



CAOT - ACE

ACTUALITÉS ERGOTHÉRAPIQUES

septembre/octobre 2008 • VOLUME 10 • 5

table des matières

- 3** **L'échange et l'application des connaissances : une compétence essentielle au 21^e siècle**
Law, M., Missiuna, C., Pollock, N.
- 6** **Les communautés de pratique en ligne : rehausser la pratique savante à l'aide de la technologie basée sur le web**
White, C.M., Basiletti, M.C., Carswell, A., Head, B.J., Ju Lin, L.
- 8** **Appliquer les faits scientifiques dans la pratique : une approche fondée sur la collaboration pour promouvoir et soutenir l'échange de connaissances**
McDonald, K., Shaw, L., Brenchley, C., Lysaght, R., Rappolt, S., Larney, E., Reardon, R.
- 10** **Saisir les connaissances sur l'occupation : favoriser l'atteinte de résultats significatifs pour nos clients**
Polatajko, H.J., Davies, J.A.
- 13** **Faciliter le transfert de connaissances à l'aide du projet McMaster PLUS REHAB : relier les praticiens en réadaptation à des résultats de recherche actuels et pertinents**
Law, M., MacDermid, J., Vrkljan, B., Telford, J.
- 15** **Mettre en œuvre des stratégies d'application des connaissances : intégrer l'Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) dans la pratique**
Moore, K., Lewis, N.
- 17** **La santé mentale au travail : concevoir une ressource à l'intention de l'employeur en établissant des partenariats pour l'application des connaissances**
Moll, S., Pond Clements, E.
- 20** **Des données et de l'information pour l'avancement de la pratique de l'ergothérapie**
Lennox, L.
- 22** **Sensibilisation et collaboration : un rôle novateur pour les ergothérapeutes**
DeLaat, D., Missiuna, C., Egan, M., Gaines, R., McLean, J., Chiasson, V.
- 25** **Pour suivre le rythme : un nouveau programme de perfectionnement des compétences cliniques favorisant l'apprentissage**
Arsenault, S., Cobb, J., Lee, D.
- 28** **Utiliser les connaissances acquises par la formation en ligne pour aborder des problèmes dans la pratique**
Clark, M., Thornton, D., Burton, K., Sisson, A., Stanton, S.V., Trysenaar, J.
- 30** **Célébrons le 25^e anniversaire de la FCE**
Goldenberg, K.

Toute déclaration figurant dans un article publié dans 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. , 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.

PRÉSIDENTE D'HONNEUR DE L'ACE

Son Excellence la très honorable Michaëlle Jean C.C., C.M.M., C.O.M., C.D. Gouverneure générale du Canada

PRÉSIDENTE DE L'ACE

Sue Forwell, PhD

DIRECTRICE NATIONALE DE L'ACE

Claudia von Zweck, PhD

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 • www.otworks.ca

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

DROIT D'AUTEUR

L'Association canadienne des ergothérapeutes détient le droit d'auteur des . 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
Association canadienne des ergothérapeutes
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

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

RÉDACTRICE EN CHEF

Brenda McGibbon Lammi, MSc(RS), BHSc(OT), OT REG (Ont) Tél. (613) 587-4124 Télécop. (613) 587-4121
Courriel : otnow@caot.ca

TRADUCTION

De Shakespeare à Molière, Services de traduction

CONCEPTION GRAPHIQUE ET MISE EN PAGE

JAR3communications

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 : Marcia Finlayson et
Brenda McGibbon Lammi

CHRONIQUEURS ATTITRÉS

Évaluations critiques d'articles scientifiques (ECAS)

Lori Letts, PhD

Liens internationaux

Sandra Bressler, MEd

Mise à jour technologique

Roselle Adler, BScOT et Josée Séguin, MSc

Réflexions sur la pratique privée

Lorian Kennedy, MScOT

Le sens de l'agir

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

Télé-ergothérapie

Lili Liu, PhD et Masako Miyazaki, PhD

Quand la théorie rejoint la pratique

Heidi Cramm, MSc

Surveillez votre pratique

Sandra Hobson, MAEd

MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE

Les conférences, les présentations par affiches et les séances éducatives captivantes présentées lors du congrès annuel de l'ACE à Whitehorse ont démontré que les ergothérapeutes jouent un rôle de plus en plus important face à la santé et au bien-être de tous les Canadiens. Toutefois, le congrès a permis de mettre en évidence le fait que malgré notre présence dans divers champs d'intervention, de nombreux clients n'ont toujours pas accès à nos services. Certains clients ne peuvent non plus avoir accès à une grande partie de l'information diffusée au public ou aux décideurs qui exercent un contrôle sur la répartition des services.

On observe une pénurie importante d'ergothérapeute dans de nombreux secteurs décisionnels qui pourraient favoriser le transfert de connaissances. On observe cette pénurie en particulier dans les domaines de la pratique en santé mentale, en soins de santé primaires, en soins à domicile et même dans les domaines plus traditionnels de la réadaptation. Les articles publiés récemment dans le *Globe and Mail* sur les questions liées à la santé mentale et le bien-être font ressortir l'importance de produire et d'appliquer des connaissances, et en expliquent les conséquences pour la profession d'ergothérapeute.

Cette édition spéciale sur les connaissances démontrera comment on peut utiliser les connaissances dans divers domaines pour promouvoir la santé auprès de la population canadienne.

ELIZABETH TAYLOR, présidente de l'ACE

L'échange et l'application des connaissances : une compétence essentielle au 21^e siècle

Mary Law, Cheryl Missiuna et Nancy Pollock

À chaque fois qu'il rencontre un client, un ergothérapeute a la responsabilité d'obtenir son consentement éclairé pour toute évaluation et intervention. L'obtention du consentement éclairé fait appel à un échange d'information avec le client; cet échange d'information est basé sur les connaissances fondées sur les faits scientifiques de l'ergothérapeute concernant le type d'évaluation et de traitement, les avantages ou les risques attendus, les autres traitements possibles et ce qui est susceptible de se produire si le client ne reçoit pas de traitement (Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé). L'obtention du consentement fait appel à un échange explicite de connaissances entre l'ergothérapeute et le client. Les compétences des praticiens pour faire l'acquisition des connaissances, pour en faire la synthèse et les présenter de manière significative à chaque client ne se résument donc pas à un simple exercice académique. L'application des connaissances (AC) est essentielle à toute rencontre clinique effectuée par un ergothérapeute.

En quoi consiste l'application et l'échange des connaissances?

L'application des connaissances (AC) se produit sur une base quotidienne lors de nos interactions avec les clients, les familles, les membres d'équipe, les administrateurs, les décideurs et la population en général. « L'échange » se produit lorsque les ergothérapeutes transmettent des connaissances découlant des faits scientifiques et de leur expérience, mais aussi lorsqu'ils reçoivent de l'information de leurs clients et d'autres parties prenantes qui peuvent percevoir une situation selon diverses perspectives. Le processus de « l'application » des connaissances, cependant, représente beaucoup plus qu'une synthèse et une transmission des concepts et des résultats de la recherche en langage simple. Le processus d'application des connaissances est complémentaire et il peut même paraître similaire à la pratique fondée sur les faits scientifiques, qui consiste à prendre des décisions cliniques basées sur l'intégration des faits scientifiques à l'expertise clinique, aux valeurs et à la situation du client (Straus, Richardson, Glasziou et Haynes, 2005). L'AC est un construit très important qui peut faire appel à certaines ou à toutes les étapes visant à résoudre les dilemmes cliniques, notamment : faire la synthèse de ce qui est déjà connu; définir une question de recherche, effectuer la recherche, rendre les résultats de recherche accessibles aux autres, interpréter la recherche en fonction des autres connaissances, agir en fonction de ces connaissances, examiner les effets de ces connaissances et influencer sur l'élaboration subséquente de nouvelles questions de recherche (Instituts de recherche en santé du Canada, 2007). L'AC peut et doit se produire à chacune de ces étapes.

L'application des connaissances comme domaine d'études

Les Instituts de recherche en santé du Canada ont défini l'application des connaissances comme suit (Schryer-Roy, 2005 :

« [...] la synthèse et l'application conforme à l'éthique des connaissances - dans un système complexe d'échanges entre chercheurs et utilisateurs - pour accélérer la concrétisation des avantages de la recherche pour les Canadiens, à savoir une meilleure santé, de meilleurs produits et services et un système de santé renforcé. »

Cette définition met en relief le rôle de l'AC pour veiller à ce que les connaissances acquises par la recherche soient disséminées d'une manière précise et accessible, afin que les praticiens soient informés des faits scientifiques et que les clients puissent en bénéficier.

En fait, l'étude du processus de l'AC est assez laborieuse, en raison de sa complexité et du fait qu'il peut faire appel à différents types d'individus ou d'organismes. Il peut être utile de penser à des groupes clés au sein du système de santé qui possèdent différents types d'information valable et qui doivent travailler ensemble, dans un système, pour échanger des connaissances. Ho, Lauscher et al. (2004) décrivent ces groupes comme des :

- producteurs de connaissances (la communauté de chercheurs)
- consommateurs de connaissances (la communauté de pratique – cliniciens)
- bénéficiaires de connaissances (la communauté de clients)

Outre ces groupes, le processus de l'AC met en jeu les décideurs qui influent sur le système et qui peuvent avoir différentes priorités et attentes relativement à la prestation des services, à l'utilisation des faits scientifiques et aux résultats.

Méthodes d'application des connaissances – Quelles sont les méthodes efficaces et non efficaces?

Dans le milieu de la santé, la plupart des recherches effectuées sur l'AC évaluaient les méthodes en vue d'améliorer la production et l'utilisation des faits scientifiques chez les cliniciens et, le plus souvent, chez les médecins. Il est évident que les méthodes traditionnelles et passives de dissémination de l'information, comme les articles de journaux ou les séances éducatives en grand groupe, sont généralement inefficaces pour modifier les comportements des praticiens (Grimshaw et al., 2001). Toutefois, les revues systématiques des études examinant plusieurs autres interventions sur l'AC indiquent qu'il n'y a

pas de façon optimale pour effectuer le transfert des connaissances vers les praticiens (voir le sommaire de Sudsawad, 2007). Des méthodes telles que les sites web, les bulletins de nouvelles et les courts bulletins d'information sont utiles pour sensibiliser les gens et rehausser les connaissances générales, mais ces méthodes ne sont pas susceptibles d'entraîner des changements dans la pratique. Les interventions relatives à l'AC ayant été constantes et

À propos de auteures -

MARY LAW, PhD, FCAOT, FCAHS, est professeure FCAHS, vice-doyenne (Sciences de la santé) de la School of Rehabilitation Science et co-fondatrice du CanChild Centre for Childhood Disability Research à la McMaster University, à Hamilton, Ontario, Canada.

NANCY POLLOCK, M.Sc., OT Reg (Ont) est professeure agrégée en clinique à la School of Rehabilitation Science et membre associé du CanChild Centre for Childhood Disability Research à la McMaster University, à Hamilton. Nancy exerce également l'ergothérapie au sein des REACH Therapy Services.

CHERYL MISSIUNA, PhD, OT Reg (Ont) est professeure agrégée à la School of Rehabilitation Science et directrice du CanChild Centre for Childhood Disability Research, à la McMaster University.

modérément efficaces sont les interventions interpersonnelles comportant de multiples facettes (Grimshaw et al, 2001). Parmi les exemples de stratégies ayant fait l'objet d'études, citons notamment les séances éducatives, les systèmes de rappel, les vérifications et la rétroaction, les séances interactives de formation continue et les groupes d'apprentissage par problème. Comme les études qui font l'objet d'une revue comprennent souvent une combinaison d'interventions, il a été difficile de déterminer quelles composantes ont entraîné la réussite de l'intervention (Sudsawad, 2007). Nous savons que l'AC est efficace lorsque la source de connaissances est considérée comme étant pertinente et adaptée au contexte d'apprentissage du praticien, lorsqu'elle est facilement accessible et présentée de manière compréhensible (Lavis, Robertson, Woodside, Mcleod et Abelson, 2003).

Bien que la production de faits scientifique par les praticiens soit bénéfique pour les clients, beaucoup moins d'études en réadaptation ont été centrées directement sur le transfert de connaissances entre le clinicien et le

client ou vice versa. On pourrait penser que les requêtes des clients fondées sur l'information qu'ils ont recueillie entraîneraient des changements dans la pratique, mais il existe peu de faits scientifiques à l'appui de ce genre d'acquisition (Sudsawad, 2007). La recherche sur les méthodes d'apprentissage chez les adultes et les leçons tirées des études sur l'AC dans la santé publique peuvent éclairer l'échange de connaissances dans le domaine de la réadaptation. Au cours de la prochaine décennie, l'AC deviendra un champ d'études très important.

Pratiques novatrices relatives à l'application des connaissances en ergothérapie

Les articles sélectionnés pour cette édition spéciale présentent une large gamme de méthodes d'AC qui ont été

employées dans différents milieux de pratique. Plusieurs de ces articles décrivent des stratégies pour établir et maintenir des communautés de pratique favorables à l'AC. White et al. (p. 6) ont mis sur pied trois communautés de pratique en ligne dans les provinces de l'Atlantique du Canada, pour favoriser l'échange de connaissances et de

« Bien que les chercheurs, les praticiens, les consommateurs et les décideurs aient reconnu l'importance d'appliquer les connaissances dans la pratique, les méthodes les plus efficaces pour le faire demeurent incertaines. »

faits scientifiques. McDonald et al. (p. 8) décrivent une approche fondée sur la collaboration entre trois organismes en vue d'établir une stratégie provinciale d'AC dans le domaine de la santé au travail, par l'intermédiaire d'un réseau d'ergothérapeutes sélectionnés en raison de leur influence dans le milieu de l'éducation. L'article de Moll et Pond Clements (p. 17) met en relief le travail qui peut être fait en partenariat avec les employeurs en vue d'élaborer des documents fondés sur les faits scientifiques à l'intention des employeurs pour aborder des questions associées à la maladie mentale en milieu de travail. Moore et Lewis (p. 15) illustrent comment un groupe d'ergothérapeutes peuvent travailler ensemble afin de favoriser l'utilisation d'une mesure des résultats dans leur pratique.

L'échange et l'application des connaissances sont facilités par la disponibilité des résumés sur les connaissances faciles à comprendre. Arsenault et ses collaborateurs (p. 25) donnent de l'information sur le développement et la mise en œuvre d'un programme de formation fondé sur les faits scientifiques qui est offert sous forme de modules afin de permettre aux ergothérapeutes d'être aiguillés vers un service donné, une mise à jour ou des possibilités de perfectionnement de leurs compétences. L'importance et la valeur des expériences et des réflexions de l'ergothérapeute et du client sont mises en évidence dans l'analyse et le résumé du contenu de la chronique « Le sens de l'agir » publiée dans les Actualités ergothérapeutiques (Polatajko et Davis, p. 10).

L'utilisation de la technologie comme un véhicule pour appuyer l'échange de connaissances est susceptible d'augmenter dans les prochaines années, car il est démontré que la technologie permet d'améliorer l'accès et l'acquisition d'information et d'accélérer le transfert de connaissances entre les communautés de praticiens (Ho, Lauscher et al., 2004). White et ses collaborateurs ont utilisé une technologie basée sur le web pour réunir une communauté de praticiens en ligne. Clark et al. (p. 28) décrivent comment la participation à un programme de maîtrise en ligne a aidé un organisme à accélérer le processus et à rehausser les compétences des ergothérapeutes pour appliquer l'information découlant de la recherche dans leur pratique. Une autre nouvelle technologie pouvant « permettre de disséminer » des faits

scientifiques bien résumés à d'éventuels utilisateurs est illustrée dans la description que font Law et al. du nouveau projet McMaster PLUS REHAB, à la page 13. Lennox partage des idées sur les façons dont les données qui sont résumées par les Instituts canadiens d'information sur la santé peuvent fournir de l'information pour faire avancer la pratique en ergothérapie (p. 20).

L'avantage d'utiliser des interventions interpersonnelles basées sur l'AC et comportant de multiples facettes est illustré par DeLaat et ses collaborateurs, qui ont partagé des connaissances spécialisées avec des médecins du secteur des soins de santé primaires au moyen d'initiatives éducatives, de rétroactions individualisées et d'une formation en ligne à partir d'études de cas accompagnées de vidéoclips d'enfants (p. 22).

Comme Rogers et Holm (1994) l'ont exposé il y a plus de dix ans, les clients ont le droit de s'attendre à ce que des praticiens compétents leur offrent un service efficace, basé sur la science, et adapté à leurs besoins et préférences. De nos jours, pour faire l'acquisition de cette compétence, les ergothérapeutes doivent se procurer et faire la synthèse des faits scientifiques découlant de la littérature, les intégrer aux connaissances acquises par l'intermédiaire de leur expérience et faire l'échange de ces connaissances de façon transparente avec leurs clients, en vue d'offrir le meilleur

service possible. Ce numéro spécial nous invite à faire preuve de vision et d'innovation dans l'AC auprès de nos clients, nos collègues, nos employeurs et nos bailleurs de fonds.

Références

- Bero, L. A., Grilli, R., Grimshaw, J. M., Harvey, E., Oxman, A. D., et Thomson, M. A. (1998). Closing the gap between research and practice: An overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *British Medical Journal*, 317, 465-468.
- Canadian Institutes of Health Research (2007). *Knowledge translation (KT) within the research cycle*. Ottawa, ON: Auteur.
- Gouvernement de l'Ontario. (1996). *Loi sur le consentement aux soins de santé (HCCA)*. Toronto, ON: Auteur.
- Grimshaw, J. M., Shirran, L., Thomas, R., Mowatt, G., Fraser, C., Bero, L. A., et al. (2001). Changing provider behavior: An overview of systematic reviews of interventions. *Medical Care*, 39(8, Suppl. 2), 11-2-11-25.
- Ho K., Lauscher H.N., Best A., et al. (2004). Dissecting technology-enabled knowledge translation: Essential challenges, unprecedented opportunities. *Clinical & Investigative Medicine*, 27,70-78.
- Lavis, J. N., Robertson, D., Woodside, J. M., Mcleod, C. B., et Abelson, J. (2003). How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers? *Milbank Quarterly*, 81(2), 221—248.
- Rogers, J., et Holm, M. (1994). Accepting the challenge of outcome research: Examining the effectiveness of occupational therapy practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 48, 871-876.
- Schryer-Roy, A. M. (2005). *Knowledge translation: Basic theories, approaches and applications*. Ottawa, ON: Canadian Institutes of Health Research. Disponible à : http://www.idrc.ca/uploads/user-S/11473620631Knowledge_Translation_-_Basic_Theories_Approaches_and_Applications_-_May_2006.pdf
- Straus, S. E., Richards, W. S., Glasziou, P., et Haynes, R. B. (2005). *Evidence based medicine: How to practice and teach EBM* (3rd ed.). Philadelphia: Elsevier.
- Sudsawad, P. (2007) *Knowledge translation: Introduction to models, strategies and measures*. Austin, TX: National Center for the Dissemination of Disability Research. Disponible à : <http://www.ncddr.org/kt/products/ktintro/>

Ressources additionnelles sur l'application des connaissances

Sudsawad's (2007) examine les principaux concepts et cadres conceptuels sur l'AC; il s'agit d'un document facile à utiliser qui s'adresse aux praticiens en réadaptation au Canada. Disponible à : <http://www.ncddr.org/kt/products/ktintro/allinone.html>

La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé a produit une excellente synthèse pour aider les cliniciens qui désirent mettre sur pied une communauté de pratique basée sur l'échange de connaissances. Disponible à : http://www.chsrf.ca/other_documents/insight_action/insight_and_action_f.php?intIssueID=30&blnPreview=0

Le document Keeping Current on Knowledge Transfer in Health Care de CanChild propose des idées pour concevoir un plan pour l'AC ainsi que des liens vers des ressources particulières sur l'AC pour divers sujets. Disponible à : <http://www.canchild.ca/Default.aspx?tabid=124>

Les communautés de pratique en ligne : rehausser la pratique savante à l'aide de la technologie basée sur le web

Cathy M. White, Mari C. Basiletti, Anne Carswell, Brenda J. Head et Lilli Ju Lin

Comme la pratique de l'ergothérapie devient de plus en plus fondée sur les connaissances, la création, l'application et l'échange de connaissances pertinentes sont essentielles pour poursuivre le développement des compétences. Il peut toutefois être difficile de trouver du temps pour chercher des données probantes ou de pouvoir consulter d'autres ergothérapeutes exerçant dans des milieux semblables pour échanger sur des questions ou des préoccupations.

À la suite d'un projet initié par la School of Occupational Therapy de la Dalhousie University, la mise sur pied de « communautés de pratique » individuelles dans les provinces de l'Atlantique du Canada a été perçue comme une solution possible à ce problème (Manojlovich, 2006). Les communautés de pratique sont particulièrement appréciées pour leur capacité d'établir des relations, de créer un sentiment d'appartenance, un esprit de recherche, une confiance professionnelle et une identité grâce auxquels les connaissances professionnelles peuvent circuler (Wenger, McDermott et Snyder, 2002).

Les communautés de pratique sont définies comme « ... des groupes de personnes qui partagent une passion pour quelque chose qu'elles savent faire et qui interagissent régulièrement afin d'améliorer leur savoir-faire » (Wenger, 2004, p. 2). Cette définition correspond au mandat du code de déontologie de l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE),

Dans les provinces de l'Atlantique du Canada, nous avons suivi les étapes requises pour intégrer l'utilisation des communautés de pratique en ligne afin de « tâter le terrain ».

qui exige que les ergothérapeutes appliquent les nouvelles connaissances et compétences à leur travail professionnel en se basant sur les meilleures données probantes disponibles et qu'ils contribuent au développement ou à la dissémination des connaissances professionnelles (www.caot.ca).

Les communautés de pratique représentent une possibilité passionnante pour les ergothérapeutes. Même si nous souhaitons nous diriger vers la pratique fondée sur les faits scientifiques, nous rencontrons des obstacles. Nous sommes séparés géographiquement. Nous n'avons pas beaucoup de temps et bon nombre d'ergothérapeutes ne savent pas par où commencer leurs propres recherches. Nous avons besoin de soutien. En utilisant la

technologie disponible, les communautés de pratique en ligne ont la possibilité de réunir des personnes de manière virtuelle, afin de partager de l'expertise, de cibler les lacunes dans un environnement de soutien mutuel et de faire avancer la pratique savante.

Dans les provinces de l'Atlantique du Canada, nous avons suivi les étapes requises pour intégrer l'utilisation des communautés de pratique en ligne afin de « tâter le terrain ». Selon le degré d'intérêt déterminé lors d'un sondage effectué auprès des ergothérapeutes canadiens de la région atlantique du Canada (Manojlovich, 2006), trois communautés en ligne ont été créées : Recherche et vieillissement; Ergothérapie et gestion des plaies de pression; et Occupation, rétablissement et santé mentale. Ces communautés offrent des lignes directrices sur la pratique, des données probantes disponibles et une tribune pour la discussion. Avec l'évolution de ces communautés, des questions cliniques communes surgissent, ce qui entraîne d'autres recherches, enrichit la pratique savante et rehausse la capacité de recherche.

La communauté de pratique sur la recherche et le vieillissement propose un forum pour échanger de l'information sur la pratique fondée sur les faits scientifiques, sur les ressources cliniques et sur les dernières recherches dans les domaines de la pratique de l'ergothérapie associés aux problèmes particuliers rencontrés par les aînés. Les ressources sont affichées et le site comporte une salle de causerie en ligne où les membres peuvent discuter de questions communes dans le domaine croissant de la pratique auprès de la population âgée.

La communauté de pratique sur l'ergothérapie et la gestion des plaies de pression est née grâce à un groupe d'ergothérapeutes qui ont réalisé que la gestion des plaies de pression était essentielle pour permettre aux clients de participer aux occupations de leur choix. Les ergothérapeutes de cette communauté peuvent avoir accès à des données probantes et des lignes directrices sur la pratique et ils discutent actuellement d'histoires de cas spécifiques. En intégrant les données probantes disponibles à leur expérience, ils peuvent déterminer les lacunes, façonner la pratique et en faire profiter les clients.

La communauté de pratique sur l'occupation, le rétablissement et la santé mentale est centrée sur la difficulté d'intégrer le modèle de rétablissement en santé mentale dans la pratique en ergothérapie,

compte tenu du fait que la plupart des ressources humaines sont attribuées aux établissements de soins aigus. Le modèle de rétablissement partage une vision avec l'ergothérapie, en préconisant une plus grande participation des clients ayant une maladie mentale persistante à des rôles valorisés par la communauté.

Ces communautés de pratique, qui sont actuellement offertes uniquement aux ergothérapeutes de la région de l'Atlantique du Canada, utilisent les services d'apprentissage intégrés en ligne de la Dalhousie University, qui comprennent le Blackboard Learning System (BLS). Le BLS permet d'afficher des articles et des ressources, d'offrir un forum pour la discussion continue entre les membres ainsi que la possibilité de faire des conférences et des discussions en temps réel (Head, Ju Lin, Manojlovich, et White, 2007; www.occupationaltherapy.dal.ca).

Pour que les communautés de pratique soient une réussite et que les connaissances soient réellement appliquées dans la pratique, les praticiens de première ligne qui utilisent les connaissances et voient leurs effets doivent y participer. Ces praticiens sont inestimables et provoquent le plus d'enthousiasme lorsqu'ils réagissent au caractère et à l'énergie des membres de la communauté de manière informelle, mais ils ont un intérêt partagé à faire progresser la pratique et l'organisation. Ils sont donc orientés par une approche descendante et ascendante (Wenger, 2004), et pour cette raison, ils peuvent rehausser le rendement des individus et de l'organisation (Garcia et Dorohovich, 2005).

Les communautés de pratique sont très prometteuses pour les ergothérapeutes, mais leur utilisation dans la région atlantique du Canada en est à ses premiers balbutiements. Des commentaires ont été obtenus lors des présentations dans le cadre des congrès de l'ACE (Head, White, Ju et Manojlovich, 2006; Head, Ju Lin, Manojlovich, et White, 2007), ce qui a engendré un intérêt et a permis de faire évoluer le processus. Toutefois, il est difficile de trouver du financement et d'utiliser la technologie qui convient le mieux. Les communautés ne fonctionnent pas par elles-mêmes. Elles peuvent être difficiles à mettre sur pied et exiger un engagement important de la part d'un facilitateur (Garcia et Dorohovich, 2005). Le facilitateur peut ne pas être un expert dans le domaine, mais il doit faire preuve d'enthousiasme et d'organisation envers la communauté pour qu'elle fonctionne bien. Les activités de la communauté doivent susciter de l'intérêt et de l'enthousiasme et elles doivent être pertinentes pour la pratique et inciter les membres à poursuivre leur engagement (Wenger et al., 2002).

Wenger (2004) souligne que la connaissance est synonyme de pouvoir, mais que la thésaurisation des connaissances n'est pas bénéfique. Les pairs et

l'organisation doivent utiliser les connaissances pour se bâtir une réputation valorisante et reconnue. En précisant les buts, en créant une structure conviviale et en devenant crédibles, les communautés de pratique peuvent devenir une plateforme permettant de se bâtir une telle réputation (Garcia et Dorohovich, 2005). En assurant un rôle de leadership dans la région atlantique du Canada, nous pouvons participer activement à l'évolution de la pratique de l'ergothérapie par l'utilisation des communautés de pratique en ligne.

Références

- Garcia, J. et Dorohovich, M. (2005). The Truth About Building and Maintaining Successful Communities of Practice. *Defense Acquisition Review Journal*, 10, 18-33.
- Head, B. J., Ju Lin, L., Manojlovich, M., et White, C. M. (2007). *Online Communities of Practice: An Innovative Way to Network*. Affiche présentée au congrès national de l'ACE.
- Head, B.J., White, C.M., Ju, L., et Manojlovich, M. (2006). *New Ways to Network: Online Communities of Practice*. Présentation dans le cadre de l'OT Atlantic Conference.
- Manojlovich, M. (2006). *Building Occupational Therapy Research Capacity in Atlantic Canada*. Document non publié, préparé pour la Dalhousie University School of Occupational Therapy.
- Wenger, E.C. (2004). Knowledge Management as a Doughnut: Shaping your Knowledge Strategy Through Communities of Practice. *Ivey Business Journal*, January/February, 1-8.
- Wenger, E.C., McDermott, R., et Snyder, W.M. (2002). *Cultivating Communities of Practice: A Guide to Managing Knowledge*. Boston: Harvard Business School Press.

À propos des auteurs :

Nous sommes des ergothérapeutes travaillant respectivement à titre de clinicienne, de superviseuse et d'enseignante et représentant les quatre provinces de l'Atlantique du Canada; nous avons tous un intérêt pour le développement du réseautage en ligne. Nous sommes affiliées à la Dalhousie University et nous en sommes aux premières étapes du développement de « communautés de pratique en ligne ».

CATHY WHITE, MEd, MSc (OT-Post Professional), OT Reg (NB). Ergothérapeute, Soins aigus en santé mentale, Chalmers Regional Hospital, Fredericton, Nouveau-Brunswick cathy.white@rvh.nb.ca

MARI BASILETTI, MSc, (OT-Post Professional), OT Reg (PE). Superviseuse, Services de réadaptation Hillsborough Hospital, Charlottetown, Île-du-Prince-Édouard. mcbasiletti@ihis.org.

ANNE CARSWELL, Ph.D., FCAOT, OT Reg (N-É). Professeure agrégée, School of Occupational Therapy, Dalhousie University, Halifax, Nouvelle-Écosse anne.carswell@dal.ca

BRENDA HEAD, MSc, (OT-Post Professional), OT Reg (Terre-Neuve). Coordonnatrice de la formation pratique en ergothérapie Memorial University St. John's, Terre-Neuve bhead@mun.ca

LILLI JU LIN, BScOT OTReg (NB). Ergothérapeute au sein de l'unité d'évaluation en gériatrie, St. Joseph's Hospital, à Saint John, NB.

Appliquer les faits scientifiques dans la pratique : une approche fondée sur la collaboration pour promouvoir et soutenir l'échange de connaissances

Kathy MacDonald, Lynn Shaw, Christie Brenchley, Rosemary Lysaght, Susan Rappolt, Elinor Larney et Rhoda Reardon

Cet article présente les efforts de collaboration et les actions de trois organismes en vue de créer, de promouvoir, d'évaluer et de maintenir un système de transfert et d'échange de connaissances dans le secteur des pratiques de travail. Les étapes suivies pour initier et construire des ressources pour le transfert et l'échange de connaissances (TEC) sont présentées dans cet article dans le but d'encourager d'autres personnes à concevoir des communautés de pratique uniques qui favoriseront le TEC dans d'autres domaines de pratique de l'ergothérapie.

Les processus qui favorisent l'utilisation de faits scientifiques dans la pratique :

Pour favoriser l'application des résultats de recherche lors des décisions cliniques, il faut que les résultats de la recherche soient compréhensibles, pertinents pour la pratique et utiles pour le domaine de pratique. Des stratégies sont requises pour soutenir l'examen, la réflexion et l'évaluation critique de l'information dont les ergothérapeutes ont besoin pour intégrer les connaissances découlant de la recherche dans leur pratique (Craik et Rappolt, 2003). Selon Lavis (2003a, b) la dissémination et l'utilisation des résultats de recherche sont efficaces lorsqu'elles sont basées sur des stratégies obliques, des stratégies d'attraction et des stratégies de dissémination et lorsqu'elles mettent à contribution les utilisateurs d'information aussitôt que possible dans le processus de recherche et de transfert de connaissances. Les stratégies obliques sont centrées sur la dissémination, la sensibilisation et l'accès à l'information. Les stratégies d'attraction s'attachent à répondre aux besoins et suggestions des utilisateurs et les stratégies de dissémination consistent à créer des possibilités de dialogue entre les chercheurs et les utilisateurs de connaissances. Notre projet visant à élaborer un processus durable de transfert et d'échange de connaissances s'appuie sur ces stratégies.

Établir le partenariat en fonction des objectifs communs

Trois organismes intéressés à la pratique fondée sur la recherche et la recherche fondée sur la pratique ont formé un partenariat afin de favoriser le transfert des résultats de recherche en santé occupationnelle et en sécurité au travail dans la pratique des ergothérapeutes travaillant en milieu de travail et ce, par la création d'un réseau unique en ergothérapie.

Chaque organisme participant avait des buts complémentaires distincts :

- L'Ontario Society of Occupational Therapists (OSOT) était intéressée à appuyer les possibilités de réseautage continu et le partage de connaissances entre les membres pour éclairer la pratique dans le domaine des pratiques de travail. Les membres de l'OSOT ont ciblé en priorité le besoin de promouvoir et de développer les rôles de la profession dans les pratiques de travail pour assurer la réussite de la profession dans l'avenir. L'une des priorités stratégiques de l'OSOT est son engagement à répondre à ce besoin.
 - L'Institute for Work and Health (IWH) est un organisme de recherche indépendant sans but lucratif, centré sur la recherche qui favorise, protège et améliore la santé des travailleurs. Outre la production et la synthèse de connaissances scientifiques, l'Institut a fourni des ressources pour le TEC. Cette fonction existe pour veiller à ce que les connaissances découlant de la recherche soient disséminées aux auditoires qui pourraient utiliser ces connaissances lors de leurs décisions quotidiennes et à ce que l'échange d'idées, d'information et d'expérience soit continu.
 - La mission du College of Occupational Therapists of Ontario (COTO) est « de protéger les intérêts et le bien-être de la population en accordant des permis d'exercice, en réglementant les ergothérapeutes et en favorisant la formation continue des ergothérapeutes ». Le College a participé au projet de réseautage en reconnaissant que l'accent mis sur la pratique fondée sur les faits scientifiques dans le cadre du projet était conforme à la mission du College.
- En s'appuyant sur leurs objectifs communs, ces trois organismes ont conçu les structures du réseau suivant, afin de favoriser le TEC au sein de la communauté ergothérapique (voir la Figure 1).

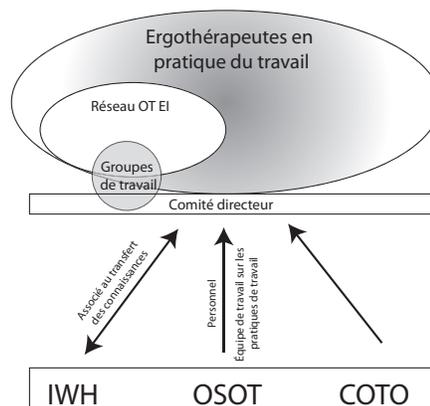


Figure 1: Partenariats et structures à l'appui de réseau OT EI et du transfert et de l'échange de connaissances

Mise sur pied d'un comité directeur

Un comité directeur a été formé et dirigé par l'associée au transfert des connaissances de l'IWH. Parmi les membres, citons notamment des représentants du groupe de travail de l'OSOT sur les pratiques de travail, des représentantes de l'OSOT (directrice générale et directrice de la pratique professionnelle) et des chercheurs et enseignants de trois universités ayant de l'expertise dans les domaines de la pratique fondée sur les faits scientifiques et les pratiques de travail. COTO a continué d'appuyer le réseau, mais il ne participait pas directement à la planification des événements ou aux activités de développement des outils. Le comité directeur a travaillé en vue d'établir le premier réseau d'ergothérapeutes exerçant une influence éducative (OT EI). OT EI est un groupe d'ergothérapeutes qui sont considérés par leurs pairs comme étant des leaders informels. Le processus de sélection de ces ergothérapeutes est décrit ci-dessous.

Le comité directeur communique régulièrement avec les membres du réseau, pour planifier des événements continus, former des groupes de travail, évaluer les processus de TEC et gérer les aspects confidentiels de la base de données des ergothérapeutes du réseau.

Établissement du réseau OT EI

Le réseau OT EI a été créé à partir d'une méthode de sondage bien établie, qui a été élaborée par l'éducateur Roland Hiss (1978). La méthodologie Hiss a été utilisée pour déterminer les membres de la communauté ergothérapeutique « exerçant une influence éducative » dont les travaux étaient centrés sur les pratiques de travail. Hiss a démontré que les professionnels de la santé (représentés par les médecins dans ses travaux) font une bonne partie de leur apprentissage continu auprès de pairs qu'ils ont choisis eux-mêmes à titre de mentors et d'enseignants. Hiss a démontré que ces personnes ont des caractéristiques communes et qu'il était possible de les identifier systématiquement en sondant un groupe de professionnels de la santé au sein d'une « communauté de pratique ».

Le comité directeur a identifié des ergothérapeutes qui étaient actifs dans des milieux de travail et leur a distribué le sondage Hiss, qu'ils pouvaient retourner par courriel ou par télécopieur. Une fois que les ergothérapeutes du groupe OT EI ont été identifiés à l'aide des critères de sélection établis, ils ont été invités à se joindre au réseau pour participer aux activités de TEC. Le comité directeur a sondé 643 ergothérapeutes dont le centre d'intérêt était les pratiques de travail et il a obtenu un taux de réponse de 41 %, qui lui a permis d'identifier 66 ergothérapeutes exerçant une influence éducative.

Exemple du processus de TEC en action

Suite à l'identification des ergothérapeutes exerçant une influence éducative, le comité directeur a planifié une activité en vue de réunir les membres du groupe afin qu'ils comprennent davantage les problèmes et les priorités en matière de TEC. Nous présentons les étapes associées à cette première activité, afin de démontrer l'évolution dynamique du

réseau qui a été créé pour favoriser le transfert de faits scientifiques dans ce champ de pratique. La première activité de l'OT EI comprenait une présentation de la revue systématique de l'IWH sur le retour au travail efficace basé sur les interventions en milieu de travail (Franche et al., 2005, MacEachen et al., 2006) et les sept principes pour la réussite du retour au travail (Seven Principles for Successful Return to Work (IWH, 2005). Au moyen d'un dialogue et d'une réflexion, les ergothérapeutes ont décidé que les sept principes étaient pertinents et utiles pour leurs interventions en milieu de travail. Ils ont ciblé le besoin de créer un outil qui leur permettrait d'inciter les employeurs à mettre ces principes en oeuvre.

Depuis, un certain nombre d'initiatives ont commencé en parallèle, notamment : le transfert de données probantes vers un outil spécifique à la pratique de l'ergothérapie, l'évaluation des résultats et la rétroaction face aux priorités de recherche en ergothérapie. Un groupe secondaire d'ergothérapeutes exerçant une influence éducative a travaillé avec un membre du comité directeur et l'IWH afin d'élaborer un outil fondé sur les faits scientifiques. Le comité s'est rencontré tout au long de 2007, puis a lancé le manuel intitulé « Working Together » sur l'ensemble du réseau OT EI. De l'information sur cet outil sera affichée sur le site web de l'OSOT et sur le site web de l'IWH.

L'équipe de l'OSOT sur les pratiques de travail a conçu un guide de ressources pour rehausser l'utilité et l'importance de travailler ensemble chez les cliniciens exerçant dans ce domaine. Ce guide à l'intention des ergothérapeutes sera disponible sur le site web de l'OSOT. Il est composé du manuel « Working Together » et de liens vers des ressources pertinentes en ergothérapie.

Le deuxième effort parallèle dirigé par le comité directeur des OT EI a été la conception d'un cadre pour l'évaluation des travaux et des résultats du réseau. L'information recueillie à l'aide de l'évaluation du réseau sera utilisée pour déterminer les avantages de ce processus. L'évaluation du processus de TEC est essentielle dans le domaine des pratiques de travail, mais elle est également intéressante pour d'autres champs de pratique. Notre souhaitons que les leçons apprises lors de l'évaluation des

À propos des auteurs :

KATHY MACDONALD MT, BSc, MLIS. Anciennement associée au transfert de connaissances – Institute for Work and Health Actuellement, bibliothécaire de liaison en optométrie, University of Waterloo

LYNN SHAW, PhD. OT Reg (Ont). Chargée de cours School of Occupational Therapy Faculty of Health Sciences The University of Western Ontario London, Ontario
leshaw@uwo.ca

CHRISTIE BRENCHLEY, B.Sc. OT, OT Reg (Ont). Directrice générale, Ontario Society of Occupational Therapists

ROSEMARY M. LYSAGHT, Chargée de cours Queen's University School of Rehabilitation Therapy Kingston, ON

SUSAN RAPPOLT, PhD, OT Reg (Ont). Professeure agrégée Department of Occupational Science and Occupational Therapy University of Toronto Toronto, ON

ELINOR LARNEY, MHSc, OT Reg (Ont). Adjointe à l'archiviste College of Occupational Therapists of Ontario Toronto, ON

RHODA REARDON, Coordinatrice de la formation Directrice provisoire, Research and valuation Quality Management Division College of Physicians and Surgeons of Ontario

résultats serviront à produire des innovations dans le domaine du TEC et dans d'autres domaines de pratique de l'ergothérapie au Canada.

Dans l'avenir, le comité directeur sera chargé de créer d'autres possibilités d'appliquer les nouvelles connaissances dans la pratique. La communication et la planification des événements associés au développement du réseau OT EI se font de manière continue. Par exemple, le comité directeur envisage d'organiser un congrès provincial pour présenter des événements aux membres du réseau. Des webinaires sont également utilisés pour favoriser la participation des ergothérapeutes pour lesquels la distance ou le temps sont des obstacles à la participation.

Références :

- Craik, J., et Rappolt, S. (2003). Theory of research utilization enhancement: A model for occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 70, 266-275.
- Franché R-L, Cullen K, Clarke J, Irvin E, Sinclair S, Frank J. et al. (2005). Workplace-based return-to-work interventions: A systematic review of the quantitative literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15, 607-631.
- MacEachen E, Clarke J, Franché R-L, Irvin E. (2006). The process of return to work after injury: findings of a systematic

review of qualitative studies. *Scandinavian Journal of Work, Environmental & Health*, 32, 257-269.

Hiss, RG., Macdonald, R., et Davis, WR.; (1978) Identification of Physician Educational Influentials in Small Community Hospitals, Research in Medical Education: Proceedings of the 1978 annual Conference. *Conference on Research in Medical Education*. 17, 283-288.

Institute for Work and Health. *Seven 'principles' for successful return to work*. Institute for Work & Health [document en ligne] 2005 – mise à jour, mars 2007 [cité le 2 mai 2007]: [8 écrans]. Disponible à : URL: http://www.iwh.on.ca/assets/pdf/rtw_7_principles_rev.pdf.

Lavis, JN., Ross, SE., McLeod, C., et Gildiner, A. (2003). Measuring the impact of health research. *Journal of Health Services & Research Policy*, 8, 165-170.

Lavis, J., Robertson, D., Woodside, JM., McLeod, CB., et Abelson, J. (2003). How can research organizations more effectively transfer research knowledge on decision making? *Milbank Quarterly*, 80, 179-358.

Le sens de l'agir



Column Éditeurs: Helene J. Polatajko et Jane A. Davis

Saisir les connaissances sur l'occupation : favoriser l'atteinte de résultats significatifs pour nos clients

Jane A. Davis et Helene J. Polatajko

En tant que responsables de la chronique Le sens de l'agir, nous sommes particulièrement heureuses que ce numéro soit consacré à l'échange et à l'application des connaissances, puisqu'il s'agit de la raison d'être de cette chronique. Cette chronique a été centrée dès le début sur les « actions » quotidiennes des gens, en offrant aux ergothérapeutes une tribune pour échanger des connaissances sur l'occupation humaine et sur les pratiques qui permettent de transformer ces connaissances en de meilleurs résultats pour les clients. Nous profitons de l'occasion pour présenter un aperçu des quatre principales perspectives sur les connaissances présentées dans les 26 articles publiés dans cette chronique au cours des cinq dernières années. Premièrement, en partageant les histoires personnelles de nos collègues, nous avons mis en relief la perspective selon laquelle la réflexion sur nos propres expériences occupationnelles peut être une source importante pour mieux comprendre l'occupation. Deuxièmement, en partageant les histoires occupationnelles de nos clients, nous avons souligné la perspective selon laquelle nos clients sont d'abord et avant

tout des êtres occupationnels. Troisièmement, en partageant les réflexions de nos collègues sur la nature occupationnelle de leurs clients, nous avons appuyé sur le fait que ce genre de perspective peut entraîner des changements importants dans la pratique fondée sur l'occupation. Finalement, en partageant des exemples de la pratique fondée sur l'occupation, nous avons mis en évidence la perspective selon laquelle l'accent mis sur l'occupation peut produire des résultats beaucoup plus significatifs pour nos clients.

I Les réflexions personnelles pour mieux comprendre l'occupation

L'un des objectifs de la chronique Le sens de l'agir a été d'illustrer les histoires occupationnelles des ergothérapeutes. Dans ces histoires, des collègues ont décrit leurs problèmes occupationnels et partagé leurs réflexions sur les façons de faire face à ces difficultés et de les surmonter. Linda Del Fabro Smith (2005) a décrit ses expériences face à la maternité et sa difficulté de définir

son rôle de mère. Elle a donné un sens à ses actions en invoquant la métaphore du chef d'orchestre qui dirige sa famille comme un orchestre; son rôle était de décider quelles sections de l'orchestre étaient importantes à différents moments. Elle a invité toutes les mères, handicapées ou non, à faire la paix avec la nature de leur vie occupationnelle, à permettre à leur vie de changer selon les besoins, tout comme des œuvres musicales exigent un changement au sein des orchestres. Pour sa part, Heather Moyses (2006) a expliqué un défi occupationnel différent; non pas un défi imposé mais un défi qu'elle a choisi elle-même en relevant le défi personnel d'essayer de remporter une médaille olympique. Elle a décrit le défi constant de devoir performer de mieux en mieux d'une course à l'autre, alors que son équipe de bobsleigh se rapprochait de plus en plus de la médaille olympique. Elle a expliqué comment elle a réussi à se recentrer constamment devant ce défi de plus en plus grand. Colleen McCain (2004) s'est heurtée aux barrières créées par le système de santé, qui ne lui permettaient pas d'être centrée sur le client et l'occupation autant qu'elle l'aurait souhaité. Elle a décrit comment elle a redécouvert le sens de sa décision de devenir ergothérapeute en parlant avec d'autres ergothérapeutes qui avaient rencontré des difficultés dans leur pratique. Elle a compris que peu importe les défis occupationnels auxquels elle serait confrontée, elle réussirait et aurait l'occasion d'aider ses clients à tenter d'atteindre leurs pleines capacités occupationnelles.

Toutes ces histoires font ressortir le fait que toute personne, et non pas seulement nos clients, fait face à des difficultés occupationnelles. Toutes les situations de la vie présentent des défis occupationnels et il y a plusieurs façons de les surmonter!

II Les histoires occupationnelles de nos clients

Tout comme nos collègues, nos clients ont des histoires occupationnelles. En tant qu'ergothérapeutes, nous devons savoir comment « écouter » les histoires de nos clients pour comprendre comment les aider. Bice Amoroso et ses étudiants (2004) nous ont expliqué comment l'observation peut être la clé pour comprendre les intérêts occupationnels des clients ayant des troubles cognitifs et de santé mentale sévères. Lorsqu'ils ont remarqué que Tom, l'un de leurs clients adorait les livres, Bice et ses étudiants l'ont invité à assembler un livre décrivant ses intérêts; cette activité a permis à Tom d'exprimer ses intérêts occupationnels et de les partager avec les autres. Lorsque Tom a présenté son livre dans le cadre d'une réunion d'équipe, les personnes présentes ont constaté pour la première fois ce qu'il pouvait accomplir ainsi que ses possibilités. Katie Lee et Anne Fourt (2005) ont invité leur cliente Claire à présenter l'histoire de sa vie occupationnelle afin d'examiner le sens qu'elle attribuait à son ancien emploi. Par ce processus de réflexion occupationnelle, Claire a découvert le sens qu'elle attribuait à la maternité, à l'entretien d'un foyer fonctionnel et à sa participation à des

occupations créatives. Ceci a permis à Claire de reconstruire sa vie occupationnelle et d'atteindre une trajectoire occupationnelle plus stable, en établissant un équilibre entre les occupations qui avaient le plus de sens et de valeur pour elle. Marie Gage (2003) a raconté l'histoire de Jennifer et de Wilbur et elle a mis en relief l'interdépendance de leur vie occupationnelle respective. Après avoir été victime d'un accident vasculaire cérébral massif, Jennifer, âgée de 72 ans, a eu besoin de beaucoup de soutien pour combler ses besoins occupationnels quotidiens; Wilbur, âgé de 75 ans, insistait pour lui procurer ce soutien. Ils avaient une relation très intime et très chaleureuse. Wilbur avait besoin de prendre soin de Jennifer et l'ergothérapeute devait aider Wilbur à y parvenir, afin de veiller à son bien-être et à celui de son épouse.

Ces histoires font ressortir l'importance d'être ouvert aux vies occupationnelles enrichissantes de nos clients. L'observation et la conversation peuvent être des outils précieux pour dévoiler les connaissances sur l'occupation, le but et le sens propres à chacun de nos clients.

À propos des auteures –

JANE DAVIS, MSc, OT Reg. (Ont) est chargée de cours au Department of Occupational Science and Occupational Therapy de l'University of Toronto. On peut joindre Jane à ja.davis@utoronto.ca

HELENE POLATAJKO, PhD, OT Reg. (Ont), FCAOT est professeure au Department of Occupational Science and Occupational Therapy de l'University of Toronto. On peut joindre Helene à h.polatajko@utoronto.ca

III Considérer la nature occupationnelle de nos clients comme une source de changement dans la pratique fondée sur l'occupation

Marie Gage (2003) a modifié son approche pour Jennifer parce qu'elle voulait favoriser l'interdépendance occupationnelle de ses clients. Elle s'est rendu compte que « l'autonomie dans la réalisation des soins personnels n'est pas toujours le but à atteindre... Le véritable objectif de l'ergothérapie est d'aider les gens à participer aux occupations qui sont significatives pour eux » (p. 37). En partageant cette histoire, Marie nous a montré comment il est possible de transformer notre pratique en mettant l'accent sur l'occupation. Jill Stier (2004) nous a transmis un message semblable. Elle a décrit comment la prise en compte des besoins occupationnels de la Dre Ames, une dentiste, lui a permis de réaliser les tâches associées à son travail et aux soins de son bébé et a changé la façon dont Jill fabriquait ses orthèses. En effet, plutôt que de fabriquer une orthèse typique pour les articulations du poignet et du pouce pour réduire la douleur de l'articulation, Jill a conçu deux orthèses fonctionnelles différentes pour améliorer le rendement de la Dre Ames. Si son seul objectif avait été de réduire la douleur et de stabiliser la blessure, l'orthèse aurait empêché la Dre Ames de faire son travail de dentiste.

En explorant l'histoire occupationnelle de sa mère pendant les dernières années de sa vie, Cynthia Perlman (2004) a découvert que la participation à des occupations,

même les plus simples occupations, peut favoriser la réalisation de soi et la capacité de poursuivre sa vie, de même que l'acceptation de la maladie et de la fin de la vie. Cynthia a décrit la force associée à la capacité de faire des choix et d'exercer un contrôle dans les activités quotidiennes comme une façon promouvoir la santé. En réfléchissant à la nature occupationnelle d'une femme autochtone au début des années 1920, Kathy Hatchard (2005) a découvert l'importance de « trouver sa place » face au rendement occupationnel (p. 7). Les connaissances de la vie occupationnelle de sa cliente ont permis à Kathy de comprendre le moment où sa cliente avait réussi à mettre en correspondance ses besoins occupationnels et les ressources environnementales, ce qui lui a permis de trouver sa voie et de devenir autonome.

Ces histoires cliniques nous montrent comment une perspective occupationnelle peut entraîner des changements dans la pratique. Certaines histoires montrent de petits changements dans la façon dont les ergothérapeutes font les choses alors que d'autres montrent de façon introspective comment des changements se produisent dans l'ensemble de la pratique pour intégrer les connaissances que nous acquies auprès de nos clients.

IV La pratique fondée sur l'occupation : un gage de réussite

Ann Zilberbrant et Angela Mandich (2005) nous ont montré comment la pratique fondée sur l'occupation avait permis à Roger, âgé de 10 ans, d'atteindre son objectif, qui était d'apprendre à faire de la bicyclette, mais aussi d'atteindre de nombreux objectifs secondaires, comme de nouvelles possibilités au plan social. Dans le même ordre d'idées, Susan Yee (2007) illustre le pouvoir de l'occupation dans son travail auprès de Daphne, une passionnée du jardinage, qui avait graduellement perdu sa capacité de jardiner en raison de problèmes de santé physique et mentale. En travaillant avec Susan, Daphne a trouvé une façon de l'inciter à recommencer à jardiner en planifiant son jardin et en dirigeant d'autres personnes qui feraient les travaux lourds. En acceptant cette interdépendance occupationnelle, Daphne a regagné un sentiment de contrôle sur son jardin et sa maison et a retrouvé une partie de son identité occupationnelle qu'elle avait perdue en raison de ses problèmes de santé.

Lors d'un stage d'étude à la St. George House, un foyer pour les personnes ayant des troubles de santé mentale et des déficiences intellectuelles, Melissa Heidebrecht et Melissa Monardo (2007) ont aussi découvert le pouvoir de l'occupation. Par l'intermédiaire d'une formation de groupe axée sur la participation active, les résidents ont trouvé un sens, du plaisir et une structure à chaque jour; ils ont établi des relations entre eux et ont semblé acquies un sentiment d'appartenance. En participant à une activité de loisir partagée par plusieurs personnes, Maggie, qui était auparavant isolée dans sa chambre, a établi une routine occupationnelle ainsi que des relations.

Une pratique fondée sur l'occupation peut avoir des effets considérables. Marie Gage (2003) a décrit comment elle était parvenue à aider Jeffrey Pinney, un artiste de 55 ans ayant une maladie neurologique dégénérative, à recommencer à participer à des occupations, tout en le soulageant de sa dépression. Jill Stier et son père Harold Smordin, (2008) ont écrit un article décrivant comment des personnes ayant participé à un groupe d'exercices à un gymnase de la localité avaient atteint des résultats positifs et inattendus en matière de santé, bien au-delà des avantages physiques de l'exercice.

Dans leur ensemble, ces quatre perspectives montrent que des connaissances sur l'occupation peuvent être glanées chez les clients et les ergothérapeutes et que l'application de ces connaissances occupationnelles dans notre pratique peut la transformer et entraîner des résultats significatifs pour nos clients. Pour citer Marie Gage : « Lorsque nous aidons nos clients à accomplir les occupations qui donnent un sens et un but à leur vie... nous leur « redonnons la vie » et nous donnons un sens à notre propre occupation » (Gage, 2003, p. 37).

Références

- Amoroso, B., Dharamshi, R., et Lee, K. (2004). Les enseignements de nos clients : Les occupations porteuses de sens. *Actualités ergothérapeutiques*, 6(1), 10-12.
- Del Fabro Smith, L. (2005). Être mère avec une déficience : Écouter et apprendre. *Actualités ergothérapeutiques*, 7(3), 19-21.
- Gage, M. (2003). Le sens de l'agir – Les avantages du rétablissement occupationnel à domicile. *Actualités ergothérapeutiques*, 5(5), 35-37.
- Hatchard, K. (2005). Trouver sa place dans le monde. *Actualités ergothérapeutiques*, 7(4), 6-8.
- Heidebrecht, M., & Monardo, M. (2007). Redéfinir les occupations pour les personnes atteintes d'une maladie mentale. *Actualités ergothérapeutiques*, 9(2), 15-17.
- Lee, K., & Fournier, A. (2005). Attribuer un sens à ses occupations et atteindre un équilibre occupationnel : l'histoire de Claire. *Actualités ergothérapeutiques*, 7(6), 8-10.
- McCain, C. (2004). Le cheminement d'une étudiante en ergothérapie : Ma quête de sens à travers l'occupation de mon choix. *Actualités ergothérapeutiques*, 6(2), 7-9.
- Moyse, H. (2006). Repousser les barrières : Les défis occupationnels et la volonté d'atteindre ses pleines capacités. *Actualités ergothérapeutiques*, 8(3), 5-6.
- Perlman, C. (2004). Agir, être et devenir : Les leçons de ma mère. *Actualités ergothérapeutiques*, 6(6), 13-14.
- Stier, J. (2004). La conception d'orthèse fondée sur l'occupation. *Actualités ergothérapeutiques*, 6(4), 19-21.
- Stier, J. et Smordin, H. (2008). Le groupe de Sid : le pouvoir et le sens de l'occupation dans la vie des aînés. *Actualités ergothérapeutiques*, 10(2), 23-25.
- Yee, S. (2007). Retrouver une importante dimension de l'identité par les occupations de loisirs. *Actualités ergothérapeutiques*, 9(1), 11-13.
- Zilberbrant, A., et Mandich, A. (2005). Promouvoir le sens de l'agir chez les enfants. *Actualités ergothérapeutiques*, 7(2), 19-21.

Faciliter le transfert de connaissances à l'aide du projet McMaster PLUS REHAB : relier les praticiens en réadaptation à des résultats de recherche actuels et pertinents

Mary Law, Joy MacDermid, Brenda Vrkljan et Jessica Telford

La pratique fondée sur les faits scientifiques peut améliorer la santé et elle est valorisée par les cliniciens. Les praticiens en réadaptation au Canada ont toujours affirmé que l'une des plus grandes barrières à la pratique fondée sur les faits scientifiques était la difficulté de trouver et d'évaluer des résultats de recherche pertinents (McClusky, 2003). Les nouvelles stratégies électroniques d'application des connaissances (AC) qui transmettent directement de l'information de grande qualité aux communautés de pratique peuvent permettre de réduire cette barrière et rendre la pratique fondée sur les faits scientifiques plus accessible aux cliniciens (Ho, Chockalingam, Best et Walsh, 2003).

L'AC est un domaine qui évolue rapidement et pourtant, les données probantes de qualité supérieures sur le transfert le plus efficace de connaissances sont plutôt rares. Par exemple, l'application des connaissances assistée par la technologie (ACAT), qui est une technologie de l'information et des communications, fait partie des plus récentes innovations dans l'AC et elle exige une évaluation plus rigoureuse. La technologie peut être « un véhicule extrêmement utile pour l'AC car elle peut :

- permettre aux praticiens d'avoir accès à l'information et de l'utiliser;
- améliorer l'utilisation de la recherche dans l'élaboration de politiques, puisqu'elle accélère le processus de l'AC;
- favoriser le transfert rapide des données publiques (p. ex., les sondages sur la santé nationale) vers les décideurs;
- soutenir les communautés de pratique dans lesquelles des groupes partagent des connaissances et de l'information sur des sujets d'intérêt particuliers » (Law et Telford, 2007, p. 303).

Il ne fait pas de doute que l'ACAT sera englobée dans la pratique clinique de l'avenir et qu'il est impératif que les stratégies d'ACAT soient évaluées à l'aide d'un cadre d'évaluation multidimensionnel.

Un système assisté par la technologie pour faciliter le transfert des connaissances dans la pratique en réadaptation :

Le service de réadaptation McMaster PLUS (MacPLUS REHAB) est un service personnalisé sur mesure qui a été conçu pour maximiser la diffusion des nouvelles connaissances; il est fondé sur les faits scientifiques et permet d'envoyer des avertissements et de faire des recherches. Il est basé sur la version à l'intention des médecins, appelée MacPLUS, qui a été mise sur pied par la

McMaster's Health Information Research Unit (HIRU). Au cours de la dernière décennie, HIRU a été un pionnier dans la conception et le perfectionnement de ressources pour la pratique clinique fondée sur les faits scientifiques. Les activités comprenaient notamment des techniques pour trouver, évaluer (la qualité et le contenu), organiser, faire la synthèse et disséminer les meilleures données probantes au fil de leur publication dans la littérature en médecine (Haynes et Wilczynski, 2005). Grâce aux innovations de la technologie de dissémination et à la technologie de l'interface-utilisateur, MacPLUS REHAB offrira des résultats de recherche actuels et pertinents aux praticiens en réadaptation.

Le but de ce projet est d'évaluer si la présence de MacPLUS REHAB résultera en une application plus efficace des connaissances dans la pratique de la réadaptation à travers le Canada et de cibler les barrières, les médiateurs et les facilitateurs qui modulent le processus d'application des connaissances.

Comment le projet MacPLUS REHAB fonctionnera :

Les praticiens recevront un tutoriel en ligne leur montrant comment se servir de MacPLUS REHAB et ils auront accès au service pour une période d'un an. Le service sera offert gratuitement à 1 000 ergothérapeutes et physiothérapeutes exerçant au Canada. MacPLUS REHAB offrira les services suivants :

- Une base de données cumulatives comportant un moteur de recherche sur des publications en réadaptation pertinentes et de grande qualité et un site web qui sera constamment mis à jour;
- Une interface personnalisée permettant d'identifier les intérêts en réadaptation de chaque utilisateur et de les mettre en correspondance avec les séries secondaires « virtuelles » de la base de données cumulatives;
- Des avertissements par courriel sur les nouveaux faits scientifiques, selon le profil d'intérêt de l'utilisateur;
- Des liens web vers de l'information sur les produits et les clients en vue d'une intervention;
- Des stratégies de recherche dans les données de MEDLINE pour compléter, au besoin, les recherches effectuées dans la base de données cumulatives de MacPLUS REHAB;
- De l'aide aux utilisateurs pour mettre au point des systèmes locaux d'information qui feront

correspondre précisément les besoins des utilisateurs avec les meilleures données probantes actuelles pour la pratique clinique.

Par l'intermédiaire d'une interface individuellement liée au système, les cliniciens peuvent s'enregistrer à MacPLUS REHAB et inscrire leur profil de pratique. Ce profil servira de filtre pour la littérature en réadaptation contenue dans MacPLUS REHAB. Ce système amélioré identifiera les articles de qualité les plus pertinents.

MacPLUS REHAB est différent des autres services d'information, car il aborde directement les barrières pouvant faire obstacle à la transformation rapide des résultats de recherche en avantages pour les patients; en effet, il :

- 1) sépare l'information de qualité supérieure de la littérature qui est moins pertinente pour la pratique;
- 2) fournit au praticien de l'information spécifique;
- 3) intègre le transfert d'information sur la santé et comprend des liens pertinents qui mettent en relief la nature cumulative des données probantes;
- 4) tient compte des préoccupations des praticiens en réadaptation qui n'ont pas les compétences et l'expertise pour évaluer les nouveaux articles scientifiques.

Travail accompli jusqu'à maintenant et comment vous pouvez participer :

Le développement du système MacPLUS REHAB est maintenant terminé et les chercheurs cherchent du financement pour évaluer la conception et son utilisation par les praticiens en réadaptation.

Pendant ce temps, nous avons formé une équipe avec HIRU de la McMaster University, afin d'élargir les BMJupdates+ en y ajoutant les cotes des ergothérapeutes, des physiothérapeutes et des dirigeants de la pratique clinique concernant la pertinence et l'intérêt. BMJupdates+ est « une base de données comportant un moteur de recherche sur les meilleures données probantes tirées de la littérature. Ces données sont préalablement cotées en fonction de leur qualité méthodologique, puis de leur pertinence clinique et leur intérêt, par au moins trois membres d'un groupe d'experts en médecine, qui envoient des avertissements par courriel et un accès pour faire des recherches dans la littérature en fonction de vos intérêts cliniques » (www.bmjupdates.com).

Nous recrutons des évaluateurs parmi les ergothérapeutes et les physiothérapeutes, afin d'avoir accès à des études pertinentes et de grande qualité au plan clinique dès leur publication dans leur principal domaine de pratique. Les commentaires des évaluateurs en réadaptation ont été très positifs. Pour vous joindre à nous à titre d'évaluateur ou pour recevoir plus d'information, veuillez faire parvenir un courriel à ptot@mcmaster.ca.

Conclusions :

Le service MacPLUS REHAB rendra la pratique fondée sur les faits scientifiques plus accessible aux praticiens en

personnalisant les recherches et les avertissements, ce qui fournira un système plus crédible et fiable d'articles pertinents et sauvera de nombreuses heures précieuses de recherche et d'évaluation.

Ce projet permettra d'élaborer et d'évaluer les effets de MacPLUS REHAB, une technologie de dissémination visant à améliorer l'acquisition et l'utilisation des connaissances fondées sur les faits scientifiques. Le projet s'appuie sur les innovations de MacPLUS pour créer une version en réadaptation et fournir des données probantes sur mesure, afin de répondre aux intérêts de chaque praticien en réadaptation.

Ce projet fournira de l'information sur les barrières, les médiateurs et les facilitateurs de l'ACAT qui pourra être généralisée pour tous les fournisseurs de services de réadaptation.

Ce projet nous aidera à comprendre comment les praticiens en réadaptation gèrent les changements qui surviennent dans leur environnement professionnel et s'y adaptent pour suivre les innovations dans leur domaine.

Références :

- Bowen, S., Martens, P., et Crockett, S. (2005). Demystifying knowledge translation: Learning from the community. *Journal of Health Services & Research Policy*, 10(4), 203-211.
- Haynes, R. B., Holland, J., Cotoi, C., McKinlay, R. J., Wilczynski, N. L., Walters, L. A., et al. (2006). McMaster PLUS: A cluster randomized clinical trial of an intervention to accelerate clinical use of evidence-based information from digital libraries. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 13(6), 593-600.
- Haynes, R. B., et Wilczynski, N. (2005). Finding the gold in MEDLINE: Clinical queries. *ACP Journal Club*, 142(1), A8-9.
- Ho, K., Chockalingam, A., Best, A., et Walsh, G. (2003). Technology-enabled knowledge translation: Building a framework for collaboration. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 168(6), 710-711.
- Law, M. et Telford, J. (2007). Knowledge Transfer and Exchange. Dans M. Law et J. MacDermid (Édit.). *Evidence-based Rehabilitation: A Guide to Practice* (2nd Edition). Thoraford, NJ: Slack Inc.
- Maher, C.G., Sherrington, C., Elkins, M., Herbert, R.D., et Mosely A.M. (2004). Challenges for evidence-based physical therapy: Accessing and interpreting high-quality evidence on therapy. *Physical Therapy*, 84, 644-654.
- McCluskey, A. (2003). Occupational therapists report a low level of knowledge, skill and involvement in evidence-based practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 50(1), 3-12.
- McCluskey, A., et Lovarini, M. (2005). Providing education on evidence-based practice improved knowledge but did not change behaviour: A before and after study. *BMC Medical Education*, 5, 40.

Mettre en œuvre des stratégies d'application des connaissances : intégrer l'Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) dans la pratique

Karla Moore et Norma Lewis

L'application dans la pratique des connaissances acquises pendant des ateliers et des congrès peut s'avérer difficile, en raison des obstacles qui se présentent à l'échelle de l'individu et des systèmes. Le but de cet article est de partager quelques stratégies que nous avons utilisées en vue d'incorporer l'Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) (www.ampsintl.com) dans nos pratiques cliniques.

Le AMPS est une évaluation ergothérapeutique standardisée et spécifique basée sur l'observation, qui évalue la qualité des habiletés motrices et opératoires des clients pendant qu'ils réalisent des activités de la vie quotidienne (AVQ). La qualité du rendement des clients est cotée par des ergothérapeutes ayant suivi une formation pour administrer et étalonner l'évaluation. La qualité du rendement est cotée en fonction de l'effort, de l'efficacité, de la sécurité et de l'indépendance démontrées par les clients pendant qu'ils effectuent 16 activités motrices et 20 activités opératoires. Le AMPS peut être utilisé pour évaluer les habiletés des clients âgés de plus de trois ans pour réaliser leurs AVQ, peu importe leur sexe, leur diagnostic ou leur origine culturelle, en autant que leur rendement aux AVQ est un sujet de préoccupation.

Il y a neuf ans, un grand nombre d'ergothérapeutes travaillant à la Mental Health Division of Capital District Health Authority à Halifax, en Nouvelle-Écosse ont suivi une formation pour administrer et étalonner le AMPS. Nous avons décidé de suivre la formation et de devenir des évaluateurs AMPS, afin de mettre nos compétences à

L'avantage d'être plusieurs personnes du même milieu de travail à avoir suivi la formation AMPS au même moment est que nous pouvions plus facilement établir un réseau de soutien par les pairs. Nous avons partagé nos problèmes, nos réussites et nos façons de surmonter les obstacles tout en changeant les objectifs de nos évaluations et, éventuellement nos pratiques.

niveau et d'avoir accès à un instrument d'évaluation valide et fiable. Avec l'incorporation du AMPS, nos pratiques ont passé de l'examen des problèmes des clients en matière de rendement à l'examen des forces et des limites du rendement occupationnel de nos clients. Nous croyons que cet accent représente l'expertise des ergothérapeutes et qu'il témoigne plus précisément des préoccupations réelles des clients. En raison de cette nouvelle identité, nous sommes en mesure d'expliquer beaucoup plus clairement aux membres de l'équipe le rôle que nous pouvons jouer dans l'évaluation et l'intervention auprès de nos clients.

Cependant, avant d'atteindre ce degré de confiance, nous avons dû appliquer dans notre pratique ce que nous avons appris pendant le cours de formation du AMPS.

Nous avons appliqué nos connaissances à l'aide de plusieurs stratégies, notamment : (a) la création d'un réseau de soutien; (b) la persistance; (c) l'utilisation des mécanismes de soutien du projet AMPS International; (d) la sensibilisation des membres de l'équipe à la valeur de ce que nous avons appris sur les clients en effectuant l'évaluation du AMPS; et (e) des activités de formation continue. Chacune des stratégies est discutée en détail dans les paragraphes suivants.

L'avantage d'être plusieurs personnes du même milieu de travail à avoir suivi la formation AMPS au même moment est que nous pouvions plus facilement établir un réseau de soutien par les pairs. Nous avons partagé nos problèmes, nos réussites et nos façons de surmonter les obstacles tout en changeant les objectifs de nos évaluations et, éventuellement nos pratiques. Nous avons examiné et critiqué les rapports d'évaluation des uns et des autres afin d'apprendre comment documenter clairement et interpréter le rendement de nos clients à l'aide du AMPS. Des rencontres de soutien par les pairs ont été organisées et nous avons alors l'occasion de discuter des expériences vécues face à l'utilisation du AMPS et d'apprendre en groupe, en écoutant les expériences des autres. Pour que ces rencontres soient réussies, il est important qu'une personne soit responsable d'organiser les rencontres, d'envoyer des messages de rappel et de présider les rencontres.

Nous accordons une grande valeur au AMPS, car il nous permet de produire des estimations valides et fiables du rendement des clients aux AVQ; ces évaluations peuvent être utilisées pour prédire les besoins des clients en matière de soutien et pour planifier l'intervention. Cette valeur du AMPS nous a aidé à demeurer motivées et à persévérer en dépit des difficultés rencontrées, en particulier lorsque nous avons commencé à utiliser le AMPS. Nous avons découvert que plus nous utilisons le AMPS souvent, plus nous avons le temps de réfléchir aux résultats et plus nous sommes devenues compétentes pour administrer et interpréter les résultats.

Une autre stratégie que nous avons adoptée a été d'utiliser les ressources disponibles. Pendant les cours de formation du AMPS, les ergothérapeutes se familiarisent avec les manuels du AMPS, car toutes les sections du manuel sont étudiées en détails. Notre réussite continue face à l'incorporation du AMPS dans nos pratiques se reflète dans le fait que nous avons continué de

consulter le manuel d'administration du AMPS pendant plusieurs années. Les manuels du AMPS ont été révisés à plusieurs reprises et ces révisions ont été faites dans une large mesure pour tenir compte des problèmes réels rencontrés par les ergothérapeutes pendant l'utilisation du AMPS. Selon notre expérience, la lecture du manuel d'administration sauve non seulement du temps, mais réduit les frustrations.

La communication avec les membres du personnel enseignant du AMPS et le personnel du projet AMPS International s'est aussi avérée une excellente stratégie pour intégrer ce nouvel outil dans la pratique. Dans la plupart des ateliers de formation sur le AMPS, les membres du personnel enseignant transmettent leurs coordonnées aux participants. Certains de nos collègues ont communiqué avec les enseignants, qui ont pu répondre à leurs questions relatives à l'administration, la cotation et l'interprétation des évaluations AMPS. Le site web administré par le projet AMPS International comporte aussi de l'information utile. Ce site web comprend un forum où les ergothérapeutes peuvent afficher des questions auxquelles répondent le personnel du projet AMPS International, ainsi qu'une liste de références sur des articles relatifs au AMPS, qui est mise à jour régulièrement.

Au fil des ans, plusieurs ergothérapeutes, dont les auteures, ont fait des présentations au personnel multidisciplinaire de la Mental Health Division, en vue de sensibiliser les membres de l'équipe et les gestionnaires à la valeur du AMPS, ce qui nous a permis d'obtenir leur appui face à l'utilisation du AMPS. Par exemple, pendant un atelier qui comportait des présentations sur la tomographie d'émission par positrons et les tests neuropsychologiques, deux ergothérapeutes ont présenté

une étude de cas dans laquelle le AMPS avait été utilisé pour mesurer le rendement occupationnel. Ils ont pu mettre en évidence le fait que le AMPS peut produire des mesures valides et fiables du rendement occupationnel.

Nous avons participé à des activités de formation continue lors de congrès locaux ou nationaux pendant lesquelles les conséquences pour la pratique et des études associées au AMPS sont présentées. Nous avons grandement bénéficié de notre participation au 2008 International AMPS Symposium: Measuring, Planning and Implementing Occupation-based Programs et à l'atelier pré-congrès intitulé Knowledge Translation, qui a été présenté à Halifax cet été. Le symposium comprenait des présentations sur les nouvelles données probantes qui démontrent la validité, la fiabilité et l'utilité du AMPS et du School AMPS, de même que sur le développement d'autres évaluations comme l'Evaluation of Social Interaction Skills.

Bien que nous ayons partagé nos perspectives en tant qu'ergothérapeutes travaillant dans un milieu offrant des services en santé mentale, nous croyons que les stratégies que nous avons utilisées pour intégrer le AMPS dans nos pratiques peuvent s'appliquer dans d'autres milieux de pratique et qu'elles peuvent favoriser l'intégration d'autres instruments d'évaluation ou techniques d'intervention dans la pratique.

À propos de auteures :

KARLA MOORE, OT Reg (NS) est ergothérapeute au sein des Bedford/Sackville Mental Services à Lower Sackville, en Nouvelle-Écosse. On peut la joindre à Karla.Moore@cdha.nshealth.ca

NORMA LEWIS, OT Reg (NS) est ergothérapeute à Connections Clubhouse à Halifax, en Nouvelle-Écosse. On peut la joindre à Norma.Lewis@cdha.nshealth.ca. Les deux auteures font partie du personnel enseignant du AMPS.

La santé mentale au travail : concevoir une ressource à l'intention de l'employeur en établissant des partenariats pour l'application des connaissances

Sandra Moll et Erika Pond Clements

À l'automne 2006, les auteures ont été embauchées par la Fondation canadienne de la recherche en psychiatrie (FCRP) afin de coordonner leur projet sur l'application des connaissances (AC) intitulé « When Something's Wrong - Strategies for the Workplace ». Le but du projet était de concevoir un manuel fondé sur les faits scientifiques à l'intention des employeurs, pour les aider à aborder la maladie mentale en milieu de travail. Au moment où nous avons été embauchées pour le projet, Sandra était candidate au doctorat, étudiant la maladie mentale en milieu de travail, et Erika dirigeait sa propre clinique privée centrée sur la santé mentale au travail. En tant qu'ergothérapeutes, nous avions le sentiment que nous possédions les connaissances et les compétences en santé mentale au travail et dans le développement de partenariats qui seraient idéales pour le projet. C'est ainsi qu'a commencé notre longue aventure d'un an au cœur de l'AC! Le but de cet article est d'illustrer nos façons de nous engager dans un processus actif d'AC en vue de produire un manuel fondé sur les faits scientifiques utilisé par des employeurs à travers le pays.

La FCRP est un organisme national de

« Voici l'exemple d'un beau travail. ... Ce manuel contribuera largement à la croissance et au développement d'une base de connaissances dans ce domaine ».

Bill Wilkerson, co-fondateur et directeur général de la Global Business and Economic Roundtable on Addiction Mental Health

bienveillance qui amasse et distribue des fonds pour la recherche en psychiatrie et la sensibilisation à la maladie mentale au Canada. Afin de favoriser une application efficace des connaissances et de sensibiliser davantage la population aux travaux de la FCRP, la Fondation a créé une série de manuels pour la population générale ayant pour but d'aider les personnes ayant un trouble de santé mentale à identifier leur problème, à cibler des stratégies d'adaptation et à trouver de l'aide. Le premier manuel de la série a été conçu pour les familles et les parents, le deuxième pour les enseignants et un troisième manuel était prévu pour les employeurs.

Le but du troisième manuel était de fournir aux employeurs des outils fondés sur les faits scientifiques pour en apprendre davantage sur les employés ayant des troubles de santé mentale et gérer ces employés en milieu de travail. Le manuel serait ensuite complété par des ateliers de formation à l'intention des employeurs. Un comité du projet en milieu de travail, formé dans le but de superviser le projet, comprenait plus de 25 parties

prenantes, y compris des fournisseurs de services, des employeurs et des consommateurs de services en santé mentale.

L'un des principes directeurs du projet était un engagement à un processus interactif d'AC. Selon les Instituts de recherche en santé du Canada (2004), l'application des connaissances fait référence à « la synthèse et l'application conforme à l'éthique des connaissances - dans un système complexe d'échanges entre chercheurs et utilisateurs - pour accélérer la concrétisation des avantages de la recherche pour les Canadiens... ». Plutôt que d'opter pour l'approche traditionnelle selon laquelle les chercheurs transmettent l'information à des destinataires passifs, nous avons invité les employeurs et autres parties prenantes intéressées à devenir des partenaires actifs et ce, à toutes les étapes de l'identification des problèmes, de la production de connaissances et de l'évaluation. Les stratégies interactives comme la participation des parties prenantes dès le début du projet rehaussent la pertinence de l'information et les chances que cette information soit appliquée (Davis et al., 2003). La figure 1 présente les parties prenantes clés qui ont participé à titre de partenaires de l'AC tout au long du projet.

Le processus de conception du manuel s'est précisé pendant les différentes étapes. Deux étudiantes en ergothérapie qui ont participé au projet ont adapté

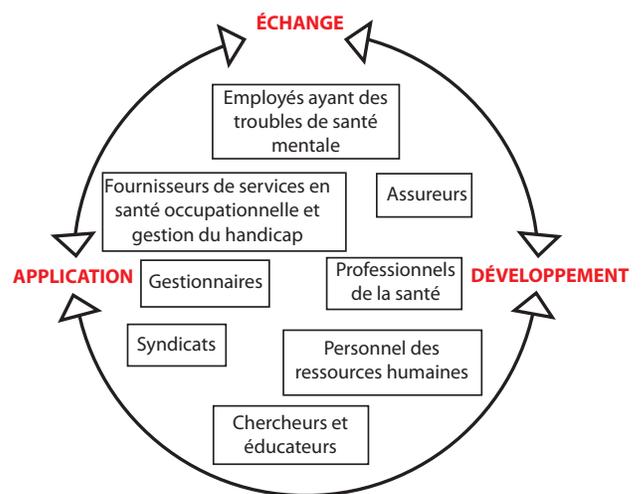


Figure 1 – Participation des parties prenantes

l'Integrated Model of Evidence Based Practice© (Dematteo et Law, 2005) afin de conceptualiser les différentes étapes d'élaboration du manuel (voir la figure 2).

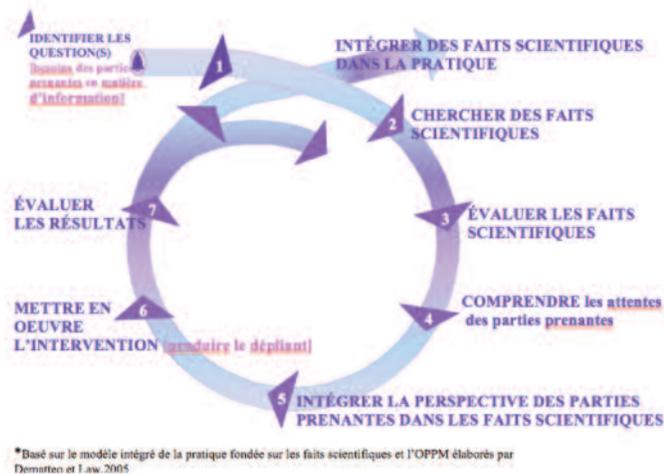


Figure 2 –Modèle de développement du manuel *

L'étape un consistait à identifier les questions clés devant être abordées dans le manuel. À l'automne 2006, un groupe de travail composé de plus de 70 parties prenantes ayant un intérêt pour la santé mentale au travail s'est rencontré. Parmi les participants, on retrouvait des représentants des départements des ressources humaines, de la santé occupationnelle, des gestionnaires du handicap et des fournisseurs des services en santé mentale, des gestionnaires ou des superviseurs et des consommateurs de services en santé mentale. Les entreprises représentées comprenaient, entre autres, des fournisseurs de services

municipaux (p. ex., services de police, commission des transports), des fournisseurs de soins de santé (grands hôpitaux et hôpitaux de taille moyenne, de même que des programmes à base communautaire), des représentants du système d'éducation (commissions scolaires et établissements d'enseignement postsecondaire) et des grandes et moyennes entreprises et entreprises industrielles. Les questions ou les problèmes clés identifiés par le groupe de participants étaient les suivants : préjugés et scepticisme concernant la légitimité des problèmes de santé mentale, manque de clarté en ce qui concerne les rôles et responsabilités des employeurs et des employés, difficulté d'accès aux

services et manque de coordination des services, difficultés en matière d'aménagements et de retour au travail et stress et manque de soutien en milieu de travail. Les chapitres du

manuel ont été conçus de manière à témoigner de chacune des lacunes identifiées en matière de connaissances : Tenir compte du milieu industriel; Reconnaître et aborder les problèmes de santé mentale; Accessibilité des services; Gérer les congés de maladie et le retour au travail; Proposer des aménagements en milieu de travail; Créer des milieux de travail sains; Signes, symptômes et interventions.

« J'ai reçu le manuel par la poste hier. Il est très bien conçu. Il est très complet et facile à comprendre. J'espère que les compagnies se le procureront et qu'elles commenceront à l'utiliser. Bravo pour l'excellent travail!! »
Jocelyn Cowsls, ergothérapeute en Ontario

Les étapes deux et trois de la conception du manuel étaient la recherche et l'évaluation de faits scientifiques pour aborder chacun des problèmes identifiés. Les sources de données probantes étaient, notamment la recherche (études publiées), la pratique (opinion des experts et expérience) et la politique (loi et directives en matière juridique). Comme la recherche ne fait que commencer dans ce domaine, il a été difficile de trouver des données de qualité supérieure sur les travailleurs ayant des troubles de santé mentale. Les recherches menées auprès d'autres populations (p. ex., travailleurs souffrant de douleur ou de problèmes musculosquelettiques) ont été examinées et évaluées en fonction de leur pertinence. Par ailleurs, des commentaires ont été recueillis auprès des experts de ce domaine ayant abordé ces problèmes dans la pratique (p. ex., gestionnaires du handicap, psychiatres occupationnels, employés) et auprès de chercheurs dont les résultats n'avaient pas encore été publiés. Il était aussi important d'examiner des questions relatives à la politique concernant les aménagements en milieu de travail. Des avocats spécialisés en droit du travail ont participé à la formulation des sections sur les aménagements et le retour au travail, en ce qui a trait aux références aux commissions et aux lois fédérales, provinciales et territoriales sur les droits de la personne. Des connaissances « valides » ont été produites à partir de plusieurs sources.

Les étapes quatre et cinq de la conception du manuel étaient la compréhension des attentes des parties prenantes et l'intégration de leur perspective dans les faits scientifiques. Les versions préliminaires de chaque chapitre ont été envoyées à au moins un représentant de chacune des huit parties prenantes afin de recueillir leurs commentaires. Les versions révisées ont ensuite été examinées par les membres du comité directeur. Comme les membres du comité représentaient une gamme de parties prenantes, les rencontres étaient souvent le théâtre de débats animés sur le contenu du manuel. Lorsque les parties n'étaient pas en accord, toutes les perspectives étaient prises en considération lors des révisions. Les commentaires et les discussions ont été utiles pour déterminer comment l'information pourrait être interprétée par d'autres personnes.

À propos des auteurs :

SANDRA MOLL est chargée de cours à la School of Rehabilitation Science de la McMaster University et candidate au doctorat en sciences de la santé publique à l'University of Toronto. On peut la joindre à molls@mcmaster.ca.

ERIKA POND CLEMENTS est ergothérapeute et professionnelle certifiée en gestion du handicap en pratique privée (www.workmatters.ca) à Kitchener, en Ontario. On peut la joindre à erikapondclements@workmatters.ca

La sixième étape du processus a été la production du manuel. L'une des étapes clés de cette étape a été l'examen du manuel par des éditeurs professionnels. Après avoir examiné les soumissions de plusieurs éditeurs, nous avons opté pour une équipe d'édition qui avait de l'expérience dans la publication de documents qui ciblaient notre marché. L'utilisation de citations, d'encadrés, de couleur et de points abrégés a ajouté de l'impact et a facilité la lecture du produit final.

La septième et la huitième étapes sont actuellement en cours. La FCRP a affiché une évaluation du manuel sur le site web et les utilisateurs sont invités à émettre leur commentaires sur la qualité, la facilité d'utilisation et la pertinence de l'information. Des ateliers centrés sur l'intégration des faits scientifiques dans la pratique sont actuellement en voie d'élaboration.

Apprentissages clés

L'une des plus grandes forces et difficultés de ce projet a été le processus d'échange de connaissances en collaboration. Nous avons amorcé un dialogue avec diverses parties prenantes qui avaient des perspectives, des objectifs et même un langage différents pour discuter des questions. Les problèmes de communication que nous avons rencontrés n'étaient pas différents de ceux que l'on retrouve dans le domaine de la santé mentale au travail.

L'identification et le traitement des points de controverse et de l'incompréhension ont été critiques pour veiller à ce que le produit final soit pertinent et accepté. Il est important de noter que les manuels sont des produits statiques, alors que les connaissances sont « une série changeante de savoirs façonnés par les personnes qui les produisent et les utilisent » (Armstrong et al., 2006, p.385). Le manuel ne représente qu'un élément du processus général de l'AC; ainsi, des ateliers sur mesure sont requis.

Dans l'ensemble, il a été très captivant pour nous d'arriver dans un projet ayant déjà un financement, une

infrastructure et un comité directeur. Nous avons pu proposer une approche ergothérapique lors des discussions (tenir compte du travailleur, du milieu de travail et du travail). Nous voulions nous assurer que les employeurs ne seraient pas centrés sur le diagnostic, mais plutôt sur la résolution de problème en collaboration et sur l'amélioration des capacités fonctionnelles. Grâce à l'appui d'un comité et d'une directrice générale expérimentés, nous sommes arrivés à produire un manuel qui a été bien accueilli par les dirigeants du domaine de la santé mentale au travail à travers le pays.

Références

- Armstrong, R., Waters, E., Roberts, H., Oliver, S., et Popay, J. (2006). The role and theoretical evolution of knowledge translation and exchange in public health. *Journal of Public Health, 28*(4), 384-389.
- Instituts de recherche en santé du Canada. (2005). *Stratégie liée à l'application des connaissances 2004-2009: L'innovation à l'oeuvre*. Ottawa, ON: Auteur. Téléchargé le 14 mai 2007 à <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/26574.html#defining>
- Davis, D., Evans, M., Jada, A., Perrier, L., Rath, D., Ryan, D., Sibbald, G., Straus, S., Rappolt, S., Wowk, M. et Zwarenstein, M. (2003). The case for knowledge translation: shortening the journey from evidence to effect. *British Medical Journal, 327*, 33-35.
- Dematteo, C. et Law, M. (2005). *An integrated model of EBP and OPM*. Hamilton: McMaster University.

Remerciements

Nous tenons à reconnaître le soutien des principaux fondateurs de ce projet : la Frank Cowan Foundation et la Société canadienne des postes. Nous remercions également Lisa Cosentino et Julia Harris, les étudiantes en ergothérapie qui ont participé à la conception du manuel dans le cadre de leur projet sur la pratique fondée sur les faits scientifiques.

Des données et de l'information pour l'avancement de la pratique de l'ergothérapie

Lori Lennox

Des nouvelles connaissances sur les soins de santé sont produites chaque jour. L'institut canadien d'information sur la santé (ICIS) contribue au transfert et à la production de nouvelles connaissances sur la santé et le système de santé en recueillant de l'information auprès de diverses sources au Canada. Les ergothérapeutes peuvent se servir de ces connaissances dans leur pratique en tant que cliniciens, gestionnaires et chercheurs.

Information sur la santé nationale et sur le système de santé

Les ergothérapeutes contribuent de plusieurs façons différentes à la cueillette des données qui sont envoyées à l'ICIS :

- Les ergothérapeutes qui travaillent dans les hôpitaux, les centres de réadaptation, les établissements en santé mentale et les organismes offrant des soins continus dans certaines autorités remplissent des instruments d'évaluation dans le cadre de l'évaluation et du traitement de leurs clients. Ces données et cette information sont envoyées à l'ICIS. L'ICIS utilise l'instrument FIM™¹ et le Resident Assessment Instruments (RAI) pour recueillir leurs données. Cette collecte de données permet de fournir de l'information sur les caractéristiques et la démographie des clients tout au long du continuum des soins de santé à l'hôpital, aux échelons régional et national.
- Les cliniciens en ergothérapie recueillent aussi des données financières et statistiques sur la charge de travail relative au fonctionnement quotidien des organismes offrant des services de santé. Cette information facilite la rédaction de rapports sur l'utilisation des ressources et l'établissement des budgets et elle entraîne des décisions plus éclairées en matière de gestion. L'ICIS établit les normes en matière de collecte de données.
- Les organismes de réglementation envoient les données à l'ICIS afin qu'il enregistre l'information sur les tendances de la main-d'œuvre, comme les mouvements en matière de migration, les profils éducatifs, les habitudes en matière de pratique et l'âge moyen des ergothérapeutes.
- De nombreux ergothérapeutes travaillent à l'ICIS. Ils font preuve d'expertise et favorisent la pertinence clinique lors de la collecte des données et ils participent aux analyses et aux interprétations présentées dans les rapports et les publications de l'ICIS.

L'importance de l'information de l'ICIS pour les ergothérapeutes

De nombreuses sources d'information sont offertes aux ergothérapeutes. Les ergothérapeutes peuvent faire l'acquisition de connaissances fondées sur les faits scientifiques en examinant des études, des articles de revues, des rapports sur des projets pilotes, des discussions avec des pairs et de l'information en ligne. L'information diffusée par l'ICIS est reconnue comme étant une source d'information crédible, fiable et confidentielle sur la santé et le système de santé canadien. La valeur de l'information de l'ICIS repose sur sa capacité de fournir des données et des comparaisons relatives à l'information sur la santé, à l'échelle nationale. L'ICIS identifie et fait connaître les indicateurs nationaux qui sont utilisés pour comparer l'état de santé et le rendement de différentes populations, ainsi que les caractéristiques et le rendement du système de santé.

Les avantages de l'information de l'ICIS pour les ergothérapeutes

Les cliniciens en ergothérapie peuvent se servir d'instruments standardisés pour prendre leurs décisions cliniques. Par exemple, lors des réunions d'équipe, les ergothérapeutes peuvent discuter et comparer les scores relatifs à la fonction de divers clients et planifier leur traitement en fonction de ces discussions. Les instruments et les outils cliniques offrent à l'équipe de réadaptation un système et un langage normatifs pour discuter de la fonction du client. Les ergothérapeutes peuvent être intéressés à savoir que l'ICIS est l'octroyeur de licence de l'instrument FIM™ au Canada. Les ergothérapeutes qui n'ont pas accès à l'instrument dans leur établissement peuvent demander une licence à l'ICIS.

Les ergothérapeutes qui occupent les fonctions de gestionnaires et de décideurs peuvent se servir des rapports organisationnels de l'ICIS pour évaluer et soutenir les décisions des programmes de réadaptation. Les rapports organisationnels de l'ICIS contiennent de l'information détaillée sur le profil des clients et leurs résultats fonctionnels (basés sur les données recueillies à l'aide de l'instrument FIM™) selon l'unité de l'hôpital ou de réadaptation. Ils contiennent aussi des données comparatives et de l'information sur les unités des hôpitaux et de réadaptation de leurs pairs, de même que des moyennes provinciales. Les gestionnaires en ergothérapie peuvent examiner ces rapports pour prendre des décisions en ce qui concerne le besoin d'augmenter le nombre de lits de réadaptation, les critères d'admission ou même pour savoir si un programme pilote a permis d'améliorer le traitement des clients. L'histoire de cas intitulée Des données à l'œuvre : Réadaptation à la suite d'un accident vasculaire cérébral (ci-dessous) donne un bon

¹L'instrument FIM™ auquel on fait référence est la propriété de l'Uniform Data System for Medical Rehabilitation, une division de UB Foundation Activities Inc.
© Copyright InterRAI, 1997, 1999. Modifié avec permission de l'utiliser au Canada, en vertu de la licence accordée par l'Institut canadien d'information sur la santé

exemple de données de l'ICIS provenant de rapports organisationnels (combinées à d'autres sources) qui ont été utilisées pour améliorer les soins prodigués aux clients.

Les ergothérapeutes qui occupent d'autres fonctions dans le système de santé, comme les décideurs et les chercheurs, peuvent demander et utiliser les données de l'ICIS. Ils peuvent chercher à répondre à des questions sur les tendances en matière de migration ou la planification de la main-d'œuvre en ergothérapie. Les questions associées à la recherche qui contribuent au développement des pratiques exemplaires et favorisent l'amélioration de la qualité, comme la façon dont les résultats fonctionnels sont affectés si l'on améliore ou prolonge le traitement, peuvent aussi être résolues à l'aide des données de l'ICIS.

Rapports publics de l'ICIS pouvant intéresser les ergothérapeutes

- Réadaptation pour patients hospitalisés au Canada : information sur les caractéristiques des clients hospitalisés en réadaptation y compris l'âge moyen, la durée de séjour et les résultats fonctionnels. Consulter le www.cihi.ca/nrs.
- Tendances de la main-d'œuvre chez les ergothérapeutes au Canada : information sur l'offre et la répartition des ergothérapeutes travaillant au Canada, y compris les tendances en éducation, les tendances en matière de migration et les tendances en matière d'emploi. Se rendre à www.cihi.ca, cliquer sur Collecte de données, puis sur Base de données sur les professionnels de la santé.
- Améliorer la santé des Canadiens : Promouvoir le poids santé : met en relief les milieux dans lesquels nous vivons, apprenons et jouons qui rendent les choix des Canadiens plus difficiles ou plus faciles en ce qui concerne l'atteinte et le maintien d'un poids santé. Consulter le www.cihi.ca/cphi.

Des données à l'oeuvre

The Stroke Rehabilitation Project of Southeastern Ontario s'est basé sur les données de l'ICIS pour émettre des recommandations sur les façons d'améliorer la réadaptation à base communautaire chez les clients ayant été victimes d'un accident vasculaire cérébral, tout en utilisant les ressources plus efficacement. Le projet a permis de découvrir que la réadaptation professionnelle intense et en temps opportun, y compris l'ergothérapie, jouait un rôle essentiel dans le rétablissement de ces clients, une fois qu'ils avaient reçu leur congé de l'unité de réadaptation. Les clients retrouvaient leurs capacités fonctionnelles plus rapidement dans les deux premiers mois lorsqu'ils avaient attendu moins longtemps et lorsqu'ils avaient reçu des services de réadaptation plus intenses, y compris des services d'ergothérapie. Le coût des soins avait également diminué, car les clients étaient 50 pour cent moins susceptibles d'être réadmis à l'hôpital et la durée de leur séjour était plus courte que les clients ayant reçu des soins réguliers à base communautaire. L'ICIS a joué un rôle clé en fournissant au projet de 2004 des données et des outils

pour recueillir des données. Ce projet a été financé par le Ministère de la santé et des soins prolongés de l'Ontario. Avec le consentement des patients, l'équipe a utilisé les données sur les patients hospitalisés (admission, congé et suivi) du système national d'information sur la réadaptation de l'ICIS, et elle a ensuite fait un suivi sur le fonctionnement des clients, trois mois, six mois et 12 mois suivant leur congé de l'hôpital. Les résultats ont incité le Community Care Access Centre of Southeastern Ontario à envisager de continuer ce nouveau type de soins pour des clients semblables. Ces résultats et ceux de cinq projets semblables en Ontario ont aussi été examinés par un groupe d'experts provincial dirigé par la Fondation des maladies du cœur et l'Ontario Stroke System, en vue de l'élaboration d'une série de normes provinciales pour les services de réadaptation à l'intention des personnes ayant été victimes d'accidents vasculaires cérébraux.

À propos de l'auteure :

LORI LENNOX, B.Sc. OT Reg. (Ont.), MHA a commencé à travailler à l'ICIS après le début de ses études de maîtrise en administration de la santé. Après avoir travaillé plusieurs années en soins aigus et dans la communauté, elle souhaitait avoir un impact plus grand sur le système de santé. Elle est venue vers l'ICIS en raison de sa capacité de fournir de l'information valable à tous les types de parties prenantes et pour les aider à prendre des décisions en vue d'améliorer notre système de santé. Lori travaille actuellement dans l'unité de stratégie, politique et gouvernance de l'ICIS.

Faire avancer la pratique de l'ergothérapie

Dans un environnement dans lequel on retrouve une gamme de traitements, une population vieillissante, des consommateurs ayant des attentes plus grandes, des ressources limitées et une complexité grandissante face à la prestation des soins de santé, les ergothérapeutes et tous les fournisseurs de services de santé font face à la difficulté d'offrir des soins de qualité. Ils cherchent tous à offrir « de bons soins, au bon moment, à la bonne personne et de la bonne manière ». Les données et l'information peuvent aider les ergothérapeutes dans ce processus. La première étape vers l'atteinte de ce but est d'être conscient qu'il existe de l'information qui peut s'appliquer à la pratique de l'ergothérapie.

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) est un organisme indépendant, sans but lucratif qui fournit des données et une analyse essentielles sur le système de santé canadien et sur la santé des Canadiens. L'ICIS recueille des données dans de nombreux domaines, grâce à l'information fournie par les hôpitaux, les régies régionales de la santé, les organismes de réglementation, les médecins et les gouvernements. D'autres sources fournissent d'autres données pour éclairer les rapports d'analyse en profondeur de l'ICIS.

L'ICIS est responsable de nombreuses bases de données et registres qui comportent de l'information sur l'ensemble des services de santé et sur le système de santé au Canada. Cette information soutient la recherche et l'analyse en vue de la planification et de l'élaboration de directives.

Visitez notre site web au www.cihi.ca

Sensibilisation et collaboration : un rôle novateur pour les ergothérapeutes

Denise De Laet, Cheryl Missiuna, Mary Egan, Robin Gaines, Jennifer McLean et Veronique Chiasson

Compte tenu du plus grand accent mis sur les soins de santé primaires, les ergothérapeutes doivent de plus en plus faire la preuve de la valeur de leur apport au sein des équipes de santé familiale. Les possibilités de participation des ergothérapeutes sont considérables dans les milieux offrant des soins de santé primaires. Pour actualiser ces possibilités, les ergothérapeutes doivent sensibiliser les autres aux façons dont nos compétences dans l'évaluation des différents aspects de la personne, de l'environnement et de l'occupation et la compréhension du rendement occupationnel peuvent contribuer à la gestion des questions liées aux soins de santé primaires. Cet article a pour but de décrire un projet de démonstration dans lequel une ergothérapeute offrant des services à base communautaire a sensibilisé et collaboré avec des médecins de première ligne, en leur enseignant les connaissances et les compétences des ergothérapeutes, afin qu'ils dépistent plus tôt et traitent les enfants atteints d'un trouble du développement de la coordination (TDC).

Le TDC est un trouble envahissant de l'enfance qui est souvent accompagné d'autres troubles du développement, comme le trouble du déficit de l'attention, l'hyperactivité ou les troubles de la parole et du langage. Les enfants ayant un TDC ont de la difficulté à effectuer leurs tâches motrices quotidiennes, même si leurs compétences intellectuelles sont moyennes et même si aucun autre trouble neurologique n'a été diagnostiqué chez eux (American Psychiatric Association, 2000). Le TDC peut entraîner des conséquences négatives à long terme, notamment, des échecs scolaires, des relations sociales déficientes, des troubles affectifs, une moins bonne condition physique et une moins bonne santé. Les données probantes suggèrent que les troubles moteurs associés au TDC persistent souvent au-delà de l'adolescence et dans la vie adulte (Missiuna, Gaines, Soucie et McLean, 2006).

Les médecins de premier recours sont bien placés pour reconnaître et traiter les enfants ayant un TDC (Hamilton, 2002). En effet, ils ont des contacts réguliers et continus avec les jeunes enfants, et les parents leur accordent leur confiance, car ils sont une ressource de santé de première ligne pouvant les aiguiller vers d'autres professionnels. Les médecins sont aptes à recueillir une histoire détaillée et à effectuer les examens physiques et neurologiques requis pour éliminer d'autres troubles de la coordination motrice. Toutefois, de nombreux médecins ne connaissent pas bien le TDC (Hamilton, 2002) et ceci représente un obstacle majeur au dépistage et au traitement de ce trouble chronique dans le secteur des soins de santé primaires. Les ergothérapeutes se trouvent dans une excellente position pour sensibiliser les médecins de première ligne et les aider à dépister ces enfants en

diffusant leurs connaissances ergothérapeutiques sur le TDC et d'autres données probantes, et en les aidant à comprendre la relation entre les habiletés motrices et la fonction.

Un projet de démonstration a été mené par une

Bien que 18 % des enfants suivis dans les soins de santé primaires aient des troubles du développement, un grand nombre d'entre eux ne sont pas dépistés. Le trouble du développement de la coordination compte parmi ces troubles.

équipe de recherche multidisciplinaire dans des milieux offrant des soins de santé primaires à Ottawa, en Ontario. Ce projet était basé sur des stratégies de transfert des connaissances et de collaboration. Dans ce projet, les ergothérapeutes :

- 1) ont sensibilisé les médecins et leur ont transmis des connaissances sur le TDC par l'intermédiaire de formations personnalisées et générales ciblées;
- 2) ont aidé les médecins à dépister et à établir le diagnostic du TDC en les sensibilisant et en collaborant avec eux lors du processus d'évaluation;
- 3) ont transmis des connaissances sur les ressources communautaires appropriées, au moyen de consultations conjointes avec les parents, après l'établissement du diagnostic d'un TDC;
- 4) ont fourni du matériel éducatif fondé sur les faits scientifiques à l'intention des familles et ont rehaussé la capacité des familles de gérer leur enfant et de défendre les intérêts de leur enfant;
- 5) ont joué le rôle de liaison avec d'autres services (p. ex., éducation spécialisée et autres professions complémentaires de la santé) pour favoriser la mise en œuvre de stratégies d'adaptation dans la communauté.

La sensibilisation des médecins de première ligne a commencé par une approche générale de base. Des présentations ont été faites, non seulement au groupe de médecins ciblé, mais aussi à d'autres groupes de professionnels des secteurs de la santé et de l'éducation, y compris des professionnels complémentaires de la santé et des éducateurs spécialisés. Les médecins recrutés pour le projet ont reçu des visites personnalisées en ergothérapie pendant lesquelles leurs priorités en matière d'apprentissage ont été précisées, et on leur a remis des documents éducatifs sélectionnés (Missiuna, Gaines et Soucie, 2006). Ces documents, conçus en collaboration avec des médecins de la région et des représentants du College of Family Physicians of Ontario, étaient les suivants :

- Cartable : trousse de collaboration entre les médecins et les professions complémentaires de la santé sur le TDC (DCD PACK), contenant des résumés succincts d'information sur le TDC basée sur des faits scientifiques;
- Site web : un site web comportant la même information que le cartable a été conçu à l'intention des médecins qui préfèrent avoir accès au matériel en ligne (www.dcdpack.ca);
- DVD : DVD illustrant des enfants ayant un développement type et des enfants ayant un TDC réalisant des tâches pouvant être observées dans un milieu offrant des soins de santé primaires (p. ex., monter sur une table d'examen; attraper et lancer une balle de tennis; boutonner un gilet; attacher des lacets);
- Activités de dépistage à l'intention du médecin : dossiers laminés présentant des activités de dépistage en fonction de l'âge de l'enfant à l'intention du médecin; un bloc-notes comportant un court questionnaire à remplir par les parents; une fiche laminée sur les services d'aiguillage à Ottawa;
- Publicité pour la salle d'attente : un dépliant coloré (« Votre enfant est-il atteint d'un TDC? ») a été conçu à l'intention des parents; ce dépliant présentait les caractéristiques clés des enfants ayant un TDC.

Après avoir reçu une formation de l'ergothérapeute, les médecins avaient la possibilité d'appliquer leurs connaissances en réfléchissant aux enfants composant leur clientèle et en identifiant les enfants qui, de leur avis, étaient atteints d'un TDC. Les médecins ont dépisté ces enfants à l'aide de leurs nouvelles compétences et ressources et ont ensuite effectué une courte entrevue avec la famille (Missiuna, Gaines et Soucie, 2006). Selon le cas,



les médecins aiguillaient ensuite les enfants vers un ergothérapeute en vue de l'évaluation des habiletés motrices de l'enfant. L'ergothérapeute effectuait des évaluations motrices et fonctionnelles standardisées, de même qu'une entrevue auprès des parents afin de recueillir de l'information qui permettrait au médecin de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'un TDC (Missiuna, Pollock, et al., 2008). L'ergothérapeute communiquait alors ces

résultats au médecin de façon à répondre à ses besoins (p. ex., un court rapport spécifique; une revue des observations cliniques; une discussion sur les effets sur la fonction).

Le médecin et l'ergothérapeute rencontraient ensuite la famille afin de lui transmettre les résultats des évaluations et, selon le cas, le médecin établissait le diagnostic d'un TDC. Le médecin et l'ergothérapeute remettaient ensuite à la famille des documents informatifs pour l'aider à comprendre et à faire face aux difficultés de

« Il semble que tous ces types d'enfants se retrouvent dans ma pratique; je ne les avais pas identifiés auparavant »

Médecin participant

l'enfant au quotidien. Ce matériel informatif était composé d'un dépliant à l'intention des parents expliquant le TDC, de feuillets d'information en vue de promouvoir la santé et de prévenir des troubles secondaires et de feuillets d'information pour les membres de la communauté, comme les enseignants et les entraîneurs sportifs (disponible à www.canchild.ca). Finalement, au besoin, l'ergothérapeute a aidé la famille à revendiquer des aménagements et des ressources à l'école et a aidé les parents à obtenir d'autres services.

Les résultats spécifiques de cette étude sont présentés dans d'autres sources (Gaines, Missiuna, Egan et McLean, 2008). Le rôle de l'ergothérapeute à titre de vulgarisateur et d'expert-conseil au sein des soins de santé primaires s'est avéré une réussite novatrice de nombreuses façons, par exemple :

- Des soins de qualité ont été offerts aux enfants atteints de TDC en temps opportun et à coût rentable;
- La participation des services d'ergothérapie a favorisé l'auto-gestion de ce trouble chronique par les familles et a permis de prévenir l'apparition de problèmes secondaires;
- Un accès coordonné aux services communautaires a été fourni;
- Un effet d'entraînement a été observé dans le système scolaire et la communauté au sens large.

Un ergothérapeute jouant ce type de rôle peut mettre de nombreuses compétences à contribution pour veiller à la réussite du transfert de connaissances auprès des médecins et d'autres fournisseurs de services de santé. L'accès aux médecins a été difficile, mais plusieurs stratégies ont permis de s'assurer de leur partenariat, notamment :

- Le respect des limites du médecin, en lui demandant « quel type d'information voulez-vous obtenir? » et « de combien de temps disposez-vous pour faire l'acquisition de ces connaissances? »;
- En répondant rapidement aux besoins du médecin, que ce soit en planifiant efficacement les séances éducatives ou les rencontres avec les familles ayant des préoccupations;
- En étant disponible pour d'autres consultations, à la demande du médecin;

- En étant sensible aux communautés de pratique dans lesquelles les médecins travaillent et en leur offrant de répondre aux besoins ciblés par ces groupes (p. ex., petits-déjeuners de discussion, soirées de discussions sur des articles scientifiques). L'information diffusée dans le cadre de ce projet sur les enfants ayant un TDC et sur le corpus de connaissances des ergothérapeutes dans les milieux offrant des soins de santé primaires a aussi été enrichie en :
 - informant le personnel de bureau, infirmier et administratif de première ligne sur les caractéristiques de ces enfants. En tant que protecteurs et observateurs de la pratique, ils sont en mesure de dire aux médecins s'ils ont observé que les enfants avaient de la difficulté à enlever leur manteau ou s'ils perdaient l'équilibre en montant sur la balance, dans la salle d'attente.
 - se montrant confiants face à l'importance de leur expertise sur l'occupation et sur le rôle de l'occupation dans la prévention de la maladie et la promotion du bien-être chez les enfants.

Les difficultés rencontrées pendant ce projet étaient la variation considérable entre les médecins et leur volonté de participer au transfert de connaissances : certains médecins ont manifesté un intérêt minimal, alors que d'autres étaient enclins à intégrer les faits scientifiques. Tout comme dans la pratique à domicile, l'ergothérapeute à base communautaire a dû se rendre dans de nombreux milieux. Finalement, même s'il est clair selon les résultats de l'étude que les ergothérapeutes ont une large gamme de connaissances à transmettre aux fournisseurs de soins de santé primaires, les changements de directives relatives aux fournisseurs de soins de réadaptation se produisent lentement dans le secteur des soins de santé primaires.

Le rôle de l'ergothérapeute en tant qu'éducateur et expert-conseil dans les soins de santé primaires a très bien fonctionné pour les enfants ayant un trouble du

développement courant comme le TDC. Ce type de modèle peut s'appliquer à d'autres types de clients recevant des soins de santé primaires (O'Brien et al., 2007), en particulier les personnes ayant des problèmes chroniques qui ont des effets sur l'occupation et le rendement occupationnel.

À propos des auteures :

DENISE DE LAAT, MEd, OT Reg (Ont), Children's Hospital of Eastern Ontario, Ottawa, ON

CHERYL MISSIUNA, PhD, OT Reg (Ont) School of Rehabilitation Science, McMaster University and CanChild Centre for Childhood Disability Research.

MARY EGAN, PhD, OT Reg (Ont), École des sciences de la réadaptation. Université d'Ottawa, Ottawa, Ontario

ROBIN GAINES, PhD, SLP(C), CASLPO, CCC-SLP, Children's Hospital of Eastern Ontario et School of Rehabilitation Sciences, University d'Ottawa, ON

JENNIFER MCLEAN, M.D., FRCP(C), IWK Health Centre, Halifax, Nouvelle-Écosse.

VERONIQUE CHIASSON, OT Reg (Ont), pratique privée, Ottawa, ON

Références

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edition text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Gaines, R., Missiuna, C., Egan, M., et McLean, J. (2008). Educational outreach and collaborative care enhances physician's perceived knowledge about developmental coordination disorder. *BioMedCentral Health Services Research*, Jan 24, 8, 21. PMID: 18218082
- Hamilton, S. (2002). Evaluation of clumsiness in children. *American Family Physician*, 66, 1435-1440.
- Missiuna, C., Gaines, R., Soucie, H., McLean, J. (2006). Parental questions about developmental coordination disorder: A synopsis of current evidence. *Paediatrics and Child Health*, 11, 507-512.
- Missiuna, C., Gaines, R., Soucie, H. (2006). Why every office needs a tennis ball: A new approach to assessing the clumsy child. *Canadian Medical Association Journal*, 175, 471-473.
- Missiuna, C., Pollock, N., Egan, M., De Laat, D., Gaines, R., et Soucie, H. (2008). Enabling occupation through facilitating the diagnosis of developmental coordination disorder. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 75, 26-34.
- O'Brien MA, Rogers S, Jamtvedt G, Oxman AD, Odgaard-Jensen J, Kristoffersen DT, Forsetlund L, Bainbridge D, Freemantle N, Davis DA, Haynes RB, Harvey EL. (2007). Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4*. Art. No.: CD000409. DOI: 10.1002/14651858.CD000409.pub2.
- Polatajko, H.J., Cantin, N. (2006). Developmental coordination disorder (dyspraxia): An overview of the state of the art. *Seminars in Pediatric Neurology*, 12, 250-258.
- Wilson, P.H. (2005). Practitioner review: Approaches to assessment and treatment of children with DCD: An evaluative review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 806-823.

Remerciements

Ce projet de démonstration a été financé à partir du fonds de transfert du Ministère de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario.

Pour suivre le rythme : un nouveau programme de perfectionnement des compétences cliniques favorisant l'apprentissage

Sacha Arsenault, John Cobb et Deirdre Lee

Dans le système de santé surchargé d'aujourd'hui, les ergothérapeutes doivent s'adapter rapidement, tout en travaillant de manière autonome et en toute sécurité. Cependant, en raison du manque de temps et d'information courante et facile d'accès, il est difficile de répondre aux besoins dynamiques et variés des ergothérapeutes en matière d'apprentissage. Outre ces difficultés, le College of Occupational Therapists of BC (COTBC) a mis en relief notre responsabilité d'offrir des « soins compétents et éthiques en toute sécurité » tel que décrit dans son code de déontologie (2006, p. 3). Afin de faciliter l'orientation du nouveau personnel et de favoriser le perfectionnement des compétences du personnel chevronné, les ergothérapeutes des Acute Neuroscience and Spine Programs du Vancouver General Hospital (VGH) ont mis au point une méthode de formation novatrice et systématique axée sur l'acquisition des compétences, soit le Clinical Competency Program (CCP).

Cette réalisation est exceptionnelle pour plusieurs raisons. Tout d'abord, le programme a été conçu par une équipe d'ergothérapeutes afin de résoudre un problème clinique collectif. Ensuite, en raison de son design universel, ce programme peut convenir à d'autres milieux cliniques et à d'autres groupes de professionnels. En outre, il peut permettre de réduire l'enseignement individualisé qui exige beaucoup de temps. Par ailleurs, en raison du contenu qui peut être utilisé à répétition, le coût associé au développement du programme se compare avantageusement au coût élevé des méthodes traditionnelles, comme l'enseignement individualisé.

Élaboration du concept

Trois chefs ergothérapeutes ont élaboré le concept et le style de présentation du CCP en se basant sur leur expérience dans la conception de matériel pédagogique. Le programme éducatif est présenté sous forme de modules faciles d'accès et d'utilisation, qui sont basés sur une combinaison d'activités d'apprentissage autodirigées et en collaboration fondées sur les pratiques exemplaires. Comme Miller (1987) l'affirme, « l'utilisation de matériel comportant des activités autodirigées dans les milieux de perfectionnement du personnel est de plus en plus appréciée par les éducateurs qui sont à la recherche de solutions durables et rentables pour rehausser les compétences cliniques de leur personnel » (p. 73).

L'intervention proposée dans chaque domaine clinique (c'est-à-dire neurologie/neurosciences, soins intensifs, lésion de la moelle épinière et accidents vasculaires cérébraux) est associée à un module. Chaque module comprend l'information requise pour commencer à

travailler rapidement, de manière autonome et en toute sécurité. En outre, des références vers des ressources additionnelles sont fournies (p. ex., présentations Power Point, ressources en ligne, CD et DVD, textes, etc.). Le style de présentation par module a été choisi afin que les ergothérapeutes puissent rapidement trouver l'information clinique recherchée. Par ailleurs, ce style de présentation permet l'ajout ou le retrait de contenu clinique, afin que les modules puissent s'adapter au développement des services d'ergothérapie, aux nouvelles pratiques exemplaires et aux tendances en matière de prestation des services.

Les critères relatifs au style de présentation et au contenu ont été déterminés afin d'orienter le développement des modules. Chaque module est : accessible rapidement et disponible sans effort; souple, pour répondre aux besoins des ergothérapeutes chevronnés et débutants; ordonné, simple et direct aux plans de l'organisation et de la navigation; constant, facilement reconnaissable et compréhensible au plan du style de présentation; dynamique, facile à mettre à jour en ajoutant de l'information courante; durable, mis à jour sans difficulté. En outre le contenu clinique est : concentré; il comprend seulement de l'information clé et non pas une liste exhaustive de tous les types d'interventions et d'approches possibles; complet, contenant de l'information spécifique à la population ciblée et à la pratique de l'ergothérapie; valide, basé sur les pratiques exemplaires en ergothérapie, conforme aux VGH Patient Care Guidelines (2008) et aux Compétences essentielles à la pratique pour les ergothérapeutes au Canada de COTBC.

Chaque module est divisé en quatre parties : 1) une page titre, qui présente le nom du module et une brève description du sujet, du contenu et du domaine d'application; 2) des directives sur la pratique clinique, qui comprennent une description, les sites et les unités où il peut s'appliquer, une tâche assignée, de l'information générale, des normes en matière de soins, des critères permettant de mettre les interventions en ordre de priorité, des normes en matière de documentation, des activités préparatoires (activités autodirigées et en collaboration), des directives, des formulaires, du matériel éducatif, des références vers des ressources additionnelles, le nom de l'unité et la date d'origine; 3) un contenu clinique, qui comprend de l'information générale, des directives spécifiques ou des protocoles d'intervention, du matériel pédagogique à l'intention des patients et des formulaires d'évaluation standardisés; 4) une étude de cas, qui comprend de l'information pour faciliter la réflexion et la détermination des besoins additionnels en matière d'apprentissage.

Ressources humaines

Le soutien des administrateurs a été requis et un poste à temps plein surnuméraire de trois mois a été accordé. Afin d'assurer un soutien continu, les administrateurs ont reçu des rapports mensuels présentant les délais prévus, les taux de réussite, les aspects positifs et les problèmes inattendus. Compte tenu de l'intérêt et de l'encouragement des administrateurs, le délai a été prolongé de trois à six mois et la portée du projet, qui était beaucoup plus grande que ce que l'on avait anticipé, a été limitée aux besoins du nouveau personnel en matière d'orientation.

Élaboration des modules

Des consultations auprès de tous les ergothérapeutes des Acute Neuroscience and Spine Programs ont permis de débiter l'étape suivante. Deux activités ont été entreprises : une enquête sur les styles d'apprentissage des ergothérapeutes et une évaluation des besoins des patients en matière de soins. Premièrement, à partir d'un groupe de discussion, les membres de l'équipe ont examiné leurs styles d'apprentissage individuels, de même que leur

formation. En se basant sur leurs expériences personnelles, les membres ont reconnu qu'une combinaison d'activités d'apprentissage autodirigées (c'est-à-dire, apprentissage autonome au moyen d'études de cas, apprentissage en ligne, etc.) et en collaboration (c'est-à-dire, formation clinique avec un mentor) était une méthode pratique permettant d'atteindre de nombreux objectifs face au perfectionnement des compétences cliniques. Ces méthodes d'apprentissage et de perfectionnement des compétences sont appuyées par d'autres résultats (Morris et al., 2007). Deuxièmement, l'examen des plans de soins actuels en ergothérapie leur a permis de dresser une liste d'interventions validées pour chaque domaine clinique. Ces résultats ont favorisé l'évolution du programme CCP et ont permis à l'équipe d'élaborer 21 modules CCP (voir le tableau 1).

Le matériel pédagogique existant a été évalué en vue de déterminer s'il témoignait de la pratique actuelle et des pratiques exemplaires. Des consultations auprès d'experts, une recension des écrits (y compris des recherches bibliographiques et en ligne) et une comparaison avec d'autres normes relatives à la pratique (c'est-à-dire, celle de COTBC, du VGH et d'autres centres de santé au sein de la Vancouver Coastal Health Authority) ont été utilisées et des changements ont été apportés, selon les besoins. Une partie de l'information a été conservée ou révisée, alors qu'une autre partie de l'information a été créée pour constituer le contenu des modules. Le contenu de certains modules est complet alors que pour d'autres modules, l'élaboration du contenu se fait de manière continue.

Perspectives d'avenir

L'élaboration du contenu associé au perfectionnement des compétences des ergothérapeutes chevronnés est en cours. Actuellement, les modules sont une combinaison de ressources imprimées et de fichiers électroniques; l'équipe du projet envisage actuellement la création d'une version complète en ligne du CCP. Tel que Walsh et Farrow (2007) l'ont constaté, « l'apprentissage en ligne est une façon par laquelle les cliniciens peuvent faire l'acquisition de nouvelles connaissances et compétences pour résoudre des problèmes dans le milieu de la santé d'aujourd'hui, qui est en constante évolution » (p. 71). Un processus sera élaboré afin de mesurer l'efficacité du CCP. Par ailleurs, une présentation par affiches sera conçue afin de présenter le CCP aux équipes cliniques lors de congrès locaux et nationaux.

À propos des auteurs :

SACHA ARSENAULT, BScPhys, BScOT, OT Reg. -(BC) est chef ergothérapeute au Neurosciences program, du Vancouver General Hospital. On peut la joindre à sacha.arsenault@vch.ca.

JOHN COBB, BScOT, OT Reg. -(BC) est chef ergothérapeute au Acute Spinal Injury Program du Vancouver General Hospital. On peut le joindre à john.cobb@vch.ca

DEIRDRE LEE, BScOT, OT Reg. -(BC) est coordonnatrice de la pratique en ergothérapie aux Neurosciences and Spine programs du Vancouver General Hospital. On peut la joindre à Deirdre.Lee@vch.ca

Tableau 1 : Modules du CCP

1. Activités de la vie quotidienne – Lésion de la moelle épinière
2. Activités de la vie quotidienne – Troubles neurologiques/ Accident vasculaire cérébral
3. Réadaptation du bras et de la main - Lésion de la moelle épinière /Unité de soins intensifs
4. Information générale - Lésion de la moelle épinière
5. Information générale - Troubles neurologiques/ Accident vasculaire cérébral / Unité de soins intensifs
6. Appareils et dispositifs - Troubles neurologiques. Accident vasculaire cérébral / Unité de soins intensifs
7. Cognition - Lésion de la moelle épinière / Troubles neurologiques/ Accident vasculaire cérébral / Unité de soins intensifs
8. Planification du congé - Lésion de la moelle épinière
9. Planification du congé - Troubles neurologiques/ Accident vasculaire cérébral
10. Dysphagie - Lésion de la moelle épinière / Troubles neurologiques. Accident vasculaire cérébral / Unité de soins intensifs
11. Éducation (Patient et famille) - Lésion de la moelle épinière / Unité de soins intensifs
12. Éducation (Patient et famille) - Troubles neurologiques/ Accident vasculaire cérébral
13. Accès à l'environnement - Lésion de la moelle épinière /Troubles neurologiques/ Unité de soins intensifs
14. Mobilité - Lésion de la moelle épinière
15. Gestion des orthèses - Lésion de la moelle épinière / Troubles neurologiques. Accident vasculaire cérébral / Unité de soins intensifs
16. Perception - Lésion de la moelle épinière / Troubles neurologiques. Accident vasculaire cérébral / Unité de soins intensifs
17. Réadaptation neurologique - Troubles neurologiques/ Accident vasculaire cérébral
18. Positionnement - Lésion de la moelle épinière / Unité de soins intensifs
19. Positionnement - Troubles neurologiques/ Accident vasculaire cérébral
20. Orthèses de soutien ou fonctionnelles - Lésion de la moelle épinière / Troubles neurologiques/ Accident vasculaire cérébral / Unité de soins intensifs
21. Vision - Troubles neurologiques/ Accident vasculaire cérébral

Réussites

Le CCP représente un succès d'équipe auquel ont contribué tous les ergothérapeutes des Acute Neuroscience and Spine Programs. La réalisation de ce projet a présenté de nombreux défis; toutefois, deux objectifs majeurs ont été réalisés : (1) une mise à jour et une validation de l'approche de la pratique clinique ont été effectuées à partir d'une revue systématique et (2) il existe maintenant un moyen de diffuser de l'information au personnel. Le CCP est utilisé régulièrement par des cliniciens débutants et chevronnés et par des étudiants, qui ont tous émis des commentaires très positifs face au programme. Les ergothérapeutes d'autres provinces et d'autres disciplines ont manifesté un intérêt face au programme et songent à l'adopter en partie ou en entier. Un atelier a été conçu et présenté à des ergothérapeutes et des physiothérapeutes d'un autre centre hospitalier en Colombie-Britannique, basé sur le module sur les appareils et dispositifs – Troubles neurologiques/Accidents vasculaires cérébraux/ Unité de soins intensifs.

Conclusions

Afin de faciliter l'orientation du nouveau personnel et le perfectionnement des compétences du personnel d'expérience, nous avons conçu et créé une série de modules éducatifs basés sur une liste d'interventions validées en ergothérapie. Tout en étant souple au plan du contenu et constant en ce qui a trait à sa conception d'ensemble, chaque module est basé sur les pratiques exemplaires. Les activités d'apprentissage associées à chaque module comprennent une combinaison d'apprentissage autodirigé et en collaboration. La détermination du style de présentation, du contenu et des critères d'organisation et la considération des besoins et des styles d'apprentissage ont été inestimables pour orienter le développement du programme. La participation

de l'équipe, notamment le soutien de la direction, a fait partie intégrante de la mise sur pied et de la réussite du projet. Le CCP s'est avéré pertinent pour notre équipe et pour d'autres groupes et le concept associé à un programme de perfectionnement des compétences cliniques est en plein essor.

Références :

- COTBC (2006). *Code of Ethics*. Téléchargé le 11 avril 2008 à http://www.cotbc.org/documents/Code_of_Ethics.pdf
- COTBC (2003). *Les compétences essentielles à la pratique pour les ergothérapeutes au Canada*, 2e éd. Téléchargé le 11 avril 2008 à http://www.cotbc.org/documents/EssentialCompetencies_2ndEd_mar04_french.pdf
- Miller, P. (1989). Developing Self-Learning Packages. *Journal of Staff Development*, March/April, 73-77.
- Morris, L., Pfeifer, P., Catalano, R., Fortney, R., Hilton, E., McLaughlin, J., Nelson, G., Palamone, J., Rabito, R., Wetzel, R., Goldstein, L. (2007). Designing a Comprehensive Model for Critical Care Orientation. *Critical Care Nurse*, 27(6), 37-60.
- Vancouver Coastal Health (2008). *Policy Net-Vancouver Acute*. Téléchargé le 11 avril 2008 à <http://policynet.vch.ca/index.cfm>
- Walsh, K., Farrow, S. (2007). Development of educational tools to improve the knowledge and problem-solving skills of primary care professionals in rheumatology. *Work Based Learning in Primary Care* (5), 71-79.

Remerciements

Nous tenons à remercier les membres suivants des Acute Neuroscience and Spine Programs : Austin, M., Joyce, L., Lim, C., Middleton, J., Shiono, M., Van Wy, et K., Watts, M.

Utiliser les connaissances acquises par la formation en ligne pour aborder des problèmes dans la pratique

Mary Clark, Deirdre Thornton, Kathy Burton, Alison Sisson, Sue Stanton et Joyce Tryssenaar

Le sentiment d'avoir besoin d'une maîtrise pour obtenir une promotion, d'être isolé ou le besoin de nouvelles perspectives pour raviver son intérêt ne sont que quelques-unes des raisons pour lesquelles les ergothérapeutes font une maîtrise. Le manque de temps et de ressources financières qui empêchaient bon nombre d'entre eux de poursuivre leurs études sont maintenant choses du passé, puisque les programmes sont conçus pour les ergothérapeutes qui travaillent. En 2002, l'University of British Columbia (UBC) et la McMaster University ont conçu cinq cours en ligne pouvant être suivis pour obtenir un certificat d'études supérieures en réadaptation ou une maîtrise en sciences (MSc) à la McMaster ou une maîtrise en science de la réadaptation (MRSc) à la UBC. En effectuant

ces cours, les apprenants peuvent échanger et s'appuyer sur leurs connaissances mutuelles et transformer la nouvelle information en connaissances pour résoudre les problèmes rencontrés dans la pratique actuelle.

« Il s'agit d'un engagement. Il faut y consacrer du temps chaque jour, mais comme les travaux sont en lien avec mon travail, il est plus facile pour moi d'être motivée », affirme Roslyn Livingstone, qui a obtenu sa maîtrise en sciences en mai 2008 à la McMaster MSc. Roslyn est l'une des cinq ergothérapeutes du Children's Hospital/Sunny Hill Health Centre for Children situé à Vancouver ayant participé aux programmes de la McMaster ou de la UBC. Ces ergothérapeutes ont constaté que le fait de travailler ensemble pendant leur maîtrise comportait de nombreux avantages et elles attribuent leur réussite à l'encouragement et au soutien de leur directrice Lori.

Lori Roxborough, directrice adjointe du département d'ergothérapie, voulait trouver un moyen d'augmenter la capacité de son département de créer et d'appliquer des résultats de

pas compétents pour évaluer rapidement la recherche et l'appliquer le plus efficacement possible dans la pratique. Les cours offerts dans ces programmes en ligne leur permettent de faire l'acquisition de ces compétences », a expliqué Lori.

Lori reconnaît que les cours du programme sont très pertinents pour le milieu de travail. Elle a constaté des résultats immédiats découlant de ces cours, qui, de son avis, correspondent parfaitement aux buts cliniques et aux objectifs en matière de leadership des ergothérapeutes.

« Nous tentons de synchroniser les objectifs des cours avec ceux du département – les travaux basés sur les projets nous rendent la tâche plus facile », explique Lori. « Il arrive souvent que les ergothérapeutes arrivent à faire leur travaux dans le cadre de leur emploi rémunéré ».

Le cours Mesure dans la pratique en est un exemple. Ce cours traite de la théorie sur la mesure et l'évaluation, de même que de la revue critique, la sélection, l'interprétation et l'intégration des mesures dans la pratique. « Les ergothérapeutes ont choisi d'étudier des mesures que nous utilisons à Sunny Hill, et ils font part de leurs résultats lors des réunions du personnel. Nous prenons nos décisions à partir des faits scientifiques qu'ils présentent. »

Grâce aux technologies en ligne, les apprenants ont accès à la théorie et aux faits scientifiques; ils peuvent en discuter, les expérimenter dans la pratique et revenir discuter des problèmes, des réussites et des prochaines étapes. Les collègues et instructeurs sont de partout au Canada et de par le monde; ils travaillent dans différentes disciplines de la santé, ce qui leur procure un réseau élargi et un échange d'idées interprofessionnelles qui n'étaient possibles auparavant qu'en assistant à des congrès ou en correspondant.

Alison Sisson, une ergothérapeute du Yukon, décrit comment l'apprentissage en ligne est incorporé dans sa vie quotidienne :

« Au départ, je craignais de manquer les discussions en classe, en particulier parce que les discussions avaient représenté une partie importante et bénéfique de mon apprentissage par le passé... j'ai découvert que les discussions en ligne signifient que la classe est toujours active... je peux prendre mon temps pour répondre aux diverses idées exprimées dans les discussions. J'ai constaté que j'avais pris l'habitude en revenant du travail de lire les discussions de la journée. Pendant le souper, je réfléchissais à ces idées, puis, je répondais plus tard dans la soirée. Je crois que ce processus m'a vraiment aidée à intégrer mon apprentissage, qui, je l'espère, fera de moi une meilleure clinicienne ».

L'évaluation des sources de données probantes est le

recherche. Elle avait le sentiment qu'il était impératif que le milieu de travail soit favorable à l'apprentissage.

« Certaines membres du personnel ne se sentaient

À propos des auteures :

Lors de la rédaction de cet article, **Deirdre Thornton** était ergothérapeute au programme Recovery in Motion program du Sunnybrook Health Sciences Centre; en ce moment, elle attend patiemment son deuxième enfant. **Kathy Burton** est ergothérapeute en milieu scolaire au Centre of Child Development, et **Alison Sisson** est analyste des politiques et des normes pour les Continuing Care, au sein du Government of Yukon. **Sue Stanton** et **Joyce Tryssenaar** sont respectivement coordonnatrices et instructrices aux programmes de maîtrise en ligne de la UBC et de la McMaster, de même que **Mary Clark**, qui est aussi la coordonnatrice des projets spéciaux des programmes d'études supérieures en ligne de la UBC.

premier cours suivi par la plupart des apprenants. Les compétences et les connaissances acquises pendant ce cours invitent les apprenants à poursuivre leur apprentissage dans des domaines comme les mesures des résultats, le raisonnement clinique, le développement de programme et leur formation personnelle ou celle de leurs clients et de leurs collectivités. Après avoir suivi les cours de base, les apprenants entreprennent un travail important ou un projet de recherche-action qui aborde un problème actuel en milieu de travail, souvent avec l'approbation de leur employeur. Les façons dont ils intègrent leurs nouvelles connaissances dans leur milieu de travail varient grandement.

Par exemple, Deirdre Thornton, qui a eu un bébé à mi-parcours de ses études de maîtrise se demandait : « Comment puis-je établir un équilibre en répondant aux exigences de ma vie familiale, en continuant d'agir sur la communauté ergothérapeutique et en poursuivant mon perfectionnement professionnel ? »

Elle a trouvé la solution pendant la cueillette de données de son principal projet. Tout en examinant les pratiques en matière de perfectionnement professionnel des cliniciens dans son milieu de travail, elle a constaté que les cliniciens percevaient un manque de possibilités d'apprentissage dans leur milieu. « Armée d'une gamme complète de stratégies de raisonnement clinique, de développement de programme et de formation, j'envisage de créer et de diriger une clinique privée qui aidera et soutiendra les ergothérapeutes qui souhaitent transférer leurs nouvelles connaissances dans la pratique et offrir des services thérapeutiques réellement fondés sur les faits scientifiques ».

Kathy Burton, une ergothérapeute vivant en Colombie-Britannique ayant obtenu un diplôme en mai dernier, a pris une autre approche. Elle a obtenu le consentement de son employeur pour son projet principal, une proposition de mettre sur pied un programme d'art, et elle a invité des personnes ayant des troubles de santé mentale à participer activement à l'élaboration de ce projet. Au départ, elle craignait de créer de faux espoirs, mais ce projet lui a permis d'élaborer une proposition plus solide qui a été acceptée et financée.

Comme Kathy l'explique « mon milieu de travail pourra tirer profit des avantages de l'application des connaissances que j'ai acquises pendant le programme de maîtrise. Les personnes ayant des troubles de santé mentale ont acquis de nouvelles habiletés, rehaussé leur estime de soi et établi des liens avec d'autres personnes, ce qui contribue à leur rétablissement. Le partage de leur perspective unique a permis de rehausser l'efficacité du programme à répondre aux besoins de l'auditoire ciblé. Ce fut un honneur pour moi de partager ces expériences avec ces personnes qui ont réussi à mettre un programme sur pied et qui ont constaté qu'elles pouvaient contribuer de façon significative au développement de programme ».

Comme chaque personne décide de faire une maîtrise pour différentes raisons, nous avons aussi découvert que les apprenants appliquent leurs nouvelles connaissances de différentes façons pour améliorer leur pratique individuelle, leur milieu de travail et la vie de leurs clients. Comme elles échangent leurs réussites en ligne avec des collègues, le transfert des connaissances se produit à travers le pays et le monde et il peut entraîner la création de liens tout au long de la vie entre les apprenants.

Célébrons le 25^e anniversaire de la FCE



C'est avec une grande fierté que j'ai accepté l'honneur de faire une réflexion sur la création de la FCE, alors que nous célébrons 25 ans de réalisations.

En 1982, je travaillais avec nos professeures émérites Isabel Robinson et Thelma Cardwell sur les affaires de l'ACE. Nous avons alors discuté du besoin de créer une fondation. Nous croyions qu'il était essentiel de combler ce besoin pour faire avancer notre profession. Nous avons travaillé assidûment pour obtenir notre statut d'organisme de bienveillance et, en mai 1983, nous avons obtenu nos lettres patentes; c'est alors que la FCE a été créée.

C'était une initiative captivante et audacieuse et nous étions passionnées par le besoin d'amasser des fonds pour nos activités scientifiques et éducatives.

Au cours de ma réflexion sur cette période, je suis tombée sur un article que j'ai rédigé en 1984 pour la revue de l'ACE – Occupational Therapy Today : A Changing Profile. En voici quelques extraits.

« Jusqu'à maintenant, le développement de notre profession a été marqué par l'hésitation et le manque de confiance. Les autres professionnels et le public ont une mauvaise compréhension de notre rôle dans le milieu de la santé, ce qui a entraîné de la réticence envers notre profession et une moins grande valorisation de notre profession en tant que ressource de la santé. Le plus grand défi des ergothérapeutes repose sur leur capacité de faire valoir l'ergothérapie et ses avantages auprès des individus, des familles et de la société.

Les ergothérapeutes doivent occuper des postes de direction. En participant au processus visant à concevoir et à mettre en œuvre des modèles de prestation de services, nous prendrons davantage de responsabilités face à la définition de nos services, afin de faire face à la concurrence et de survivre en cette période de réduction du financement des services de santé. Si nous attendons que d'autres professions de la santé prescrivent nos services, nous demeurerons dans une position subordonnée, alors que les nombreux rôles que nous devrions assumer seront attribués à d'autres ou ne seront assignés à personne.

Afin de raffermir notre profession, nous devons offrir des programmes d'études supérieures de grande qualité. La validation scientifique de notre travail est la seule façon de rehausser notre image professionnelle. Une meilleure formation en recherche, en formulation de politique et en administration permettra d'améliorer les faiblesses auxquelles nous sommes confrontés aujourd'hui ».

Grâce au financement de l'ACE et au soutien d'individus, d'organismes et toutes les associations en ergothérapie, la FCE a été créée. Dirigée à l'origine par des bénévoles, la FCE a ensuite embauché Helen Goldlist, sa première coordonnatrice à temps partiel, en 1984. Au cours de l'année 1984, la FCE a attribué ses premières bourses d'études et de recherche à des ergothérapeutes canadiens. Aujourd'hui, nous pouvons regarder en arrière et nous réjouir de notre généreux programme de recherche et de notre personnel hautement qualifié – une réussite incontestable.

J'étais alors la directrice générale de COTA, et je pouvais entrevoir les possibilités de notre profession, de même que les apports considérables que nous pourrions faire. Je savais que nous devions élever notre cible, sans quoi, nous serions toujours une profession marginale. Nous étions demeurés passifs et peu enclins à faire de la politique pendant trop longtemps. Nous avons été négligents en utilisant des stratégies politiques pour nos fins professionnelles et il était essentiel de faire connaître nos compétences à d'autres professionnels, entreprises et politiciens.

Vingt-cinq ans se sont écoulés déjà et nous représentons une force au sein du système de santé et de services sociaux; à présent, nous sommes des professionnels respectés, en grande demande. Nous avons réussi!

Lorsque je me tourne vers le passé, je suis toujours reconnaissante d'avoir eu la chance de suivre une formation en ergothérapie et je suis pleinement consciente des nombreuses possibilités que cette profession m'a procurées. Peu importe la position que j'occupe dans la communauté, je suis d'abord et avant tout une ergothérapeute, un titre que je porte avec beaucoup de fierté.

Je vous invite à vous joindre à moi pour souligner les 25 ans d'existence de la FCE et notre réussite exceptionnelle. Ensemble, nous avons accompli de grandes choses.

Karen Goldenberg

Le concept de la Fondation canadienne d'ergothérapie (FCE) a été conçu en 1980 afin de concentrer les efforts et le soutien dans les domaines de la recherche et du savoir. Karen Goldenberg, qui était alors la présidente du comité de production de revenus de l'ACE, a proposé le concept de la Fondation et a travaillé en vue de son incorporation.

Karen Goldenberg continue d'appuyer la FCE avec ferveur. Le prix Karen Goldenberg pour le bénévolat a aussi été créé pour reconnaître le dévouement remarquable de Karen envers la Fondation.