

Actualités ergothérapeutes

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

Mary Clark Green, BScOT, MDE
Tél. (604) 536-4575 (BC)
Télécop. (604) 536-4570
courriel : otnow@caot.ca

CHRONIQUEURS ATTITRÉS Évaluations critiques d'articles scientifiques (ECAS)

Lori Letts, PhD

Le sens de l'agir

Helene J. Polatajko, PhD et
Jane A. Davis, MSc

Liens internationaux

Anne Carswell, PhD

Mise à jour technologique

Elizabeth Steggle, Dip OT

Moments de réflexion

Hadassah Rais, BA, BScOT

Notre façon de travailler

Lorian Kennedy, MScOT

Pour une pratique experte de l'ergothérapie

Mary Egan, PhD

Surveillez votre pratique

Muriel Westmorland, MSc

Télé-ergothérapie

Lili Liu, PhD et
Masako Miyasaki, PhD

TRADUCTION

De Shakespeare à Molière,
Services de traduction

RÉVISEUR

David Dolsen

RESPONSABLE DE L'INDEXAGE DES MOTS CLÉS EN LIGNE

Kathleen Raum

COMITÉ DE RÉDACTION DE L'ACE

Présidente : Catherine Vallée
Membres : Pam Andrews, Emily
Etcheverry, Gail Langton, Anita
Unruh et Brenda Vrkljan. Ex-officio :
Mary Clark Green, Fern Swedlove

PRÉSIDENTE DE L'ACE

Diane Méthot

DIRECTRICE NATIONALE DE L'ACE

Claudia von Zweck

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

Association canadienne des
ergothérapeutes
Édifice CTTC, Suite 3400
1125 promenade Colonel By
Ottawa, Ontario K1S 5R1
Tél. (613) 523-CAOT (2268)
(800) 434-2268

Courriel : publications@caot.ca
Télécop. (613) 523-2552
www.caot.ca • otworks.ca

Also available in English.

Table des matières

NOVEMBRE / DÉCEMBRE 2005 • VOLUME SEPT • NUMÉRO SIX

3 Un nouveau plan stratégique pour promouvoir l'excellence

La directrice générale de l'ACE Claudia von Zweck examine les directives établies par le Conseil en vue de remplir la mission de l'Association, qui est de promouvoir l'excellence en ergothérapie.

4 La liste des membres du Conseil de l'ACE de 2005-2006

5 La petite histoire du système de documentation en ligne de Baycrest (BOLD) – Consignation en ligne des dossiers en ergothérapie

Lynda Dunal, Janet Murchison, Sheryl Tenenbaum, Heather Colquhoun et Gilda Waltman partagent la méthode et les leçons apprises lorsqu'elles ont adopté le processus de documentation électronique.

LE SENS DE L'AGIR

8 Attribuer un sens à ses occupations et atteindre un équilibre occupationnel : l'histoire de Claire

Katie Lee et Anne Fourt décrivent comment l'une de leurs clientes a découvert que les mauvais traitements sexuels subis pendant l'enfance l'avaient empêchée de s'engager dans des occupations saines et équilibrées.

NOUVEAU!! ÉVALUATIONS CRITIQUES D'ARTICLES SCIENTIFIQUES (ECAS)

11 Une brève intervention ergothérapeutique a permis d'améliorer l'autogestion des comportements chez des adultes atteints d'arthrite rhumatoïde précoce, mais elle n'a pas eu d'effet sur l'état fonctionnel ou l'état de santé mesuré lors du suivi effectué deux ans plus tard.

Notre première ECAS comprend un résumé préparé par la responsable de la chronique Lori Letts et un commentaire de Rachel Devitt.

13 Évaluations critiques d'articles scientifiques : Une introduction pour les lecteurs et lectrices

Les Actualités ergothérapeutes sont indexées par CINAHL, OTBIBSYS et OTDBASE.

NUMÉRO DE CONVENTION DE POSTES CANADA : # 40034418

ISSN : 1481-5923

15 Célébrer les forces des consommateurs autochtones : Consultation et partenariats communautaires

Alison Gerlach décrit comment les croyances sur la pratique de sa collègue et d'elle-même concernant l'intervention précoce centrée sur la famille ont été transformées par leur collaboration avec des enfants, des familles et des collègues autochtones.

SURVEILLEZ VOTRE PRATIQUE

18 Le cadre canadien pour une pratique éthique de l'ergothérapie sera publié en 2006

Jean-Pascal Beaudoin décrit le processus de révision du code de déontologie de l'ACE et ce que nous attendons du nouveau cadre conceptuel.

19 Les dernières entrées du répertoire de thèses en ligne

22 Le Chercheur de formation en ergothérapie

Élaboré en collaboration avec d'autres organismes nationaux en ergothérapie, le Chercheur de formation en ergothérapie est une façon utile de trouver et de promouvoir des services d'apprentissage.

23 Services d'apprentissage de l'ACE

24 Congrès 2006 de l'ACE

Occupation et faits scientifiques : assises de notre avenir
Les organisateurs du congrès ont déjà retenu les services d'un conférencier d'honneur fascinant et planifié une variété d'ateliers pré-congrès. Lisez les détails et commencez à planifier votre voyage dès maintenant.

25 Nouvelles de la Fondation

Isobel Robinson célèbre son 90e anniversaire.

La mission de l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) est de promouvoir l'excellence en ergothérapie.

Visitez notre site web, www.caot.ca, pour consulter les directives à l'intention des auteurs et obtenir les dernières nouvelles et information.

20 Nouvelles initiatives de l'ACE
L'ACE a le plaisir d'annoncer le financement de deux importantes initiatives.

21 Campagne de sensibilisation pancanadienne sur la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires.

Nouveaux conseils à l'intention des consommateurs à la page 32.

Dysphagie : Lorsqu'il est difficile d'avaler

VISITEZ LE WWW.CAOT.CA POUR

1. Mettre à jour vos renseignements personnels sur votre profil de membre, c'est-à-dire votre adresse, vos champs de pratique, etc.
2. Lire les *Actualités ergothérapeutiques* et la *RCE en ligne*, notamment les archives.
3. Commencer votre revue de littérature par l'intermédiaire de la Passerelle de l'information.
4. Lire les prises de position en vue de donner du poids à vos soumissions.
5. Acheter des livres et des produits.
6. Établir des réseaux avec des collègues.

LA PUBLICITÉ

Lisa Sheehan
(613) 523-2268, poste 232
courriel : advertising@caot.ca

TARIFS PUBLICITAIRES

Linda Charney
(613) 523-2268, poste 242
courriel : subscriptions@caot.ca

Toute déclaration figurant dans un article publié dans *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. *Actualités ergothérapeutiques*, une tribune consacrée à la discussion de questions qui touchent les ergothérapeutes, fait appel à votre participation. Tous droits de rédaction

réservés. AE et l'ACE n'endossent pas nécessairement les annonces acceptées pour publication.

DROIT D'AUTEUR

L'Association canadienne des ergothérapeutes 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 à des consommateurs, à titre informatif.

Pour toute question concernant le droit d'auteur, communiquer avec Lisa Sheehan
ACE, Édifice CTTC, Suite 3400,
1125 promenade Colonel By,
Ottawa, ON K1S 5R1
Tél. (613) 523-2268, poste 232
Télécop. (613) 523-2552
courriel : copyright@caot.ca



Un nouveau plan stratégique pour promouvoir l'excellence

Claudia von Zweck, directrice générale de l'ACE

Octobre 2005 marque le début de la mise en oeuvre du nouveau plan stratégique de l'ACE. Ce plan stratégique a été élaboré à partir des commentaires et réactions des membres de l'ACE et de parties prenantes recueillis lors des forums tenus à travers le Canada. Le nouveau plan adopte une vision selon laquelle tous les Canadiens et toutes les Canadiennes valoriseront et auront accès à l'ergothérapie. Cette vision orientera les actions de l'ACE au cours des trois à cinq prochaines années.

Notre mission, qui vise à promouvoir l'excellence en ergothérapie, demeure inchangée. Cependant, nos moyens d'accomplir notre mission, qui sont orientés par nos priorités stratégiques, ont progressé afin de témoigner de notre vision ainsi que du contexte politique et des milieux de travail actuels au Canada.

Nos nouvelles priorités stratégiques sont, notamment, de promouvoir le leadership en ergothérapie par des initiatives comme la création de ressources et d'outils novateurs pour le développement professionnel. L'un des exemples de ce genre d'initiatives est notre nouveau Chercheur de formation en ergothérapie, un outil en ligne qui permet aux membres de faire des recherches dans une banque de données exhaustive, afin de trouver des possibilités de perfectionnement professionnel qui répondront à leurs besoins individuels en matière d'apprentissage. En outre, le programme de remise de prix de l'ACE reconnaît et met en valeur les chefs de file de notre profession. Visitez notre nouvelle section sur les prix, située sur le site web de l'ACE, afin de mieux connaître les prix décernés par l'ACE, de lire les profils des récipiendaires des années précédentes et de télécharger de l'information sur les mises en candidature de même que des formulaires de mise en candidature. Les mises en candidature sont maintenant acceptées pour tous les prix, jusqu'à la date limite du 1er février 2006.

La deuxième priorité stratégique de l'ACE est de promouvoir l'ergothérapie fondée sur les faits scientifiques. L'ACE a parainé le développement d'un nouveau portail sur le web, sur le thème de la pratique fondée sur les faits scientifiques. Ce portail a été conçu par un groupe d'experts internationaux sur la pratique fondée sur l'évidence scientifique, dirigé par Mary Law. Le

portail sera disponible au début de 2006. Nous offrons également aux membres un certain nombre de modes d'accès additionnels à des faits scientifiques, notamment nos évaluations critiques d'articles scientifiques qui ont été lancées dans le présent numéro des *Actualités ergothérapeutiques*.

La troisième priorité est de faire reconnaître l'ergothérapie comme un service essentiel; elle fait appel à la mise en oeuvre d'une stratégie pancanadienne de deux ans visant à promouvoir le rôle de l'ergothérapie dans les soins de santé primaires. Parmi les autres initiatives, citons la participation continue à des coalitions nationales et à des partenariats, de même qu'à des projets nationaux majeurs comme le nouveau programme de réadaptation à la suite d'une chute à l'intention des aînés, en vue de démontrer le rôle de l'ergothérapie dans le système de santé canadien. Le populaire thème « Oui, je le peux! » sera utilisé au cours des deux prochaines années, afin de faire connaître l'ergothérapie à travers les activités que nous avons prévues tout au long du mois de l'ergothérapie.

Notre quatrième priorité stratégique est le développement continu de la main-d'oeuvre en ergothérapie. Outre ses activités continues associées à l'examen national d'agrément et à l'agrément des programmes universitaires, l'ACE participe à des projets en lien avec la stratégie sur les ressources humaines en ergothérapie qui a été mise en oeuvre en 2004. Parmi ces projets, citons la révision du Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada, la détermination des questions relatives à l'intégration à la main-d'oeuvre canadienne des diplômés en ergothérapie ayant suivi leur formation à l'étranger et la création d'une banque de données nationale sur les ressources humaines en ergothérapie.

Dernière en ordre, mais première en importance, notre cinquième priorité stratégique est de promouvoir l'ACE en tant qu'association professionnelle nationale en ergothérapie. Afin de répondre à cette priorité, nous continuerons de veiller à ce que nos pratiques de gestion soient efficaces et à vous offrir des services et produits valables.

Si vous avez des suggestions quant aux façons par lesquelles l'ACE pourrait mieux vous servir en tant que membre, veuillez communiquer avec moi, au (800) 434-2268, poste 224 ou par courriel à : cvonzweck@caot.ca.



Conseil d'administration de l'ACE 2005-2006

Coordonnées

PRÉSIDENTE

Diane Méthot
c/o CAOT
Edifice CTTC, Suite 3400
1125 promenade Colonel By
Ottawa ON K1S 5R1
Tél. (800) 434-2268, poste 228
president@caot.ca

PRÉSIDENTE ÉLUE

Susan Forwell
University of British Columbia
Division of Occupational Therapy
School of Rehabilitation Sciences
T325, 2211 Wesbrook Mall
Vancouver BC V6T 2B5
Tél. (604) 822-7410
sforwell@interchange.ubc.ca

SECRÉTAIRE-TRÉSORIÈRE

Maureen Coulthard
Regina Health District
Wascana Rehab Centre
2180 - 23rd Avenue
Regina SK S4S 0A5
Tél. (306) 766-5720
maureen.coulthard@rqhealth.ca

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Susan Garret
B.C. Children's Hospital
Occupational Therapy Department
4480 Oak Street
Vancouver BC V6H 3V4
Tél. (604) 875-2122
sgarret@cw.bc.ca

ALBERTA

Annette Rivard
8849 - 95 Street
Edmonton AB T6C 3W6
Tél. (780) 469-1541
arivard@ualberta.ca

SASKATCHEWAN

Shari Cherepacha
Saskatoon City Hospital
Rehabilitation Services
701 Queen Street
Saskatoon SK S7K 0M7
Tél. (306) 655-8175
shari.cherepacha@saskatoonhealthregion.ca

MANITOBA

Kim Baessler
Health Sciences Centre – OT Department
820 Sherbrook Avenue
Winnipeg MB R2R 2L4
Tél. (204) 787-6028
kbaessler@hsc.mb.ca

ONTARIO

Sharon Cunningham
254 William St
Belleville ON K8N3K3
Tél. (613) 967-3647
robert.cunningham@sympatico.ca

QUÉBEC

Paulette Guitard
Université d'Ottawa, Faculté des Sciences de la
santé, École des Sciences de la réadaptation
451 Smyth Road, Room 3055
Ottawa ON K1H 8M5
Tél. (613) 562-5800, ext. 8031
guitardp@uottawa.ca

NOUVEAU-BRUNSWICK

Sandra Sims
236 Case Street
Fredericton NB E3B 7E2
Tél. (506) 459-0199
ssims@nbnet.nb.ca

NOUVELLE-ÉCOSSE

Heather Young
East Coast Forensic Hospital
88 Gloria McCluskey Avenue
Dartmouth NS B3B 2B8
Tél. (902) 460-7392
heather.young@cdha.nshealth.ca

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Marjorie Hackett
33 Marjorie Crescent
Stratford PE C1B 1X4
Tél. (902) 368-6751
mjhackett@ihis.org

TERRE-NEUVE ET LABRADOR

Kim Larouche
2 Byron Street
St. John's NL A1B 3B7
Tél. (709) 738-5720
klarouche@whscc.nf.ca

YUKON, TERRITOIRES DU NORD-OUEST ET NUNAVUT

Wade Scoffin
Wade Scoffin Occupational Therapy Services
19 – 10th Avenue
Whitehorse YT Y1A 4H3
Tél. (867) 334-1553
wade@occupationaltherapy.ca

MEMBRE EXTERNE

Randy Dickinson
Premier's Council on the Status of Disabled
Persons
440 King Street, Suite 648
Fredericton NB E3B 5H8
Tél. (506) 444-3000
randy.dickinson@gnb.ca

DÉLÉGUÉE DE L'ACE À LA FÉDÉRATION MONDIALE DES ERGOTHÉRAPEUTES

Anne Carswell
Dalhousie University
School of Occupational Therapy
Faculty of Health Professions
5869 University Avenue, Room 210
Halifax NS B3H 3J5
Tél. (902) 494-6578
anne.carswell@dal.ca

DÉLÉGUÉE REMPLAÇANTE DE L'ACE À LA FÉDÉRATION MONDIALE DES ERGOTHÉRAPEUTES

Jocelyn Campbell
28 Cameo Court
Moncton NB E1A 6S2
Tél. (506) 867-6500
jocampbe@sehcc.health.nb.ca

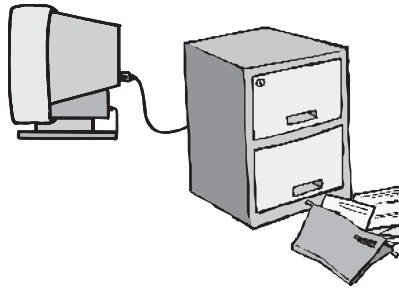
EX-OFFICIO

Claudia von Zweck
Directrice nationale, L'ACE
Edifice CTTC, Suite 3400
1125 promenade Colonel By
Ottawa ON K1S 5R1
Tél. (800) 434-2268, poste 224
cvonzweck@caot.ca

Pour connaître les dernières nouvelles de l'ACE, surveillez le bulletin de nouvelles électronique qui est livré dans votre courriel la première semaine de chaque mois ou visitez régulièrement le www.caot.ca.

La petite histoire du système de documentation en ligne de Baycrest (BOLD) – Consignation en ligne des dossiers en ergothérapie

Lynda Dunal, Janet Murchison, Sheryl Tenenbaum, Heather Colquhoun et Gilda Waltman



Le terme documentation électronique provoque une gamme de réactions; la plus commune semble être l'anxiété. Ce fut certainement la réaction de notre département en 2003, lorsque notre organisation a annoncé une nouvelle initiative relative à la tenue des dossiers de santé des clients. On nous demandait de passer du dossier familial sous forme imprimée à ce que notre organisation décrivait comme un « dossier de santé du client standardisé, informatisé et intégré, dans le cadre d'un modèle de consignation des dossiers en collaboration ». Nous avons entrepris cette nouvelle aventure sans recevoir de directives précises. Même si de nombreux établissements procèdent à la mise en oeuvre du dossier électronique du patient (DEP), nous avons trouvé peu d'articles dans la littérature discutant du processus en soi et nous n'avons rien trouvé traitant de cette question selon la perspective d'un département d'ergothérapie. Les discussions étaient davantage centrées sur les caractéristiques de la documentation en ligne ou de la documentation électronique et la terminologie n'était pas définie. La courbe d'apprentissage a été ardue et elle devait s'amorcer par la compréhension de base de la différence entre un dossier de santé électronique (DSÉ) et un système de dossier électronique du patient (DEP).

Les dossiers de santé électroniques (DSÉ) sont des systèmes longitudinaux d'information sur la santé « d'une personne qui sont accessibles en direct, à partir de nombreux systèmes distincts et interopérables au sein d'un réseau électronique » (Bureau de la santé et l'inforoute – Santé Canada, janvier 2001, p.15).

Le dossier électronique du patient (DEP) est le dossier du fournisseur ou de l'établissement contenu dans le système de santé, qui comporte un « dossier du patient complet, accessible à partir d'un système de fournisseurs unique et automatisé » (p. ex., système d'un médecin ou d'un hôpital) (Bureau de la santé et l'inforoute – Santé Canada, janvier 2001, p.15). Le DSÉ peut donner aux fournisseurs de l'information pertinente sur le patient par l'intermédiaire du dossier électronique local du patient.

Toute organisation mettant en place les dossiers électroniques des patients fera ses choix à partir du système d'informa-

tion sur la santé dont elle fera l'achat; chacun de ces systèmes aura des avantages et des désavantages, ce qui aura des répercussions sur les mécanismes de documentation. La plupart des départements d'ergothérapie, comme c'est le cas pour le nôtre, ne sont pas consultés lors du choix du système. Cet article est orienté sur le processus adopté par le département d'ergothérapie de Baycrest à Toronto, lors de sa transition de la documentation manuelle vers les modèles d'évaluation et les notes évolutives électroniques. Les détails concernant les caractéristiques du système d'information sur la santé choisi sont spécifiques et ils varient selon le système employé par une organisation donnée.

Le Baycrest Centre for Geriatric Care est un système de soins de santé comportant de multiples niveaux, qui est organisé en fonction d'un modèle matriciel. Ce système soutient chacun des départements professionnels, de même qu'un continuum de programmes de services. La nouvelle initiative en matière de documentation a été entreprise en vue de créer un dossier de santé du patient plus complet et de réduire la redondance.

On a rassemblé des experts externes en systèmes d'information sur la santé, de même que des représentants de différents secteurs de l'organisation (p. ex., secteurs clinique, administratif et informatique) afin de former l'équipe Baycrest On-Line Documentation, c'est-à-dire, l'équipe BOLD. Cette équipe a dirigé l'organisation tout au long de la transition de la documentation de la prestation des soins de santé sous forme imprimée vers le DEP. Le système comprend des données sur tous les aspects de la prestation des soins : banque de données sur les clients, évaluations, traitements/soins, notes évolutives et résultats.

Sur une période de plusieurs années, les membres de notre département d'ergothérapie ont progressivement adopté le Modèle du processus d'intervention dans le rendement occupationnel (MPIRO), à titre de cadre pour orienter la pratique (Fearing et Clark, 2000). Comme bien d'autres départements, nous avons dû nous concentrer sur les façons d'intégrer le MPIRO dans la pratique, en tenant compte des limites imposées par un modèle médical dominant.

suite à la page 6

Bien que le projet BOLD ait été entrepris initialement sous la pression, il s'est éventuellement transformé en catalyseur.

Questions du sondage

Qu'est-ce qui oriente nos documents actuels? Sont-ils basés sur l'ergothérapie, sur les programmes ou sur l'interdisciplinarité?

Qu'est-ce qui se dégage des différents documents en ce qui concerne les styles et les formats?

Comment utilisons-nous ces documents et comment les autres les utilisent-ils?

Ces documents sont-ils efficaces pour nous?

Apprécions-nous ces documents?

Qu'est-ce qu'il faudrait changer?

Bien que le projet BOLD ait été entrepris initialement sous la pression, il s'est éventuellement transformé en catalyseur. Il nous a forcés à jeter un regard critique sur nos évaluations. Un petit comité a été formé dans le département afin d'évaluer par sondage les formulaires que nous utilisions déjà; le comité a pris le temps de discuter des nombreux aspects de notre documentation.

Les résultats de ce sondage et notre propre réflexion nous ont démontré clairement que de nombreux documents étaient en transition et qu'ils n'intégraient pas encore le langage de l'occupation ou du MPIO.

Au moment même où nous étions en train d'évaluer nos documents, les membres de l'équipe BOLD nous ont indiqué qu'idéalement, ils souhaitaient recevoir un seul formulaire d'évaluation, qui serait utilisé par tous les thérapeutes du département. Nous avons tenté de nous conformer à leur demande. Dans un sens, nous croyions que cela était possible et que nous serions en mesure de créer un formulaire unique. Après tout, nous travaillions tous à partir du même modèle de pratique. Un formulaire d'évaluation en ergothérapie de 12 pages a donc été conçu. Ce formulaire était complet, intégré et centré sur l'occupation. Nous le considérions comme un document versatile, croyant que nous pourrions modifier les parties qui n'étaient pas pertinentes dans un champ de pratique donné. Ceci illustre à quel point nous en savions peu, tout en faisant ressortir nos suppositions quant aux façons dont la consignation de dossiers en ligne fonctionnerait. Nous avons assumé que les écrans du dossier électronique du patient fonctionneraient de la même manière que les programmes de traitement de texte, c'est-à-dire que l'on pourrait faire défiler le texte, couper et coller du texte et effacer des sections. En fait, ce n'était pas le cas et le formulaire que nous avons conçu était impossible à gérer dans le système d'information sur la santé. Nous nous sommes rendu compte que si nous n'avions pas la possibilité d'adapter l'évaluation de 12 pages, il n'était pas possible d'utiliser un seul formulaire. Nous

fondions de grands espoirs sur les DEP et comme ils n'avaient pas fonctionné comme nous l'aurions souhaité, nous étions déçus et encore plus résistants aux changements qu'ils entraîneraient.

Le principal problème était notre manque de connaissances. Nous tentions de travailler avec les experts en gestion de l'information, mais nous n'avions pas de langage commun. L'équipe travaillait dans le langage des systèmes d'information sur la santé, langage que nous ne comprenions pas. Nous ne savions pas quelles questions il fallait poser pour obtenir les réponses dont nous avions besoin. Nous devons changer notre façon de penser et tenter de considérer les DEP comme un outil fournissant un cadre et une structure, tout en donnant des indices et des repères pour faciliter le traitement de la documentation. Nous avons été très chanceux, car l'une des ergothérapeutes de notre département a été choisie pour faire partie de l'équipe BOLD. Le fait d'être plongée dans le système d'information sur la santé lui a permis de découvrir ses forces et ses limites. Grâce à ses nouvelles connaissances, elle nous a encouragés, orientés et elle nous a aidés à combler certaines de nos lacunes.

La documentation BOLD devait être mise en ligne dans les 18 mois et suivre des étapes commençant par l'établissement de deux sites pilotes. Comme les soins complexes de longue durée devaient être mis en ligne en premier, on a donné la priorité au formulaire d'évaluation en ergothérapie. Nous avons conçu un formulaire qui était centré sur l'occupation, mais adapté à la population desservie. Les architectes en gestion de l'information du projet BOLD ont conçu les écrans modèles à partir de ce formulaire. Le rythme rapide du projet supposait que notre groupe de soins complexes de longue durée ne serait pas en mesure de faire l'essai de la version papier de l'évaluation avant qu'elle soit affichée en ligne. Cependant, une fois qu'elle a été affichée en ligne et qu'on a commencé à utiliser le modèle, le groupe a pu émettre des commentaires très judicieux. Un problème clé a été soulevé, du fait que notre système d'information sur la santé comporte un délai de cinq jours seulement pendant lesquels l'évaluation peut être modifiée. Après cette période, il n'est plus possible d'avoir accès au formulaire pour ajouter de l'information. Les thérapeutes trouvaient que ce délai ne leur donnait pas suffisamment de temps pour couvrir tous les aspects de l'évaluation. Il est devenu évident qu'il serait préférable de faire correspondre le délai et le contenu de la documentation à la réalité de la pratique. Ceci a entraîné des changements importants dans le modèle d'évaluation. Nous avons envisagé de subdiviser l'évaluation en modules qui sont alors devenus des modèles d'évaluation distincts. L'acquisition de ces connaissances a été inestimable dans le développement des modèles d'évaluation subséquents.

Les thérapeutes commencent à parler du lien qui existe entre la pratique et la documentation.

Les leçons apprises

Nous avons découvert qu'il était essentiel qu'un membre de notre département fasse partie de l'équipe, afin de surveiller et de coordonner notre documentation. Cette coordonnatrice a établi un lien entre le département et les concepteurs du système et elle a contribué à la résolution de problèmes liés au système, à l'évaluation des documents et à la pratique de l'ergothérapie. Elle a rencontré des thérapeutes afin de travailler sur leurs documents et de les aider à planifier ce dont ils avaient besoin. Cette étape initiale de la planification ainsi que l'affichage en ligne ont exigé beaucoup de soutien. Nous avons aussi constaté qu'il était important de recevoir un soutien continu et nous avons organisé une réunion mensuelle d'une heure, animée par la coordonnatrice de la documentation. Ces réunions ont permis l'échange d'information et éventuellement, des leaders ont commencé à se manifester au sein de notre personnel. L'une des thérapeutes travaillait dans les secteurs des soins complexes de longue durée et de la réadaptation. Sa capacité de voir ce qui fonctionnerait et ce qui ne fonctionnerait pas en réadaptation a été inestimable. Lorsque les thérapeutes ont commencé à se rendre en ligne, ils ont consulté cette même thérapeute pour apprendre les fonctionnalités des DEP.

Nous avons reconnu l'importance d'avoir une approche fondée sur l'honnêteté et la confiance, grâce à laquelle nous pouvions tirer des leçons de nos erreurs et nous étions confiants que la direction que nous avons choisie ferait une véritable différence dans notre pratique. Nous avons été surpris d'entendre des thérapeutes dire qu'ils consignaient plus souvent des notes dans leurs dossiers (l'une des raisons étant qu'ils pouvaient avoir accès au dossier à partir de n'importe quel ordinateur du centre). Ils se préoccupaient davantage de ce qu'ils écrivaient et demandaient à des pairs d'émettre des commentaires sur leurs dossiers. Ils étaient plus conscients des exigences réglementaires. Ils considèrent maintenant leur documentation comme un guide dans leur pratique, qui témoigne également de ce qu'ils ont fait en vue de promouvoir l'occupation.

Les thérapeutes commencent à parler du lien qui existe entre la pratique et la documentation. Dans l'une des réunions mensuelles sur la documentation, les thérapeutes ont constaté que personne n'utilisait l'une des évaluations de la même façon. La discussion qui a suivi était informative et portait sur la pratique; elle a permis d'émettre des recommandations en vue de favoriser la constance, en se fondant sur une compréhension et sur une raison d'être partagées par tous les intervenants. Comme les ergothérapeutes faisaient partie du processus, ils se sont engagés davantage à améliorer la documentation et la pratique.

Il était indispensable de baser notre documentation sur un

Conseils

Évaluez vos documents actuels. Le fait de convertir des documents de la forme imprimée à la forme électronique ne résout pas les problèmes fondamentaux.

Examinez si vos documents imprimés correspondent à la pratique et au rythme de travail et s'ils sont intégrés ou non — dans la pratique, certaines choses se produisent à certains moments. Votre documentation témoigne-t-elle de ceci ou le permet-elle?

Il est possible qu'il soit nécessaire de subdiviser les formulaires d'évaluation en modules séparés qui deviennent des modèles individuels.

Basez la documentation sur un cadre conceptuel en ergothérapie.

Invitez des thérapeutes à participer à la planification, la mise en oeuvre et l'évaluation de leurs documents.

Planifiez et mettez à l'essai de nouveaux modèles d'évaluation imprimés avant de les afficher en ligne.

Demandez que l'on nomme un coordonnateur de la documentation en ergothérapie qui assurera la liaison entre les thérapeutes et les concepteurs du système.

Vous avez besoin de temps et de soutien pour mener à bien cette entreprise.

Les connaissances collectives croissent avec l'expérience.

cadre conceptuel en ergothérapie. Ce cadre nous a fourni un langage et un modèle pour orienter notre pratique et notre documentation. Il était essentiel de prendre le temps de planifier ce qui est le plus important pour nous dès le début du processus, d'évaluer notre documentation et de créer des directives initiales; les thérapeutes ont reçu le soutien disponible lorsqu'ils en avaient besoin. Il faut du temps pour évaluer, élaborer et réviser la documentation. Il faut du temps pour former des thérapeutes, pour leur offrir un soutien continu et pour favoriser le partage de l'information.

Références

- Fearing, G., et Clark, J. (2000). *Individuals in context: A practical guide to client-centered practice*. Thorofare, NJ: Slack Inc.
- Bureau de la santé et l'infirmerie, Santé Canada. (Janvier 2001). *Vers les dossiers de santé électroniques* (p. 12). Téléchargé le 15 août 2005 à http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/health-esante/2001-towards-vers-ehr-dse/index_f.html.

Attribuer un sens à ses occupations et atteindre un équilibre occupationnel : l'histoire de Claire

par Katie Lee et Anne Fourt¹



Depuis que j'ai découvert la science de l'occupation, il y a un peu plus de trois ans, je considère que cette science fondamentale est essentielle dans ma pratique. Sans cette perspective purement occupationnelle, je crois que mon identité en tant qu'ergothérapeute ne serait pas aussi affirmée. C'est dans cet état d'esprit que j'ai commencé mon dernier stage clinique et que j'ai eu le privilège de rencontrer Claire.

Grâce à Anne, qui a été mon superviseur et mentor pendant le stage, j'ai eu l'occasion d'interagir avec des femmes se rétablissant des suites de mauvais traitements subis pendant l'enfance. Je voyais ces femmes comme des êtres occupationnels luttant contre les effets dévastateurs à long terme de ces mauvais traitements et rêvant pourtant d'une vie semée de bonheur, de paix, de bien-être et d'occupations. Claire était l'une de ces femmes. L'une des frustrations exprimées avec passion par Claire était son incapacité de trouver un emploi stable et significatif, bien qu'elle soit très motivée. Mon défi était de travailler avec Claire pour découvrir ce qui l'avait empêchée d'atteindre ce but depuis près de 20 ans. Je me suis appuyée sur les principes découlant de la science de l'occupation, comme l'équilibre occupationnel, la justice occupationnelle et le sens occupationnel, pour orienter notre quête ainsi que les processus d'intervention et pour permettre à Claire d'atteindre ses buts occupationnels.

Afin de mieux apprécier la réussite de l'histoire occupationnelle de Claire, il est important de bien définir la justice occupationnelle et l'équilibre occupationnel. La justice occupationnelle se manifeste lorsque « des possibilités et des ressources (personnelles, environnementales et sociales) sont offertes aux individus

et aux communautés pour leur permettre de sélectionner et de s'engager dans une gamme d'occupations utiles qui sont significatives au plan culturel et personnel » (Townsend et Wilcock, 2004, p. 245). La justice occupationnelle favorise l'équilibre occupationnel, la santé et une bonne qualité de vie. Townsend et Wilcock (2004) suggèrent que l'injustice occupationnelle entraîne un déséquilibre occupationnel. Selon Wilcock (1998, p. 257), le déséquilibre occupationnel est « un manque d'équilibre entre le temps consacré aux occupations physiques, mentales et sociales, entre les occupations choisies et les occupations obligatoires, entre les occupations épuisantes et reposantes ou entre l'être et l'agir ».

Claire a grandi dans un foyer où les mauvais traitements sévissaient. Pendant son enfance², elle a été victime de violence sexuelle de la part de son père et elle a été négligée par son père et sa mère. Malgré le traumatisme vécu dans son enfance, Claire est devenue une femme intelligente, talentueuse et aimante. Lorsqu'elle a commencé le programme, elle était une mère-célibataire dévouée et une musicienne douée; elle était une inspiration pour les membres du groupe et les thérapeutes, en raison de sa capacité de se servir de la musique pour exprimer sa douleur et ses luttes et pour soutenir sa croissance personnelle. Les membres du programme la respectaient pour son leadership et pour ses réflexions intéressantes, sensibles et profondes face à ses difficultés et à celles des autres membres du groupe.

Notre défi en tant qu'ergothérapeutes était de soutenir Claire dans son objectif de trouver un emploi stable et significatif. Malgré ses nombreuses habiletés, Claire était souvent

CSOS Canadian Society of
Occupational Scientists

Révisé par Helene J. Polatajko, Ph.D., FCAOT, et Jane A. Davis, M.Sc., OT(C) pour le compte de l'ACE et de la CSOS. Visitez la CSOS à www.dal.ca/~csos/index.htm

¹L'histoire est basée sur l'expérience qu'a vécue Katie Lee, une étudiante en ergothérapie, pendant son stage clinique supervisé par Anne Fourt. Bien que Katie et Anne aient toutes deux contribué à la rédaction de cet article, elles avaient le sentiment qu'il serait mieux de le rédiger à la première personne. Elles espèrent que vous partagerez leur avis.

²Certains détails ont été changés pour respecter le caractère confidentiel de l'information; toutefois, le processus et le résultat de la situation sont les mêmes.

passée d'un emploi à l'autre et elle avait traversé des périodes de chômage tout au long de sa vie. Lorsque j'ai commencé à travailler avec Claire, elle était encore sans emploi et avait de la difficulté à décider ce que serait la prochaine étape à suivre. Dès notre première séance, il était clair que bien que son objectif était de trouver un emploi, le fait de conserver un emploi était pour elle une tâche écrasante et décourageante. Elle avait des expériences très variées en matière d'emploi, allant du travail dans des vignobles en Californie à un poste d'adjointe à l'administration dans une entreprise à la fine pointe de la technologie. Claire disait qu'étrangement, on ne l'avait jamais congédiée; c'était plutôt elle qui, d'un emploi à l'autre choisissait de partir, souvent auprès seulement quelques mois. Comme il semblait que Claire avait les compétences requises et les occasions de trouver des emplois, le défi était de découvrir ses difficultés en matière de rendement occupationnel, afin de déterminer pourquoi elle démissionnait de manière répétitive.

J'ai suggéré à Claire d'explorer ses emplois au cours des cinq dernières années, à l'aide d'une ligne du temps, en vue de repérer les schèmes ayant pu se reproduire au fil du temps. Bien que Claire ait accepté cette tâche au départ, elle a rapidement été envahie par un sentiment d'échec et de désespoir; elle avait l'impression qu'il serait impossible pour elle de changer. De toute évidence, la ligne de temps factuelle ne l'aidait pas et elle ne lui permettait pas de se rendre au coeur de ses difficultés en matière de rendement occupationnel. Ce n'est que lorsque nous l'avons encouragée à examiner le sens qu'elle attribuait aux diverses occupations associées à ses emplois que le noeud de ses problèmes a été mis en lumière.

En examinant le sens qu'elle attribuait à ses occupations, Claire a aussi commencé à se rendre compte du sens qu'elle donnait à ses occupations à la maison, en particulier, s'occuper de ses enfants, faire l'entretien ménager et organiser le fonctionnement de la maison. Claire a commencé à parler de son enfance et des expériences qu'elle avait vécues avec sa mère et son père. Nous avons examiné comment ces expériences avaient façonné sa perspective actuelle sur les façons d'être une bonne mère. La mère de Claire accordait beaucoup d'importance à la propreté et à l'organisation de la maison et elle avait passé beaucoup de temps à la maison, se consacrant à cette occupation et ce, en négligeant souvent les besoins de ses enfants. La mère de Claire avait aussi occupé un emploi à temps plein; ainsi, elle n'était pas présente à la maison une bonne partie du temps. Pendant les absences de la mère, le père de Claire abusait souvent d'elle. Claire en était venue à considérer le travail de sa mère comme étant directement lié à son exposition aux mauvais traitements que lui infligeait son père, une perception qu'elle avait conservée jusqu'à sa vie adulte. En tant qu'adulte, lorsque Claire entretenait sa maison en même

tant qu'elle occupait un emploi, elle avait peur de négliger ses enfants et de mettre leur sécurité et leur santé en péril. À chaque fois que cela se produisait, elle tentait de maintenir l'ordre dans sa maison et finissait par quitter son emploi.

Nous avons aussi examiné comment les expériences vécues par Claire pendant l'enfance, notamment celles qu'elle avait vécues avec son père, avaient eu un effet sur le type d'emploi qu'elle recherchait et le sens qu'elle leur attribuait. Claire se sentait déchirée entre le désir d'occuper un emploi créatif et la recherche d'un emploi plus raisonnable, mais moins créatif. Claire décrivait son père comme une personne très musicale et libre, des qualités qu'elle reconnaissait chez elle. Lorsque Claire acceptait un emploi qui lui permettait d'exprimer ce côté d'elle, elle avait le sentiment qu'elle adoptait les qualités de son père et qu'elle devenait comme lui, ce qui la poussait à quitter cet emploi. Honteuse d'avoir exprimé des qualités qui représentaient l'abus pour elle, elle se tournait dans la direction opposée et cherchait un emploi qui semblait plus raisonnable et plus éloigné de son père. Elle se sentait prisonnière de ce schème occupationnel dichotomique et ne savait pas comment s'en sortir.

En découvrant le sens profond de ses expériences, Claire a commencé à comprendre le sens qu'elle avait attribué au fil des ans à ses diverses occupations et comment le fait de grandir dans une maison où elle subissait des mauvais traitements l'avait amenée à donner un sens très précis et très négatif à un grand nombre de ses occupations. Les abus dont elle avait été victime l'avaient rendue moins confiante sur le plan occupationnel, en la privant de sa capacité de donner un sens positif à plusieurs occupations valorisées au plan culturel et personnel. Cette dépossession s'est traduite par un déséquilibre occupationnel, comme le suggèrent Townsend et Wilcock (2004). Claire évoluait entre ce qu'elle percevait comme deux choix opposés en terme d'engagement occupationnel. Parfois, elle occupait un emploi à temps plein qu'elle n'aimait pas, et elle maintenait son foyer et son rôle de parent en établissant des frontières rigides. À d'autres moments, elle choisissait un poste qu'elle aimait, mais elle craignait de mettre ses enfants en danger; ainsi, elle avait constamment le sentiment qu'elle devait quitter son emploi. Ce cycle entraînait Claire dans un état constant de déséquilibre occupationnel.

Le but de l'intervention auprès de Claire a été de la confronter aux sens rigides et négatifs qu'elle avait conservés de son enfance afin de l'aider à adopter des sens moins dichotomiques du genre « tout ou rien ». Tout au long du processus, Claire a commencé à attribuer à diverses occupations un sens plus souple et plus significatif au plan personnel. Ces réflexions l'ont libérée et lui ont permis de s'engager dans une gamme d'occupations, tout en lui donnant la possibilité d'exprimer plusieurs aspects de

son être occupationnel. Elle a pris la décision de terminer son baccalauréat en musique et elle a trouvé de l'aide financière pour mener ce projet à bien. Claire et moi avons travaillé sur ses habiletés en gestion du temps et avons mis au point un plan hebdomadaire afin qu'elle surveille de près la gestion de son domicile. Elle a aussi indiqué qu'elle se sentait moins coupable en établissant des frontières structurelles claires avec ses enfants, ce qui lui a permis de passer avec eux plus de temps de qualité. Tous ces changements lui ont permis d'être plus efficace dans les occupations liées à son rôle de mère. Comme le chaos a diminué dans sa vie, elle a trouvé le temps de se concentrer sur sa croissance personnelle, par le yoga, la méditation et l'écriture. Claire a finalement trouvé l'équilibre occupationnel qui lui avait manqué pour la plus grande partie de sa vie.

À travers l'histoire de Claire, nous devons tous nous rappeler ce que la science de l'occupation nous enseigne sur la complexité des occupations, sur son omniprésence et, parfois, sur sa présence plus discrète dans nos vies. Whiteford, Townsend et Hocking (2000) ont bien saisi le sens lié à l'incorporation de la science de l'occupation dans la pratique : « la promotion de l'occupation doit être orientée par nos valeurs, nos croyances et

notre philosophie sur l'occupation » (p. 65). En tant qu'ergothérapeute, ma perspective occupationnelle m'aide à centrer mes interventions. Elle me rappelle que je dois considérer chaque patient comme un être occupationnel unique, que je dois travailler avec ce patient pour lui donner l'occasion de s'engager librement dans des occupations et qu'il faut remettre du pouvoir à chaque client afin qu'il vive pleinement sa vie. Anne et moi sommes très enthousiastes à l'idée de contribuer à la réussite de l'histoire occupationnelle d'autres personnes dans l'avenir.

Références

- Townsend, E., et Wilcock, A. (2004). Occupational justice. Dans C. H. Christiansen et E. A. Townsend (Édit.), *Introduction to occupation: The art and science of living* (p. 121-139). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Whiteford, G., Townsend, E., et Hocking, C. (2000). Reflections on a renaissance of occupation. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 67, 1, 61-67.
- Wilcock, A. A. (1998). *An occupational perspective of health*. Thorofare, NJ: Slack Inc.

Une brève intervention ergothérapique a permis d'améliorer l'autogestion des comportements chez des adultes atteints d'arthrite rhumatoïde précoce, mais elle n'a pas eu d'effet sur l'état fonctionnel ou l'état de santé mesuré lors du suivi effectué deux ans plus tard.

Résumé de

Hammond, A., Young, A., et Kidao, R. (2004). A randomized controlled trial of occupational therapy for people with early rheumatoid arthritis. *Annals of Rheumatic Disease*, 63, 23-30.

Préparé par : Lori Letts, responsable de la chronique sur les ECAS.

Question/Objectif de la recherche

Évaluer les effets d'un programme pragmatique et global d'ergothérapie sur l'autogestion ainsi que sur l'état de santé de personnes atteintes d'arthrite rhumatoïde précoce (< 2,5 ans) (AR).

Plan expérimental

Étude sur échantillon aléatoire et contrôlé, effectuée en aveugle, dont les évaluations ont été faites au début du traitement, après 6 mois, après 12 mois et après 24 mois, avec l'intention de traiter l'analyse.

Milieu expérimental

11 hôpitaux de la North Thames Regional Health Authority, au Royaume-Uni.

Patients/participants

326 participants ont été recrutés (162 dans un groupe expérimental et 164 dans un groupe témoin). Les participants admissibles étaient des personnes âgées de plus de 18 ans, ayant reçu le diagnostic d'AR au cours des derniers 2,5 ans; ces personnes avaient besoin d'un traitement médical actif et n'avaient reçu aucun traitement ou que peu de traitements en ergothérapie et elles pouvaient parler et lire l'anglais. La moyenne d'âges du groupe témoin était de 3,2 ans plus élevée que celle du groupe expérimental.

Intervention

Cinq séances d'ergothérapie, soient quatre séances individuelles et un programme de deux heures d'enseignement sur l'arthrite en groupe (moyenne : 7,6 heures, allant de 0 à 19) s'étendant sur une période d'un an; toutes les heures ont été fournies en l'espace de huit semaines après la recommandation, à l'exception de deux heures. Les ergothérapeutes d'expérience ayant offert l'intervention ont été formés et encadrés. Les interventions essentielles étaient les suivantes : information sur l'AR, entraînement aux

AVQ, techniques de protection des articulations et de conservation de l'énergie, conseils posturaux et de positionnement et programme d'exercices axé sur l'amplitude des mouvements de la main. La séance d'enseignement en groupe comprenait de l'information sur l'AR et mettait l'accent sur l'autogestion au moyen d'exercices, de techniques de protection des articulations et de conservation de l'énergie et de stratégies d'adaptation. D'autres composantes optionnelles de l'intervention ont également été utilisées selon les besoins de chaque participant, soient : orthèses, aiguillage vers des services de physiothérapie, de travail social ou de podiatrie, conseils en loisirs, travail et relations sexuelles et enseignement de stratégies générales d'adaptation.

Mesures des résultats

Évaluations fonctionnelles : le Health Assessment Questionnaire (HAQ) et les échelles secondaires sur la fonction physique de la Arthritis Impact Measurement Scale 2 (AIMS2). Activité de la maladie : compte de 28 articulations enflées; 28 articulations douloureuses; raideurs tôt le matin (en minutes); échelle fonctionnelle du American College of Rheumatology (ACR); échelle visuelle analogue de douleur (pain visual analogue scale (VAS)). État de la main : force de préhension à l'aide du test de la force mesurée à l'aide du dynamomètre Jamar, test fonctionnel de la main de Jebsen. État psychosocial : échelle Arthritis Self-Efficacy Scale; Rheumatoid Attitudes Index; Affect Scale du AIMS2. Adhésion au traitement : fréquence de l'adhésion aux exercices pour les mains et les bras et aux exercices de conditionnement physique, aux techniques de conservation de l'énergie, de protection des articulations, et à l'utilisation d'aides techniques et d'orthèses.

Principaux résultats

Les auteurs n'ont observé aucune différence significative entre les deux groupes pour aucune des mesures de l'état fonctionnel, de la maladie, de la main ou de l'aspect psychosocial. Les deux groupes se sont améliorés en ce qui concerne les scores de la fonction physique de l'AIMS2 et les scores totaux de l'autoefficacité; aucun changement significatif n'a été observé chez les deux groupes en ce qui a trait à l'échelle de douleur VAS. Comme on a posé l'hypothèse que l'ergothérapie peut être plus efficace pour les personnes ayant initialement plus de problèmes fonctionnels, les analyses subséquentes ont été faites en fonction des

suite à la page 12

suite de la page 11

classes fonctionnelles établies au début de l'étude, mais aucune différence significative n'a été notée. En ce qui concerne les comportements d'autogestion, les participants du groupe expérimental ont été plus susceptibles d'adopter des stratégies de protection des articulations ($p < 0,01$), d'effectuer des exercices pour la main et le bras ($p < 0,001$), et de prendre du repos (statistiquement significatif seulement lors des mesures prises après 12 mois, $p = 0,05$).

Conclusions des auteurs

Les auteurs concluent que l'ergothérapie a permis d'améliorer les comportements autogérés et non pas l'état de santé des personnes atteintes d'AR. Ils suggèrent qu'un suivi plus long serait sans doute nécessaire pour détecter l'effet des comportements autogérés sur l'état de santé.

Coordonnées des auteurs de l'article faisant l'objet de l'évaluation critique :

Adresse de courriel de A. Hammond :
ah14@brighton.ac.uk

Commentaire – par Rachel Devitt

Les programmes d'autogestion sont essentiels pour permettre aux personnes ayant des maladies chroniques comme l'arthrite rhumatoïde d'apprendre à vivre avec la maladie et de devenir actifs et confiants dans la gestion de leur maladie. Les ergothérapeutes sont des professionnels compétents pour offrir des programmes d'autogestion en raison de leur approche globale et centrée sur le client.

Cette étude sur échantillon aléatoire et contrôlé était la première étude à se pencher sur l'efficacité d'un programme global d'ergothérapie pour les personnes atteintes d'arthrite rhumatoïde précoce. Hammond, Young et Kidao (2004) ont découvert que l'ergothérapie avait permis d'améliorer les comportements d'autogestion; cependant aucune différence significative n'a été observée entre le groupe témoin et le groupe expérimental en ce qui a trait aux capacités fonctionnelles ou à l'état de santé. Une des explications possibles de cette absence de différence significative est la difficulté inhérente d'effectuer une étude sur échantillon aléatoire et contrôlé dans le domaine de la gestion globale de la maladie chronique (Vlieland, 2002). Bien que Hammond et al. aient réussi à aborder certaines des limites des études précédentes sur échantillon aléatoire et contrôlé dans ce domaine (p. ex., taille adéquate de l'échantillon, intention de traiter l'analyse et suivi à long terme), leurs conclusions doivent être interprétées avec prudence, car plusieurs limites méthodologiques caractérisent cette étude.

Premièrement, la durée et l'intensité du programme (c'est-à-dire, huit heures de traitement sur une durée de un an) pourraient ne pas être adéquates pour observer un effet dans les résultats d'intérêt.

Deuxièmement, l'intervention a été principalement prodiguée sur une base individuelle, à partir d'une approche « pragmatique ». D'autres approches, comme les interventions de groupe basées sur les théories cognitives et comportementales ou de l'autoefficacité par exemple (Barlow, Wright, Sheasby, Turner et Hainsworth, 2002), pourraient être plus efficaces.

Troisièmement, les interventions globales comportant des composantes multiples ont pour but d'améliorer divers résultats au niveau des fonctions et structures corporelles, de l'activité et de la participation. Bien qu'une mesure de la capacité de travail soit incluse dans le AIMS2, d'importants aspects de la participation n'ont pas été mesurés adéquatement. Par exemple, certains résultats qui auraient pu répondre au traitement, comme la participation à des activités de loisirs et à des activités productives autres que le travail n'ont pas été pris en compte. En particulier, comme les items mesurant la capacité de travail dans le AIMS2 excluent les personnes sans emploi, invalides ou retraitées, la participation à des activités productives autres que le travail rémunéré, l'entretien ménager et l'école n'a pas été mesurée. Hammond et al. reconnaissent que d'autres mesures peuvent être plus appropriées pour évaluer le rendement au niveau de la participation et que certaines mesures des résultats individualisées pourraient mieux évaluer les problèmes qui sont importants pour les clients. Ainsi, il serait utile dans l'avenir d'envisager d'utiliser des mesures axées sur la participation dans des études semblables.

Au plan clinique, cette étude met en relief le défi important lié à la programmation dans le temps des interventions d'autogestion dans la gestion de l'arthrite rhumatoïde. Bien que Hammond et al. (2004) suggèrent que les avantages de l'autogestion ne sont pas nécessairement apparents dans les premiers stades de l'arthrite rhumatoïde, il est important que les personnes atteintes d'AR aient la possibilité de recevoir de l'information sur l'ergothérapie très tôt dans le processus de la maladie. Les ergothérapeutes peuvent contribuer à améliorer l'efficacité des interventions précoces pour l'AR, en tenant compte de facteurs comme l'autoefficacité des clients et leur ouverture au changement.

Jusqu'à présent, les études n'ont pas évalué adéquatement l'efficacité et la pertinence des programmes d'autogestion et des interventions en réadaptation à différents stades d'ajustement des clients à leur maladie. Les futures recherches pourraient examiner ces questions à l'aide de plans expérimentaux comme



La première discussion ECAS aura lieu du 21 novembre au 2 décembre 2005. Visitez le site web de l'ACE et cliquez sur Évaluations critiques d'articles scientifiques à la page d'accueil. Nous sommes très enthousiastes face aux ECAS et espérons que vous y participerez activement.

les études par observation, qui peuvent être plus judicieuses pour recueillir des données sur le moment le plus opportun et sur le contenu le plus judicieux des programmes globaux d'ergothérapie. Par exemple, Vliet Vlieland (2002) recommande « [...] l'analyse systématique des données obtenues dans la pratique quotidienne à partir d'évaluations standardisées uniformes et agrégées en des bases de données de qualité supérieure [...] » (p. 295), afin d'évaluer les résultats d'un programme de gestion globale de la maladie chronique. Jusqu'à ce que la recherche nous éclaire davantage, la gestion de l'arthrite doit comprendre des programmes d'autogestion, peu importe le stade de la maladie, et les clients et les ergothérapeutes doivent travailler ensemble pour déterminer le contenu le plus judicieux et le moment le plus opportun pour offrir ce genre de programme.

Références

- Barlow, J., Wright, C. Sheasby, J., Turner, A., et Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Education and Counseling*, 48, 177-187.
- Hammond, A., Young, A., et Kidao, R. (2004). A randomized controlled trial of occupational therapy for people with early rheumatoid arthritis. *Annals of Rheumatic Disease*, 63, 23-30.
- Vliet Vlieland, T. P. M. (2002). Managing chronic disease: Evidence-based medicine or patient-centred medicine? *Health Care Analysis*, 10, 289-298.

Évaluations critiques d'articles scientifiques : Une introduction pour les lecteurs et lectrices

Lori Letts

Ce numéro marque le début d'une nouvelle chronique dans les Actualités ergothérapeutiques, avec notre première évaluation critique d'un article scientifique ou ECAS. Une évaluation critique est une analyse succincte d'une étude. Elle comprend un titre descriptif, un résumé structuré et un commentaire. Le titre descriptif et le résumé structuré constituent le précis de l'article. Le commentaire est rédigé par un clinicien ou un spécialiste de la méthodologie ayant de l'expertise dans le champ de pratique discuté dans l'article. Il met en relief les forces et les faiblesses méthodologiques de l'étude, met en contexte l'étude en fonction d'autres recherches et discute des conséquences des résultats de l'étude pour l'enseignement, la pratique et les futures recherches. L'ECAS a pour but de donner aux ergothérapeutes de l'information sur des faits scientifiques publiés récemment afin qu'ils soient incorporés plus facilement dans la pratique. Les résumés structurés et les ECAS sont révisés par des pairs.

Les articles et les ECAS publiés dans les chroniques ECAS sont choisis en raison de la qualité supérieure des données probantes, de leur pertinence pour la pratique de l'ergothérapie et du fait qu'ils représentent une gamme de méthodologies.

Cette première ECAS est axée sur une étude sur échantillon aléatoire et contrôlée sur l'efficacité de l'ergothérapie pour traiter des personnes atteintes d'arthrite rhumatoïde précoce. Les futures ECAS discuteront d'analyses systématiques et d'études qualitatives dans plusieurs domaines d'intervention en ergothérapie.

Comment peut-on utiliser les faits scientifiques résumés et discutés dans l'ECAS et les appliquer dans sa pratique? Considérez les possibilités suivantes :

Si vous offrez une intervention semblable à celle décrite dans une ECAS ou si vous travaillez auprès d'une population semblable, que représente cet article pour vous dans votre pratique? Devriez-vous changer quelque chose? L'examen du commentaire peut vous donner certains indices.

Cet article suggère-t-il que vous élargissiez votre rôle d'une manière quelconque? Appuie-t-il votre pratique actuelle? Si c'est le cas, vous pouvez vous servir de l'information présentée dans l'ECAS pour vous guider lorsque vous rédigez des propositions dans le cadre de votre travail. Un grand nombre d'er-

suite à la page 14

gothérapeutes ont besoin de données probantes lorsqu'ils remplissent des demandes de propositions dans divers contextes. Les ECAS peuvent s'ajouter aux autres stratégies pour vous tenir à jour sur les faits scientifiques dans votre champ de pratique.

Vous ne savez pas exactement comment appliquer ces résul-

tats dans la pratique? Les discussions en ligne offertes par l'intermédiaire du site web de l'ACE sont peut-être exactement ce que vous cherchez. Ces discussions, qui s'étendront sur une période limitée, offriront aux ergothérapeutes la possibilité de discuter et de débattre des façons d'utiliser les ECAS dans la pratique.

Présentation des références et des citations dans les ECAS

Chaque ECAS comporte deux parties dans lesquelles la présentation des références et des citations est différente.

Commentaires

Pour les citations ou paraphrases directes du matériel, utiliser le titre descriptif, suivi immédiatement de : (Évaluation critique d'un article scientifique — commentaire).

Exemple :

Version en ligne

Devitt, R. (2005). Une brève intervention ergothérapeutique a permis d'améliorer l'autogestion des comportements chez des adultes atteints d'arthrite rhumatoïde précoce, mais elle n'a pas eu d'effet sur l'état fonctionnel ou l'état de santé mesuré lors du suivi effectué deux ans plus tard. (Évaluation critique d'un article scientifique — commentaire). *Actualités ergothérapeutiques*, 7. Disponible à : <http://www.caot.ca//default.asp?pageid=1295>.

Version imprimée

Devitt, R. (2005). Une brève intervention ergothérapeutique a permis d'améliorer l'autogestion des comportements chez des adultes atteints d'arthrite rhumatoïde précoce, mais elle n'a pas eu d'effet sur l'état fonctionnel ou l'état de santé mesuré lors du suivi effectué deux ans plus tard. (Évaluation critique d'un article scientifique — commentaire). *Actualités ergothérapeutiques*, 7, 11-12.

Citation dans le corps du texte

Devitt (2005)

(Devitt, 2005)

Résumé structuré

Pour les citations ou les paraphrases directes du matériel, utiliser le titre descriptif suivi immédiatement de : (Évaluation critique d'un article scientifique — résumé structuré). Il est recommandé, lorsque l'on cite de l'information en lien avec l'article original, d'obtenir l'article original pour le vérifier plutôt que de se fier strictement au résumé structuré. Si cela n'est pas possible, il faut s'assurer d'utiliser une citation du texte qui se rapporte à l'article original.

Exemple :

Version en ligne

Letts, L. (2005). Une brève intervention ergothérapeutique a permis d'améliorer l'autogestion des comportements chez des adultes atteints d'arthrite rhumatoïde précoce, mais elle n'a pas eu d'effet sur l'état fonctionnel ou l'état de santé mesuré lors du suivi effectué deux ans plus tard. (Évaluation critique d'un article scientifique — résumé structuré). *Actualités ergothérapeutiques*, 7. Disponible à : <http://www.caot.ca//default.asp?pageid=1295>.

Version imprimée

Letts, L. (2005). Une brève intervention ergothérapeutique a permis d'améliorer l'autogestion des comportements chez des adultes atteints d'arthrite rhumatoïde précoce, mais elle n'a pas eu d'effet sur l'état fonctionnel ou l'état de santé mesuré lors du suivi effectué deux ans plus tard. (Évaluation critique d'un article scientifique — résumé structuré). *Actualités ergothérapeutiques*, 7, 11-12.

Citation dans le corps du texte :

Étude de Hammond, Young, et Kidao (tel que cité dans Letts, 2005)

Célébrer les forces des consommateurs autochtones : Consultation et partenariats communautaires

Alison Gerlach



En tant que consommateurs de services de santé, les personnes autochtones¹ reconnaissent que le respect culturel, les relations fondées sur la confiance et la prise de décisions en collaboration sont des éléments importants des interactions positives avec des professionnels de la santé (Browne et Fiske, 2001). Ces éléments ont orienté l'auteure de cet article lors de la rédaction en collaboration du document *A Guide for Culturally-Focused Early Intervention Therapy Programs for Aboriginal Children and Families in British Columbia* (Gerlach et Zeidler, 2004). Ce guide a été rédigé par des professionnels de la santé non-autochtones, à l'intention des consommateurs autochtones qui sont intéressés à en apprendre davantage sur les programmes d'intervention précoce.

Consultation communautaire

Le besoin de rédiger cette publication a été reconnu par la B.C. Aboriginal Child Care Society (BCACCS), un organisme de bienfaisance à but non-lucratif. Les membres de cette société avaient le sentiment que ce serait une façon de partager avec d'autres communautés autochtones « les leçons apprises » lors de partenariats communautaires positifs établis entre différentes cultures. Bien que les deux auteures de ce guide, dont l'une est ergothérapeute et l'autre orthophoniste, aient collaboré pendant de nombreuses années avec des collègues et des clients autochtones, elles étaient très conscientes de l'influence possible de leurs propres idées préconçues et préjugés inconscients. La consultation communautaire effectuée auprès des fournisseurs de soins de santé généraux et en pédiatrie offrant des services à la population autochtone de la Colombie-Britannique a été dirigée par la BCACCS; cette consultation a été un élément fondamental dans la réussite de ce projet. Elle a permis d'examiner attentivement et de discuter des croyances sur la pratique et le langage pouvant entraîner des préjugés culturels. Ceci a permis de veiller à ce que la publication soit non seulement respectueuse au plan culturel, mais également significative pour les communautés qui devraient éventuellement établir des partenariats avec des professionnels offrant des interventions précoces. Le guide a été financé par le B.C. Ministry of Child and Family Development, par l'intermédiaire de la BCACCS.

Pertinence culturelle

Pour veiller à ce que le guide soit pertinent et significatif pour les enfants et les familles et ce, dans leurs propres communautés, des histoires fictives ont été rédigées de manière à appuyer la forte tradition orale qui est à la base de la culture autochtone (Ing,

1991). Les histoires ont été écrites à la première personne et elles témoignent d'expériences fictives vécues par des membres de familles et des collègues ayant reçu des interventions thérapeutiques précoces et par des professionnels de la santé, notamment des ergothérapeutes, des orthophonistes et des physiothérapeutes. L'authenticité du langage et du contenu a été examinée, adaptée et approuvée explicitement par l'intermédiaire d'un processus de consultation communautaire.

Afin d'éviter les préjugés culturels créés par les pratiques de santé occidentales qui ont tendance à catégoriser les gens en fonction de leurs problèmes et déficits (Vraniak, 1997), les auteures ont rarement utilisé des diagnostics dans les histoires et, le cas échéant, ils ont été utilisés avec beaucoup de prudence. L'exception à cette règle a été la décision de rédiger l'histoire fictive d'un enfant atteint du syndrome alcoolique foetal (SAF). Comme les membres du comité de consultation communautaire connaissaient l'incidence élevée de ce diagnostic au sein des collectivités autochtones, ils souhaitaient que les consommateurs autochtones en apprennent davantage sur le rôle possible des services d'intervention thérapeutique précoce.

Liens culturels

Pendant la rédaction du guide, les auteures ont examiné comment leurs propres croyances sur l'intervention précoce centrée sur la famille ont été transformées tout au long de leur collaboration avec des enfants, des familles et des collègues autochtones. Elles ont jugé qu'il était important de suggérer aux lecteurs autochtones des façons dont ils pourraient faire preuve de leadership pour aider les professionnels offrant une intervention thérapeutique précoce à prodiguer des services significatifs et respectueux de la culture et de la communauté des lecteurs. Cette croyance a été reconnue par le comité de consultation communautaire et elle est devenue une caractéristique clé de la publication. Les concepts clés du cadre de travail centré sur la famille (Rosenbaum, King, Law et Evans, 1998) ont été présentés dans un contexte significatif, illustré par une « histoire personnelle » fictive et par un « lien culturel ». La Figure 1 présente le concept « tous les membres de la famille sont valorisés », à travers une « histoire » et un « lien culturel ».

Expertise à titre de résident

Les descriptions des liens culturels ont amené les consommateurs à réfléchir au rôle qu'ils pouvaient jouer pour aider les professionnels de la santé à devenir des partenaires de la communauté. Les différences possibles entre les valeurs et les croyances culturelles sur la famille, sur les façons d'élever un enfant ayant des besoins particuliers en matière de santé, sur la prise de décisions et sur le langage ont été mises en relief de

¹ L'auteure a utilisé le terme « autochtone » plutôt que « Premières Nations » car il témoigne du choix terminologique des membres du comité de la consultation communautaire effectuée dans le cadre de ce projet.

Figure 1

Cet extrait tiré du guide montre comment le concept « tous les membres de la famille sont valorisés » est présenté comme une « histoire » et un « lien culturel ».

WHAT ARE THE CORE VALUES OF EARLY INTERVENTION THERAPY?

► **ALL FAMILY MEMBERS ARE VALUED**
Early intervention therapy that is family-centered values the needs of the family as a whole and supports a collaborative approach towards healthy children and families.

Circles of Support
One of our families has an 18-month-old boy with a developmental delay. We have been helping the Speech-Language Pathologist (SLP) connect with mom to support Dawson at home. We all think that he is doing really well. Dawson is the youngest child in a blended family and he has sisters and a brother who are teenagers and are around a lot after school and sometimes on weekends. They have lots of energy and are always playing with Dawson. We told the SLP about Dawson's older sisters and brother. We talked together with mom and decided that we could set up some times to get together after school so that the older children could find out about more ways to play with Dawson and help him learn.


An early intervention therapist may inadvertently view 'family' and 'parenting' in relation to their own cultural beliefs and practices (Llewellyn, 1994). They need to be aware of the important role that extended family members may play in a child's daily life, and be ready to involve other members of the family in early intervention therapy.

CULTURAL CONNECTION:

Aboriginal values and practices around family life may be very different from those of a non-Aboriginal early intervention therapist whose view of 'family' has likely been based on a western nuclear family model. Much of this cultural knowledge is implicit and non-Aboriginal people may be unaware that members of Aboriginal communities do not share this western family model.


Can you or someone in your community provide information on:

- The high value traditionally placed on the extended family;
- The role of grandparents and Elders in caring for children and passing on traditional beliefs and values;
- Family stories, origin stories and legends;
- Games and songs for language practice and recovery, and
-



► **FAMILY MEMBERS ARE THE EXPERTS ON THEIR CHILDREN**
Families are the constant in their children's lives and know their children best. Early intervention therapy that is family-centred respects that parents and extended family members are knowledgeable about their children.

6



cette façon. Le guide a également été rédigé pour encourager les consommateurs à valoriser leur propre expertise à titre de résident, et à développer ainsi des partenariats, des connaissances et des compétences durables au sein de la communauté.

En raison de la situation éloignée et de la diversité socioculturelle de nombreuses communautés autochtones, on constate fréquemment l'existence d'une « distance sociale » entre les professionnels de la santé et les communautés autochtones; mais il existe également une réelle distance géographique. Ainsi, les pratiques thérapeutiques des auteures ont évolué vers des pratiques dans lesquelles la communauté à part entière devient le « client ». L'une des grandes forces de leur rôle au sein d'une équipe interdisciplinaire d'intervention précoce à base communautaire est d'encourager les initiatives durables et communautaires dirigées par des membres de la communauté.

Les membres du comité de consultation communautaire ont proposé le terme « expertise à titre de résident » comme un élément clé pour toutes les communautés autochtones, en particulier celles qui ont peu de contact avec des programmes de santé offrant des interventions précoces. Les « liens culturels » ont ainsi été approfondis pour amener les consommateurs à réfléchir aux forces et aux ressources présentes dans leur communauté et aux façons dont ces dernières pouvaient être rehaussées si des partenariats devaient être initiés et établis avec des professionnels de la santé.

Compétence culturelle

Les familles des enfants autochtones ayant des besoins particuliers en matière de santé ont ciblé les connaissances culturelles et le respect comme des éléments essentiels que doivent posséder tous les professionnels de la santé travaillant auprès de leurs enfants (Gerlach, 2003). Les auteures étaient pleinement conscientes de la responsabilité qu'ont les ergothérapeutes, à titre individuel, de devenir des apprenants actifs et curieux de la culture et de l'histoire des autochtones (en particulier, au sujet du régime des pensionnats). Cependant, elles voulaient aussi que les consommateurs autochtones puissent jouer un rôle actif dans ce processus d'apprentissage continu. Grâce à un processus de consultation et une réflexion profonde des auteures, des « liens culturels » ont également été établis afin de remettre du pouvoir au consommateur dans ce processus d'apprentissage. Comment les consommateurs pouvaient-ils aider les thérapeutes à en apprendre davantage sur les forces et les croyances culturelles de leur communauté, sur la santé et la guérison et sur les façons de s'engager plus activement dans l'étude du contexte unique dans lequel leurs services sont offerts?

Réflexion

L'expérience vécue par l'auteure tout au long du processus de rédaction a raffermi sa croyance selon laquelle l'apprentissage de la culture autochtone et l'établissement de partenariats équitables avec les communautés autochtones sont des occasions inestimables pour examiner si les valeurs et les croyances de notre profession sur la pratique sont teintées de préjugés culturels. Cette expérience a également été une occasion d'envisager comment nous devons transformer nos pratiques afin d'offrir des services authentiques et centrés sur la famille, qui respectent à la fois les forces et les besoins réels des familles et des communautés autochtones.

Exemplaires du guide

Il est possible de commander le livre *A Guide for Culturally-Focused Early Intervention Therapy Programs for Aboriginal Children and Families in British Columbia* à l'adresse suivante :

BC Aboriginal Child Care Society
708-100 Park Royal South
West Vancouver, BC V7T 1A2
Téléphone : (604) 913-9128
Télécopieur : (604) 913-9129

Il est également possible de télécharger une version PDF de la publication sur le site web de la société, à :

<http://www.acc-society.bc.ca>.

Références

- Browne, A. J., et Fiske, J. (2001). First Nations women's encounters with mainstream health care services. *Western Journal of Nursing Research*, 23, 2, 126-147.
- Gerlach, A., (2003). *Cultural issues and Canadian Aboriginal families: Implications for collaboration*. Thèse de maîtrise non publiée.
- Gerlach, A., et Zeidler, D. (2004). *A Guide for Culturally-Focused Early Intervention Therapy Programs for Aboriginal Children and Families in British Columbia*. B.C. Aboriginal Child Care Society, ISBN: 0-9687594-4-0.
- Ing, R. N. (1991). *The effects of residential schools on Native child-rearing practices*. *Canadian Journal of Native Education*, 18, 65-118.
- Rosenbaum, P., King, S., Law, M., King, G., et Evans, J. (1998). Family-centred service: A conceptual framework and research review. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 18, 1-20.
- Vraniak, D. (1997). Mapping contexts for supporting American Indian families of youth with disabilities. *Families, Systems and Health*, 15, 3, 283-302.

Le cadre canadien pour une pratique éthique de l'ergothérapie sera publié en 2006

Jean-Pascal Beaudoin

Le forum sur une question professionnelle, qui a eu lieu le 27 mai dans le cadre du Congrès 2005 de l'ACE à Vancouver, en Colombie-Britannique, a donné aux membres de l'ACE et à d'autres participants l'occasion de découvrir et de critiquer le modèle proposé pour une pratique éthique de l'ergothérapie. *Le cadre canadien pour une pratique éthique de l'ergothérapie* a été bien accueilli et sera publié en 2006, lorsque les commentaires et réactions émis lors du forum seront intégrés et que la publication aura été soumise aux processus courants de révision. Le cadre sera affiché sur le web et il sera disponible en anglais et en français.

En janvier 2004, l'ACE amorçait le processus de révision de son code de déontologie. L'Association voulait que le code soit conforme aux objectifs stratégiques de l'organisme, qu'il soutienne les pratiques exemplaires des ergothérapeutes et qu'il oriente leur développement professionnel. L'ACE souhaitait élaborer un outil qui entraînerait une pratique plus réflexive. S'appuyant en partie sur les travaux de David Seedhouse (1998) sur l'éthique, le comité des membres de l'ACE a commencé à travailler sur un cadre à l'appui des pratiques ergothérapeutiques exemplaires en matière d'éthique au Canada, avec la collaboration inestimable de Margaret Brockett et de Ron Dick, des experts du domaine de l'éthique.

Le cadre proposé comprend une nouvelle série de directives pour aider les ergothérapeutes à réfléchir de manière éthique à leur pratique quotidienne. Le cadre comprend un modèle éthique basé sur le modèle personne, environnement, occupation (Law et al., 1996), ainsi qu'un guide pour orienter la réflexion personnelle et la prise de décisions. Ce cadre tente d'établir un rapprochement entre les aspects légaux de la pratique et les aspects liés à la réflexion et à l'empathie dans la pratique. Il est à souhaiter que ce cadre deviendra un outil que les ergothérapeutes pourront utiliser pour mieux comprendre et traiter les situations de plus en plus complexes qu'ils vivent dans leur pratique quotidienne.

Forum sur une question professionnelle

Plus de 45 ergothérapeutes ont participé à ce forum interactif. Le forum a commencé avec les présentations de Margaret Brockett et de Ron Dick, accompagnées des commentaires de Jean-Pascal Beaudoin, président du comité des membres de l'ACE et de Kathy Corbett, présidente de l'Association canadienne des organismes de réglementation en ergothérapie. À travers les discussions en grands et petits groupes et les exercices

individuels de réflexion, les participants en ont appris davantage sur le cadre proposé et le guide d'accompagnement et ils ont exprimé des réactions et des commentaires judicieux.

Avec la publication du *Cadre canadien pour une pratique éthique de l'ergothérapie*, les ergothérapeutes découvriront un outil facile d'utilisation proposant des stratégies et de l'information sur des ressources qui favoriseront la réflexion et la prise de décisions relatives aux questions d'éthique soulevées dans les milieux de travail. Ce cadre permettra aux professionnels d'approfondir leurs propres connaissances éthiques, de développer leur raisonnement clinique et leurs habiletés pour la résolution de problèmes, d'améliorer les résultats et la satisfaction des clients face aux services et de rehausser la qualité de la prestation des services d'ergothérapie.

Jean-Pascal Beaudoin est le président actuel du comité des membres de l'ACE; les autres membres de ce comité sont : Lara Haddad, José Lévesque et Karine Moreau, de même que Diana Aarons et Donna Klaiman, membres du personnel de l'ACE.

Références

- Law, M., Cooper, B. A., Strong, S., Steward, 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.
- Seedhouse, D. (1998). *Ethics: The Heart of Health Care* (2nd ed.). Rexdale, ON: John Wiley and Sons.

Répertoire de thèses

Une masse d'information est consignée dans les thèses de maîtrise et de doctorat qui sont facilement ou difficilement accessibles. L'ACE aimerait rassembler de l'information sur les thèses ayant été défendues avec succès par des ergothérapeutes au cours des cinq dernières années.

Veillez prendre quelques minutes pour afficher votre

information et n'hésitez pas à inviter d'autres personnes à le faire. Visitez le www.caot.ca et inscrivez-vous dans le Chercheur de formation en ergothérapie, en sélectionnant « thèse » sous la rubrique type de ressource. Pour toute autre question, veuillez communiquer par courriel à otnow@caot.ca

Activity in psychosocial occupational therapy: An exploratory study of therapists' perceptions

S.E. Hayman (Moll) (molls@mcmaster.ca)

1993; MSc – The University of Western Ontario

A comparison of male and female performance on the Assessment of Motor and Process Skills

Leslie J. Duran (leslie.duran@viha.ca)

1995; MSc – Colorado State University

An experimental study of hypnotically solicited recall and the search for the "error prone" individual

Beverlea K. Tallant (beverlea.tallant@mcgill.ca)

1994; Doctor of Philosophy (Psychology)

Concordia University

A screening/referral instrument for school-based occupational therapy: An item validation study

Anu Tirrul-Jones (tirruljones@shaw.ca)

1991; MSc – University of Alberta

Bridging that gap: Occupational therapist experiences of client-centred practice

William B. Mortenson (ben.mortenson@vch.ca)

2002; MSc – University of British Columbia

Client-centred care means I am a valued human being

Deborah J. Corring (Deb.Corrington@sjhc.london.on.ca)

1996; MSc – The University of Western Ontario

Continuing professional education: Is it effective? An exploration of how occupational therapists implement the Assessment of Motor and Process Skills into existing practice

Gill Chard (gill.chard@ualberta.ca)

2003; PhD – St Martin's College, Lancaster University, UK

Evaluation and retraining of driving skills in clients with stroke

Barbara Mazer (barbara.mazer@mcgill.ca)

2001; McGill University

Évaluation des effets liés à la participation à un groupe de soutien pour les proches de personnes atteintes de troubles alimentaires selon une approche pluraliste

Genevieve Pepin (Genevieve.Pepin@rea.ulaval.ca)

2004; PhD médecine expérimentale spécialisation adaptation-réadaptation et évaluation de programme – Université Laval

Feeling Pain: Social representations of repetitive strain injury

Lilian Magalhaes (lilicavm@yahoo.ca)

1998; PhD – UNICAMP State University of Campinas, Brazil

In the name of science: The effects of the clinical guidelines movement on the autonomy of the medical profession in Ontario

Susan G. Rappolt (s.rappolt@utoronto.ca)

1996; PhD – University of Toronto

It's all about me: Subtle change through personal mastery

Mark Blandford (mark.blandford@viha.ca)

2005; MA Leadership & Training – Royal Roads University

L'identification des facteurs qui vont favoriser la participation sociale des adultes présentant des séquelles de traumatisme crânio-cérébral

Claire Dumont (Claire.Dumont@rea.ulaval.ca)

2003; PhD – Université Laval

Occupational therapists' use of cognitive assessments with older adults: A Canadian survey

Alison Douglas (Alison.Douglas@ualberta.ca)

2005; MScOT – University of Alberta

Participation in paid and unpaid work by adults with rheumatoid arthritis

Catherine L. Backman (backman@interchange.ubc.ca)

2001; PhD – University of British Columbia (Department of Health Care & Epidemiology)

suite à la page 22



Nouvelles initiatives de l'ACE

L'ACE a le plaisir d'annoncer le financement de deux importantes initiatives.

Projet sur l'intégration de la main-d'oeuvre

Financé par un montant de 369 000 \$ accordé par le Programme de reconnaissance des titres de compétences étrangers du Canada, le Projet sur l'intégration de la main-d'oeuvre a commencé en mai 2005 et se poursuivra jusqu'en octobre 2006.

Ce projet a été mis sur pied pour réagir au fait qu'un nombre important de personnes ayant reçu leur formation en ergothérapie à l'étranger ont de la difficulté à s'intégrer à la main-d'oeuvre au Canada. Par conséquent, il s'agit d'une perte de main-d'oeuvre, à une période où le Canada fait face à une demande élevée de services d'ergothérapie et à une pénurie d'ergothérapeutes. Le but du Projet sur l'intégration de la main-d'oeuvre est de dresser un tableau complet des facteurs qui favorisent ou défavorisent l'intégration des diplômés en ergothérapie ayant été formés à l'étranger; il s'agit d'une composante importante de la stratégie générale en matière de ressources humaines en ergothérapie au Canada.

Les rapports concernant ce projet seront transmis aux membres au moyen de rapports publiés dans les Actualités ergothérapeutiques, sur le site web de l'ACE et lors du Congrès 2006 à Montréal. Les résultats du projet permettront d'émettre des recommandations en vue de traiter les problèmes ciblés.

Pour en savoir davantage, prière de communiquer par courriel avec Pamela Burnett Hicks, coordonnatrice du Projet sur l'intégration de la main-d'oeuvre, à pburnett@caot.ca.

LE SAVIEZ-VOUS?

Au cours des cinq dernières années, l'ACE et différents partenaires ont reçu plus de 11,3 millions de dollars en subventions pour réaliser des projets spéciaux. Ces projets nous permettent de promouvoir l'excellence en ergothérapie et d'établir de solides partenariats.

Stabilité, habileté et force

Le projet Stabilité, habileté et force est parrainé conjointement par l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) et le Programme d'ergothérapie de l'Université d'Ottawa. Le projet est financé par le Fonds pour la santé de la population de Santé Canada, de septembre 2005 à juin 2008.

Dans le cadre de ce projet, on élaborera un modèle de soutien à la suite d'une chute ainsi que des éléments de stratégie pour les aînés ayant été victimes d'une chute, afin de les aider à maintenir ou à recommencer à participer à des activités significatives à la maison et dans la communauté. Le projet traitera de la crainte de tomber, de même que des facteurs de risques personnels, environnementaux et associés aux activités, qui sont liés aux chutes subséquentes, de même que des stratégies possibles pour recommencer à réaliser des occupations quotidiennes en toute sécurité, à la suite d'une chute.

Un modèle de développement communautaire basé sur la participation volontaire de personnes âgées sera utilisé afin de mettre sur pied des services de soutien à la suite d'une chute. Les séquelles émotives et sociales découlant des chutes seront abordées au moyen de l'apprentissage par les pairs et par l'intermédiaire de groupes d'entraide et d'une collecte de ressources. Des aînés animeront les groupes de soutien à la suite d'une chute qui auront pour but d'inspirer et de motiver les aînés ayant été victimes d'une chute. La collecte de ressources, qui s'inspirera de l'information recueillie dans le cadre du projet Des outils pour vivre en santé 2001-2003, permettra de fournir aux aînés, aux soignants et aux professionnels de la santé de l'information relative au soutien à la suite d'une chute. Un manuel à l'intention des animateurs sera aussi élaboré pour aider les collectivités et les aînés à mettre sur pied des groupes de soutien à la suite d'une chute. Le modèle de soutien à la suite d'une chute sera mis à l'essai à trois sites pilotes à travers le Canada. Le modèle, le manuel et les ressources seront distribués aux partenaires communautaires et aux organismes régionaux, provinciaux et fédéraux.

Pour obtenir de plus amples renseignements, prière de communiquer avec Mary Lou Boudreau, gestionnaire de projet, à boudreauml@cogeco.ca.



Campagne de sensibilisation pancanadienne sur la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires

La campagne de sensibilisation pancanadienne de l'ACE sur la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires a été lancée le 20 octobre 2005. Le but de cette campagne de deux ans est de promouvoir une réforme de la santé axée sur la collaboration interdisciplinaire. La campagne a aussi pour but de faire reconnaître l'ergothérapie comme un service essentiel des soins de santé primaires offerts dans les domiciles, les milieux de travail et les milieux scolaires et communautaires, dans les domaines de la santé mentale et physique et des soins en fin de vie.

L'ergothérapie est une profession de la santé qui vise à promouvoir la santé et le bien-être par l'occupation. Le principal objectif de l'ergothérapie est de donner à chacun la possibilité de prendre part aux activités quotidiennes. Les ergothérapeutes atteignent cet objectif en aidant les gens à accomplir les choses qui leur permettront de mener une vie significative ou en modifiant l'environnement pour favoriser leur participation.

L'ACE travaille avec l'Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires (ACIS) (visiter le <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=1170>) et l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM) (visiter le <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=1172>) dans le cadre des stratégies de gestion du changement. Ces deux initiatives sont financées par l'intermédiaire d'ententes de contribution avec le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada.

L'ACE dirige cette campagne avec l'aide d'un groupe de tra-

vail formé de représentants des sociétés ou associations provinciales en ergothérapie, des organismes de réglementation en ergothérapie, des syndicats professionnels et des enseignants en ergothérapie et des éducateurs du personnel auxiliaire en ergothérapie. Le groupe de travail fera des recommandations concernant le déroulement et la surveillance de la campagne et fera la promotion de la campagne auprès de ses membres.

Tous les ergothérapeutes, les membres du personnel auxiliaire en ergothérapie et les étudiants en ergothérapie au Canada peuvent participer à titre de bénévoles. Les bénévoles représentent la profession auprès de politiciens, de décideurs, de professionnels de la santé et de groupes communautaires clés.

L'ACE appuiera le travail des bénévoles à l'aide des ressources suivantes :

- Matériel de la campagne disponible en ligne
- Séance de formation d'une heure sur la représentation
- Ressources additionnelles et soutien téléphonique
- Groupe de discussion sécuritaire en ligne où les bénévoles peuvent échanger sur leur expérience et partager de l'information
- Surveillance de la campagne pendant toute sa durée
- Évaluations à la moitié et à la fin de la campagne et présentation d'un rapport des résultats aux bénévoles
- Reconnaissance officielle de la participation et des réalisations des bénévoles à la fin de la campagne

Pour obtenir de plus amples renseignements, composez le (800) 434-2268, poste 229 ou faites parvenir un courriel à : Donna Klaiman.

Félicitations!

Micheline Saint Jean, présidente du comité d'agrément des programmes universitaires a plaisir d'annoncer que le statut d'agrément a été accordé aux programmes de formation en ergothérapie des universités suivantes :

Queen's University

Novembre 2004 - 2009

University of Manitoba

Mars 2005 - 2010



Le mois de l'ergothérapie 2005

Merci à toutes les personnes qui ont organisé et participé aux événements en vue de rehausser le profil de l'ergothérapie. Beaucoup plus de gens connaissent maintenant le rôle de l'ergothérapie dans la création de communautés favorables à l'intégration de tous.

Une nouvelle ressource d'apprentissage de l'ACE

Vous êtes à la recherche d'un atelier pour rehausser vos compétences professionnelles? Vous avez une ressource dont vous souhaitez faire la promotion? Le tout nouveau Chercheur de formation en ergothérapie de l'Association canadienne des ergothérapeutes offre une solution à étape unique à l'intention des personnes qui cherchent ou qui offrent des ressources en formation professionnelle continue à l'intention des ergothérapeutes au Canada.

Le Chercheur de formation en ergothérapie est situé sur le site web de l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE), au www.caot.ca; il s'agit d'un service gratuit, par l'intermédiaire du web, qui affichera des listes de ressources offertes par des fournisseurs canadiens et internationaux.

Les ergothérapeutes à la recherche de ressources peuvent chercher à partir de mots clés, de la langue, du lieu, du prix, du type de ressource et selon que la ressource est reconnue ou non par l'ACE. Utile à la fois pour les ergothérapeutes et les organismes offrant des ressources, la banque de données permettra de promouvoir des ressources auprès des ergothérapeutes à travers le Canada. Les fournisseurs peuvent inscrire leurs ressources au moyen d'un simple processus d'inscription en ligne, sans frais pour les ressources gratuites. Il est également possible de faire une demande afin que la ressource soit reconnue par l'ACE.

L'ACE invite les organismes intéressés à inscrire des cours, ateliers, livres, articles, rapports, etc. pouvant aider les ergothérapeutes à rehausser leurs connaissances ou leurs compé-

tences professionnelles. Les membres de l'ACE peuvent obtenir un rabais pour inscrire leurs ressources.

Le Chercheur de formation en ergothérapie a été conçu par l'ACE, en collaboration avec d'autres organismes en ergothérapie, dont les suivants :

- Association canadienne des programmes universitaires en ergothérapie (ACPUE)
- Association canadienne des organismes de réglementation en ergothérapie (ACORE)
- Fondation canadienne d'ergothérapie (FCE)
- Professional Alliance of Canada (PAC)

Pour en savoir davantage :

Visiter le site web de l'ACE au www.caot.ca et cliquer sur le Chercheur de formation en ergothérapie.

Coordonnées :

Général :

Courriel : advertising@caot.ca ou composer le (800) 434-2268, poste 232

Pour faire une demande afin que la ressource soit reconnue par l'ACE :

Courriel : education@caot.ca ou composer le (800) 434-2268, poste 231

Répertoire de thèses (suite de la page 19)

Personal contributions to the cost of long term care: Policy differences and their impact on community-dwelling spouses

Robin Lee Stadnyk (rstadnyk@dal.ca)

2005; PhD Public Health Sciences – University of Toronto

Playfulness in children with an acquired brain injury: A preliminary study

Patricia Mortenson (pmortenson@cw.bc.ca)

2003; MSc – University of British Columbia

Profile of Community Therapy Services Inc. Clients receiving occupational therapy and physiotherapy through the Winnipeg Regional Health Authority Home Care Program

Barbara L. Siemens (bsiemens@ctsinc.mb.ca)

2004; MSc – University of Manitoba

The effect of aging on long-term outcomes following traumatic brain injury

Rachel Devitt (rachel.devitt@utoronto.ca)

2003; MSc Rehabilitation Science – University of Toronto

The orientation of Ontario's health professions

Susan G. Rappolt (s.rappolt@utoronto.ca)

1990; MSc – University of Toronto

Those children accepted to treatment at the Anna Freud Centre and those not: Are there significant differences between the two groups?

Corinne Gula

1995; MSc – Psychoanalytic Developmental Psychology

Anna Freud Centre, University College London, UK

Validation of the Synactive Theory of Development: Are body movements in preterm infants signs of stress

Liisa Holsti (lholsti@cw.bc.ca)

2004; PhD – University of British Columbia

Work recovery in schizophrenia

Terry Krupa (krupat@post.queensu.ca)

2000; PhD – Ontario Institute for Studies in Education



Services d'apprentissage de l'ACE

Formation professionnelle continue

COURS ORGANISÉS

CONJOINTEMENT PAR L'ACE

1-3 juin

Congrès 2006 de l'ACE : Occupation et faits scientifiques : assises de notre avenir. Montréal, P.Q. Communiquer avec l'ACE, Tél. 1 (800) 434-2268, poste 228; courriel : conference@caot.ca.

COURS RECONNUS PAR L'ACE

septembre-avril (apprentissage à distance)

1. Modern Management

2. Continuous Quality Improvement for Health Services or 3. Risk Management and Safety in Health Services.

Renseignements : Cheryl Teeter, Canadian Healthcare Association, 17 York St., Ottawa, ON K1N 9J6. Tél. (613) 241-8005, poste 228; Internet : www.cha.ca.

1-2 novembre

Progressive Goal Attainment Program (PGAP) Training Workshop: A new program for minimizing pain-related disability. (en français) in Quebec City, Quebec.

Fournisseur : University Centre for Research on Pain and Disability
Renseignements : Heather Adams, Télécop. (902) 471-7864; Fax : (902) 421-1292; courriel : info@pdp-pgap.com; Internet : www.pdp-pgap.com

3-4 novembre

From Research into Practice. Toronto.

Fournisseur : A collaboration by the Canadian Language & Literacy Research Network, Integra, Learning Disabilities Association of Ontario and Toronto District, OISE/ University of Toronto, The Hospital for Sick Children.
Renseignements : Mary-Gayle Goebel, Tél. : (416) 226-9756; Télécop. (416) 221-9926; courriel : mggoebel@interlog.com.

5-9 avril, 2006

Certificat A-One (Arnadottir Occupational Therapy - ADL Neurobehavioural Evaluation). Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM).

Personne-ressource : Elaine Vachon, Tél : (514) 890-8000, poste 14124; Télécop. (514) 412-7221; courriel : chum_aone@yahoo.ca

9-10 juin 2006

Evaluation and Treatment of Visual Perceptual Dysfunction in Adult Brain Injury: Part I. Wascana Rehabilitation

Centre, Regina, SK. Provider: Regina Qu'Appelle Health Region. Instructrice : Mary Warren MS, OTR. Personne-ressource : Peggy Bacon, Tél. : (306) 766-5613; Télécop. (306) 766-5595; courriel : peggy.bacon@rqhealth.ca

OFFERT SUR UNE BASE CONTINUE

Myofascial Release Seminars:

Myofascial Release I, Myofascial Release II, Fascial-Pelvis Myofascial Release, Cervical-Thoracic Myofascial Release, Myofascial Unwinding, Myofascial Mobilization, Paediatric Myofascial Release. Throughout Canada and the U.S.
Instructeur : John F. Barnes, PT.
Renseignements : Sandra C. Levengood, Myofascial Release Seminars, 222 West Lancaster Avenue, Paoli, PA 19301. Tél. (800) FASCIAL (327-2425); Télécop. (610) 644-1662; courriel paoli@myofascialrelease.com; Internet : www.myofascialrelease.com.

FORMATION À DISTANCE PAR L'INTERMÉDIAIRE DU WEB

Acquire an Expertise in Driving: Evaluation, Adaptation & Retraining. Sept.-Déc., Janvier-Avril; Mai-Août.

Fournisseur : School of Physical and Occupational Therapy at McGill University. Renseignements : Isabelle Gélinas, PhD, 3654, Promenade Sir-William-Osler, Montréal, QC H3G 1Y5. Tél. (514) 398-4514; Télécop. (514) 398-6205; courriel : isabelle.gelinas@mcgill.ca; Internet : www.autoeduc.ca.

DALHOUSIE SERIES

Advanced Research Theory and Methods for Occupational Therapists (OCCU 5030). Instructrice : Dre Brenda Beagan

Community Development for Occupational Therapists (OCCU 5042). Instructrice : Dre Loretta de Rozario

Program Evaluation for Occupational Therapists (OCCU 5043)

Instructrice : Debra Boudreau

Renseignements : Pauline Fitzgerald, School of Occupational Therapy, Dalhousie University, Forrest Bldg., Room 215, Halifax, NS B3H 3J5. Tél. : (902) 494-6351; Télécop. (902) 494-1229; courriel : p.fitzgerald@dal.ca.

COURS NIDMAR

Effective Disability Management

Programs (Module A). Dates : en ligne 9-15 janvier et 27 mars-2 avril 2006.

Legislation and Disability Management (Module I). Dates : en ligne 21 novembre-4 décembre 2005 et 8-14 mai 2006.

Workers' Compensation and Return to Work (Module J). Dates : en ligne 28 novembre-4 décembre.

Insurance and other benefits (Module L). Dates : en ligne 16-22 janvier et 11-16 septembre 2006.

Disability Management in Unionized Organizations (Module N). Dates : en ligne 13-19 février 2006.

Disability Management from a Human Resources Perspective (Module P). Dates : en ligne 7-13 novembre 2005 et 27 février-5 mars 2006.

Marketing and Education in Disability Management and Return to Work

(Module U). Dates : en ligne 5-11 février et 8-14 mai 2006.

Information Management (Module V).

Dates : en ligne 14-20 novembre 2005 et 20-26 février 2006.

Job Analysis (Module E). Dates : en ligne 6-12 mars.

Pour vérifier les dates des cours, rendez-vous sur le site web de l'ACE, au www.caot.ca.

Fournisseur : National Institute of Disability Management and Research (NIDMAR). Renseignements : Heather Persons, NIDMAR, 830 Shamrock Street, Suite 202, Victoria, BC. V8X 2V1. Tél. (604) 736-2578; Télécop. (604) 733-2519; courriel : Heather.Persons@nidmar.ca.

Online Graduate Programs in Rehabilitation Sciences (University of British Columbia and McMaster University). Five courses offered Sept.-

Dec. & Jan.-April each year include: Evaluating Sources of Evidence, Reasoning and Clinical Decision Making,

suite à la page 24

Measurement in Practice, Developing Effective Rehabilitation Programs and Facilitating Learning in Rehabilitation Contexts. Some courses eligible for online masters' programs. Pour connaître les instructeurs, les dates limites, le programme et les détails du cours, visitez le

www.rehab.ubc.ca ou www.fhs.mcmaster.ca/rehab/

Graduate Program in Post-Secondary Studies (Health Professional Education). Memorial University of Newfoundland.

Centre for Collaborative Health Professional Education and Faculty of Education. Tél. (709) 737-3402 ou Télécop. (709) 737-4379; courriel : edugrad@mun.ca; Internet : www.mun.ca/sgs/CPE

Congrès de l'ACE

1er au 3 juin • 2006

Occupation et faits scientifiques : assises de notre avenir



Jean-Louis Denis sera le conférencier d'honneur

N'oubliez pas d'inscrire à votre agenda le Congrès 2006 de l'ACE qui aura lieu à Montréal, du 1er au 3 juin 2006. Ce congrès promet d'être une expérience d'apprentissage agréable! Notre conférencier d'honneur Jean-Louis Denis, professeur titulaire au Département d'Administration de la santé de l'Université de Montréal, lancera le congrès. Monsieur Denis possède plus de 15 ans d'expérience dans la formation des gestionnaires de la santé; il partagera son expertise dans les domaines de l'administration des organisations, de l'évaluation et de la méthodologie de la recherche. Monsieur Denis est l'auteur de nombreuses publications sur le changement stratégique et le leadership et il effectue présentement des recherches sur la réforme des soins de santé primaires, sur la régionalisation des soins de santé et sur le rôle des évidences scientifiques dans l'adoption des innovations cliniques et managériales dans les systèmes de santé.

Cinq ateliers pré-congrès seront offerts

Présentations bilingues

Introduction à l'évaluation et au traitement des troubles de déglutition chez des aînés vivants dans la communauté, par Heather Lambert.

Réadaptation professionnelle à la suite d'un surmenage professionnel ayant été diagnostiqué : Le rôle potentiel de l'ergothérapeute, par Louis Trudel et Micheline Saint-Jean.

Le rôle de l'ergothérapeute dans le dépistage/l'évaluation et le réapprentissage des aptitudes à la conduite automobile, par Dana Benoît.

En anglais seulement

The Ludic model or rediscovering the richness and power of play in occupational therapy, par Francine Ferland.

En français seulement

Utilisation de l'Internet pour intégrer à sa pratique clinique les récents résultats de la recherche, par Marie-José Durand et Brigitte Vachon.

Surveillez régulièrement la section consacrée au Congrès 2006, au www.caot.ca, où d'autres renseignements seront affichés prochainement!



Nouvelles de la Fondation



Fonds Isobel Robinson pour la recherche en histoire

Isobel Robinson a célébré son 90e anniversaire de naissance le 1er juillet dernier. Elle a obtenu son diplôme en ergothérapie à l'University of Toronto en 1939 et, en 1996, elle recevait un baccalauréat en arts de la McMaster University.

Après avoir obtenu son diplôme du programme d'ergothérapie, elle a travaillé au Ontario Hospital de Toronto pendant trois ans. Elle a ensuite com-

mencé à enseigner à l'University of Toronto en 1943. Isobel a été directrice du département d'ergothérapie de 1967 à 1981. Après sa retraite en 1981, elle

est devenue présidente du comité des archives de l'ACE, a été la récipiendaire du prix commémoratif Muriel Driver et a reçu un doctorat honorifique de l'University of Alberta. Le Fonds Isobel Robinson pour la recherche en histoire a été créé en 2004, afin d'honorer ses réalisations dans le domaine de l'ergothérapie. Des contributions peuvent être faites en tout temps.

Félicitations aux gagnants des subventions de recherche de 2005!

Lynn Shaw

Subvention de recherche en ergothérapie à base communautaire (5 000 \$)

Lori Letts, Lili Liu, Debbie Laliberte Rudman

Subventions pour des analyses critiques de la littérature (5 000 \$ chacune)

Claire Dumont

Subvention de recherche de la FCE (5 000 \$)

Annette Rivard

Subvention de recherche de la FCE (2 000 \$)

N'oubliez pas de faire la mise à jour de vos coordonnées et de vos renseignements personnels



La FCE apprécierait grandement que vous informiez Sandra Wittenberg de tout changement à apporter à vos renseignements personnels et vos coordonnées. On peut joindre Sandra par courriel à : swittenberg@cotfcanada.org ou par téléphone, au 1 (800) 434-2268, poste 226.

Votre appui est précieux pour la FCE!

La FCE remercie sincèrement les personnes, entreprises et organismes suivants pour leur généreux soutien financier, pour la période du 1er mai au 31 août 2005.

Association canadienne des
ergothérapeutes

Sheila Banks

Sue Baptiste

Gillian Barr

Doreen Bartlett

Beata Batorowicz

BC Children's and Women's
Hospital (en services
non financiers)

Donna Beer

Melanie Blake

Melissa Bock

Giovanna Boniface

Lena Borell

Daniel Bourbonnais

Jane Bowman

Sandra Bressler

Sharon Brintnell

Maria (Czar) Briones

British Columbia Society of

Occupational Therapists

(en services non financiers)

Cary Brown (en services non
financiers)

Wendy Bryant

Jenny Butler

Deb Cameron

Craig Cameron/N.C.

Cameron and Sons

(en services non financiers)

Donna Campbell

Anne Carswell

Sarabjeet Charchun

Gill Chard

Rekha Chhatre

Judith Clachrie

Mary Clark Green

Lynn Cockburn

Donna Collins

Community Therapists Inc.

(en services non financiers)

Barbara Cooper (en services

non financiers)

Katherine Corbett

Joseph A. Corcoran

Deborah Corring

Jane Cox

Joanna Crabb

Heather Cutcliffe

Cygnat Orthotic Rings (en
services

non financiers)

Lori Cyr

Pat Darling

Sandy Daughen

Elizabeth Demetriou

Johanne Desrosiers

Randy Dickinson (en services

non financiers)

Mary Dinsdale

Alison Douglas

Claire-Jehanne Dubouloz-

Wilner

suite de la page 25

Lynda Dunal (en services non financiers)	financiers)	non financiers)	Amy Spier (en services non financiers)
Andrea Duncan	Sangita Kamblé	Linda Norton	Beryl Steeden
Kim Durlacher (en services non financiers)	Louise Kelsey (en services non financiers)	Barbara O'Shea	Helena Steinmetz
Elisabeth Dutil	Lorian Kennedy	Kathy Obright	Marlene Stern
Mary Edwards	Deborah Kennett	Daphne O'Young (en services non financiers)	Debra Stewart
Mary Egan	Helen Kerr	Simon Dutil-Paquette (en services non financiers)	Meghan Steward (en services non financiers)
Tamra Ellis	Bonnie Kirsh	Penny Parnes (en services non financiers)	Margaret Stuart
Patricia Ennals	Donna Klaiman (en services non financiers)	Norma Perkal	Thelma Sumsion
Particia Erlendson	Lisa Klinger	Francine Perkal-Scott	Melinda Suto
Marilyn Ernest-Conibear	Sue Kozak (en services non financiers)	Pauline Perron	Fern Swedlove
Penny Evenden	Stephen Kuyltjes	Huguette Picard	Beverlea Tallant
Fi-Mo Toys (en services non financiers)	Debbie Lalibertie-Rudman	Jan Miller Polgar	The Home Medical Shop (en services non financiers)
Dianna Fong-Lee	Jennifer Landry	Elizabeth Pooley	Cathie Tan (en services non financiers)
Donna Foote	Anne Larson	Pride Mobility/Quantum	Rebecca Timbeck
Ellie Fossey	Mary Law	Rehab (en services non financiers)	Jean Tom (en services non financiers)
Andrew Freeman	Leanne Leclair	Prince Edward Island Occupational Therapy Society (en services non financiers)	Brendan Tompkins
Judith Friedland	Lori Letts	Purdy's Chocolates (en services non financiers)	Margaret Tompson
GF Strong Rehab Centre (en services non financiers)	Josée Lévesque	Karen Randall	Elizabeth Townsend
Julie Gabriele	Life Mark Occupational Therapy Associates (en services non financiers)	Susan Rappolt	Manon Tremblay
Jayne Garland	Nancy Lok (en services non financiers)	Karen Rebeiro Gruhl	Barry Trentham
Susan Garret	Angela Louie	Beth Reid	Suzanne Turnbull
Shahnaz Garousi	Laura MacGregor	Denise Reid	Sarah Turner
Janice Gauthier	Margot MacKay (en services non financiers)	Lorna Reimer	United Way of the Lower Mainland
Rebecca Gewurtz	Joyce MacKinnon	Tracy Rempel	Université de Montréal, Département d'ergothérapie (en services non financiers)
Karen Goldenberg	Dianna Mah-Jones (en services non financiers)	Gayle Restall	Catherine Vallée
Stephen Gueth	Mary Manojlovich	Jillian Rihela	Jan Valluzzi
Bobbi Gutman (en services non financiers)	Sherry Martin	Jacque Ripat	Kathy Van Benthem
Paul T. Hagarty	Colleen McCain	Annette Rivard	Claudia von Zweek
Sheila Hamilton	Katherine McKay	Sylvia Robertson	Genese Warr-Leeper
Harcourt Assessment (en services non financiers)	Gina Meacoe (en services non financiers)	Patricia Rodgers	Irvine Weekes
SSAB Hardox (en services non financiers)	Leann Merla	Françoise Rollin	Wendy D. Photography (en services non financiers)
Jackie Harris (en services non financiers)	Diane Méthot	Sandy Sargeant	Muriel Westmorland
Susan Harvey	Karen Mills	Jacinthe Savard	Betty Whitney
Helena Hemmingsson	Sandra Moll	Christine Savage (en services non financiers)	Catherine White
Sandra Hobson	Patricia Mortenson (en services non financiers)	Peggy Schultz	Anne Moore Wiley
Sally and Robert Howard (en services non financiers)	Motion Specialties BC Ltd. (en services non financiers)	Wade Scoffin	Seanne Wilkins
Athena Howell	Liz Mullan	Teri Shackleton	Colleen Willoughby
Scott Hughes (en services non financiers)	Susan Nagel	Len Shane (en services non financiers)	Brenda Wilson
Michael Iwama	Baljinder Narang	Lynn Shaw	Iris Wright
Susan James	Andrew Neale (en services non financiers)	Nancy Sidle	Richard Zokol (en services non financiers)
Art Jonker (en services non financiers)		Sandi Spaulding	

Lorsqu'il est difficile d'avalier (suite)



Modifiez vos habitudes alimentaires...

- Mettez moins de nourriture dans chaque cuillerée ou bouchée et mangez plus lentement.
- Coupez les aliments en petits morceaux ou réduisez-les en purée.
- Évitez les aliments qui sont susceptibles de causer des étouffements; p. ex., les raisins entiers, les noix et les aliments comme les carottes et les saucisses et les petits bonbons ronds ou durs.
- Manger des repas moins copieux pour éviter de vous fatiguer.
- Assoyez-vous en position verticale pendant que vous mangez et gardez cette position jusqu'à 30 minutes après avoir mangé. Vous aurez peut-être besoin de coussins ou d'un positionnement spécialisé pour améliorer votre posture en position assise.

L'ACE souhaite souligner le travail de Jan Wilson, BSc(OT), OT(C), du Glenrose Rehabilitation Hospital, à Edmonton et de ses collègues qui ont contribué à la rédaction de ces conseils à l'intention des consommateurs.

Tout en suivant les conseils ci-dessus, essayez les trucs suivants lorsque vous aidez une personne à s'alimenter :

- Assurez-vous que la personne est assise le plus droit possible.
- Soyez toujours présent ou assurez-vous que quelqu'un est présent pour surveiller la personne pendant les repas.
- Vérifiez si la personne préfère s'alimenter par elle-même et laissez-la essayer.
- Permettez à la personne de manger avec ses doigts et de manipuler la nourriture si elle le désire.
- Prenez note des changements qui surviennent, par exemple la vitesse à laquelle la personne mange et les complications qui se produisent lorsqu'elle mange un aliment particulier.
- Ne jamais faire tenir un biberon à l'aide d'un support.
- N'alimentez pas les enfants dans les sièges d'auto, en particulier, ne leur donnez pas les aliments cités plus haut dans la voiture.
- Pour les bébés, vérifiez la tétine du biberon pour veiller à ce que l'ouverture ne soit pas trop grande et que le liquide s'écoule trop rapidement.

Ces conseils ne sont que des suggestions d'ordre général. Si vous éprouvez des difficultés, demandez à votre médecin de vous recommander un clinicien spécialisé dans les troubles de déglutition. Le clinicien peut être une ergothérapeute, un orthophoniste, une infirmière, une diététiste, un médecin ou un psychologue. Si cela est possible, consultez une équipe qui est composée de ces professionnels.

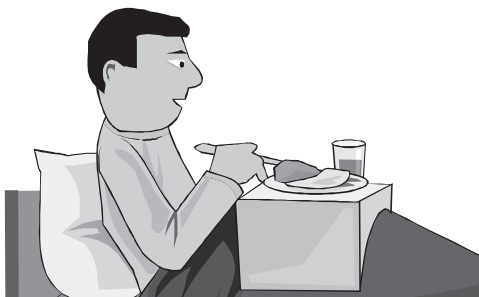
Visitez le www.otworks.ca et cliquez sur le « Trouvergo » pour trouver un ergothérapeute dans votre localité ou votre région.



© Association canadienne des ergothérapeutes
Édifice CTTC, Suite 3400
1125 promenade Colonel By
www.caot.ca (800) 434-2268



Dysphagie : Lorsqu'il est difficile d'avaler



Si vous avez de la difficulté à avaler ou si une personne dont vous prenez soin a ce genre de difficulté, demandez de l'aide.

La dysphagie est le terme médical pour désigner les troubles de déglutition (ou les troubles de l'alimentation chez un enfant ou un adulte ayant des déficiences sévères). Il est important de demander de l'aide pour prévenir d'autres problèmes de santé, et, dans certains cas, pour sauver une vie. Les bébés et les enfants atteints de dysphagie ne croissent pas toujours aussi rapidement que les autres enfants. Toute

personne ayant de la difficulté à avaler des aliments ou des liquides peut s'étouffer ou la nourriture ou le liquide peut s'introduire dans les poumons et entraîner une pneumonie (infection des poumons). Chez certaines personnes, on constate une perte de poids, ce qui peut entraîner encore plus de problèmes.

Les ergothérapeutes peuvent aider des personnes et leurs soignants à trouver des façons d'avaler plus facilement. La première étape est d'identifier le problème.

Voici quelques signes pouvant indiquer qu'une personne a des troubles de déglutition

- Perte de poids ou prise de poids insuffisante.
- Préoccupation face à l'absorption insuffisante d'eau ou de liquide par la personne.
- Difficulté à mâcher.
- La personne prend beaucoup de temps à manger son repas.
- La personne tousse ou s'étouffe pendant qu'elle mange ou boit, ou tout de suite après.
- Étouffement ou régurgitation (la personne recrache la nourriture).
- Brûlements d'estomac ou indigestion (estomac douloureux).
- Anxiété face à la nourriture ou la déglutition.
- La personne évite ou refuse de manger certains aliments. Les bébés refusent de manger de la nourriture plus solide, soit la nourriture pour « adultes ».
- Infection pulmonaire n'étant pas causée par d'autres maladies.

Ce qu'il faut faire

- Demandez à votre médecin de vous diriger vers une équipe offrant des services pour les problèmes d'alimentation et de déglutition (services pour la dysphagie).
- Tenez un journal. Prenez note :
 - des aliments que vous avez essayé de manger et décrivez-les, p. ex., s'il s'agit de viande : – quelle sorte de viande était-ce et était-elle sous forme hachée ou solide?
 - des aliments qui sont faciles à avaler et tentez de trouver ce que ces aliments ont en commun.
 - s'il est plus facile d'avaler des liquides ou de la nourriture solide et si cela est variable.

tourner la page