qui décrivent les perspectives uniques de la pratique de l'ergothérapie en milieu rural ou éloigné, y compris les leçons apprises, les modèles de pratique qui sont mis en œuvre et des anecdotes cliniques.

Mettre l'empereur à nu : Réflexions sur la crédulité et l'ergothérapie

Karen Whalley Hammell

Cet article est une version abrégée d'une conférence présentée sous forme de séance plénière au Congrès 2011 de l'ACE à Saskatoon de même qu'au OT4OT Virtual Exchange lors de la Journée mondiale d'ergothérapie, en octobre 2011.

J'ai eu l'immense honneur de présenter une conférence plénière au Congrès 2011 de l'ACE. J'ai accepté ce privilège en toute humilité et je suis reconnaissante envers les personnes qui ont proposé et soutenu ma candidature. Cet article traite de la crédulité, des faits scientifiques, des théories en ergothérapie et des recherches qui éclairent nos théories et nos pratiques. Je vais débiter par la crédulité, c'est-à-dire la disposition à croire sans avoir suffisamment de preuves et, si vous retenez un seul message en lisant cet article, j'espère que ce sera le suivant : Nous devons être un peu moins crédules et réfléchir davantage.

Les habits neufs de l'empereur

J'aimerais tout d'abord vous rappeler l'un des contes de Hans Christian Andersen's (1837). Il était une fois un empereur qui a engagé deux tisserands lui ayant promis de lui fabriquer les plus beaux habits qui soient. Les tisserands lui ont affirmé que ces vêtements, qui seraient cousus dans le plus bel étoffe, seraient invisibles pour toute personne manquant d'intelligence. Lorsqu'ils ont présenté les vêtements à l'empereur, il était incapable de les voir, mais il n'en a rien dit par crainte de montrer un manque d'éducation ou de raffinement. Tous ses ministres firent la même chose et l'empereur fit une parade devant ses sujets. La nouvelle s'était propagée à propos de ses habits magiques et tout le monde prétendait les admirer pour ne pas être ridiculisé. Toutefois, une petite fille – qui n'avait pas été informée de la façon dont elle devait penser – cria « l'empereur ne porte pas de vêtements ». L'empereur et sa suite auraient dû être un peu moins crédules et réfléchir davantage.

Ce conte nous rappelle l'importance de remettre en question ce que d'autres prétendent – en nous demandant si ce qu'on nous dit correspond à ce que nous vivons dans la réalité. L'histoire met également en évidence l'importance de favoriser un climat intellectuel dans lequel on peut poser des questions et remettre en question des suppositions et hypothèses sans craindre le ridicule ou le rejet. Bien sûr, je n'affirme pas que les défricheurs de notre profession, c'est-à-dire nos théoriciens et leaders, sont comme les deux tisserands du conte, dont l'intention était de faire de fausses prétentions et de profiter de la sottise des autres. Mais, je veux suggérer que notre profession ne peut se permettre d'assumer le rôle des ministres et favoris de l'empereur qui ne font aucune réflexion critique. Il est important de reconnaître qu'à l'occasion, l'empereur

théorique ne porte aucun vêtement. Nous devons avoir le courage de questionner, de mettre en doute et de contester toute supposition ou hypothèse qui n'est pas appuyée par des faits scientifiques et nous devons favoriser un climat intellectuel qui encourage ce genre de scepticisme. De toute évidence, la question qui cherche à déterminer ce qui constitue une 'preuve scientifique' est épineuse et j'y reviendrai un peu plus tard.

Les intellectuels et les intellectuels critiques

J'aimerais affirmer que je crois que toute personne a droit au respect. Mais je tiens aussi à suggérer que l'un des problèmes au sein de notre profession est notre tendance collective à encourager la conformité, à révéler nos leaders et à promouvoir une culture de respect qui penche vers la déférence. J'appuie les appels aux professionnels à remettre en question les croyances et les suppositions dans leur domaine, à constamment soulever des questions, à confronter les dogmes, à dévoiler les idées conventionnelles et reçues, à ne rien prendre pour acquis et à refuser d'accepter sans poser de questions ce que les personnes qui détiennent le pouvoir ont à dire (Said, 1996). Toutefois, selon mon expérience, cela n'est jamais facile à faire!

L'ergothérapie, les observateurs et les intellectuels critiques

En tant qu'auteur d'articles publiés fréquemment dans plusieurs revues en ergothérapie, je suis souvent perturbée et amusée par les commentaires que mes travaux suscitent de la part de certains réviseurs. Par exemple, j'ai remis en question la croyance selon laquelle les ergothérapeutes exercent l'ergothérapie centrée sur le client de manière constante. Bien que je sois consciente que notre rhétorique professionnelle illustre l'ergothérapie comme une profession centrée sur le client, et que je sache que de nombreux ergothérapeutes ont des pratiques exemplaires et centrées sur le client, mon expérience suggère aussi que parfois, les ergothérapeutes exercent de manière à servir les intérêts de leur employeur, de leur carrière, de leur entreprise ou de leur situation financière, plutôt que de servir les intérêts des clients.

En réaction à cette affirmation plutôt évidente, certains de mes réviseurs m'ont demandé de fournir des preuves scientifiques de l'affirmation selon laquelle les ergothérapeutes n'exercent pas tous, en tout temps, d'une manière qui est centrée sur le client. En tant que défenseur de la notion qui consiste à 'être un peu moins crédule et à réfléchir davantage', j'admets qu'il s'agit d'une requête légitime et raisonnable. Toutefois, cela m'amène à me poser la question suivante : Lorsque la profession de l'ergothérapie fait des affirmations stipulant

À propos de l'auteur

Karen Whalley Hammell, PhD, OT(C), MSc, DipCOT(UK), est professeure honoraire au Department of Occupational Science and Occupational Therapy, à l'University of British Columbia. On peut la joindre à : ik.hammell@sasktel.net.

que l'ergothérapie est, en tout temps, une profession centrée sur le client – et elle l'est assez fréquemment – où sont les preuves ou les faits qui appuient cette affirmation? Et pourquoi ces auteurs ne sont-ils pas obligés de fournir des preuves de l'affirmation selon laquelle l'ergothérapie est une profession centrée sur le client? Le fait que cette croyance soit répétée assez souvent ne la rend pas plus véridique.

Il y a plus de 15 ans, Mocellin (1995, p.502) a fait la remarque suivante : « Lorsque les hypothèses et suppositions de base qui sont considérées comme étant essentielles aux assises de l'ergothérapie sont perçues par certains comme étant menacées, des efforts considérables sont déployés pour renforcer la conformité ». D'après mon expérience, cela est toujours vrai aujourd'hui. On m'a dit plusieurs fois – et aussi récemment qu'en 2011 – que le fait de critiquer les concepts, les théories et les modèles sur l'occupation élaborés par d'autres érudits était un manque de respect à leur égard. Il est difficile d'imaginer des réactions semblables face à l'éventualité d'un débat intellectuel au sein de toute autre profession ou discipline académique. On ne peut imaginer qu'un argument semblable serait avancé par un scientifique. Ainsi, certains commentateurs se demandent si l'ergothérapie est vraiment une discipline scientifique ou s'il s'agit d'une culte (Kelly et McFarlane, 2007). Je crois que nous devons nous engager passionnément afin de créer et de favoriser un climat intellectuel dans lequel il est possible de poser des questions, de mettre certaines choses en doute et de reconnaître et d'aborder des perspectives différentes.

La 'sciosophie'

J'ai récemment découvert le concept de la 'sciosophie' (du néologisme anglais sciosophy – de l'ancien grec *scia* = ombre et *sophia* = connaissances). La sciosophie est un système fondé sur de prétendues connaissances qui n'ont pas de base scientifique; l'astrologie en est un exemple. Je crois que, dans le passé, la réadaptation a peut-être été considérée comme une forme de sciosophie, et je sais que je dois vous fournir des preuves pour corroborer cette affirmation.

Tout au long de ma carrière et de ma vie personnelle, j'ai été fascinée par les lésions de la moelle épinière et par le processus qui consiste à rebâtir une vie dans une forme physique différente. Il n'y pas si longtemps, les professions du domaine de la réadaptation affirmaient :

- que la dépression était une conséquence inévitable d'une lésion de la moelle épinière;
- que les personnes ayant les plus profonds degrés de déficits découlant des lésions les plus hautes de la moelle épinière vivraient les dépressions les plus profondes;
- et que les personnes ayant les lésions les plus basses et donc, ayant le plus de capacités physiques résiduelles, auraient une meilleure qualité de vie.

Ces suppositions peuvent sembler assez évidentes, mais elles étaient également fausses. Une bonne quantité de recherches, effectuées dans différents pays, chez les hommes et les femmes, les personnes âgées et les jeunes, et dans différents groupes ethniques ont montré de manière convaincante que bien que les pourcentages de dépression soient élevés parmi les personnes ayant subi une lésion de la moelle épinière, la plupart des gens qui ont ce genre de lésion ne font pas de dépression. La recherche a également démontré qu'on ne peut prédire si une personne fera une dépression selon

le niveau de la lésion de sa moelle épinière ou même selon que la lésion est complète ou non; et on a aussi montré que le fait qu'une personne ait une bonne qualité de vie – ou une mauvaise qualité de vie – n'entre pas en corrélation avec le niveau de la lésion de la moelle épinière (Hammell, 2004a).

Mais, pourquoi ces faits sont-ils pertinents ou importants? Parce qu'ils illustrent à quel point nous pouvons nous tromper lorsque nous basons nos théories sur le sens commun, plutôt que sur des faits scientifiques. Après tout, le sens commun nous dit que les gens qui sont complètement paralysés au-dessous de la colonne cervicale seront plus déprimés et qu'ils affirmeront qu'ils ont une plus mauvaise qualité de vie que les personnes ayant une paraplégie plus basse et incomplète, qui ont l'usage de leurs mains et de leurs bras; et le sens commun serait alors faux. C'est pourquoi nous devons nous engager à remettre nos hypothèses et suppositions en question. Nous devons admettre que ce que nous croyons intuitivement être vrai pourrait bien être faux, et que le fait de croire une chose ne la rend pas plus véridique.

Les suppositions en ergothérapie

Les 'suppositions' sont des idées que nous tenons pour être vraies, ou de sens commun et que nous prenons pour acquis. Le sens commun est le produit d'une culture spécifique et d'un moment spécifique de l'histoire et on le décrit comme « le terrain pris pour acquis sur lequel des idéologies et des philosophies plus cohérentes doivent lutter pour dominer » (Hall, 1986, p. 431).

Les ergothérapeutes ont mis de l'avant certaines suppositions qui découlent du sens commun, mais qui ne résistent pas à un examen critique. Ces suppositions sont, notamment, la discrimination fondée sur la capacité physique et l'idéologie de droite selon laquelle tous les humains peuvent avoir un effet positif sur leur santé en utilisant leurs mains et leur volonté, et la supposition selon laquelle tous les humains participent à des occupations en tant qu'agents autonomes. On retrouve aussi la croyance selon laquelle la participation à des occupations donne toujours un sens positif à la vie et la supposition que les occupations sont invariablement bénéfiques pour la santé. J'ai déconstruit ces suppositions dans des articles publiés précédemment (Hammell, 2009a), mais je tiens à ajouter que ces suppositions sont les produits d'une histoire culturelle spécifique et des valeurs mises de l'avant dans notre propre société. Bien sûr, ceci n'est pas surprenant, car les théories et les modèles dominants en ergothérapie ont été formulés par des gens qui partagent de nombreuses suppositions culturelles en raison de leur position sociale en tant que personne privilégiée, sans handicap, blanche, anglophone, de classe moyenne, vivant en région urbaine dans un 'pays évolué'. De toute évidence, ces perspectives culturelles uniques ne sont pas partagées par la majorité de la population mondiale et il y a des faits pour le prouver.

Par exemple, les théories dominantes en ergothérapie ventent l'importance de l'autonomie et de se concentrer sur les objectifs individuels, car ce sont des valeurs mises de l'avant par les sociétés occidentales et capitalistes. Mais ces valeurs ne sont pas des valeurs universelles. En fait, pour bien des gens, ailleurs dans le monde, les désirs d'autonomie et d'individualisme sont considérés comme des signes d'immaturité. Et les explorations interculturelles sur le concept des loisirs – qui est fondamental dans la théorie canadienne en ergothérapie – montrent qu'il s'agit d'un construit occidental et urbain, fondé sur la discrimination face aux capacités physiques et sur les classes et pour lequel de nombreux groupes linguistiques n'ont pas eu leur mot à dire (Hammell, 2009a).

« Nous devons admettre que ce que nous croyons intuitivement être vrai pourrait bien être faux, et que le fait de croire une chose ne la rend pas plus véridique. »

Les 'catégories' de l'occupation

Ce n'est que plusieurs années après avoir assumé mon rôle d'aidante à temps plein que j'ai commencé à comprendre que mes occupations quotidiennes ne correspondaient pas aux catégories des ergothérapeutes associées aux soins personnels, à la productivité et aux loisirs. J'ai alors commencé à avoir des doutes face à ce cadre de travail. De plus, ma recherche doctorale sur la vie à la suite d'une lésion haute de la moelle épinière m'a permis d'identifier d'autres problèmes face à ce système de catégorisation des occupations. Et puis, ma mère a subi un AVC très sévère, accompagné d'une perte importante de vision. Mon père prenait alors soin d'elle à la maison et je me suis rendu compte que leurs occupations quotidiennes ne correspondaient pas non plus aux trois catégories. En fait, les dimensions les plus importantes de la vie quotidienne qui sont si fréquemment identifiées par les personnes ayant des handicaps sévères et leurs proches – c'est-à-dire la capacité de participer (même au détriment de sa santé physique) et de faire des choses avec les autres – n'étaient pas directement abordées par les trois catégories que les ergothérapeutes avaient choisi de nommer (Hammell, 2009b). Je me suis aussi rendu compte que la décision d'accorder la priorité à ces trois catégories particulières – soins personnels, productivité et loisirs – n'était pas basée sur les expériences des clients ou sur la recherche, mais sur le sens commun. Et j'ai déjà affirmé qu'il était inadéquat de baser toute théorie sur le sens commun.

L'ergothérapie et les faits scientifiques

Ceci m'amène à examiner la nature des faits scientifiques, et, en particulier, la nature des faits qui peuvent éclairer judicieusement nos théories. Il est malheureux que les 'faits scientifiques' en ergothérapie aient eu tendance à être définis et validés en fonction d'une perspective très spécifique de la médecine fondée sur les faits. Cette approche est sûrement erronée et inutile pour notre profession, si l'on cherche à définir les paramètres des connaissances valables en fonction des dictats de la médecine, une profession dont les interventions sont si différentes des nôtres. Le concept de la pratique fondée sur les faits scientifiques a été initialement élaboré par des épidémiologistes cliniques et, par la suite, il a été adopté par d'autres disciplines qui cherchaient à être considérées comme étant scientifiques. Il est regrettable que bon nombre de ces disciplines ne soient pas arrivées à faire face aux critiques et aux difficultés de la médecine fondée sur les faits scientifiques qui ont été publiées dans la littérature médicale depuis au moins 15 ans, c'est-à-dire, dès les débuts de la médecine fondée sur les faits scientifiques (Cohen, Stavri et Hersh, 2004).

Les critiques au sein de la médecine se sont appuyés sur l'histoire et la philosophie des sciences qui avancent que la pratique fondée sur les faits scientifiques, telle qu'on la conçoit habituellement, ne reconnaît pas qu'il est impossible de faire preuve de neutralité lors de l'interprétation des données, ou qu'il est impossible de faire des observations objectives (Cohen et al., 2004; Harari, 2001). Ces critiques prétendent qu'une bonne partie des preuves existantes sont erronées et, possiblement non pertinentes, car elles ont été obtenues à partir d'études qui ont été menées sans tenir compte des enjeux et des résultats qui sont importants pour les personnes handicapées. Les théoriciens en travail social ont remarqué que, bien que la médecine fondée sur les faits scientifiques convienne bien pour tester des médicaments et peut-être aussi pour établir des relations de cause à effet entre divers traitements des parties du corps, il est difficile de déterminer à quel point les principes de la pratique fondée sur les faits scientifiques sont transférables à la vie des humains (Pease, 2009). Par ailleurs, les philosophes en sciences

prétendent qu'il n'existe pas de hiérarchie de preuves (Glasby et Beresford, 2010). De plus, des théoriciens critiques remettent l'Euricisme en question, ou la croyance en la supériorité des connaissances occidentales, qui accorde un statut plus élevé à des formes spécifiques d'études scientifiques qu'à d'autres formes de connaissances, comme les connaissances expérientielles (Cohen et al., 2004; Pease, 2010). Même au sein de la littérature médicale, on reconnaît que la pratique clinique scientifique, thérapeutique et éthique n'est possible qu'à partir d'une souplesse intellectuelle et en recueillant des données à l'aide de différentes méthodes et à partir de différents points de vue (Harari, 2001).

De nombreux chercheurs reconnaissent qu'aucune méthode de recherche n'est mieux qu'une autre en soi. Ils reconnaissent aussi – et c'est le point que je souhaite soulever – que « l'expérience des usagers des services et des aidants est sans doute un moyen aussi juste et valide de comprendre le monde qu'une étude formelle » (Glasby et Beresford, 2010, p. 268). Ceci me ramène à la question qui consiste à essayer de fonder les théories qui éclairent nos recherches et nos pratiques cliniques sur des faits scientifiques découlant du point de vue des clients et aussi à mon problème face à la catégorisation de toutes les occupations en fonction des soins personnels, de la productivité ou des loisirs.

La théorie en ergothérapie : Des catégories d'occupations définies par qui?

Ma première tentative de déterminer des catégories d'occupations significatives à partir de la littérature existante s'appuyait sur la formulation de Wilcock (1998) : « faire, être et devenir » et ajoutait une autre dimension – celle de l'appartenance (Hammell, 2004b). Toutefois, il est important de souligner que plusieurs années avant que les ergothérapeutes reconnaissent l'importance de faire, être et devenir, Maslow (1987) avait déjà identifié les trois mêmes domaines de préoccupation en psychologie. Mais cette formulation n'était pas unique aux professions de la psychologie et de l'ergothérapie. Par exemple, en sciences infirmières, Parse (1992) avait formulé une théorie du devenir humain qui identifiait la santé comme un processus selon lequel les gens deviennent la personne qu'ils désirent être. Par ailleurs, Maslow (1987) avait aussi ciblé l'importance de l'appartenance dans sa hiérarchie des besoins, ce qui démontre que l'ajout de cette quatrième dimension n'était pas originale ou perspicace de ma part. Alors que je réfléchissais aux domaines de préoccupation des psychologues et des infirmières qui se sont greffés aux théories



de notre profession, j'ai commencé à me demander quel était le rapport entre ces domaines et l'occupation, et plus encore, si cela avait du sens pour nos clients. J'avais le sentiment que cela n'avait probablement pas de sens pour eux.

J'ai alors commencé à lire tous les rapports que j'ai trouvés sur des études qualitatives portant sur l'expérience qui consiste à reconstruire une vie à la suite d'une blessure importante ou d'une maladie menaçant la vie. Je me suis demandé s'il était possible de déterminer des catégories significatives du point de vue des personnes qui, en raison de circonstances personnelles, avaient été forcées d'examiner leurs priorités et leurs occupations. Comment décrivaient-elles les occupations qui étaient significatives pour elles ou qui faisaient que leur vie valait la peine d'être vécue? Il ne s'agissait pas d'une métasynthèse formelle, mais d'une étude informelle qui avait pour but de satisfaire ma propre curiosité.

À partir de mes propres recherches sur la vie d'une personne à la suite d'une lésion de la moelle épinière et des faits présentés dans les mots des clients dans de nombreuses études sur les personnes ayant fait face à des problèmes comme le cancer, la sclérose latérale amyotrophique, un accident vasculaire cérébral, la sclérose en plaques et une maladie mentale sévère et persistante, j'ai identifié quatre catégories d'occupations – ou quatre dimensions du sens attribué aux occupations – que j'ai exposées dans un article publié en 2009 (Hammell, 2009b). Je prétends que les quatre catégories que j'ai identifiées – les occupations de rétablissement, les occupations favorisant le sentiment d'appartenance et de contribution; les occupations axées sur l'action et les occupations témoignant de la continuité de la vie et de l'espoir – sont toutes clairement centrées sur l'occupation et donc, qu'elles sont peut-être pertinentes pour notre théorie et notre pratique. Ceci représentait ma tentative très 'amateur' d'explorer à quoi pourrait ressembler une théorie sur l'occupation, si elle était éclairée par les perspectives des usagers des services et par les faits scientifiques découlant de leurs expériences. Et on me dit que les ergothérapeutes de différents endroits dans le monde découvrent ce que j'ai découvert par moi-même : il est beaucoup plus facile de catégoriser mes propres occupations quotidiennes selon ces quatre catégories que d'essayer de les classer selon la triade privilégiée des soins personnels, de la productivité et des loisirs.

La recherche : une pratique centrée sur le client?

La pratique centrée sur le client est une approche de la pratique qui se préoccupe de redistribuer le pouvoir et de veiller à ce que l'ergothérapie soit éclairée par la vie, les valeurs et les priorités des clients et qu'elle soit pertinente pour les clients. La recherche représente l'une des pratiques en ergothérapie pour déterminer comment la philosophie centrée sur le client devrait influencer sur le domaine de la recherche en ergothérapie, afin que les recherches soient éclairées par la vie, les valeurs et les priorités des clients et qu'elles soient pertinentes (Hammell, Miller, Forwell, Forman et Jacobsen, 2012).

En Australie, des lignes directrices nationales ont été établies pour veiller à ce que les recherches sur la santé des Australiens autochtones soient faites en consultation et en collaboration avec les populations autochtones et qu'elles soient conçues de manière à produire des résultats ayant des avantages directs pour les populations autochtones (Nelson et Allison, 2007). Je suis persuadée que les ergothérapeutes appuieraient ce genre d'effort visant à témoigner du respect et à favoriser l'égalité et la dignité de toute personne. Mais, qu'en est-il de nos propres recherches? Est-ce que les participants à nos études méritent moins de respect? Il est clair que nous devons nous demander si nos recherches sont toujours fondées sur la consultation et la collaboration et si elles sont conçues

pour produire des résultats ayant des avantages directs pour les populations que nous décidons d'étudier.

Des recherches récentes ont permis d'affirmer que les personnes handicapées voulaient participer activement à l'élaboration des programmes de recherche et agir à titre de partenaires pour concevoir, mettre en œuvre, diffuser et évaluer des recherches qui sont pertinentes face à leurs priorités et besoins (Priestley, Waddington et Bessozi, 2010). Pour une profession centrée sur le client, cela est réellement encourageant. Toutefois, une recension récente de tous les articles ayant été publiés dans les six revues dominantes en ergothérapie au cours de la période de onze ans s'étendant de 1999 à 2009 a indiqué que parmi les 4 290 articles publiés, seulement 18 décrivaient une étude en collaboration menée par des ergothérapeutes et des clients ou des groupes de consommateurs. Bien que ce total de 4 290 comprenait de toute évidence de nombreux articles qui ne concernaient pas la recherche, il semble que pendant ces 11 ans, les ergothérapeutes ont participé de façon minimale à des recherches témoignant de l'engagement de la profession à la pratique centrée sur le client (Hammell et al., 2012). Si nos théories et nos pratiques doivent être éclairées par des preuves scientifiques pertinentes et par les perspectives des clients – ce qui est conforme aux principes que nous avons adoptés face à la pratique centrée sur le client – alors nos pratiques en matière de recherche devront changer.

Bien que les nombreux débats au sein de notre profession aient été axés sur les barrières institutionnelles à la pratique clinique centrée sur le client, on a accordé peu d'attention aux barrières institutionnelles ou professionnelles à la pratique de la recherche centrée sur le client. Toutefois, il me semble que si les cliniciens de notre profession – à un degré très important – ont découvert des façons d'inciter des groupes de clients difficiles à établir des partenariats de collaboration, il ne semble pas y avoir de raisons pour que les chercheurs ne soient pas capables de faire de même.

Occupation, bien-être et qualité de vie

J'ai mentionné précédemment l'important volume de résultats de recherche indiquant que la santé mentale et les perceptions sur la qualité de vie ne dépendent pas des capacités physiques. Toutefois, ce que les chercheurs ont découvert, c'est que pour avoir une bonne qualité de vie, les gens doivent avoir la capacité et la possibilité de participer à des activités et des événements qui rehaussent leur plaisir, leur réussite et qui donnent un sens à la vie. De plus, un nombre substantiel de faits scientifiques permettent d'affirmer que la perception d'une qualité de vie positive et d'un bien-être est associée à des relations significatives et à la participation à des activités sociales, de bénévolat, de loisirs, associées au travail et communautaires.

En fait, ces résultats suggèrent que notre profession a un avenir captivant! De nombreux chercheurs de différentes disciplines reconnaissent l'importance de l'occupation pour le bien-être des individus et, des chercheurs à base communautaire soulignent l'importance de travailler avec les collectivités pour favoriser la participation de la population à des occupations communes qui sont reconnues comme étant bénéfiques pour le bien-être de l'ensemble des communautés.

Que nous soyons étudiants, chercheurs, cliniciens, enseignants, gestionnaires ou universitaires, nous pouvons tous revendiquer et adopter des pratiques de recherche centrées sur le client. C'est-à-dire que nous pouvons mener des recherches qui illustrent nos principes centrés sur le client, qui nous permettent de mieux comprendre les relations entre l'occupation et le bien-être et qui s'appuient sur diverses perspectives pour produire des données probantes qui sous-tendent nos théories et nos modèles. Et nous devons tous lutter contre la crédulité, en favorisant un climat

intellectuel dans lequel nous pouvons librement remettre en question les croyances et suppositions de notre profession, soulever des questions, confronter les dogmes, dévoiler les idées reçues et conventionnelles et contester ce que les gens en situation de pouvoir ont à dire (Said,1996).

En tant que profession, nous devons nous engager à être un peu moins crédule et à réfléchir davantage.

Références

- Andersen, H. C., (1837). *The emperor's new clothes. Fairy Tales Told for Children* (Vol.3). Copenhagen: Reitzel.
- Cohen, A. M., Stavri, P. Z., et Hersh, W. R. (2004). A categorization and analysis of the criticisms of evidence-based medicine. *International Journal of Medical Informatics*, 73, 35-43.
- Glasby, J., et Beresford, P. (2010). Who knows best? Evidence-based practice and the service user contribution. *Critical Social Policy*, 26, 268-284.
- Hall, S. (1986). Gramsci's relevance for the study of race and ethnicity. *Journal of Communication Inquiry*, 10(2), 5-27.
- Hammell, K. W. (2004a). Exploring quality of life following high spinal cord injury: A review and critique. *Spinal Cord*, 42, 491-502.
- Hammell, K. W. (2004b). Dimensions of meaning in the occupations of daily life. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 71, 296-305.
- Hammell K. W. (2009a). Sacred texts: A sceptical exploration of the assumptions underpinning theories of occupation. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 76, 6-13.
- Hammell, K. W. (2009b). Self-care, productivity and leisure, or dimensions of occupational experience? Rethinking occupational "categories". *Revue canadienne d'ergothérapie*, 76, 107-114.
- Hammell, K. W., Miller, W. C., Forwell, S. J., Forman, B. E., et Jacobsen, B. A. (2012). Sharing the agenda: pondering the politics and practices of occupational therapy research. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19, 297-304.
- Harari, E. (2001). Whose evidence? Lessons from the philosophy of science and the epistemology of medicine. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 724-730.
- Kelly, G., et McFarlane, H. (2007). Culture or cult? The mythological nature of occupational therapy. *Occupational Therapy International*, 14, 188-204.
- Maslow, A. (1987). *Motivation and personality*. New York: Harper Collins.
- Mocellin, G. (1995). Occupational therapy: A critical overview, Part 1. *British Journal of Occupational Therapy*, 58, 502-506.
- Nelson, A., et Allison, H. (2007). Relationships: the key to effective occupational therapy practice with urban Australian Indigenous children. *Occupational Therapy International*, 14, 57-70.
- Parse, R. R. (1992). Human becoming: Parse's theory of nursing. *Nursing Science Quarterly*, 5, 35-42.
- Pease, B. (2009). From evidence-based practice to critical knowledge in post-positivist social work. Dans : J. Allan, L. Briskman et B. Pease (Édits.), *Critical social work. Theories and practices for a socially just world*. (2nd ed.) (p.45-57). Crows Nest, NSW, Australia: Allen & Unwin.
- Pease, B. (2010). *Undoing privilege. Unearned advantage in a divided world*. London: Zed Books.
- Priestley, M., Waddington, L., et Bessozi, C. (2010). Towards an agenda for disability research in Europe: learning from disabled people's organisations. *Disability and Society*, 25, 731-746.
- Said, E.W. (1996). *Representations of the intellectual*. New York: Random House.
- Wilcock, A. A. (1998). Reflections on doing, being and becoming. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 65, 248-256.

À quel moment jouez-vous le rôle d'un leader? La réponse pourrait vous surprendre.

Wendy Pentland

Les étudiants et les nouveaux cliniciens en ergothérapie doivent s'affirmer en tant que leaders. En cette ère de complexité, de défis et de chaos périodiques au sein du système de santé, nous avons besoin de praticiens ayant de nouvelles perspectives, des idées novatrices, la capacité de ne pas rester attaché au principe « nous avons toujours fait les choses ainsi », un esprit ouvert et de l'énergie pour faire des changements. Ces praticiens doivent aussi être pleinement conscients et avoir la confiance et le courage de s'asseoir à la table et de s'exprimer haut et fort.

Lorsque j'enseigne les notions de leadership aux finissants en ergothérapie, nous commençons par une conversation sur les situations dans lesquelles ils se voient comme des leaders. La majorité des étudiants rétorquent en disant des choses comme : « Je n'ai pas encore assez d'expérience clinique » ou « Je suis trop jeune » ou « Je ne suis pas un leader naturel » ou « Je préfère laisser le rôle de leader aux personnes qui aiment diriger » ou « Je ne suis pas à l'aise dans le rôle de leader » ou « Je n'ai pas encore assez de connaissances ». Au fil de la conversation, il devient évident que les étudiants s'empêchent de se voir comme des leaders et d'appliquer leurs définitions pratiques et leurs modèles de leadership. Ils ont tendance à définir un leader comme une personne qui possède un ensemble particulier de compétences, qui motive les autres et qui les guide ou qui leur dit ce qu'ils doivent faire et qui a de l'expérience, de la sagesse et une vision claire et 'juste'.

Tout au long du cours, nous examinons de près ce que le leadership peut être. Je propose diverses définitions aux étudiants, qui vont de la définition traditionnelle basée sur les modèles de leadership « commande et contrôle – car le leader sait tout », aux conceptualisations plus récentes sur le leadership transformateur, selon lesquelles le leadership est perçu davantage comme la capacité d'amener les individus et les groupes à donner le meilleur d'eux-mêmes. Les deux notions suivantes semblent vraiment trouver écho chez les étudiants : « le leadership est l'expression de soi authentique, qui ajoute de la valeur » (Cashman, 2008) et « peu importe le siège que vous occupez, vous pouvez diriger » (Zander et Zander, 2000). Ces deux perspectives font passer la notion de leadership de la notion d'une personne qui a un savoir faire et qui arrive à convaincre les autres de la suivre, à la notion que chacun d'entre nous peut faire un apport unique et important. En tant qu'individus, nous avons notre propre ensemble de valeurs personnelles. En tant qu'ergothérapeutes, nous mettons notre ensemble unique et distinct de valeurs sur la profession au service de nos clients et collègues. Nous faisons preuve de leadership en identifiant ces valeurs et leur unicité, en les

défendant et en ayant le courage de vivre et d'agir conformément à ces valeurs (malgré la peur des représailles, de la désapprobation, de se tromper ou de soulever des conflits). Nous dirigeons en offrant ce que nous sommes aux personnes qui nous entourent. Dans cette notion de leadership, nous sommes tous des leaders d'une certaine façon, et en tout temps.

Professionnellement (et souvent personnellement), nous faisons une distinction entre la personne et l'environnement. Trop souvent, nous n'arrivons pas à reconnaître la mesure selon laquelle, en tant qu'humains, nous représentons une composante importante de l'environnement, et la mesure selon laquelle nous sommes les créateurs de cet environnement. Dans le même ordre d'idées, nous pouvons aussi recréer et changer l'environnement, y compris la nature des attentes, des systèmes et des relations qui existent dans cet environnement. Au fil des conversations du cours, de nombreux étudiants commencent à élargir leurs définitions du leadership pour reconnaître qu'en tant qu'ergothérapeutes, nous dirigeons en vivant, en agissant et en défendant nos valeurs et croyances, peu importe que cela soit dans notre vie personnelle, avec les clients, dans nos milieux de travail ou dans nos pratiques professionnelles. Nous y arrivons en communiquant avec les autres, en faisant des revendications au nom de nos clients, en faisant du bénévolat au sein de nos associations professionnelles et en trouvant la façon d'établir un équilibre entre toutes les choses auxquelles nous croyons et accordons de la valeur dans notre vie.

Il n'est pas toujours facile de diriger tout en demeurant authentique, car les courants, les pressions et les attentes que nous percevons au sein des systèmes dans lesquels nous vivons nous incitent constamment à nous conformer. L'une des étapes que nous pouvons franchir pour faire preuve d'intégrité face à nous-même est d'être très clair sur ce qui est important pour nous et sur nos valeurs. Alors, nous pouvons continuer à nous rappeler qu'il faut du courage pour s'accrocher à ses valeurs et être authentique; il faut avoir la volonté de prendre des risques, se faire confiance et croire que ce que nous avons à offrir est une valeur ajoutée.

Un poème de Marianne Williamson (1996) décrit avec éloquence le pouvoir du leadership lorsque l'on offre tout simplement notre vraie personne [trad. libre] :

*Notre plus grande crainte n'est pas d'être inadéquat.
Notre plus grande crainte est d'avoir trop de pouvoir.
C'est notre lumière et non pas notre obscurité qui nous effraie le plus.
Nous nous demandons : Qui suis-je pour prétendre être brillant,*

À propos de l'auteure

Wendy Pentland, PhD, Erg. Aut. (Ont.), PCC, est professeure agrégée en ergothérapie à la Queen's University, où elle enseigne des cours sur la communication au niveau des systèmes et où elle offre des séances de coaching et de counseling en ergothérapie. Wendy est coach professionnelle agréée ICF et elle a une clinique de coaching personnel et professionnel. Elle vous invite à visiter son site web, au www.wendypentland.com.

magnifique, talentueux et fabuleux ?

En fait, QUI s'empêche-t-on- d'être ? [...]

Le fait de se diminuer soi-même n'apporte rien au monde.

Il n'y a rien d'inspirant dans le fait de se diminuer pour éviter d'insécuriser les autres en notre présence. [...]

Et en laissant notre lumière briller, nous donnons inconsciemment aux autres la permission de faire la même chose.

Libérée de nos peurs, notre présence libère automatiquement les autres.

En tant qu'ergothérapeutes et en tant qu'enseignants, mentors et superviseurs cliniques d'une nouvelle génération d'ergothérapeutes, nous devons être conscients des valeurs que nous projetons et avoir le courage de laisser notre propre lumière briller. Lorsque nous aidons les étudiants à faire l'acquisition des compétences professionnelles

et des compétences cliniques requises pour la pratique, nous devons également veiller à ne pas récompenser uniquement la conformité, mais également leur lancer des défis, encourager et célébrer leur capacité de s'exprimer haut et fort, de même que leur apport, qui est ancré sur leurs valeurs et leur unicité.

Références

- Cashman, K. (2008). *Leadership from the inside out: Becoming a leader for life* (2nd ed.). San Francisco, CA: Berrett-Koehler Publications Inc..
- Williamson, M. (1996). *A return to love: Reflections on the principles of a course in miracles*. New York, New York: HarperCollins Publishers.
- Zander, R. S. et Zander, B. (2000). *The Art of Possibility*. New York: Penguin Books.



RESPONSABLES : CHRISTEL SEEBERGER
ET JON RIVERO

L'établissement des honoraires en clinique privée : Quelle est la valeur de vos services?

Jane Simmons

Les ergothérapeutes exerçant en clinique privée établissent leurs propres honoraires et frais pour leurs services. L'établissement des honoraires est une tâche difficile qu'une grande partie de nos collègues ergothérapeutes doivent effectuer. Les statistiques de 2012 du Newfoundland and Labrador Occupational Therapy Board indiquent que 20,6 % des ergothérapeutes de la province font une partie de leur revenu ou tout leur revenu en exerçant dans le secteur privé (K. Doyle, registraire, communication personnelle, 10 août 2012.) Dans cet article, je partagerai mes connaissances et les leçons que j'ai apprises sur l'établissement des honoraires au cours de mes 18 ans de travail en clinique privée.

J'ai le sentiment qu'il y a une demande croissante d'ergothérapeutes dans des services qui peuvent être facilement offerts dans une clinique privée et donc, qu'il y a un éventail de plus en plus divers de clients et de services pour lesquels il faut fixer des honoraires. Je travaille dans le secteur privé depuis 1994 et j'ai remarqué que de plus en plus d'individus, d'organismes et de groupes sont prêts à payer pour des services d'ergothérapie, par exemple : les compagnies d'assurance (les commissions des accidentés du travail, les fournisseurs d'assurance invalidité à court et à long terme, l'assurance associée aux accidents de la route), les avocats (services associés aux blessures personnelles, aux fautes professionnelles médicales, au coût des futurs soins, au témoignage de témoins experts) et les employeurs (formation sur la prévention des blessures, évaluation de l'aptitude au travail, gestion de l'invalidité préalable à l'emploi et à la suite d'une blessure, services d'évaluation et de réadaptation, évaluations ergonomiques et programmes de santé mentale et de bien-être). J'ai constaté que d'autres services, comme la conception d'orthèses et l'orthétique, et les services d'évaluation et d'intervention pédiatriques et en milieu scolaire sont parfois couverts pour les employés qui ont la chance d'avoir un programme d'avantages sociaux qui comprend l'ergothérapie.

Le régime des employés du Gouvernement de Terre-Neuve et Labrador est un exemple de programme d'avantages sociaux qui couvre les services d'ergothérapie (le gouvernement a ajouté l'ergothérapie à sa liste d'avantages sociaux en 2010) pour des frais annuels admissibles pouvant aller jusqu'à 500,00 \$ par année civile par personne assurée en vertu du programme (y compris les employés et les membres de leur famille qui sont couverts). Les bénéficiaires sont remboursés à 80 % des frais admissibles (c'est-à-dire 400,00 \$) (Government of Newfoundland and Labrador, 2012).

Par ailleurs, j'ai constaté que de nombreux clients déboursent de leur poche pour les services d'ergothérapie. Cette situation se produit souvent pour les services d'orthétique et les orthèses, les services d'ergonomie, les évaluations à domicile, les conseils en matière d'accessibilité ou de conception universelle, le coaching professionnel ou le coaching de vie et les services pédiatriques. Les clients sont souvent prêts à payer d'avance pour devancer les listes d'attentes des hôpitaux ou des services en milieu scolaire qui manquent de personnel.

Compte tenu de la diversité de clients que les ergothérapeutes

peuvent traiter en pratique privée, des paramètres institutionnels et des attentes des compagnies qui paient pour les services, l'établissement des honoraires peut être un défi de taille. En me basant sur mes années d'expériences en clinique privée depuis 1994, caractérisées par de bonnes années et quelques moins bonnes années, je donnerais les conseils suivants.

Lorsque vous établissez vos honoraires, vous devez considérer plusieurs aspects :

- Est-ce que votre organisme de réglementation a des règlements auxquels vous devez vous conformer en ce qui concerne l'établissement des honoraires et les méthodes de facturation? Lorsque vous acceptez de traiter un client, vous devez vous assurer que vous pouvez répondre aux besoins du client sans enfreindre votre code de déontologie ou les exigences de votre organisme de réglementation.
- Combien d'argent souhaitez-vous faire pour vous-même et pour payer votre personnel, si vous décidez d'en embaucher?
- De combien d'heures par jour disposez-vous pour investir dans votre travail?
- Combien de profit souhaitez-vous faire?
- Avez-vous des concurrents? Si c'est le cas, combien chargent-ils?
- En quoi vos services sont-ils semblables ou différents de ceux des concurrents et, est-ce que cela a plus de valeur pour vos clients?
- Quels sont les coûts associés au fonctionnement de votre entreprise?
 - o Paie hebdomadaire ou aux deux semaines
 - o Programme d'avantages sociaux mensuel
 - o Cotisations aux REER/aux régimes de retraite
 - o Coût de l'assurance pour l'indemnisation des accidents du travail (vous devriez avoir cette assurance, même si vous êtes travailleur autonome)
 - o Régimes de pensions du Canada, assurance-emploi, vacances payées et charge d'impôts pour les employés
 - o Frais d'administration – p. ex., direction du bureau et autres frais qui ne produisent pas de revenus
 - o Frais d'entretien et de nettoyage
 - o Dépenses de bureau, comme l'achat de meubles, de fournitures de bureau, de papier, et coûts pour les photocopies et l'impression
 - o Frais bancaires (découvert et chèques, créance irrécouvrable)
 - o Loyer/hypothèque/taxe d'affaires
 - o Honoraires professionnels (comptable, conseiller juridique, etc.)
 - o Outils d'évaluation
 - o Outils d'intervention
 - o Dépenses liées à la formation
 - o Kilométrage, temps de déplacement, temps de préparation et d'installation
 - o Recherche et développement

Une fois que vous aurez considéré tous ces aspects, vous pourrez concevoir votre plan d'affaires en consultant des conseillers en entreprise, des avocats, des comptables et d'autres experts pertinents pour votre plan d'affaires. Lorsque cela est possible, discutez avec d'autres cliniciens qui offrent des services semblables, y compris des ressources provinciales et nationales. Examinez combien ils chargent pour leurs services et, si c'est possible, déterminez en quoi vos services seront différents des leurs, en quoi ils seront semblables et quelle sera la valeur ajoutée que vous pouvez offrir. Ne vendez pas vos services à un coût moindre que leur valeur réelle. Assurez-vous que cela vaut la peine et que vous représentez bien votre profession. Connaissez les limites de ce que vous pourrez offrir en fonction de votre formation et votre expérience et dirigez les clients vers d'autres professionnels lorsque la situation dépasse la portée de votre pratique!

D'autres idées à garder à l'esprit :

- Établissez un réseau d'ergothérapeutes exerçant dans le secteur privé dans votre région et offrant des services semblables. Rencontrez-vous pour discuter de l'établissement des honoraires des services et d'autres questions touchant la pratique privée.
- Vous pouvez envoyer un sondage semblable à celui de l'ACE-CB et recueillir les données d'autres ergothérapeutes dans votre région pour savoir combien ils chargent pour certains services (voir la référence ci-dessous).
- N'hésitez pas à charger plus si vous avez une formation additionnelle, des spécialités, des services uniques ou des frais généraux élevés.
- Tenez compte du kilométrage, du temps pour les déplacements, du temps de préparation ou d'installation et du temps en recherche et développement dans vos prix.
- Si vous avez une petite entreprise et si les tâches comme la rédaction de propositions et de soumissions et le marketing relèvent uniquement du propriétaire, n'oubliez pas de tenir compte du temps que vous avez consacré à ces tâches administratives dans vos honoraires.
- Embauche des consultants selon le régime de la rémunération des services. Payez-les uniquement pour le travail qui a été effectué lorsqu'ils s'apprêtent à vous facturer pour des services spécifiques qu'ils ont fournis au nom de votre entreprise. Ceci vous permettra de veiller à ce que votre flux de trésorerie soit optimisé, en réduisant ainsi les frais de découvert chargés par votre banque. Si vous payez un salaire à vos consultants, assurez-vous que le salaire sur lequel vous vous êtes entendus sera versé conditionnellement à l'atteinte de certains objectifs en matière de revenus. Selon vos frais généraux (avantages sociaux, congés annuels etc.), les conseillers en entreprise avec qui j'ai discuté m'ont avisé que mes employés salariés devaient produire au moins 2, 2 fois leur salaire pour couvrir toutes les dépenses d'emploi. Je vous recommande fortement d'examiner régulièrement le revenu produit par un employé en fonction de son salaire et de faire les ajustements nécessaires. Votre entreprise peut être affectée négativement si une personne reçoit un salaire trop élevé pour le travail qu'elle accomplit ou si elle n'accomplit pas le travail pour lequel elle soumet régulièrement des factures.
- En tant que groupes ou associations en ergothérapie, nous ne

pouvons pas établir d'honoraires uniformes pour nos services professionnels, car cela serait une violation des lois criminelles instaurées par le Bureau de la concurrence au Canada en ce qui concerne la détermination des prix. Nous pouvons répondre à des sondages et nous pouvons faire des revendications en tant que groupe unifié pour veiller à ce que les honoraires nous paient adéquatement pour notre temps, tout en nous permettant de faire ce que nous aimons! Il est important de souligner que la seule façon d'établir un honoraire est par l'intermédiaire d'une négociation entre un client et un fournisseur de services (ou un groupe de fournisseurs). Nous avons ce genre de contrat à Terre-Neuve et au Labrador entre 'les fournisseurs de services de réadaptation professionnelle reconnus' (y compris les ergothérapeutes) et la Workplace Health, Safety and Compensation Commission.

- Rédigez des contrats avec vos clients réguliers pour avoir des échéanciers de paiements raisonnables.
- Il peut arriver que vous souhaitiez diriger ces clients et leur conseiller juridique vers des organismes qui financent les services de réadaptation des clients qui sont en attente d'un règlement. Ces organismes sont bénéfiques, car ils permettent au client blessé d'obtenir les traitements dont il a besoin afin d'optimiser son rétablissement, sans régler son cas de façon prématurée et sans qu'il doive payer lui-même pour vos services. Bien que le client devra payer les intérêts accumulés sur ces prêts à l'organisme qui finance sa réadaptation, cela sera une créance à long terme de moins à assumer pour vous.

Je suis en affaires depuis 1994 et j'ai le sentiment que j'ai appris beaucoup de choses de la manière la plus difficile! Je crois que j'ai finalement compris quelle est la meilleure façon de diriger mon entreprise, de couvrir mes frais et de faire des profits. J'adore ce que je fais et je ne crois pas qu'il y ait de meilleure façon pour moi d'être en contrôle de ma vie que la pratique privée! Même si l'établissement des honoraires peut être l'un des plus grands défis à relever, une fois que vous l'aurez fait, tout sera plus clair! J'invite toute personne qui désire en apprendre davantage sur ce processus ou sur la manière dont je suis arrivée à connaître la réussite dans ma pratique privée à communiquer avec moi par courriel, à jsimmons@iohs.nf.net.

Jane Simmons est également présidente du comité des pratiques ergothérapeutiques de l'ACE. Pour obtenir de plus amples renseignements sur ce comité, prière de communiquer directement avec Jane.

Ressources recommandées par Jane :

- Arturi, G. (2003). L'établissement des honoraires de l'ergothérapeute. *Actualités ergothérapeutiques*, 5(3), 6-9.
- L'ergo-réseau (base de données en ligne qui permet aux membres de l'ACE de réseauter avec d'autres ergothérapeutes) <https://www.caot.ca/ebusiness/source/members/otsearch.cfm>
- Trouvergo (base de données publiques de l'ACE) <http://www.caot.ca/ebusiness/source/otfinder/index.cfm>

À propos de l'auteur

Jane Simmons, présidente et ergothérapeute au sein des Integrated Occupational Health Services (www.iohs.ca) à St. John's, à Terre-Neuve, exerce en clinique privée depuis 1994. Son entreprise est spécialisée dans les services d'évaluation et d'intervention, et dans les interventions à domicile. Sa clientèle est composée de l'industrie, des compagnies d'assurance et du milieu juridique. Jane emploie actuellement deux personnes à temps plein et 14 consultants à temps partiel qui offrent des services à travers la province.

Information relative aux honoraires en ergothérapie :

- Directives concernant l'utilisation et la tarification des services d'ergothérapie à l'usage des demandeurs d'indemnisation d'assurance pour accident : http://www.fscg.gov.on.ca/fr/auto/autobulletins/archives/pages/a-03_01.aspx
- Rapport du Gouvernement du Canada sur le marché du travail pour les ergothérapeutes : <http://www.travailleraucanada.gc.ca/rapport-fra.do?region=9219&lang=fra&cnp=3143&province=35&action=final>
- Bridle, M., et Hawkes, B. (1990). A Survey of Canadian Occupational Therapy Private Practice. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 57, 160-166.
- À tous les deux ans, un sondage est mené en Colombie-Britannique pour sonder les ergothérapeutes travaillant en pratique privée sur leurs honoraires. Ce rapport est publié et mis à la disposition du public et il est utilisé par les organismes de financement. Le rapport est affiché sur le site web de l'ACE : <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=4125>

Les responsables de la chronique Réflexions sur la pratique privée recommandent également une ressource GRATUITE aux ergothérapeutes exerçant en clinique privée : <http://clinicserver.com/free-resources/ebooks/beasmartclinician/>. Cette ressource a été élaborée par Kelly Lawson, qui est ergothérapeute.

Références

Government of Newfoundland and Labrador. (2012). Employee/Retiree Benefits. Téléchargé au http://www.exec.gov.nl.ca/exec/pss/working_with_us/employee_benefits.html

Lettres



Éloge du livre *Restoring the Spirit: the Beginnings of Occupational Therapy in Canada, 1890-1930*, écrit par Judith Friedland

Chère Judy

Félicitations pour votre réalisation exceptionnelle!

Votre engagement indéfectible envers l'ergothérapie, de même que vos innombrables heures de recherche détaillée, ont permis de retracer enfin l'histoire de l'ergothérapie au Canada pour les étudiants, les praticiens et autres personnes intéressées. En réfléchissant tout comme moi au cheminement personnel qui vous a amenée à jouer le rôle d'une historienne, les lecteurs auront une perspective objective sur leur propre cheminement... et ils seront sans doute submergés par leur propre lot d'anxiété, de frustrations, de questionnement, d'ambiguïtés, etc. Votre livre a déclenché en moi toutes ces émotions!

Le premier emploi que j'ai occupé était dans un hôpital du ministère des Anciens combattants à London, en Ontario, où on nous a appris que les dames plus âgées qui portaient un uniforme vert étaient des diplômées de la classe de la Première Guerre mondiale et qu'elles avaient travaillé avec les anciens combattants de cette guerre. En rétrospective (en particulier après avoir lu votre livre), je crois que nous aurions pu apprendre beaucoup de ces femmes, mais les lignes de démarcation étaient très claires et, à la réflexion, je crois que nous n'aurions pas eu la maturité requise pour apprécier leurs histoires. Dans le dernier emploi que j'ai occupé avant de partir à la retraite, l'une des mes responsabilités était d'expliquer ce qu'est l'ergothérapie à des groupes de gens d'affaires importants, pour les fins d'une campagne de financement de l'hôpital. Comme on ne m'accordait que quelques minutes pour le faire, j'ai trouvé que le Modèle de l'occupation humaine était la solution idéale pour faire une conférence brève et percutante (enfin, c'est ce que je croyais!) et je me souviens que je me disais alors : « Je suis sur le point de prendre ma retraite et j'ai finalement compris comment expliquer l'ergothérapie! »

Entre ces deux emplois, j'ai vécu de nombreuses expériences qui sont décrites dans votre livre.. et l'expression « restore the spirit [retrouver l'esprit] » semble bien les résumer. Deux passages m'ont touchée particulièrement et, je dois bien l'avouer, libérée! En effet, l'un de ces passages était la perspective impartiale et objective de Goldwin Howland [le premier président de l'ACE] et de ses collègues et le deuxième était la description factuelle de la façon dont on a déterminé que le cours d'ergothérapie serait combiné au cours de physiothérapie. Je me demande encore aujourd'hui comment Helen LeVesconte, Isobel [Robinson] et Thelma [Cardwell] sont demeurées saines d'esprit. Je sais qu'elles ont eu beaucoup de soutien, mais, elles ont certainement livré un combat difficile... pendant 20 ans!

Merci Judy pour cet apport exceptionnel aux annales de l'ergothérapie. J'espère que ce livre sera plus qu'une source d'histoire et qu'il inspirera les nouvelles générations d'ergothérapeutes à enrichir la vie des gens et des collectivités dans lesquelles ils vivent.

Puissez-vous éprouver une grande satisfaction face à cet accomplissement.

Veuillez recevoir mes plus sincères salutations.

Pat Fisher



SCÉNARIOS DE PRATIQUE



RESPONSABLE : MARY STERGIU KITA

Le modèle PEO et les concepts 'À vos marques, prêt, partez' : Préparer les clients ayant subi des brûlures à retourner au travail

Daisy Won et Mary Stergiou-Kita

Étude de cas

M. Smith est un soudeur de 27 ans ayant subi des brûlures sur 8 % de sa surface corporelle, alors qu'il travaillait pour une compagnie de soudure. Alors qu'il soudait au-dessus de sa tête, des étincelles ont pénétré sous ses gants de cuir et ses vêtements ont pris feu. Avec l'aide d'un collègue de travail, M. Smith a réussi à éteindre le feu et à enlever ses vêtements de travail. Cependant, il a subi des brûlures au chef médial du biceps droit, aux aisselles, à la poitrine et sur le tronc et, par conséquent, il a reçu une greffe de peau sur les régions brûlées (site donneur : cuisse droite). Un mois après la greffe, M. Smith a commencé à recevoir des services externes de réadaptation interdisciplinaire pour les patients ayant subi des brûlures. On constate une bonne progression fonctionnelle dans son membre supérieur (c'est-à-dire une amélioration de la mobilité et de la force) et de l'endurance physique, et les régions des brûlures et du site donneur ont bien cicatrisé. Toutefois, il a toujours des limitations possibles face à son travail, notamment une perte de tolérance pour travailler avec les membres supérieurs en élévation et pour soulever des objets (maximum actuel de 70 livres) et des problèmes de thermorégulation et d'hypersensibilité dans les régions brûlées. On vous a demandé d'évaluer la capacité de retour au travail de M. Smith et d'élaborer un programme de retour au travail.

Introduction

Le retour au travail à la suite d'un accident ayant causé des brûlures est un processus complexe en raison de divers facteurs médicaux (p. ex., soins des plaies, déformations physiques, troubles psychologiques et cognitifs), sociaux (p. ex., attentes du travailleur et des collègues et croyances face à l'invalidité) et environnementaux (p. ex., température, équipement/outils, rythme et lieu de travail exigeants). Grâce à leurs connaissances et compétences, les ergothérapeutes sont dans une position idéale pour favoriser un retour efficace et sécuritaire au travail, en s'appuyant sur leurs connaissances sur la personne/le travailleur, l'occupation, les exigences du travail et le milieu de travail et en établissant la liaison entre l'employeur, le travailleur, les sources de consultation et de financement et l'équipe de santé. Le modèle Personne-Environnement-Occupation (PEO) permet aux équipes

interdisciplinaires de visualiser les interactions entre les facteurs liés à la personne, l'environnement et l'occupation qui influent sur le rendement occupationnel (Law et al, 1996). Dans cet article, nous nous appuyons sur notre expérience clinique, sur le modèle PEO à titre de cadre de travail et sur les concepts 'À vos marques, prêt, partez' pour illustrer les principaux facteurs et processus associés à la pratique dans le domaine du retour au travail des clients ayant subi des brûlures.

À VOS MARQUES : Comprendre les facteurs personnels : Déficits du système corporel et problèmes fonctionnels découlant des brûlures

Une brûlure peut être causée par diverses sources de chaleur, y compris une source d'eau chaude, un feu ou une électrocution. Conséquemment, plusieurs systèmes corporels et fonctions peuvent être touchés. Par exemple, des problèmes cardiovasculaires comme l'arythmie peuvent se manifester et le système respiratoire peut être affecté en raison de blessures par inhalation causées par des feux chimiques et entraînant des difficultés respiratoires. Des déficiences de la peau et du système musculosquelettique peuvent entraîner une cicatrisation hypertrophique, des contractures articulaires, une diminution de l'amplitude de mouvement et de la force, de même que de la douleur et une hypersensibilité. Des dommages au système nerveux peuvent affecter l'attention, la mémoire et les fonctions cognitives supérieures et ils peuvent être causés par des accidents électriques ou des chutes subséquentes à une explosion (Pliskin et al., 2005; Singerman, Gomez et Fish, 2008). Des séquelles psychologiques comme l'anxiété, la dépression et les troubles associés à un stress post-traumatique sont souvent mentionnées en relation avec une défiguration physique et avec la crainte de subir d'autres blessures, particulièrement si les travailleurs retournent dans le milieu de travail où ils ont subi les brûlures initiales (Noble, Gomez et Fish, 2006; Esselman et al., 2007). L'ergothérapeute doit prendre en considération tous les aspects mentionnés ci-haut pour déterminer les forces personnelles du travailleur et les limitations fonctionnelles découlant de la blessure. Les forces personnelles et les limitations de M. Smith sont illustrées dans la figure 1.

À propos des auteures :

Daisy Won, MSc. (ergothérapie), Erg. Aut (Ont.), est coordonnatrice du programme de retour au travail au Sunnybrook Health Sciences Centre du St. John's Rehabilitation Hospital, à North York, Ontario. On peut la joindre à dwon@stjohnsrehab.com.

Mary Stergiou-Kita, PhD, MSc, BSc (ergothérapie), Erg. Aut (Ont.), est chercheur au Sunnybrook Research Institute du St. John's Rehabilitation Hospital, et elle est chargée d'enseignement au Department of Occupational Science and Occupational Therapy à l'University of Toronto. On peut la joindre à mary.kita@utoronto.ca.

PRÊT : Préparer le travailleur et comprendre les exigences de l'emploi et du milieu de travail

Après l'étape initiale, qui consiste à déterminer les facteurs personnels pertinents, les ergothérapeutes doivent arriver à mieux comprendre les exigences de l'emploi et le milieu de travail, et commencer à préparer le travailleur à retourner au travail. Il est nécessaire que le travailleur se prépare mentalement à faire face à ses collègues de travail, étant donné la possibilité qu'il ait subi une défiguration physique et qu'il ait des problèmes associés de confiance en soi et d'estime de soi. Il est également possible qu'il n'y ait eu aucune interaction sociale entre le travailleur et l'employeur pendant la réadaptation. La préparation mentale peut être aussi simple que d'annoncer très tôt au patient qu'une visite dans le milieu de travail aura bientôt lieu. Il est prudent de réviser le but de l'analyse du lieu de travail avec le travailleur blessé et de le questionner pour savoir s'il a des inquiétudes face à son retour au travail, car cela peut permettre de réduire la peur et l'anxiété chez le travailleur.

Une analyse du lieu de travail permet à l'ergothérapeute et au travailleur de mieux comprendre les exigences physiques, cognitives, sociales et psychologiques d'un emploi, de même que les aspects environnementaux du lieu de travail qui peuvent agir comme des facilitateurs ou de barrières face au retour au travail (Lysaght, 1997). Par exemple, les 'signaux d'alarme' et les facteurs déclencheurs associés au site et à la cause de l'accident peuvent être abordés avec le travailleur, afin de minimiser les expériences négatives et les risques de blessures lors du retour au travail. L'information relative aux exigences de l'emploi peut faciliter la détermination des objectifs thérapeutiques et elle peut être utilisée pour faire un suivi du travailleur lorsque ses capacités se rapprochent des capacités de travail requises. En comparant les capacités fonctionnelles actuelles du travailleur aux exigences de l'emploi, des aménagements du travail peuvent aussi être proposés. Les aménagements du travail les plus souvent employés pour les travailleurs ayant subi des brûlures sont de leur permettre : de prendre des pauses pour humidifier et étirer les cicatrices; d'effectuer certaines tâches en position assise pour soulager la douleur et compenser la perte d'endurance; d'utiliser de la machinerie automatique (p. ex., appareil de lavage, camion pompe) et des aides techniques comme des manches allongés pour compenser la perte d'amplitude de mouvement; d'utiliser des outils et de l'équipement modifiés ou plus légers; de modifier la température au travail pour compenser les problèmes de thermorégulation et de proposer d'autres tâches ou positions de travail.

Les principaux problèmes environnementaux et les principales exigences occupationnelles se rapportant à la situation de M. Smith sont illustrés dans la figure 1.

La transpiration excessive se produit sur la peau saine après une brûlure en raison du remplacement des glandes sudoripares brûlées par du tissu cicatriciel. Cette altération de la thermorégulation engendre des problèmes d'intolérance à la chaleur, en particulier lorsque la surface de la brûlure est grande et dans certains milieux de travail comme les cuisines (p. ex., chefs) et les emplois à l'extérieur (p. ex., travailleurs de la construction). Pendant une analyse du lieu de l'emploi, il est important de déterminer s'il est possible de contrôler la température. Dans son milieu de travail, il est possible que M. Smith soit inconfortable, en raison des sources de chaleur constante comme les appareils de soudure, la nature physique du travail et le fait d'être entouré de matériaux en métal qui agissent comme des conducteurs de chaleur. Il est également pertinent de savoir si la transpiration excessive entraînera des problèmes sociaux, car en l'éliminant, on pourra favoriser un retour au travail plus positif (Tjulien, Maceachen, Stiwne et Ekberg, 2011; Fadyl et McPherson, 2008).

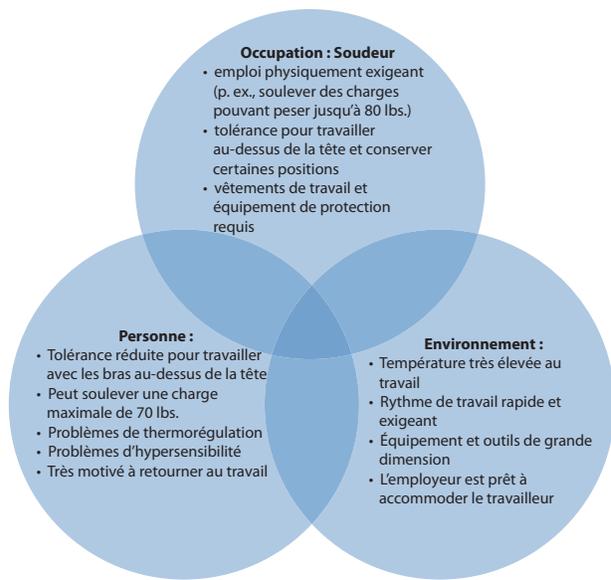


Figure 1. Les facteurs PEO exerçant une influence sur le rendement occupationnel de M. Smith.

Les contractures résultant de la cicatrization des brûlures, la défiguration physique et la douleur sont des problèmes courants à la suite de brûlures. Les contractures et la douleur peuvent réduire considérablement l'amplitude des mouvements lorsqu'elles touchent une articulation. Afin d'aplanir les cicatrices des brûlures, des vêtements de compression sur mesure pour les brûlures sont essentiels et les travailleurs doivent les porter 23 heures par jour, pendant une période pouvant s'étendre jusqu'à deux ans après la blessure. L'intervention psychologique axée sur l'enseignement de stratégies de gestion de la douleur peut aussi être employée (Li, Gomez et Fish, 2010). En raison de l'endroit où est située sa brûlure, M. Smith devra porter des vêtements de compression sur l'ensemble du torse. Il sera essentiel d'éviter d'utiliser au travail des produits dérivés du pétrole, des produits chimiques caustiques et du goudron, qui peuvent endommager le matériau des vêtements de compression. À partir d'une analyse du lieu de travail, on a découvert que M. Smith utilisait des produits dérivés du pétrole, mais ses vêtements de compression seront protégés des dommages, car il les portera sous son uniforme. Un autre sujet d'inquiétude pourrait être l'aggravation de ses problèmes de thermorégulation, en raison de la chaleur corporelle additionnelle produite par le port des vêtements de compression sous ses vêtements et son uniforme de travail.

Les engourdissements et l'hypersensibilité au toucher et à la température sont aussi des caractéristiques clés des blessures par brûlure qui peuvent limiter le rendement pendant les tâches physiques, comme la station debout constante et soulever ou transporter des objets. Pendant l'analyse du lieu de l'emploi, il est utile de revoir les processus et méthodes de travail afin de cibler les tâches dans lesquelles l'hypersensibilité peut être un problème. Une bonne solution peut être de faire une rotation des tâches de travail pour éviter les longues stations debout, réduire les engourdissements et maintenir le rendement au travail. En ce qui concerne spécifiquement les problèmes d'hypersensibilité de M. Smith, l'aggravation des cicatrices des brûlures peut être causée par une friction contre le vêtement de compression (p. ex., le bras droit en extension). Si les causes du frottement entraînent beaucoup de distraction pendant le travail, ce qui peut compromettre la capacité de soulever des objets en toute sécurité, l'ergothérapeute peut suggérer de modifier ou d'alterner les tâches de travail.

PARTEZ : Se préparer à retourner au travail : élaborer un programme de retour au travail

Lorsque le travailleur a la force, la mobilité, l'endurance et la préparation psychologique requises pour effectuer ses tâches de travail et que le médecin donne son accord pour un essai au travail, un programme de retour graduel au travail peut être conçu. Des consultations avec le chirurgien de l'unité des brûlés et une communication continue avec l'équipe de santé et l'employeur sont essentielles pour déterminer si le client est prêt à retourner au travail et pour faire les modifications et aménagements requis au travail. Un programme de retour au travail graduel est ensuite conçu et des mises à jour sont effectuées au besoin. Ce programme décrit les tâches de travail, les restrictions et les aménagements au travail et l'horaire de travail; il est accompagné de notes thérapeutiques pertinentes, comme les dates et description des prochaines chirurgies. Il est important d'encourager le travailleur en lui donnant du soutien et une rétroaction continue, en soulignant ses progrès et ses forces et en solutionnant les problèmes qui se produisent pour favoriser la réussite du processus de retour au travail.

Conclusion

À partir d'une étude de cas, de notre expérience clinique, du modèle PEO et des concepts 'À vos marques, prêt, partez', cet article illustre les principaux facteurs et processus à prendre en considération pour faciliter le retour au travail d'un travailleur ayant subi des brûlures. Les principaux problèmes vécus par les travailleurs à la suite d'une brûlure peuvent être notamment, la cicatrisation, les contractures articulaires, la douleur, les problèmes sensoriels et de thermorégulation, les troubles cognitifs et les problèmes psychologiques comme l'anxiété, la dépression et les troubles associés à un stress post-traumatique. Lorsqu'ils aident des personnes à retourner au travail, les ergothérapeutes doivent considérer ces problèmes en fonction du travailleur, de son état fonctionnel, des exigences de l'emploi, du milieu de travail et de la capacité du milieu de travail d'offrir les accommodements et aménagements qui s'imposent.

Références

- Esselman, P. C., Askay, S. W., Carrougner, G. J., Lezotte, D. C., Holavanahalli, R. K., Magyar-Russell, G., Fauerbach, J., et Engrav, L. (2007). Barriers to return to work after burn injuries. *Archives of Physical Medical Rehabilitation*, 88(S2), S50-S56.
- Fadyl, J., et McPherson, K. (2008). Return to work after injury: A review of evidence regarding expectation and injury perceptions, and their influence on outcome. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18, 362-374.
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P. et Letts, L. (1996). The Person- Environment-Occupation Model: A transactive approach to occupational performance. *Revue canadienne d'ergothérapie*. 63, 9-23
- Li, A., Gomez, M., et Fish, J. S. (2010). Effectiveness of pain management following electrical injury. *Journal of Burn Care & Research*, 31, 73-82.
- Lysaght, R. (1997). Job analysis in occupational therapy: Stepping into the complex world of business and industry. *The American Journal of Occupational Therapy*, 51, 569-575.
- Noble, N., Gomez, M., et Fish, J. (2006). Quality of life and return to work following electrical injury. *Burns*, 32, 159-164.
- Pliskin, N. H., Ammar, A. N., Fink, J. W., Hill, S. K., Malina, A. C., Ramati, A., Kelley, K. M., et Lee, R. C. (2006). Neuropsychological changes following electrical injury. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 12, 17-23.
- Singerman, J., Gomez, M., et Fish, J. (2008). Long-term sequelae of low-voltage electrical injury. *Journal of Burn Care & Research*, 29, 773-777.
- Tjulien, A., Maceachen, E., Stiwne, E., et Ekberg, K. (2011). The social interaction of return to work explored from co-workers. *Disability and Rehabilitation*, 33(21-22), 1979-1989.



RESPONSABLE : REGINA CASEY

La pratique sensible aux traumatismes : un nouveau rôle en ergothérapie

Dana Snedden

Note de la rédaction : Nous sommes heureux de publier dans les *Actualités ergothérapeutiques* cet article qui porte sur une pratique spécifique qui aborde directement les problèmes traumatiques complexes, un domaine de pratique souvent négligé. De plus, nous espérons que cet article suscitera les échanges et le dialogue sur le besoin d'incorporer des approches spécialisées face aux traumatismes dans la prestation de services axés sur le rétablissement, tel que recommandé dans le nouveau document sur la stratégie en santé mentale, intitulé *Changer les orientations, changer des vies : La stratégie en matière de santé mentale pour le Canada* (Commission de la santé mentale du Canada, 2012).

Cet article présente une approche sensible aux traumatismes pour le nouveau rôle de l'ergothérapie au sein d'un programme interdisciplinaire d'intervention à base communautaire. De façon plus spécifique, nous discuterons du lien qui existe entre le Modèle du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P), qui est un modèle en ergothérapie (Townsend and Polatjako, 2007), et un modèle de pratique particulier en matière de traumatisme, soit le modèle en trois étapes de Herman (1997). Nous discuterons de ces modèles afin 1) de comprendre les problèmes de rendement occupationnel des personnes qui doivent faire face aux conséquences d'un traumatisme dans leur vie quotidienne et 2) de déterminer comment les ergothérapeutes peuvent travailler auprès de personnes qui vivent avec un traumatisme pour faciliter leur rétablissement.

Description du service

Le Traumatic Stress Program of Eastern Health, de Terre-Neuve et du Labrador, est axé sur la prestation de services aux individus ayant subi un type de traumatisme spécifique, appelé traumatisme complexe ou traumatisme de type II (voir la définition dans les prochains paragraphes). Il s'agit d'un service tertiaire, offert par un personnel composé de thérapeutes spécialisés dans le traitement des traumatismes (formation professionnelle en travail social et en soins infirmiers psychiatriques), de même que d'une ergothérapeute. Ce programme a vu le jour en 2006, alors que l'on avait ciblé des lacunes dans les services offerts aux individus qui se présentaient à l'urgence et qui avaient besoin de counseling approprié et prolongé en matière de traumatisme.

Un traumatisme est défini comme une blessure corporelle ou mentale généralement causée par un agent externe (Rosenbloom et Williams, 2010). « Les événements traumatiques sont extraordinaires, non pas parce qu'ils se produisent rarement, mais parce qu'ils dépassent les mécanismes ordinaires d'adaptation à la vie des humains » (Herman, 1997, p. 33). Selon cette perspective, lorsqu'une personne a vécu un traumatisme, il devient plus difficile pour elle de participer à des activités quotidiennes.

Traumatisme complexe (type II)

Un traumatisme psychologique complexe (type II) se définit comme une exposition prolongée ou répétitive à des stress traumatiques à la suite de blessures ou d'un abandon; ce genre de traumatisme se

produit souvent pendant les périodes de développement de la vie où une personne est vulnérable (Courtois et Ford, 2009). On a découvert que sept enfants sur dix sont victimes de traumatismes de type II. Souvent perpétré par une personne connue de la victime, ce genre de traumatisme implique une perte fondamentale de la confiance d'une personne en ses principales relations. C'est pourquoi le traumatisme de type II est associé à un plus grand risque de développer un trouble de stress post-traumatique (TSPT) que le traumatisme de type I (incident unique) (Une personne a de 33 % à 75 % de risque de souffrir d'un TSPT à la suite d'un traumatisme de type II, par opposition à 10 % à 20 % de risque de TSPT à la suite d'un traumatisme de type I) (Courtois et Ford, 2009).

Les clients qui fréquentent le programme pour le traitement du stress traumatique ont un TSPT complexe et font souvent face à plusieurs problèmes occupationnels. L'un des principaux critères permettant d'établir le diagnostic du TSPT est une atteinte des aptitudes à la vie quotidienne, comme la capacité de socialiser, de travailler, d'aller à l'école ou d'assumer ses responsabilités familiales (Baranowsky, Gentry et Schultz, 2011). Les caractéristiques du TSPT peuvent comprendre une combinaison des problèmes suivants : difficultés à contrôler les impulsions affectives et la remémoration du traumatisme, problèmes d'attention et de conscience de soi, modification de la perception de soi, difficulté dans les relations interpersonnelles, atteinte des aptitudes à la vie quotidienne et difficulté à établir un code de sens qui donne espoir en l'avenir (Rosenbloom et Williams, 2010).

Le modèle en trois étapes de Herman (1997) considère que l'on se rétablit d'un traumatisme complexe en trois étapes : sécurité et stabilisation, le souvenir et deuil (traitement de la mémoire traumatique) et le rebranchement (reprendre contact avec soi et avec la société). Pendant la première étape, l'objectif principal est d'aider la personne à passer graduellement d'un état de 'danger imprévisible' à un état de 'sécurité fiable', ce qui signifie que la personne commence à faire confiance aux stimuli de l'environnement et à ses propres réactions. Pendant l'étape 2, le survivant aborde les souvenirs traumatiques de manière non linéaire et la façon dont ces événements ont façonné sa vie. La troisième étape du rétablissement fait appel à la reconstruction de l'identité de la personne par sa participation à des occupations significatives et à des relations saines (Baranowsky et al., 2011; Courtois et Ford, 2009; Herman, 1997). C'est pendant la troisième étape du rétablissement de Herman que la compétence de

Tableau 1. Analyse d'un traumatisme en fonction du Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation

Construit	Impacts du traumatisme (Rosenbloom et Williams, 2010).
Personne <ul style="list-style-type: none"> • Cognitif • Affectif • Physique • Spiritualité 	Troubles de concentration, dissociation, images envahissantes et cauchemars. Peur, colère, culpabilité, deuil, engourdissement, perte de confiance, et perte d'estime de soi. Trouble du sommeil, troubles alimentaires, perturbations de la libido et hyperexcitation. Perte d'espoir et perte d'un sens plus grand du monde.
Occupation <ul style="list-style-type: none"> • Soins personnels • Loisirs • Productivité 	} Interruption, perte ou aliénation des activités de la vie quotidienne, des loisirs, de l'école, du travail, de la participation sociale et des rôles valorisés dans la vie.
Environnement <ul style="list-style-type: none"> • Culturel • Social • Institutionnel • Physique 	Attitudes (blâme ou stigmatisation de la victime). Manque de mécanisme de soutien individuels ou communautaires du statut socio-économique. Les politiques/lois au sein des hôpitaux, des gouvernements ou chez les employeurs peuvent être des éléments dissuasifs à la recherche d'aide ou de justice. Incapacité de se prévaloir des services (situation physique des services, comme à partir d'une région éloignée ou préjugés associés aux établissements de santé mentale).

base de l'ergothérapeute pour la facilitation de l'occupation (Townsend et Polatjako, 2007) est particulièrement utile. En effet, pendant cette étape, la possibilité de participer à des occupations significatives est considérée comme étant essentielle à l'actualisation de la croissance post-traumatique et, subséquentement, au rétablissement de la personne.

Le MCRO-P et l'impact d'un traumatisme

Les ergothérapeutes qui sont intéressés à établir leur rôle au sein des services spécialisés dans le traitement des traumatismes peuvent choisir d'utiliser le MCRO-P (Townsend et Polatjako, 2007) pour trois raisons principales. Premièrement, le modèle peut faciliter la compréhension des impacts uniques d'un traumatisme sur la vie quotidienne. Les impacts d'un traumatisme spécifiés dans les construits de base du MCRO-P sont décrits dans le tableau 1, ci-dessus. Deuxièmement, il est possible d'utiliser le MCRO-P pour orienter le processus de rétablissement lorsqu'on travaille avec des personnes atteintes d'un traumatisme complexe. Ainsi, le MCRO-P fournit un cadre composé de construits fondamentaux pour cibler les difficultés en matière de rendement occupationnel et de participation à chaque étape du traitement et du rétablissement. Troisièmement, le MCRO-P peut se révéler un véritable atout pour traiter les traumatismes en équipe interdisciplinaire. Par exemple, le MCRO-P aide les survivants et les membres d'équipe à comprendre que l'occupation se produit dans le contexte de la vie quotidienne de la personne et à mieux saisir les interactions entre la personne, l'occupation et l'environnement (Townsend et Polatjako, 2007).

Le nouveau rôle de l'ergothérapie au sein d'un programme de traitement du stress traumatique

Dépistage préliminaire : Lorsque les participants débutent le programme, ils entreprennent une étape préalable au traitement, pendant laquelle un dépistage et une prise de données peuvent se produire et un plan d'intervention est élaboré. Pendant cette étape, l'ergothérapeute rencontre d'abord le client pour participer à l'évaluation et à la détermination de ses objectifs, en remplissant la Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) (Law et al., 1994). La MCRO permet au client de comprendre comment le traumatisme affecte tous les aspects de sa vie, ce qui l'aide à déterminer

ses objectifs face au programme et à son cheminement global vers le rétablissement, et à les mettre en ordre d'importance (Harper, Stalker et Templeton, 2006).

Étape I : Sécurité. Les participants, (que ce soit à titre individuel ou en groupe) participent à des séances éducatives sur les traumatismes et la réaction traumatique/la reconstitution traumatique. La planification de la sécurité et l'introduction de mécanismes d'adaptation se produisent également. Pendant cette étape, l'ergothérapeute co-anime le groupe visant à élaborer un plan d'action pour le rétablissement de la sécurité et du bien-être du client. Créé par Copeland (2002), ce plan complet de bien-être identifie les éléments déclencheurs, les signaux d'avertissement et les stratégies d'adaptation. Bien que bon nombre de ces groupes soient dirigés par des pairs, il faut posséder des connaissances et de l'expertise additionnelles pour enseigner les habiletés spécifiques en matière de sécurité associées aux traumatismes, comme la capacité de se rassurer soi-même, le grounding, la retenue et les stratégies d'expression, de même que la capacité de faire un autosauvetage (Baranowsky et al., 2011). On s'attend à ce que ce groupe soit éventuellement co-animé par un pair ayant reçu une formation.

Étape II : L'histoire du traumatisme. Les survivants travaillent avec des thérapeutes spécialisés dans le traitement des traumatismes ou en groupe pour se préparer à raconter l'histoire de leur traumatisme et pour traiter, se rappeler et faire le deuil de la perte associée aux impacts du traumatisme dans leur vie. Les sujets abordés sont notamment l'établissement de limites saines, l'estime de soi, la honte, la culpabilité et le pardon. L'ergothérapeute peut co-diriger ce travail en situation de groupe, toutefois, présentement, elle n'effectue pas ce travail de traitement du traumatisme individuellement avec les clients.

Étape III : Rétablissement des liens et suivi. Les principaux objectifs de cette étape sont de cibler le débranchement avec soi-même et la communauté et de redéfinir un avenir en fonction de la croissance post-traumatique et de la résilience (Baranowsky et al., 2011). L'ergothérapeute travaille individuellement et en groupe avec les clients pendant cette étape et le thérapeute spécialisé dans le traitement des traumatismes offre un soutien additionnel, individuellement ou en groupe. De plus, un pair peut co-animer un groupe d'anciens

participants (voir la description dans le tableau 3). L'intervention aide le survivant à se concentrer sur sa participation à des occupations significatives en veillant à ce que les besoins de l'individu en matière de sécurité soient comblés. (Bryant, Craik et McKay, 2004). La majorité des objectifs choisis par les participants sont axés sur la reprise des occupations sociales et de loisirs, de même que sur le retour au travail ou à l'école.

Les groupes mettent l'accent sur l'importance de participer à des occupations saines et ils peuvent amener le client à changer ses habitudes en matière d'occupation en vue de favoriser son bien-être, sa compétence face à ses rôles et sa satisfaction, et d'améliorer sa qualité de vie (Cara, 2005). Par ailleurs, la participation à des occupations significatives constitue une distraction des pensées et événements stressants, tout en favorisant les sentiments de compétence et de contrôle face à l'apprentissage de nouvelles habiletés (Scaffa, Gerardi, Herzberg et McColl, 2006). Le tableau 2, ci-dessous, décrit des groupes actuels de rebranchement et de suivi et le tableau 3 décrit des groupes en développement.

Tableau 2. Groupes de rebranchement et de suivi à la suite d'un traumatisme

Équilibre de vie	Relations saines et rebranchement
Point central : Favoriser le bien-être et l'équilibre dans les occupations liées aux soins personnels, aux loisirs et à la productivité.	Point central : Créer des relations saines et des liens avec la communauté.
Méthode : Utiliser la photographie numérique pour raconter une histoire afin de dépasser le traumatisme, de se représenter soi-même, de développer des habiletés et de créer un changement.	Méthode : Utiliser une combinaison de séances éducatives et d'activités d'autoréflexion pour rétablir des liens avec soi et avec la communauté.

Tableau 3. Groupes de rebranchement et de suivi, en voie d'élaboration

Soutien au travail ou à l'école	Groupe d'anciens	Exprimez-vous
Point central : Explorer le retour à l'école ou au travail.	Point central : Soutien des survivants/des pairs.	Point central : Apprendre de nouvelles habiletés et des solutions de rechange pour exprimer et traiter les pensées et les émotions.
Méthode : Éducation, soutien et exploration des ressources communautaires pour favoriser le retour à l'école et les possibilités d'emploi.	Méthode : style 'porte ouverte', structure relâchée comportant des séances éducatives et des activités (la participation à ce groupe n'est pas limitée dans le temps).	Méthode : Combinaison d'arts visuels, de musique et de mouvements pour favoriser l'expression de soi.

Conclusion

Il peut être très difficile de développer le rôle d'un ergothérapeute dans toute équipe interdisciplinaire. Cet article présente un exemple où l'ajout des services d'ergothérapie au sein d'un programme interdisciplinaire de traitement du stress traumatique a connu un franc succès. Il est important d'utiliser une approche de base, fondée sur l'utilisation de faits scientifiques et sur la mise en correspondance d'un modèle ergothérapique avec un modèle de rétablissement à la suite d'un traumatisme pour établir ce nouveau rôle en ergothérapie. Le fait que ces modèles soient congruents permet de favoriser la compréhension des forces et des faiblesses des clients en matière de rendement occupationnel et de cibler, avec les personnes qui font face à des traumatismes de ce niveau, des solutions favorables à leur rétablissement.

Références

- Baranowsky, A. B., Gentry, J. E., et Schultz, D. F. (2011). *Trauma Practice* (2nd ed.). USA: Hogrefe Publishing.
- Bryant, W., Craik, C., et McKay, E. A. (2004). Living in a glasshouse: Exploring occupational alienation. *The Canadian Journal of Occupational Therapy, 71*, 282-289.
- Cara, E. (2005). Groups. Dans E. Cara et A. MacRae. *Psychosocial Occupational Therapy: A Clinical Perspective* (2nd ed.) (p. 529 -564). Clifton Park, NY: Thomson Delmar Learning.
- Commission de la santé mentale du Canada. (2012). *Changer les orientations, changer des vies : La stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*. Calgary, AB: Auteur.
- Copeland, M. (2002). *Wellness Recovery Action Plan*. USA: Peach Press.
- Courtois, C. A., et Ford, J. D. (Eds.). (2009). *Treating Complex Traumatic Stress Disorders*. New York: The Guilford Press.
- Harper, K., Stalker, C. A., et Templeton, G. (2006). The use and validity of the Canadian Occupational Performance Measure in a posttraumatic stress program. *Occupational Therapy Journal of Rehabilitation, 26*, 44-55.
- Herman, J. (1997). *Trauma and Recovery: The aftermath of violence from domestic abuse to political terror* (2nd ed.). New York: Basic Books.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M., Polatajko, H., et Pollock, N. (1994). *Mesure canadienne du rendement occupationnel* (2nd ed.). Toronto, ON: CAOT Publications ACE.
- Rosenbloom, D., et Williams, M. (2010). *Life After Trauma* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Scaffa, M. E., Gerardi, S., Herzberg, G., et McColl, M. A. (2006). The role of occupational therapy in disaster preparedness, response and recovery. *The American Journal of Occupational Therapy, 60*, 642-649.
- Townsend, E. A., Polatajko, H. J. (2007). Promouvoir l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.

À propos de l'auteure :

Dana Snedden, BSc (ergothérapie), BSc (Psych), est ergothérapeute au Traumatic Stress Program of Eastern Health, à St. John's, à Terre-Neuve. On peut la joindre à (709) 752-4226.



Les chutes extérieures et l'hiver canadien : la réalité du Québec

Marjorie Désormeaux-Moreau

RESPONSABLE : PATRICIA DICKSON

Mme Lachute, 54 ans, vit au deuxième étage d'un logement de type duplex et doit emprunter un escalier extérieur en colimaçon pour sortir de son domicile. L'hiver dernier, alors qu'elle quittait pour faire ses courses, son pied a glissé sur une marche glacée et Mme Lachute a dégringolé jusqu'au bas de l'escalier. Heureusement, elle s'en est sortie avec une simple fracture de la cheville.

Même si plusieurs profiteront de l'hiver pour chausser skis, raquettes ou patins à glace, d'autres, comme Mme Lachute, se heurteront aux défis que posent les conditions météorologiques hivernales en matière de prévention des chutes.

Quels sont les impacts des chutes?

Au Canada, les chutes sont une importante cause de blessures graves, notamment les fractures de la hanche et des membres supérieurs (Morency et al., 2010), des luxations ou encore des traumatismes cérébraux, sans parler du stress et de la douleur qu'elles occasionnent (Gagnon et Lafrance, 2011).

Quel est le lien entre l'hiver et les chutes?

Plusieurs études ont relevé des variations significatives des taux de chutes en fonction des saisons et des conditions météorologiques qui y sont associées (Bélanger-Bonneau, Rannou, Thouez, Damestoy, 2002; Bischoff-Ferrari, Orav, Barrett et Baron, 2007; Douglas, Bunyan, Chiu, Twaddle et Maffulli, 2000; Morency, Voyer, Beaylne et Goudreau, 2010). À titre d'exemple, sur l'île de Montréal, le nombre d'hospitalisations consécutives à une chute augmente d'environ 25 % en hiver (Morency, 2008). Évidemment, ce n'est pas l'hiver comme tel qui est responsable de cette augmentation, mais plutôt les conditions météorologiques qui l'accompagnent. Ainsi, des études menées au nord des États-Unis et au Québec ont démontré que l'augmentation du nombre de chutes en hiver est clairement associée au refroidissement de la température, soit 5° C et moins sous la barre des 0, aux tempêtes de neige, ainsi qu'au verglas et à la pluie verglaçante (Bischoff-Ferrari, et al., 2007; Morency et al., 2010). Cela s'explique par le fait que les surfaces telles la neige et la glace exacerbent les risques de « glissement », entre autres sur les trottoirs, les escaliers, la chaussée, de même que les entrées privées et les stationnements (Morency et al., 2010)

Tous ne sont toutefois pas affectés de la même façon par ces conditions météorologiques. En effet, alors qu'aucune différence significative n'a été observée en fonction du genre (Morency et

al., 2010), deux études menées à Montréal ont fait ressortir que les victimes de chutes extérieures en hiver sont, dans la majorité des cas, âgées de moins de 65 ans (Levy, et al., 1998); Morency et al., 2010). Cela se conçoit aisément : étant généralement actives sur le plan occupationnel, ces personnes s'exposent davantage aux conditions météorologiques défavorables que leurs aînés, d'où le fait que leur taux de chute y soit davantage lié (Bischoff-Ferrari, et al., 2007). À vrai dire, les individus de moins de 65 ans ne se considèrent généralement pas comme étant vulnérables aux chutes, ce qui vient altérer leur perception des risques associés aux conditions hivernales (Rosenstock, 2000). Pourtant, le vieillissement normal du corps débute dès la trentaine et est associé à des changements physiques et sensoriels qui affectent grandement l'équilibre (WHO, 2007) et donc les risques de chute.

Tout cela considéré, quelles solutions peut-on envisager?

A priori, il serait peu réaliste de croire qu'il suffirait de conseiller à ces personnes de rester à la maison pour éviter les chutes. En effet, les occupations des personnes de 50 à 65 ans ne sont pas les mêmes que celles d'une personne de plus de 80 ans : elles occupent souvent un emploi, qu'il soit rémunéré ou bénévole, ont parfois encore de jeunes enfants à la maison, agissent à titre d'aidantes naturelles... Bref, la nature de leurs occupations ainsi que les implications qui en découlent les obligent à sortir de leur domicile et à effectuer des déplacements à l'extérieur, sans compter que le fait de sortir du domicile accroît les possibilités occupationnelles, notamment sur le plan de l'activité physique. Ainsi, puisque l'activité physique représente un facteur de protection important contre les chutes (Fauchard et Le Cren, 2009), il est important de les encourager à poursuivre leurs activités.

Quelques conseils à donner à nos clients pour réduire leur risque de chute en hiver...

1. Rappelons-leur de bien se couvrir lorsqu'ils sortent : une personne qui a froid a tendance à se hâter et le fait de se hâter augmente les risques de chute (Bell, Gardner et Landsittel, 2000). Dans un même ordre d'idées, soulignons également l'importance de quitter plus tôt pour parer aux intempéries et ainsi d'éviter de se sentir coincé par le temps.
2. Renseignons-les sur l'importance d'être bien chaussé et sur l'utilité des semelles d'appoint adhérentes (communément appelés crampons). Rappelons-leur que de telles semelles ne

À propos de l'auteure

Marjorie Désormeaux-Moreau, M.Sc, est étudiante au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Au moment où cet article a été rédigé, elle effectuait un stage au Service de prévention des chutes du CSSS de Trois-Rivières. On peut joindre Marjorie à desormma@uqtr.ca.

sont pas faites pour l'intérieur et qu'il est important de les retirer une fois arrivé à destination.

3. Recommandons-leur de vérifier l'intégrité et la solidité de leurs escaliers et de leurs mains courantes extérieurs. Recommandons l'installation de surface antidérapante sur les marches et de sources d'éclairage dans les escaliers; encourageons-les aussi à débarrasser leurs escaliers extérieurs et leurs allées de tout objet et de ne pas tarder à les dégager lorsqu'il neige.
4. Suggérons-leur de conserver un seau de sable ou d'abrasif près de la porte de leur domicile pour qu'ils n'aient pas à se déplacer sur une surface glacée.
5. Agissons au niveau communautaire et tenons des kiosques de sensibilisation ou distribuons des dépliants informatifs en lien avec les risques de chutes en hiver. L'éducation à la santé est une bonne façon d'amener les gens à prendre conscience de leur vulnérabilité et des risques auxquels ils s'exposent et ainsi, favoriser le changement d'habitudes et comportements (Rosenstock, 2000).
6. Sensibilisons nos municipalités à la problématique des chutes en hiver. Des opérations de déneigement et d'épandage d'abrasif plus fréquentes dans certains secteurs, notamment les quartiers densément peuplés et les artères commerciales, pourraient sensiblement réduire les cas de chutes.
7. Établissons des partenariats ou des ententes avec la ville afin de favoriser la mise en place d'un service de surveillance par les citoyens, qui permettrait à tous de signaler un trottoir glissant, brisé ou mal entretenu, ainsi que toute autre situation risquant de causer une chute ou un accident.

En terminant, bien que le froid, les tempêtes de neige et la pluie verglaçante fassent partie intégrante de la réalité québécoise, ainsi que de celle de la majeure partie du Canada, il nous est possible, en tant qu'ergothérapeute, de contribuer à la réduction de l'incidence des chutes causées par ces conditions hivernales. En proposant des stratégies personnalisées de réduction des risques, nous pouvons permettre à nos clients de prévenir les chutes et les blessures qui en découlent, ce qui leur permettra éventuellement de continuer de participer activement à leurs diverses occupations.

Alors cet hiver, aidons nos clients à garder les deux pieds sur terre...

Références

- Bélangier-Bonneau H., Rannou A., Thouez J.P., Damestoy N. (2002). Les chutes à l'extérieur du domicile chez les personnes âgées de 55 ans et plus à Montréal et Laval. Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Bell, J. L., Gardner, L. I., et Landsittel, D. P. (2000). Slip and fall-related injuries in relation to environmental cold and work location in above-ground coal mining operations. *American Journal Of Industrial Medicine*, 38(1), 40-48.
- Bischoff-Ferrari, H. A., Orav, J. E., Barrett, J. A., et Baron, J. A. (2007). Effect of seasonality and weather on fracture risk in individuals 65 years and older. *Osteoporosis International*, 18(9), 1225-1233.
- Douglas, S., Bunyan, A., Chiu, K. H., Twaddle, B., et Maffulli, N. (2000). Seasonal variation of hip fracture at three latitudes. *Injury*, 31(1), 11-19.
- Fauchard, T., et Le Cren, F. (2009). Présentation du programme intégré d'équilibre dynamique (PIED). / Presentation of the « stand-up » programme. *Science & Sports*, 24(3/4), 152-159.
- Gagnon, C., Lafrance, M. (2011) Prévention des chutes auprès des personnes âgées vivant à domicile. Analyse des données scientifiques et recommandations préliminaires à l'élaboration d'un guide de pratique clinique. Institut national de santé publique du Québec.
- Levy, A. R., Bensimon, D. R., Mayo, N. E., et Leighton, H. G. (1998). Inclement weather and the risk of hip fracture. *Epidemiology*, 9(2), 172-177.



Morency, P. (2008). Analyse des hospitalisations 2001-2005 de résidents montréalais suite à une chute. Document inédit. Montréal : Agence de Santé et Services Sociaux de Montréal

Morency, P., Voyer, C., Beayne, G. et Goudreau, S. (2010). Chutes extérieures en milieu urbain : impact du climat hivernal et variations géographiques. Montréal : Agence de Santé et Services Sociaux de Montréal

Rosenstock, I. M. (2000). Health Belief Model. Dans A. E. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology*, Vol. 4 (pp. 78-80). doi:10.1037/10519-035

World Health Organisation. (2007). WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. Consulté en ligne au http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf

Nouvelles de la Fondation canadienne d'ergothérapie

Le comité d'examen des bourses de recherche et d'études de la FCE :

Le comité d'examen des bourses de recherche et d'études de la FCE de 2010-2012 termine son mandat relatif à l'attribution des prix du concours des bourses 2012 de la FCE. Merci aux membres du comité pour le travail exceptionnel qu'ils ont accompli pour la FCE. Les membres du comité étaient :

Deb Cameron, présidente
 Brenda Beagan
 Kim Larouche
 Leanne Leclair
 Susanne Murphy
 Gayle Restall
 Annette Rivard
 Annie Rochette

Les membres du comité pour 2013-2015 sont :

Deb Cameron, présidente
 Brenda Beagan
 Johanne Higgins
 Kim Larouche
 Leanne Leclair
 Joyce Magill-Evans
 William Miller
 Susanne Murphy

Les membres du comité ne sont pas tous remplacés en même temps. En effet, un système a été mis en place pour assurer la continuité des travaux du comité. Bonne chance au nouveau comité et merci à tous les membres qui se sont portés volontaires pour accomplir cette tâche impérialive.

Les raisons pour lesquelles certaines ergothérapeutes font des dons à la FCE :

Terry Krupa, PhD, Erg. Aut. (Ont.), FCAOT :
 « Au début de ma carrière de chercheur, l'aide financière de la FCE sous forme de bourse et de financement m'a été extrêmement bénéfique. Premièrement, cette aide financière m'a donné confiance en moi au moment où je mettais sur pied un programme de recherche, ce qui me semblait une tâche écrasante à l'époque. Puis, cet appui a donné de la crédibilité aux bourses et aux recherches associées à l'occupation et l'ergothérapie, ce qui m'a permis de me concentrer sur ces domaines de recherche. Finalement, cette aide m'a permis par la suite d'avoir « un avantage concurrentiel » lorsque

j'ai fait d'autres demandes de financement auprès d'organismes de subvention nationaux. Je compte maintenant sur l'aide financière de la FCE pour faire la même chose pour mes étudiants en recherche ».

Gail Teachman, PhD (Candidate), Erg. Aut. (Ont.) :
 « Lors de la première année de mon doctorat, j'ai fait une demande de bourse de doctorat auprès de la Fondation canadienne d'ergothérapie. Il était primordial pour moi de mettre mes travaux en correspondance avec la recherche en ergothérapie et d'examiner comment mes travaux pourraient éclairer la pratique de l'ergothérapie. J'ai été très excitée d'apprendre que ma demande avait été acceptée; au moment où les prix de la FCE ont été annoncés pendant le congrès 2011 de l'ACE, j'étais très fière de joindre les autres lauréats des bourses sur la scène. Ce jour-là, j'ai ressenti un grand sentiment d'appartenance au milieu ergothérapeutique, de même que le soutien de mes pairs à travers le Canada. »

Le financement de la FCE a un impact réel, qui permet de changer des choses. Nous vous invitons à devenir un donateur!

Faites la mise à jour de vos coordonnées auprès de la FCE

Veillez informer l'ACE de tout changement à apporter à vos coordonnées. En particulier, si vous avez une adresse de courriel veuillez en faire part à la FCE. En effet, dans la mesure du possible, la FCE communique avec ses donateurs par courriel afin d'être plus écologique. Vous pouvez faire la mise à jour de vos coordonnées en envoyant un courriel à amcdonald@cotfcanada.org ou en composant le 1-800-434-2268, poste 226.