



Table des matières

- 3** **Histoires quotidiennes... des profils de vos collègues de l'ACE**
Jonathan Rivero
- 5** **Quand la théorie rejoint la pratique**
L'importance de la conception des villes en ergothérapie
Susan Mulholland, Sherrill Johnson, Brian Ladd et Bonnie Klassen
- 9** **L'accessibilité est une loi**
Examen de différentes évaluations environnementales en vue d'améliorer l'accessibilité de l'environnement bâti
Jessica Malpage, Pei-En Shih et Lisa Klinger
- 13** **Liens internationaux : Rapport de la réunion du conseil de la Fédération mondiale des ergothérapeutes**
Sandra Bressler
- 14** **Profil de la pratique du personnel auxiliaire en ergothérapie**
Claudia von Zweck
- 16** **Y a-t-il un fossé intergénérationnel en ergothérapie?**
Mary Lou Boudreau
- 19** **L'ACE présente... « Toi, moi et mon ergothérapeute »**
Janet Craik et Claudia von Zweck
- 20** **L'ABC des engagements au changement : Introduction**
Mandy Lowe, Debbie Hebert et Susan Rappolt
- 24** **Notre passé ergothérapeutique**
Les stages internationaux en ergothérapie : plus de 25 années inspirantes
Laura van Iterson
- 26** **Prise de position de l'ACE : Le design universel et l'ergothérapie**
- 29** **Nouvelles de la Fondation canadienne d'ergothérapie**
- 30** **Services d'apprentissage de l'ACE**

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

Tous droits de rédaction réservés

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

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

Pour toute question concernant le droit d'auteur, communiquer avec Lisa Sheehan
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

JAR creative

Responsable de l'indexage des mots clés en ligne

Kathleen Raum

Comité de rédaction de l'ACE

Présidente : Anita Unruh

Membres : Emily Etcheverry, Mary Forham,
April Furlong, Tom Grant, Robin Jewers
et Darla King

Ex-officio : Marcia Finlayson et

Brenda McGibbon Lammi

Chroniqueurs attirés

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

Notre passé ergothérapeutique : Sue Baptiste, MHSc

Réflexions sur la pratique privée

Jonathan Rivero, BScOT, OT(c)

Christel Seeberger, BSc OT, OT Reg (NB), OTR

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

Appel de communications

Édition spéciale des Actualités ergothérapeutiques - Septembre 2009

L'intégration sensorielle et l'occupation :

Leurs points d'intersection et leur impact sur la vie quotidienne

Collaboratrice spéciale :

Winnie Dunn PhD, OTR, FAOTA

Introduction :

Nancy Pollock M.Sc., O.T. Reg. (Ont.)

Nous sommes à la recherche d'articles qui :

- décrivent des situations dans lesquelles les schèmes d'intégration sensorielle d'une personne peuvent favoriser ou entraver sa participation à des occupations quotidiennes.
- exposent le rôle des ergothérapeutes lorsqu'ils facilitent la participation de leurs clients à l'aide de leurs connaissances sur l'intégration sensorielle.
- expliquent et illustrent des stratégies grâce auxquelles nous pouvons faire une distinction entre la participation basée sur l'intégration sensorielle et les autres types de défis liés à la participation.
- examinent comment nous relier les connaissances sur l'intégration sensorielle à des modèles de pratique interdisciplinaire et des cadres de référence.
- examinent comment les ergothérapeutes établissent des liens entre les défis associés à la participation et les différences en matière d'intégration sensorielle.
- examinent comment les ergothérapeutes abordent les défis liés à la participation à l'aide de leurs connaissances sur l'intégration sensorielle :
 - Au près de quelles populations?
 - Au près de quels groupes d'âges?
 - Qu'est-ce qui est efficace? Qu'est-ce que ne l'est pas?
- examinent ce que la recherche nous apprend sur l'intégration sensorielle et l'ergothérapie.

Date limite pour soumettre un article : 1er avril 2009

Pour toute question ou pour nous faire part de vos idées, veuillez communiquer avec :

Brenda McGibbon Lammi **blammi@caot.ca**
Rédactrice en chef, Actualités ergothérapeutiques

Histoires quotidiennes... des profils de vos collègues de l'ACE

Jonathan Rivero, BScOT, OT (c)



Vie familiale : Je suis né et j'ai grandi à Regina, en Saskatchewan; mes parents ont immigré des Philippines au début des années 1970. Je vis actuellement à Edmonton, en Alberta, avec Paula, ma conjointe.

Formation : J'ai obtenu mon diplôme d'études secondaires à la Dr. Martin Leboldus High School en 2000 et j'ai eu l'honneur d'être le lauréat d'une bourse d'études du millénaire du Canada pour le leadership. Cette bourse m'a permis d'étudier à l'University of Alberta et d'obtenir, en mai 2004, un baccalauréat en ergothérapie de la Faculty of Rehabilitation Medicine.

Cheminement de carrière à titre d'ergothérapeute :

Comme j'ai grandi aux côtés d'un père handicapé, j'en suis venu à bien comprendre le terme « occupation significative ». En 1984, on a confirmé chez mon père la présence d'une tumeur au cerveau et les médecins ne s'attendaient pas à ce qu'il vive plus d'un an; pourtant, il a vécu encore 17 ans de ma vie. Ma mère, qui était enseignante au sein du système scolaire catholique de Regina, est devenue le soutien de famille. Elle nous a enseigné à mon frère et à moi comment inciter mon père à participer à des activités significatives à la maison, comme les arts martiaux, la danse et la participation musicale (c'est-à-dire les activités qu'il aimait avant d'être handicapé). Tous les jours, après l'école, mon frère et moi avions l'habitude d'adapter et de graduer des activités thérapeutiques pour permettre à mon père de participer à ces occupations. Pendant que nous étions à l'école, il restait couché, il dormait ou il regardait la télévision sans grand intérêt, mais dès que nous revenions à la maison, son humeur s'améliorait. Mon frère et moi avions toujours hâte de passer ces moments avec notre père, qui nous permettaient de créer des liens très spéciaux entre nous.

Les années passaient et l'état de mon père intriguait toujours les médecins; en effet sa tumeur avait toujours des effets sur ses fonctions cognitives, affectives et motrices, mais il continuait d'apprécier la vie à travers ses occupations adaptées. Ce n'est pourtant que lorsque nous avons quitté la maison pour entreprendre nos études postsecondaires que mon frère et moi avons vraiment compris le pouvoir thérapeutique des « activités significatives » et leur effet sur la vie de mon père. Peu après mon départ pour Edmonton, mon père a été admis dans un établissement de soins de longue durée. Pendant cette période, mon père a avoué à ma mère qu'il avait le sentiment qu'il était prêt à quitter ce monde. Il lui a dit que son rôle de père avait donné un sens à sa vie et qu'il l'avait gardé en vie toutes ces années.

Le terme « occupation significative » n'est pas simplement un terme que ma famille saisit bien, mais un

terme vécu pleinement par tous les membres de ma famille pour faire face aux difficultés que nous avons traversées. Toutes les séances d'arts martiaux, les tournois de Taekwondo et les compétitions d'orgues pour lesquels mon père nous a préparés l'ont éventuellement aidé à se sentir valorisé en tant que père et enseignant.

J'ai choisi un cheminement de carrière en ergothérapie parce qu'il s'agit d'une profession que j'ai comprise toute ma vie, qui est le reflet de ma philosophie personnelle : vivre indéniablement avec passion, en donnant un sens à sa vie et en tirant avantage d'un potentiel illimité (l'évidence de la survie de mon père). En tant qu'ergothérapeute auprès des enfants atteints d'autisme, j'ai oeuvré en vue d'aider ces enfants à participer à des activités thérapeutiques qui incorporent les arts martiaux, la danse et la participation musicale, soit des activités que mon père m'a enseignées. J'arrive à combiner mes propres passions pour les loisirs à ma philosophie sur les bienfaits thérapeutiques associés à la « productivité » et j'ai atteint un équilibre qui alimente mon énergie clinique. Mon emploi est une nourriture pour mon âme.

Quelques rôles actuels

Qi Creative Consulting
Ergothérapeute (propriétaire)

Centre for Autism Services Alberta
Directeur de programme - Département d'ergothérapie

Young Master Club : Instructeur et créateur de séances autodirigées et adaptées de Taekwondo
Groupe d'ergothérapie conçu pour enseigner aux familles ayant des enfants atteints du trouble du spectre autistique des habiletés sociales appropriées et autodirigées au moyen du Taekwondo, du yoga et de stratégies d'intégration sensorielle.

Autres activités de bénévolat : Projet Balikbayan

Fondateur/Directeur de programme
Programme de développement international qui intervient aux Philippines en vue d'améliorer la qualité de vie des jeunes défavorisés qui vivent en milieu urbain.

Global Youth Assembly 2007-2009: Ignite Now and Change :

Conférencier d'honneur, facilitateur, membre du comité directeur
Réunir des jeunes de 16 à 28 ans de diverses régions géographiques et ayant des antécédents différents afin qu'ils apprennent les uns des autres et qu'ils fassent partie d'un mouvement pour l'avancement de la paix et des droits humains.

No Sweat Fashion Showcase 2006-2009

Directeur artistique, chorégraphe et dramaturge
Spectacle d'artistes amateurs d'Edmonton dont le but est d'amasser de l'argent pour les organismes de développement international, de sensibiliser la population à la citoyenneté mondiale et aux effets de la consommation et de faire valoir l'importance de la mode fondée sur le commerce équitable.

Autres passe-temps et intérêts :

- Sunrise Therapist Award remis par le 2006 Alberta Rehabilitation Coordination Council (pour les innovations et l'apport créatif dans le domaine de la réadaptation, au moyen de groupes thérapeutiques comme le Young Master Club).
- Troisième ceinture noire Dan décernée par la Fédération mondiale de Taekwondo
- Chanteur au sein d'un quatuor de voix d'hommes a cappella
- Chorégraphe et disk jockey Hip Hop
- Coureur au Marathon international de bienfaisance : Calgary 2004, Rome 2005 (équipe Diabète Canada), Honolulu 2005 (équipe Diabète Canada) et Athènes 2008 (Projet Balikbayan)
- Artiste du spoken word/poète

Vous aimeriez que votre profil ou celui d'une ou d'un collègue soit présenté? Veuillez communiquer avec la rédactrice en chef à otnow@caot.ca.





Responsable de la chronique : Heidi Cramm

L'importance de la conception des villes en ergothérapie

Susan Mulholland, Sherrill Johnson, Brian Ladd et Bonnie Klassen

La conception de nos villes peut avoir des effets sur notre façon de réaliser nos occupations. Certaines formes de conception urbaine favorisent les modes de transport actifs axés sur les déplacements physiques, comme la marche, la bicyclette ou la propulsion d'un fauteuil roulant, alors que d'autres formes de conception urbaine privilégient les déplacements en voiture. Par exemple, pensez à la manière dont vous vous rendez au travail. Est-ce que vous prenez votre voiture, marchez, faites de la bicyclette ou prenez le transport en commun? Maintenant, demandez-vous pourquoi vous avez choisi ce moyen de transport.

Le but de cet article est d'exposer les résultats des recherches courantes qui établissent un lien entre la conception des villes et la vie active et les résultats de santé, afin d'examiner pourquoi cette question est si importante pour les ergothérapeutes. La conclusion propose quelques suggestions pratiques aux personnes s'intéressant à ce sujet et suggère quelques rôles que pourraient jouer les ergothérapeutes dans la revendication de conceptions urbaines favorisant la santé.

Le fait de relier l'environnement bâti à la santé est relativement nouveau; en effet, plusieurs disciplines différentes commencent à s'intéresser à ce sujet et à participer, comme les experts-conseil en santé des populations, les défenseurs de la promotion de la santé, les urbanistes, les spécialistes de l'exercice physique et les décideurs. Pour que ces diverses disciplines puissent travailler ensemble, la nouvelle terminologie doit être bien définie et bien comprise. *L'environnement bâti* fait référence à tout ce que les humains construisent sur, au-dessous et au-dessus de la terre. Il s'agit d'une définition modifiée de ce que l'on désigne par le terme *environnement physique* dans le Modèle canadien du rendement occupationnel (Townsend et Polatajko, 2007).

Le *transport actif* est une forme de déplacement non motorisée qui est utilisée pour se rendre à une destination particulière comme l'école ou le travail; il comprend la marche, la course, la bicyclette, le patin à roues alignées, l'autopropulsion d'un fauteuil roulant et, moins fréquemment, le ski, le patin sur glace ou le kayak. La marche et la bicyclette sont de loin les modes de transport les plus courants (Statistique Canada, 2006). Le transport actif peut aussi être combiné à d'autres modes de transport, par exemple, marcher pour aller prendre l'autobus. Toutefois, les déplacements effectués pour le plaisir, comme la bicyclette, la marche ou la course et ayant pour but de faire de l'exercice ou de se divertir, ne sont pas considérés comme un transport actif. *L'aménagement du territoire* comprend tous les facteurs qui concernent la façon dont le territoire est utilisé, y compris le zonage, la propriété foncière, l'infrastructure, les directives et les pratiques en matière de croissance économique et la demande pour différentes utilisations du territoire, y compris les transports.

L'étalement urbain peut être décrit comme la croissance vers l'extérieur des quartiers de faible densité aux limites des régions urbaines et devant se fier lourdement sur les voitures pour les transports.

Relier la conception des villes et la santé

L'aménagement du territoire qui met l'accent sur l'étalement urbain et l'infrastructure en transports conçue pour les véhicules motorisés (comme les autoroutes) ne favorise pas la culture des transports actifs (Turcotte, 2008). Il est important que les ergothérapeutes soient conscients du fait qu'il existe de plus en plus de données sur le lien entre l'aménagement du territoire et la santé, en particulier en ce qui concerne l'activité physique, les blessures et la mort causées par les accidents d'automobile, les problèmes respiratoires et cardiorespiratoires et les problèmes de santé mentale.

L'inactivité physique augmente les risques de développer presque toutes les maladies chroniques (p. ex., maladies du cœur et accident vasculaire cérébral, obésité, diabète) et contribue également à la sévérité de ces maladies une fois qu'elles se sont développées. Près de 50 % des Canadiens ne sont pas suffisamment actifs physiquement pour ressentir les avantages de l'activité physique pour la santé (Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, 2005). L'aménagement des territoires, l'infrastructure en transports et la conception des édifices qui favorisent les modes de transport sédentaires réduisent les possibilités d'incorporer l'activité physique dans la vie quotidienne. Par exemple, lorsque l'épicerie est trop éloignée pour s'y rendre à pied ou lorsqu'il n'y a pas de trottoirs, un grand nombre de personnes choisissent de s'y rendre en voiture.

L'usage d'un véhicule motorisé est une activité qui comporte des risques en soi. Au Canada, les accidents de la route tuent 3 000 personnes et les collisions entraînent des invalidités chez 15 000 personnes chaque année (Transport Canada, 2006). Ces chiffres confirment encore une fois



À propos des auteurs – Susan Mulholland,

MSc, BScOT travaille à l'University of Alberta et elle s'intéresse depuis longtemps à l'interaction entre la conception des villes et la santé, sur les plans personnel et professionnel. Elle se passionne pour le vélo et la randonnée pédestre et elle fait partie de ceux qui croient qu'il faut « donner l'exemple »! On peut joindre Susan à Susan.mulholland@ualberta.ca.

Sherrill Johnson, PhD, est une experte-conseil en santé de la population au sein des Alberta Health Services, à Edmonton, en Alberta. Elle a une formation universitaire dans les domaines de la géographie et de la science de l'environnement. Elle s'intéresse depuis longtemps aux effets de la conception des villes sur les comportements en matière de santé, de même qu'à l'importance de favoriser les liens entre les professionnels de la santé et les urbanistes.

Brian Ladd, PhD, est un épidémiologiste travaillant pour les Alberta Health Services, à Edmonton, en Alberta. Il s'intéresse à la relation entre la conception des communautés, les environnements sociaux et la santé et également à la théorie et à l'éthique en santé publique. Brian a la chance de vivre à proximité de son travail et de s'y rendre à pied ou à bicyclette.

Bonnie Klassen, MSc(OT), est ergothérapeute à Camrose, en Alberta. Elle travaille au sein du programme de soins à domicile et de réadaptation et du programme de gestion de la douleur chronique.

que l'aménagement du territoire en fonction des transports en voiture augmente les risques d'accidents et de blessures.

Les fines particules et autres polluants liés à la circulation routière sont associés à de nombreuses maladies respiratoires et cardiovasculaires et la recherche démontre que le fait de vivre à proximité des grandes autoroutes augmente les risques, en particulier chez les enfants (Krzyzanowski, 2005; Janssen et. al., 2003).

On se préoccupe de plus en plus des corrélations possibles entre l'étalement urbain et la santé mentale. Par exemple, certaines données indiquent que le temps passé dans les déplacements en voiture représente du temps qui n'est pas dépensé avec les autres ou dans un transport actif de type physique; que le manque de services à une distance de marche augmente la pression causée par le manque de temps; et, qu'en raison de la perte d'espaces verts, les enfants ont de la difficulté à apprécier la nature et à jouer dehors (Louv, 2005).

Augmenter les transports actifs

Le transport actif est affecté par deux principaux domaines de l'environnement bâti : l'aménagement du territoire et la conception des bâtiments.

Lors de l'aménagement des territoires, un certain nombre de caractéristiques peuvent être conçues dans l'environnement bâti afin d'inciter une personne à choisir un transport actif pour effectuer les activités liées au travail, aux loisirs et aux soins personnels. La façon dont les routes et les sentiers sont liés à un quartier ayant une combinaison de bâtiments comme des maisons, des boutiques, des parcs, des écoles (usage mixte du territoire), et une densité de population de modérée à élevée, contribuent à augmenter les degrés de transport actifs. Les autres facteurs sont : la sécurité perçue, la proximité des destinations désirables comme les commerces, les restaurants et la présence et la condition des trottoirs. Des motivateurs culturels et

sociaux doivent aussi être pris en considération, comme la perception que les autres utilisent des modes de transport actif ou que le transport actif est une tendance socialement

acceptable et positive.

Par opposition, les gens ont tendance à choisir le transport actif moins souvent lorsque les quartiers ont des rues aux trajectoires courbes (p. ex., cul-de-sacs) et de longs pâtés de maisons, lorsque le quartier comprend principalement des maisons unifamiliales, que la densité de population est faible (<http://www.vtppi.org/tdm/tdm116.htm>) et lorsqu'il y a un manque de destinations désirables, comme des commerces ou des parcs.

Bien que de nombreuses questions de recherche demeurent sans réponse quant à l'association que l'on peut faire entre la conception des bâtiments et le transport actif, nous savons intuitivement que certaines caractéristiques favorisent les modes de transport actif exigeant un déplacement physique. En effet, les édifices ayant des portes-vélo, des casiers et des douches facilitent les déplacements actifs. Les escaliers bien éclairés situés dans des endroits faciles à localiser semblent sécuritaires et favorisent la marche, par opposition à l'utilisation de l'ascenseur. Les édifices qui ont appliqué les concepts du design universel sont assurés que les gens, peu importe leurs capacités et leur âge, ont plusieurs options qui leur donnent un accès égal à l'espace et aux services. Les rampes d'accès permettent aux usagers en fauteuil roulant, aux parents qui transportent un enfant en poussette régulière ou de course et aux personnes utilisant des déambulateurs ou autres aides techniques d'avoir accès à l'édifice.

Conséquences pour les ergothérapeutes

Il est important que les ergothérapeutes fassent le lien entre la conception des villes et la santé, pour trois raisons.

Premièrement, les ergothérapeutes peuvent travailler auprès des clients dont les diagnostics sont directement associés à des environnements dominés par la voiture. Par exemple, les accidents de voiture entraînant des lésions cérébrales et de la moelle épinière, de même que l'obésité, les maladies respiratoires et cardiovasculaires et les troubles de santé mentale ont tous des conséquences sur la capacité d'une personne de participer aux occupations de la vie. En tant que professionnels, nous avons la responsabilité de tenir nos connaissances à jour sur les nouvelles recherches et les nouveaux facteurs influant sur la santé.

« Une augmentation du degré d'activité physique peut être bénéfique pour les populations, car il est reconnu que de petits changements dans le degré d'activité physique peuvent avoir des effets importants sur la santé tout au long de la vie. »

Deuxièmement, en continuant de développer notre profession, nous avons une force d'impulsion face à la promotion de la santé. Une augmentation du degré d'activité physique peut être bénéfique pour les populations, car il est reconnu que de petits changements dans le degré d'activité physique peuvent avoir des effets importants sur la santé tout au long de la vie. En ce qui concerne les personnes sédentaires, l'une des façons les plus prometteuses d'augmenter leur degré d'activité physique est d'incorporer des déplacements physiques (p. ex., transport actif) pour effectuer les activités liées aux soins personnels, à la productivité et aux loisirs. En tant qu'ergothérapeutes, nous

devons nous demander où les occupations se produisent et comment les gens s'y rendent. Par exemple, à quel endroit Madame Déry (qui est diabétique et qui a des troubles cardiaques et respiratoires) fait-elle son épicerie? À quelle distance l'épicerie se trouve-t-elle? Comment se rend-elle à l'épicerie? Y a-t-il un avantage pour sa santé si elle s'y rend à pied et transporte ses paquets à la maison? Quels sont ces avantages?

Troisièmement, afin de promouvoir les transports sains, les ergothérapeutes ont la possibilité de se situer stratégiquement afin d'exercer une influence sur les changements se produisant au sein des systèmes, des gouvernements ou de la politique. Au Canada, diverses initiatives municipales, régionales, provinciales et nationales en matière d'aménagement du territoire commencent à incorporer la santé dans leur dialogue et on consulte de plus en plus les professionnels pour connaître leur avis. Les ergothérapeutes ont une perspective unique lors de ces discussions, en raison de leurs compétences pour l'analyse de l'activité, leur approche globale (en particulier, l'interaction entre la personne et l'environnement) et leurs connaissances sur les concepts du design universel.

Exemples de stratégies visant à augmenter le transport actif et de façons d'incorporer ces concepts dans la pratique professionnelle

- Donner l'exemple en...
 - o se rendant au travail à pied, à vélo ou à la course et en prenant l'escalier le plus souvent possible.
- Présenter les concepts du transport actif aux clients.
- Connaître les possibilités pour les déplacements à bicyclette, les adaptations possibles et le financement disponible pour les clients (p. ex., tricycles, paniers pour transporter des paquets, etc.)
- Faire des recherches sur la relation entre l'environnement bâti, le transport actif et l'occupation.
- Changer la conversation... mettre l'accent sur les choses qui favorisent la santé.
- Participer à la création d'environnements dans lesquels le transport actif est le choix le plus facile parce qu'il est plus sécuritaire, moins cher, plus pratique et plus agréable.
 - o Participer au gouvernement local et revendiquer ...
- des directives qui tiennent compte des groupes ayant des invalidités lors de l'aménagement du territoire (p. ex., déficiences multiples, accès au fauteuil roulant);
- des douches, des vestiaires et des casiers accessibles dans les lieux de travail;
- des règlements pour que les trottoirs soient toujours dégagés;
- plus de bancs et de toilettes le long des sentiers ou dans les aires publiques;
- des descriptions détaillées affichées au début des sentiers pour que les gens puissent prendre des décisions éclairées en ce qui concerne leur trajet;
- des sentiers de vélo et des trottoirs sécuritaires.

Les défis de l'intégration dans la pratique

L'étude de l'interaction entre la conception des villes, l'aménagement du territoire, le transport actif et la santé est un domaine relativement nouveau et les données probantes ne sont pas encore très claires. Les avantages pour la santé

Étude de cas : Un début

Un milieu rural a tenté d'aborder les problèmes liés à l'inactivité physique et aux problèmes de santé associés au sein de sa population, en incorporant la promotion de la santé dans la pratique quotidienne en réadaptation.

À Camrose, en Alberta, le programme de réadaptation communautaire est situé dans un grand centre récréatif. Le formulaire de consentement des services cliniques comprend la question suivante : « Faites-vous actuellement des changements, ou songez-vous à effectuer des changements dans les types de comportement suivants, afin d'améliorer votre santé : exercice, nutrition, contrôle du poids, usage de boissons alcoolisées, usage du tabac, gestion du stress? (oui/non) »

Lorsqu'un nouveau client montre qu'il a l'intention d'en apprendre plus ou d'adopter un mode de vie plus sain, l'ergothérapeute ou le physiothérapeute lui donne des documents sur la promotion de la santé associés au sujet d'intérêt. On peut se procurer ces documents auprès de Santé Canada, du Alberta Centre for Active Aging et d'autres sources. Dans certains cas, il est possible d'aiguiller la personne vers d'autres services afin qu'elle reçoive un soutien additionnel.

associés à une plus grande utilisation des transports actifs (p. ex., prévention de certaines maladies chroniques) peuvent prendre des années à se manifester et les futurs avantages pour la santé sont souvent ignorés dans le présent. En réalité, des forces autres que les préoccupations en matière de santé, en particulier les intérêts économiques à court terme, façonnent grandement l'environnement bâti. Par ailleurs, la pertinence du transport actif pour les milieux ruraux doit également être prise en considération.

Ressources sélectionnées sur le Web

Walkability Audit: www.walkscore.com

Walk 21 Conference Series: www.walk21.com

UBC Active Transportation Collaboratory: <http://www.act-trans.ubc.ca>

Transport Canada : <http://www.tc.gc.ca/programs/environment/UTSP/activetransportation.htm>

Agence de la santé publique du Canada (ASPC): http://www.phac-aspc.gc.ca/pau-uap/fitness/active_trans.htm

Conclusion

En terminant, nous aimerions vous lancer un défi. Réfléchissez à l'information présentée dans cet article et demandez-vous comment vous pouvez incorporer ces concepts dans votre vie personnelle et professionnelle. Nous serions très heureux de connaître vos réflexions sur ce sujet!

Remerciements

Une partie de cet article a été présentée au congrès de l'ACE à Whitehorse, en juin 2008. Nous aimerions remercier tous les ergothérapeutes qui se sont arrêtés devant l'affiche et

qui nous ont fait part de leurs commentaires, réflexions et stratégies, dont certains sont présentés dans cet article.

Références

- Bray R, Vakil C et Elliot D. (Janvier 2005). *Report on Public Health and Urban Sprawl in Ontario: A Review of the Pertinent Literature*. Environmental Health Committee, Ontario College of Family Physicians.
- Ewing R, Frank L et Kreutzer R. (Mai 2006). *Understanding the Relationship between Public Health and the Built Environment*. Rapport préparé pour le LEED_ND Core Committee: www.usgbc.org/
- Fenton M. (2005). Battling America's epidemic of physical inactivity: Building more walkable, liveable communities. *Journal of Nutrition Education and Behaviour*, 37, 515-118.
- Forhan M et Richmond J. (2002). L'obésité et l'occupation : avenues pour l'ergothérapie. *Actualités ergothérapeutiques, Mars/Avril 2002*.
- Frank L, Kavage S et Litman T. (2006). *Promoting public health through smart growth: Building healthier communities through transportation and land use policies and practices*. Vancouver; SmartGrowth BC.
- Frumkin H. (2003). Healthy places: Exploring the evidence. *American Journal of Public Health*, 93, 1451-1456.
- Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie (2005). *Niveaux d'activité physique des adultes canadiens*. Ottawa: Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie.
- Jackson R.J. (2003). The impact of the built environment on health: An emerging field. *American Journal of Public Health*, 93, 1382-1384.
- Janssen N.A., Brunekreef B, van Vliet P, Aarts F., Meliefste, K., Harssema, H. et Fischer, P. (2003). The relationship between air pollution from heavy traffic and allergic sensitization, bronchial hyper-responsiveness, and respiratory symptoms in Dutch schoolchildren. *Environmental Health Perspectives*, 111, 1512-1518.
- Johnson S. et Marko J. (2007). Designing healthy places: Land use planning and public health. Population Health Issues Paper, September 2007. Capital Health, Edmonton Area.
- Knox S. (2003). Planning as a public health issue. *Urban Policy and Research*, 21, 317-319.
- Krzyzanowski M., Kuna-Dibbert, B. et Schneider, J. (2005). *Health effects of transport-related air pollution*. Copenhagen: World Health Organization.
- Louv, R. (2005). *Last child in the woods: Saving our children from nature-deficit disorder*. First edition. Chapel Hill, NC: Alagonquin Books of Chapel Hill.
- Pruss-Ustun AP et Corvalan C. (2006). *Preventing disease through healthy environments: Towards an estimate of the environmental burden of disease*. Geneva: World Health Organization.
- Statistique Canada. (2006). *Enquête sur les ménages et l'environnement de 2006*. Ottawa: Statistique Canada.
- Transport Canada. (2006). *Statistiques sur les collisions de la route au Canada - Édition 2006*. Ottawa: Transport Canada.
- Townsend, E. A., et Polatajko, H. J. (2007). *Enabling occupation II : Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation*. Ottawa, Ontario: Canadian Association of Occupational Therapists.
- Turcotte, M. (2008). La vie dans les régions métropolitaines : Dépendance à l'automobile dans les quartiers urbains. *Statistique Canada. Tendances sociales canadiennes*, 85, 20-30.

L'accessibilité est une loi : examen de différentes évaluations environnementales en vue d'améliorer l'accessibilité de l'environnement bâti

Jessica Malpage, Pei-En Shih et Lisa Klinger

Première partie d'un article en deux parties.

La première partie comprend la description et l'examen de différentes évaluations à domicile. La deuxième partie, qui sera publiée dans le numéro de mai des Actualités ergothérapeutiques, comprendra la description et l'examen de différentes évaluations des établissements publics.

Au cours des dernières années, on a reconnu davantage que les environnements bâtis pouvaient soit limiter ou favoriser la participation à la vie à domicile et dans la communauté, en particulier chez les personnes handicapées. Au Canada, les gouvernements fédéral et provinciaux ont répondu en concevant des lois sur les droits de la personne qui interdisent la discrimination fondée sur les handicaps mentaux ou physiques. Dans la province de l'Ontario, une loi est entrée en vigueur en 2005 afin d'éliminer les barrières d'ici 2025 (Gouvernement de l'Ontario, 2005); on ébauche actuellement des normes exécutoires pour l'environnement bâti, auxquelles tous les secteurs de l'économie devront se conformer. Des organismes tels que le Canadian Centre for Policy Alternatives exercent des pressions pour que des mesures entrent en vigueur à travers le Canada, afin que les droits des personnes handicapées soient respectés pour qu'elles participent pleinement à la société; ces mesures seront la réduction de la pauvreté et des barrières à l'emploi, l'égalité en matière d'accès au transport et aux ressources électroniques et l'élimination des barrières dans l'environnement (Healy, 2008).

Bien que l'expérience des clients, qui sont les experts dans leur propre contexte, doit indiquer la voie à suivre, les ergothérapeutes peuvent offrir une grande expertise, en particulier lorsqu'ils peuvent combiner leurs connaissances professionnelles à de bons outils d'évaluation. Il est possible d'acheter des évaluations de l'environnement bâti, mais elles sont parfois coûteuses et les délais pour les obtenir sont souvent très longs, alors qu'on peut trouver de nombreuses évaluations en ligne. Nous avons le sentiment qu'il serait utile d'identifier et d'examiner systématiquement les évaluations du domicile et les évaluations des établissements publics qui appartiennent au domaine public et qui sont disponibles gratuitement.

L'étude

Nous avons fait une recension complète des écrits à partir de plusieurs bases de données bibliographiques électroniques (Medline, Ei Compendex, CINAHL, PubMed, SCOPUS et OTDBASE) et des moteurs de recherche Google® et Google Scholar®; cette recension a été combinée à une revue de la littérature pertinente, à une consultation auprès des auteurs des évaluations, d'experts cliniques et d'érudits ayant de l'expertise dans ce domaine, de même qu'à des recherches dans les sites web de divers organismes

publics et gouvernementaux et associations. Les termes de recherche étaient notamment les suivants : « accessibilité (architecturale) », « évaluation du domicile », « évaluation de l'environnement », « environnement physique », « accès physique », « ergothérapie », « communauté », « édifice public », « handicap », « conception sans barrière » et « design universel ». Ces termes ont été utilisés soit de manière individuelle ou combinée.

Pour être retenues dans notre étude, les évaluations devaient évaluer le domicile ou au moins un type d'établissement public, aborder les attributs physiques de l'environnement en fonction de leur accessibilité, leur facilité d'utilisation (convivialité) ou leur sécurité, comporter suffisamment de directives pour en faciliter l'administration, avoir été publiées en anglais entre 1994 et janvier 2008 et appartenir au domaine public.

Les articles sélectionnés pour l'étude devaient contenir de l'information sur les évaluations qui répondaient aux critères d'inclusion (c'est-à-dire conception de l'instrument ou fiabilité de l'instrument et évaluation de la validité). Les sections applicables des Outcome Measures Rating Form and Guidelines élaborés précédemment par Cooper, Letts, Rigby, Stewart et Strong (2001; 2005) ont été utilisées pour organiser l'information et évaluer chaque instrument. L'information est donc organisée sous forme de tableaux, et les titres des colonnes et les définitions sont basés sur le modèle élaboré par Law (1987; 2005).

L'un des désavantages de ces critères est que seulement quelques-uns des outils identifiés sont standardisés. Un autre désavantage de tous les outils d'évaluation examinés était qu'aucun des outils ne considère l'accès relatif, tel que discuté dans Church et Marston (2003). Ces auteurs indiquent qu'un grand nombre d'environnements bâtis ont un accès absolu (c'est-à-dire que les personnes handicapées y ont accès), mais lorsque cet accès est une porte arrière qui exige d'emprunter un trajet d'accès complexe ou est caché dans une partie non identifiée de l'édifice, l'accès à l'édifice n'est pas possible. Ainsi, la qualité de l'accès doit aussi être prise en considération.

À propos des auteures –

Jessica Malpage, BA(Kin), MSc(OT), OT Reg (Ont), Can-TRA AI, est actuellement en congé de maternité de son emploi au Guelph General Hospital, et elle travaille sur une base occasionnelle dans le domaine des indemnités des victimes d'accidents d'automobile. Dans ses temps libres, elle est instructrice bénévole en équitation thérapeutique. On peut la joindre à jessica.malpage@gmail.com.

Pei-En (Pam) Shih, MSc(OT), travaille actuellement comme ergothérapeute au Peace Arch Hospital à White Rock, en Colombie-Britannique. On peut la joindre à pam_shih@hotmail.com.

Lisa Klinger, BSc(OT), MSc, OT Reg (Ont), est chargée de cours à la School of Occupational Therapy de l'University of Western Ontario. On peut la joindre à lklinger@uwo.ca.

Évaluation du domicile

La recherche que nous avons effectuée dans les bases de données ne nous a pas permis de trouver d'évaluations spécifiques du domicile, mais elle nous a permis de trouver six articles de recherche qui citent deux outils disponibles en ligne. Dix autres outils ont été trouvés en ligne. Parmi ces outils, huit ont été retenus, en fonction de nos critères d'inclusion. Trois ont été éliminés parce qu'ils ne permettaient pas d'évaluer si des modifications étaient nécessaires et qu'ils dressaient simplement une liste de modifications possibles pour rendre le domicile accessible ou sécuritaire. Un quatrième outil, The Enabler, évalué et jugé acceptable précédemment par Cooper et al. (2005), a aussi été éliminé parce que bien que les formulaires d'évaluation étaient disponibles gratuitement en ligne, il fallait acheter le manuel. Le tableau 1 présente la description et l'évaluation des huit évaluations du domicile retenues.

Veillez prendre note que les recommandations se trouvent à la fois dans la colonne Utilité clinique et dans la colonne Commentaires.

Conclusion

À la lumière des changements législatifs, de nombreux secteurs des affaires et de l'économie envisagent déjà des façons de rendre les environnements pleinement accessibles. Par exemple, un grand nombre de municipalités, d'établissements d'enseignement, d'hôpitaux, de départements gouvernementaux et de grandes entreprises ont des comités qui travaillent sur des questions relatives à l'accessibilité. Les plus petites organisations feront de même à mesure que les changements législatifs en Ontario entreront en vigueur et que les mesures visant à éliminer les barrières deviendront plus courantes à travers le pays. Il s'agit pour les ergothérapeutes d'une excellente possibilité de s'impliquer. Nous espérons que l'information

Tableau 1. Description et analyse de huit évaluations à domicile.

Titre, année de publication et auteur(s)	But	Type de clientèle	Utilité clinique (+) = attribut positif (-) = attribut négatif	Commentaires (+) = attribut positif (-) = attribut négatif
Comprehensive Assessment and Solution Process for Aging Residents (CASPAR) (2002) Les formulaires d'évaluation sont disponibles en ligne au : www.ecaspar.com/ehls/documents/caspar.pdf	<ul style="list-style-type: none"> Évalue l'accessibilité du domicile Évaluation centrée sur le client des principaux aspects problématiques dans le domicile 	<ul style="list-style-type: none"> Initialement conçu pour évaluer les domiciles des personnes âgées; peut être utilisé auprès de personnes de tous âges et types de diagnostics 	<ul style="list-style-type: none"> + Manuel très détaillé décrivant comment effectuer l'évaluation; directives sous forme abrégée aussi écrites sur les formulaires d'évaluation + Permet aux clients de mettre en ordre de priorité les pièces qui exigent le plus d'attention + Comprend une évaluation fonctionnelle + Évaluation en profondeur, mesure et photographie du domicile + Possibilité d'utiliser les résultats et les photos pour consulter des entrepreneurs et des constructeurs - Peut être long à effectuer - Aucune indication sur la façon d'utiliser les mesures obtenues - Ne donne pas de solutions intuitives pour aborder les aspects problématiques 	<ul style="list-style-type: none"> + Centré sur le client + Description et évaluation détaillées du domicile Fiabilité et validité : <ul style="list-style-type: none"> + Taux d'identification juste du problème (sensibilité + spécificité)=96,4 % significatif à p=0,000 (Sanford et Butterfield, 2005) + Fiabilité inter-juges=35 des 59 items avaient une fiabilité de 0,80; validité= 85 à 98,5 % basée sur une comparaison avec une évaluation sur les lieux par un expert clinique (Sanford, Pynoos, Tejral et Browne, 2002).
Easy Access Housing: A Safe Home is no Accident: A Checklist for your Family (2005) Disponible en ligne au : www.eas-terseals.com/site/PageServer?pagename=ntlc_easyaccesshousing_tips_checklist_print	<ul style="list-style-type: none"> Évalue les dangers et la sécurité à domicile 	<ul style="list-style-type: none"> Non spécifié 	<ul style="list-style-type: none"> + Aucun manuel; utilisation intuitive + Questionnaire rempli par le client + Permet aux clients de cibler les aspects préoccupants pour la sécurité + Bref aperçu général des mesures relatives à la sécurité d'un domicile - Aucune considération spécifique aux handicaps - Liste limitée de recommandations en matière de sécurité 	<ul style="list-style-type: none"> - Très simple - Strictement centré sur la sécurité - Aucune évaluation de l'accessibilité ou de l'ergonomie et de la convivialité du domicile

Titre, année de publication et auteur(s)	But	Type de clientèle	Utilité clinique (+) = attribut positif (-) = attribut négatif	Commentaires (+) = attribut positif (-) = attribut négatif
<p>Gerontological Environmental Modifications (GEM): Environmental Assessment - Apartment Safety and Design (2005) ET Environmental Assessment - Studio Apartment (n.d.) Disponible en ligne au : www.cornellaging.org/gem/enviro_assessment.pdf OU www.cornellaging.org/gem/enviro_studio_assessment.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Évalue la sécurité et l'accessibilité d'un appartement • Un certain degré d'évaluation de l'ergonomie et de la convivialité du domicile • Mesure indirecte de la mobilité du client et de sa capacité d'effectuer les tâches associées à ses soins de base 	<ul style="list-style-type: none"> • Conçu pour une population gériatrique, mais peut être utilisé pour les personnes ayant un handicap 	<ul style="list-style-type: none"> + Aucun manuel, mais facile à utiliser de manière intuitive + Administration et interprétation faciles; aucune cotation + Observation, démonstration et entrevue du client + Aborde la convivialité du domicile en évaluant la mobilité de la personne dans le domicile, sa capacité d'effectuer certains transferts et les tâches associées aux soins personnels + Permet aux clients de cibler les aspects qui les limitent sur le plan fonctionnel ou qui sont préoccupants pour leur sécurité + Aucune qualification requise de l'évaluateur + Excellent pour émettre des recommandations et des suggestions de modifications pour aborder chacun des aspects problématiques 	<ul style="list-style-type: none"> + Conçu en fonction de la recherche en gériatrie et de l'expérience de l'auteur, combinées aux conseils de plusieurs ergothérapeutes et d'une revue de littérature (communication personnelle: Rosemary Bakker, 11 avril 2008) - Certains éléments ne sont pas évalués, comme les entrées dans l'appartement, la salle de lessive, les espaces de stationnement et les contrôles de l'environnement (p. ex., télévision et thermostat)
<p>Home Assessment Form (HAF) (2008) Disponible en ligne au : http://lifecenter.ric.org/content/2288/index.html?topic=6&subtopic=211</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Permet de faire des recommandations pour la modification du domicile • Mesures les aires du domicile utilisées couramment; plans du domicile; évalue l'accessibilité 	<ul style="list-style-type: none"> • Non spécifié 	<ul style="list-style-type: none"> - Aucune directive n'est fournie - Il faut se procurer du ruban à mesurer et des stylos pour faire des esquisses - Formulaire d'évaluation relativement court, mais long à administrer en raison du nombre de mesures - Difficile à interpréter car aucune indication de la manière d'utiliser les mesures obtenues - Aucune recommandation découlant de l'évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> + Évalue les principales aires du domicile + Caractéristique unique : comprend une évaluation du véhicule du client + Utile pour inscrire et organiser les mesures - Néglige certaines aires du domicile (p. ex.,: salle de lessive, garage et terrain)
<p>How Well Does Your Home Meet Your Needs? (1996) Disponible en ligne au : http://www.kued.org/productions/caregiving/pdf/16-a%20How%20Well%20Your%20Home%20Meets%20Your%20Needs.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Permet de cibler les préoccupations en matière de sécurité ou les aires problématiques qui réduisent la capacité de la personne de vivre en toute autonomie 	<ul style="list-style-type: none"> • Population gériatrique 	<ul style="list-style-type: none"> + Aucun manuel; conçu pour les clients + On demande au client de dresser la liste de ses activités et occupations significatives quotidiennes et de ses objectifs personnels, afin de déterminer un plan pour modifier le domicile + Une liste de vérification de la sécurité est fournie + Une liste de vérification doit être remplie pour chaque pièce - Il serait préférable d'énumérer chaque pièce pour s'assurer qu'aucune pièce n'a été oubliée 	<ul style="list-style-type: none"> + Fournit une liste de conseils pour améliorer la sécurité et réduire les risques de chute à domicile (après la liste de vérification). Un accent plus grand est mis sur les surfaces recouvrant les planchers et la sécurité électrique que dans les autres évaluations - Aucune directive précise pour concevoir le plan de modification

<p>Maintenir l'autonomie des aînés par l'adaptation des logements : Guide d'évaluation par les aînés (2003) Renseignements : Société canadienne d'hypothèques et de logement Disponible en ligne au : http://www.cmhc-schl.gc.ca/fr/co/enlo/modoai/maauai/index.cfm</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Évalue la sécurité et l'accessibilité du domicile • Détermine les aires qui doivent être adaptées ou modifiées afin d'améliorer ou de conserver l'autonomie à domicile • Les questions d'évaluation mettent l'accent sur la convivialité de l'environnement 	<ul style="list-style-type: none"> • Conçu pour une population gériatrique, mais pourrait être utile pour toute personne handicapée 	<ul style="list-style-type: none"> + Évaluation centrée sur le client + Comprend une évaluation fonctionnelle - N'évalue pas explicitement la salle à dîner et le salon, ce qui peut amener les clients à négliger ces pièces 	<p>Fiabilité et validité : + Fiabilité inter-juges = > 80 % pour 30 des 72 items, et >60 % pour 42 des 72 items. + Validité de contenu = excellente pour un outil qui a été établi à partir d'une revue de littérature et d'une consultation auprès d'aînés, d'architectes et d'ergothérapeutes, selon une méthodologie de groupe et d'essais sur le terrain (Cooper et al., 2001)</p>
<p>Liste de modifications à vérifier : Comment rendre un logement accessible aux personnes handicapées grâce au PAREL pour personnes handicapées Renseignements : Société canadienne d'hypothèques et de logement Disponible en ligne au : https://www03.cmhc-schl.gc.ca/b2c/b2c/init.do?language=fr</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Établit les priorités et discute des modifications possibles qui peuvent être financées être financées par le Programme d'aide à la remise en état des logements (PAREL) 	<ul style="list-style-type: none"> • Toute personne handicapée peut recevoir un prêt du gouvernement du Canada pour améliorer l'accessibilité de son logement 	<ul style="list-style-type: none"> + Liste de vérification auto-administrée + Directives claires + Petit livre sur les problèmes d'accessibilité courants et sur les modifications possibles + Administration et interprétation faciles -Exige un examen approfondi, une capacité d'introspection, des connaissances sur les modifications subventionnées et des habiletés en évaluation pour déterminer les meilleures adaptations possibles; 	<ul style="list-style-type: none"> + S'appuie sur les normes de construction et le code du bâtiment + Exige des mesures et des dimensions + Centré sur le client parce que le client cible ses propres besoins et les modifications qu'il souhaite

présentée dans cet article aidera les ergothérapeutes à user d'une approche systématique pour évaluer les environnements et pour enseigner aux clients des stratégies pour apporter des modifications rentables et simples dans leurs domiciles et dans les espaces publics. L'élaboration et la normalisation des futures évaluations sont un domaine auquel les ergothérapeutes pourraient également être intéressés à participer.

Références

- Church, R. L., et Marston, J. R. (2003). Measuring accessibility for people with a disability. *Geographical Analysis*, 35(1), 83-96.
- Cooper, B., Letts, L., Rigby, P., Stewart, D., et Strong, S. (2001). Dans M. Law, C. Baum, et W. Dunn (Édits.), *Measuring occupational performance: Supporting best practice in occupational therapy* (p. 229 à 256). Thorofare, NJ: Slack Inc.
- Cooper, B., Letts, L., Rigby, P., Stewart, D., et Strong, S. (2005). Measuring environmental factors. Dans M. Law, C. Baum, et W. Dunn (Édits.), *Measuring Occupational Performance: Supporting Best Practice in Occupational Therapy* (2e éd., p. 315 à 346), Thorofare, NJ: Slack.
- Gouvernement de l'Ontario. (2005). *Loi de 2005 sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario*. Téléchargé le 15 mars 2007, au http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_05a11_f.htm.
- Healy, T. (Ed.). (2008). *The Harper Record. Canadian Centre for Policy Alternatives*. Téléchargé le 14 décembre 2008 au http://www.policyalternatives.ca/documents/National_Office_Pubs/2008/HarperRecord/The_Legacy_of_Disability_Rights_in_Canada.pdf
- Law, M. (1987). Measurement in occupational therapy: Scientific criteria for evaluation. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 54, 133-138.
- Law, M. (2005). Outcome Measures Rating Form and Guidelines. Dans M. Law, C. Baum, et W. Dunn (Édits.), *Measuring occupational performance: Supporting best practice in occupational therapy* (p. 396 à 409). Thorofare, NJ: Slack Inc.
- Sanford, J.A., et Butterfield, T. (2005). Using remote assessment to provide home modification services to underserved elders. *The Gerontologist*, 45(3), 389-398.
- Sanford, J.A., Pynoos, J., Tejral, A., et Browne, A. (2002). Development of a comprehensive assessment for delivery of home modifications. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, 20(2), 43-55.



Responsable de la chronique : Sandra Bressler

Rapport de la réunion du conseil de la Fédération mondiale des ergothérapeutes

Sandra Bressler

J'ai eu le privilège d'assister à ma première réunion du conseil de la Fédération mondiale des ergothérapeutes (FME) qui a eu lieu du 8 au 12 septembre 2008 à Ljubljana, en Slovénie, et à la journée de réflexion précédant la réunion, en compagnie de Sue Forwell, la présidente de l'ACE.

Journée de réflexion

La journée de réflexion avait pour but de promouvoir la planification à long terme et la discussion entre les délégués, afin de veiller à ce que la FME continue de répondre aux besoins de ses associations membres et des ergothérapeutes qu'elles représentent. Alana Officer, coordonnatrice du programme sur le handicap et la réadaptation de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), a présenté l'activité du jour au conseil. L'activité a permis d'amorcer le processus visant à élaborer une matrice d'intervention en réadaptation. Cette matrice sera associée initialement aux personnes ayant des handicaps physiques, peu importe la cause ou la nature de leurs handicaps. La matrice comprend les éléments suivants :

- Les composantes de la Classification internationale du fonctionnement relatives à la fonction et aux structures corporelles, aux activités et à la participation.
- La pertinence face aux différents délais associées aux soins aigus, post-aigus, de maintien ou de réadaptation.
- L'applicabilité dans différents milieux de soins pouvant être tertiaires, secondaires, primaires, y compris les soins communautaires et familiaux.
- L'accent mis sur le besoin d'un ensemble harmonisé de soins.
- La pertinence pour différents contextes, en tenant compte des ressources d'un individu.

L'OMS prévoit tenir compte de l'information que nous avons transmise lors de l'élaboration de cette matrice. Il est important de noter que ce groupe était le premier groupe à contribuer à la matrice.

Faits saillants de la 28^e réunion du conseil

Des prises de position et des énoncés de positions ont été présentés :

1. Cultural Diversity and Occupational Therapy Position Paper – une version préliminaire a été présentée et les pays membres ont été invités à émettre leurs commentaires.
2. La prise de position Inclusive Occupational Therapy Education Position Paper a été approuvée. Les auteures sont toutes de la School of Rehabilitation Science de la McMaster University, c'est-à-dire Sue Baptiste, Bonny Jung, Mary Tremblay et Penny Salvatori.
3. Academic Credentials for Occupational Therapy Educators - une ébauche a fait l'objet d'une discussion et les commentaires des délégués ont été recueillis.
4. Occupational Therapy Entry-Level Qualifications a été

approuvé avec des corrections.

5. Recruiting Occupational Therapists from International Communities a été approuvé.

Un réseau a été établi pour les rédacteurs en chef des revues sur l'ergothérapie, afin de discuter des facteurs d'impact des revues sur l'ergothérapie à travers le monde. Les participants ont eu le sentiment que le mandat de ce réseau pourrait s'étendre au-delà des facteurs d'impact; ce mandat sera établi à la discrétion des membres du réseau.

La FME travaille en vue de développer la profession en Égypte, au Ghana et en Mongolie, en revendiquant la mise sur pied de programmes d'enseignement. Les projets se trouvent à différents stades de développement dans chaque pays.

Comme on l'annonçait dans un bulletin électronique de l'ACE, Sharon Britnell, vice-présidente aux finances de l'ACE, a été élue au poste de présidente de la FME. Il est très excitant d'avoir une présidente canadienne! Le bulletin mentionnait également que Anne Carswell, une autre canadienne, avait terminé les deux ans de son mandat à titre de vice-présidente!

On s'attend à ce que chaque délégué choisisse un projet dans un programme d'un domaine donné. Pour ma part, je me suis jointe au programme de coopération internationale et je dirige un projet de mentorat. Par ailleurs, on m'a nommée coordonnatrice suppléante du programme. J'ai également été élue au sein du comité des mises en candidature.

Tout au long de la réunion du conseil, Sue et moi avons ressenti tout le respect que les pays membres et la directrice de la FME ont pour les ergothérapeutes canadiens et l'ACE.

Notre apport à la communauté internationale d'ergothérapeutes est reconnu et tenu en haute estime.

À propos de l'auteure –

Sandra Bressler, MA, BSc(OT), est la déléguée de l'ACE à la FME. Sandra est professeure adjointe de clinique à la School of Rehabilitation Science, University of British Columbia et experte-conseil principale au sein de Corpus Sanchez Inc.



Profil de la pratique du personnel auxiliaire en ergothérapie

Claudia von Zweck, PhD, OT Reg (Ont), OT(c) - Directrice générale de l'ACE

L'ACE a le plaisir de présenter le nouveau *Profil de la pratique du personnel auxiliaire en ergothérapie*. L'élaboration de ce document représente le fruit des travaux effectués par l'ACE pendant plusieurs années et il présente une vision novatrice des connaissances, des compétences et des habiletés attendues du personnel auxiliaire en ergothérapie au Canada. Un certain nombre de caractéristiques et hypothèses clés orientent ce nouveau document, afin de veiller à ce que la main-d'œuvre en ergothérapie soit souple et sensible, en vue de répondre aux besoins de la population canadienne en matière de services d'ergothérapie.

Le continuum de la pratique du personnel auxiliaire

Au Canada, les membres du personnel auxiliaire sont employés dans divers contextes de pratique dans lesquels les attentes face à leurs rôles et leurs degrés de compétence varient grandement. Le nouveau *Profil* reconnaît l'existence de ce continuum de la pratique. Ce continuum témoigne de la diversité des rôles que peuvent jouer les membres du personnel auxiliaire lors de la prestation des services d'ergothérapie, de même que les divers contextes et attentes associés à leur pratique.

Relation entre le personnel auxiliaire et les ergothérapeutes

Le *Profil* reconnaît qu'il existe une relation synergique entre le personnel auxiliaire et les ergothérapeutes lors de la prestation des services d'ergothérapie. Le personnel auxiliaire apporte une aide précieuse aux ergothérapeutes. En effet, les ergothérapeutes assignent des composantes des services d'ergothérapie et supervisent le travail du personnel auxiliaire en ergothérapie. Ainsi, le travail du personnel auxiliaire complète, mais ne remplace pas le rôle de l'ergothérapeute. Les *Lignes directrices concernant la supervision des composantes des services d'ergothérapie assignées à des personnes autres que des ergothérapeutes* (2007a) orientent les ergothérapeutes dans leurs fonctions d'attribution et de supervision des tâches.

Rôles du personnel auxiliaire

Le *Profil* s'appuie sur les travaux précédents de l'ACE qui exposent les connaissances, les compétences et les habiletés des ergothérapeutes en fonction de sept rôles. Ces rôles sont les suivants : expert en habilitation de l'occupation, professionnel, communicateur, praticien érudit, collaborateur, agent de changement et gestionnaire de la pratique (ACE, 2007b). Les compétences du personnel auxiliaire décrites dans le nouveau *Profil* sont considérées comme des sous-ensembles de ces rôles, tel qu'exposé dans la figure 1. Les degrés de participation et de compétences requis du personnel auxiliaire dans chaque rôle varient le long du continuum de la pratique et sont influencés par

des facteurs comme les suivants : qui est le client, à quel endroit le travail est-il effectué et quels sont les besoins du client. Le personnel auxiliaire en ergothérapie peut commencer sa carrière à toutes les étapes du continuum du personnel auxiliaire et peut posséder des compétences, des connaissances et des habiletés situées à différents points sur le continuum. Conformément au Modèle canadien d'habilitation centrée sur le client (Townsend et Polatajko, 2007), le rôle d'« expert en habilitation de l'occupation » est considéré comme le rôle pivot, de même que l'expertise et la compétence clés du personnel auxiliaire en ergothérapie. En effet, le travail effectué dans cette fonction de base est relié à tous les autres rôles et il s'appuie sur les compétences requises pour utiliser l'occupation efficacement, à la fois comme un moyen d'intervention et comme le résultat d'une intervention en ergothérapie.

Classifications exemplaires du personnel auxiliaire en ergothérapie

Trois classifications exemplaires du personnel auxiliaire sont décrites au sein du continuum de la pratique :

1. Le *personnel auxiliaire ayant des compétences de base* possède les compétences requises pour œuvrer auprès de populations spécifiques, pour aborder des difficultés en matière de rendement occupationnel et pour travailler dans des contextes de pratique spécifiques à la pratique de l'ergothérapie. Les membres du personnel auxiliaire appartenant à ce groupe ont généralement reçu une formation en milieu de travail et ils travaillent dans un ou deux domaines de services.

Figure 1 :
Continuum des profils de la pratique des ergothérapeutes et du personnel auxiliaire en ergothérapie



2. Le *personnel auxiliaire ayant des compétences spécialisées* possède des compétences de base en ergothérapie semblables à celles décrites ci-dessus, de même que des compétences avancées et complexes dans un domaine de pratique spécialisé. Ce type de personnel auxiliaire possède des compétences spécialisées dans un domaine autre que l'ergothérapie, qui sont propres à un contexte de pratique donné et qui peuvent comprendre des compétences et des connaissances associées à ce genre de domaine, comme la communication améliorée, la menuiserie et le positionnement. Ces compétences sont illustrées dans la figure 1 comme un huitième rôle, c'est-à-dire le spécialiste (personnel auxiliaire ayant des compétences spécialisées).
3. Le *personnel auxiliaire ayant des compétences étendues* possède des compétences multiples qui favorisent la prestation de services avec aisance et efficacité auprès de diverses populations (âges et états de santé différents) ayant une large gamme de difficultés en matière de rendement occupationnel et ce, dans divers contextes de pratique. Le personnel auxiliaire de ce groupe a acquis des compétences par l'intermédiaire d'une formation théorique et clinique officielle.

Le Profil reconnaît qu'il existe une relation synergique entre le personnel auxiliaire et les ergothérapeutes lors de la prestation des services d'ergothérapie.

Usages possibles du Profil de la pratique du personnel auxiliaire en ergothérapie

Le *Profil* a été élaboré dans le but d'être utilisé comme une base pour le processus de reconnaissance des compétences du personnel auxiliaire en ergothérapie. Le *Profil* reconnaît que les membres du personnel auxiliaire en ergothérapie sont valorisés et nécessaires à tous les niveaux du continuum de la pratique. Ainsi, le *Profil* peut servir d'outil de recrutement, de compensation et de planification de la carrière pour veiller à ce que les compétences du personnel auxiliaire en ergothérapie correspondent aux exigences d'un contexte de pratique spécifique. La détermination du degré de compétence du personnel auxiliaire à l'aide du *Profil* peut également aider les ergothérapeutes à assigner adéquatement les composantes des services. En assignant des composantes de l'ergothérapie, les ergothérapeutes ont la responsabilité de veiller à ce que le membre du personnel auxiliaire ait les connaissances, les compétences et les habiletés requises pour effectuer la tâche avec compétence.

Par ailleurs, le *Profil* peut faciliter la planification de la main-d'œuvre en permettant de veiller à ce que les services d'ergothérapie soient prodigués par des praticiens ayant des degrés de connaissances et de compétence adéquats. Finalement, le *Profil* peut faciliter la planification de la formation requise du personnel auxiliaire pour répondre aux besoins en matière de main-d'œuvre. L'ACE travaillera en collaboration avec le Conseil canadien pour l'agrément des programmes universitaires de physiothérapie afin de l'aider à mettre en œuvre un processus d'agrément pour le personnel auxiliaire en ergothérapie qui sera conforme à la vision et aux résultats exposés dans le *Profil*.

Pour en savoir davantage sur le *Profil*, consultez le site web de l'ACE. Une version téléchargeable du *Profil de la pratique du personnel auxiliaire en ergothérapie* sera mise à la disposition des membres de l'ACE, sur le site web de l'ACE.

Références

- Association canadienne des ergothérapeutes. (2007a). *Lignes directrices concernant la supervision des composantes des services d'ergothérapie assignées à des personnes autres que des ergothérapeutes*. Téléchargé le 4 décembre 2008, au <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=579>.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2007b). *Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada*. Téléchargé le 4 décembre 2008, au <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=36>.
- Townsend, E. et Polatajko, H. (2007). *Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation*. Ottawa, Ontario: Association canadienne des ergothérapeutes.

Y a-t-il un fossé intergénérationnel en ergothérapie?

Mary Lou Boudreau

En tant qu'ergothérapeutes, nous sommes conscients des différences sociologiques, historiques et technologiques qui façonnent les valeurs de nos clients et, nous en tenons compte lors de nos interventions. Les tendances sociologiques, historiques et technologiques qui ont influé sur nos clients au cours des 60 dernières années ont également façonné nos valeurs et nos attentes professionnelles. Ainsi, par une bonne connaissance des différences intergénérationnelles au sein de la main-d'œuvre en ergothérapie, nous pouvons arriver à mieux comprendre nos collègues et à collaborer avec eux. Les générations qui sont actuellement représentées au sein de la main-d'œuvre en ergothérapie sont les Traditionnalistes, les Baby-boomers, la Génération X et la Génération Y (voir le tableau 1).

Cet article décrit les tendances des membres des différentes générations pendant les années où ils grandissaient et où s'établissaient leurs valeurs et leurs normes. Il décrit les caractéristiques de chacune des générations en fonction de leurs valeurs, de leurs styles de vie préférés, de leur éthique en milieu de travail et de l'effet de ces facteurs sur le milieu de travail. Il est important de se rappeler que dans toute caractérisation d'un groupe de personnes, il existe toujours des variations individuelles.

Les Traditionnalistes (nés avant 1946)

La Deuxième Guerre mondiale venait tout juste de se terminer, en laissant derrière elle un sentiment d'optimisme et d'espoir (Hammill, 2005; Hart, 2006; Weston, 2001). Les règles et les attentes étaient claires et l'autorité était respectée. Il était alors possible d'être propriétaire d'une maison, d'élever sa famille et de vivre à l'aise avec un seul salaire. La plupart des gens ont été élevés sans être exposés à une diversité ethnique au quotidien. Les problèmes de discipline à l'école seraient considérés comme étant peu sévères, si on les comparait aux normes d'aujourd'hui. Les Traditionnalistes ont appris à faire des mathématiques à la main et à écrire à la main ou à l'aide d'une machine à écrire.



Ils avaient des modèles distincts, comme des héros de la guerre et des figures politiques. Cette génération a assisté aux débuts de la télévision.

Les Traditionnalistes croient que le travail ardu et le sacrifice seront récompensés. L'obéissance est valorisée par opposition à l'individualisme. Ils hésitent à critiquer l'autorité et ils peuvent être mal à l'aise lorsque des jeunes remettent en question certaines décisions prises par la direction. Ils ont appris avec des enseignants humains et ils préfèrent les salles de classe traditionnelles et les présentations par des experts. Ils ne sont pas à l'aise avec les jeux de rôle. Pour obtenir de l'information, ils se rendent physiquement à la bibliothèque. Maintenant, ils ont tendance à lire les journaux et les magazines en lesquels ils ont confiance et à regarder les nouvelles sur des réseaux où les présentateurs sont des personnalités bien connues et fiables.

Les Traditionnalistes avaient l'intention de travailler pour de grandes entreprises toute leur vie. Ils s'attendaient à gravir les échelons hiérarchiques et à recevoir une pension à leur retraite. L'expérience et l'ancienneté étaient importantes pour eux et ils s'attendaient à être récompensés pour leur loyauté. Pour eux, le fait de changer d'emploi était chargé de préjugés, car cela indiquait

Tableau 1 : Composition de la main-d'œuvre en ergothérapie

	Traditionnalistes	Baby-boomers	Génération X	Génération Y
Nés ...	avant 1946	1946-1960	1961-1978	après 1978
Âge en 2008...	62 ans et plus	48 à 62 ans	30 à 47 ans	moins de 30 ans
Présence dans la main-d'œuvre en 2006...	2 % (129)	34 % (2 799)	59 % (4 821)	4 % (352)

¹L'Occupational Therapy Data Base comprend des données démographiques, géographiques, sur l'éducation et sur l'emploi recueillies avant le 1er octobre d'une année d'adhésion donnée auprès des ergothérapeutes qui sont inscrits au tableau de leur organisme de réglementation provincial, de même qu'auprès des membres de l'ACE qui habitent au Yukon, dans les Territoires du Nord-Ouest ou au Nunavut. Les données du Québec ne sont pas comprises dans l'Occupational Therapy Data Base de 2006.

des problèmes d'engagement. Ils sont motivés par les promotions, par l'interaction avec les personnes ayant des postes plus élevés dans la hiérarchie et par l'amélioration de leurs conditions de travail.

Les Baby-boomers (nés entre 1947 et 1960)

Il s'agit de l'époque des droits civils et des manifestations contre la Guerre du Vietnam (Hamlin, 2006; Hammill, 2005; Hart, 2006; Weston, 2001). Le scandale du Watergate a ébranlé le respect des gens envers l'autorité politique. Les gens ont appris à défier l'autorité et à ne pas faire confiance aux personnes représentant l'autorité. Ils ont grandi en pensant qu'ils étaient très spéciaux. Si une famille était différente, ce n'était pas reconnu ou c'était gardé secret. Il s'agit de la première génération à choisir ou non d'avoir des enfants. Ces enfants ont grandi en grandes cohortes et ont dû concurrencer pour tout. L'âge de l'information commençait à peine, avec l'arrivée des calculatrices, de l'automatisation et des ordinateurs.

Les Baby-boomers avaient encore beaucoup d'estime pour les politiciens et les figures d'autorité (p. ex., Kennedy); toutefois, des rebelles et des protestataires commençaient à être considérés comme des héros. Les séries de télévision populaires étaient : The Donna Reed Show, Papa a toujours raison, Leave it to Beaver (mettant en vedette des familles traditionnelles) et Gunsmoke (illustrant des bons et des méchants très distincts).

Les Baby-boomers étaient une génération centrée sur le « Moi ». En effet, en raison de leur grand nombre, l'attention était centrée sur leur génération. Ils ont tendance à être compétitifs, optimistes, motivés et dévoués et ils ont le sentiment qu'ils peuvent changer le monde. Cette génération avait l'impression qu'il était possible de tout réussir, c'est-à-dire le travail, la famille et l'adoption d'un mode de vie sain, tout en gardant une bonne dose d'idéalisme.

Les Baby-boomers préfèrent les séances d'apprentissage interactif aux cours traditionnels. Ils apprécient divers modes d'apprentissage (livres, vidéos, une personne pour répondre aux questions). Tout comme la génération qui les a précédés, ils ont appris avec des enseignants humains et se rendaient physiquement à la bibliothèque. Pour obtenir de l'information, ils ont tendance à lire les journaux et les magazines en lesquels ils ont confiance et à regarder les nouvelles sur des réseaux où les présentateurs sont des personnalités bien connues et fiables.

Les Baby-boomers ont appris à être en contact avec leurs émotions et à se centrer sur la communication. Ils aiment recevoir beaucoup de commentaires et de documentation. Ils préfèrent recevoir les commentaires en personne. Ils n'ont pas choisi leur profession en fonction du salaire, mais dans l'intention de rendre le monde meilleur.

Les Baby-boomers ont hérité du modèle de travail basé sur la hiérarchie verticale, c'est-à-dire commencer au bas de l'échelle et gravir progressivement les échelons. Ils ont le sentiment que le fait de changer d'emploi peut nuire à leur cheminement de carrière. Ils sont motivés par la reconnaissance, la valorisation et l'appréciation.

La Génération X (nés entre 1961-1978)

Il s'agit de la première génération « portant la clé au cou », et pour plusieurs d'entre eux, les deux parents se trouvaient

sur le marché du travail pendant leur enfance et leur adolescence (Hamlin, 2006; Hammill, 2005; Hamlin, 2006; Hart, 2006; Hart, 2006; Weston, 2001). Le taux de divorce était élevé, et 40 % des enfants vivaient dans une famille monoparentale (Weston, 2001). Ces enfants ont tissé des liens très forts avec leurs amis lorsque leur famille n'était pas disponible. Ils ont appris à prendre soin d'eux-mêmes et à être un participant à part égal dans les discussions familiales. Leurs amis et leurs camarades de classe commencent à provenir de groupes ethniques différents.

Les enfants de la Génération X ont vu leurs parents baby-boomers travailler de longues heures et sacrifier leurs loisirs pour le travail. Ils sont nés à l'ère de l'ordinateur et ont appris à s'en servir dès l'enfance. La Génération X a assisté à la chute des modèles; pour eux une bonne part du mystère des films et de la politique a été dévoilée par les médias et les exposés. Les séries télévisées populaires étaient notamment All in the Family (familles dysfonctionnelles), One Day at a Time, Alice (familles monoparentales), The Mary Tyler Moore Show (personne célibataire au travail) et The A team (difficile à distinguer les bons des méchants).

Les adultes de la Génération X ont tendance à être sûrs d'eux, autonomes, intelligents et débrouillards. Ils sont sceptiques et ils ont appris à avoir davantage foi en eux qu'aux institutions qui les ont déçus. Ce sont de véritables champions de la réalisation simultanée de tâches multiples. Ils aiment apprendre à l'aide de CD-ROM, de bandes vidéos interactives et de ressources sur Internet. Ils considèrent les jeux de rôle comme une façon d'exercer leurs habiletés et d'obtenir des commentaires et de l'encadrement de façon immédiate. Ils peuvent apprendre de l'expérience des autres; ils apprécient les histoires des gens qui ont appris à régler eux-mêmes leurs embûches et ils aiment partager leurs expériences d'apprentissage.

Ils sont très sélectifs et proactifs pour rassembler de l'information. Il s'agit de la génération CNN, qui veut un flux continu d'information constamment mise à jour. Lorsqu'on leur donne une tâche, ils préfèrent qu'on les laisse seuls pour la réaliser par eux-mêmes. La Génération X considère que tous les membres de l'équipe sont égaux et que le chef d'équipe joue simplement un rôle différent des autres. Ils ont le sentiment que tout le monde doit participer à la résolution des difficultés ou des problèmes. Ils veulent des commentaires directs et immédiats.

La Génération X veut faire de l'argent tout en trouvant un équilibre entre la satisfaction face à l'emploi et la qualité de vie. Ils sont entrés sur le marché du travail au moment où les grandes sociétés réduisaient leur effectif. Ils s'attendent à changer d'emploi et à progresser horizontalement. En grandissant, ils ont vu de nombreuses personnes avoir du succès et devenir millionnaires en lançant leur propre entreprise. Ils s'attendent à réussir à un très jeune âge. Leur but est de se bâtir une carrière « portable », c'est-à-dire de se constituer un curriculum vitae comportant de multiples expériences. Ils recherchent la stabilité dans leur carrière plutôt que dans leur emploi.

À propos de l'auteure – Mary Lou Boudreau, MSc, OT Reg (Ont) est coordonnatrice de la formation clinique et chargée de cours en ergothérapie à la School of Rehabilitation Therapy, Faculty of Health Sciences de la Queen's University. On peut la joindre à boudreau@queensu.ca.

La Génération Y (nés après 1978)

Ils ont été très programmés et structurés pendant la plus grande partie de leur vie (Hamlin, 2006; Hammill, 2005; Raines, 2002; Hart, 2006). Certains enfants utilisaient déjà des agendas à l'école primaire. Les enfants de la Génération Y ont été affectés par la violence et le terrorisme, comme la tuerie de Columbine et les attaques du 11 septembre. Ils ont grandi avec une philosophie selon laquelle « il ne faut exclure personne » et ils font preuve d'une grande tolérance envers les personnes ayant des degrés d'habileté, des cultures et des styles de vie différents. Ce sont les enfants des « mères du soccer », c'est-à-dire les parents qui sont extrêmement impliqués dans la vie de leurs enfants. La technologie est à la fois un outil de travail et une source de divertissement pour eux. À la suite des attaques terroristes, les pompiers, les policiers et les employés civils sont devenus des héros pour eux, en raison de leur façon de réagir aux désastres. Les séries de télévisions populaires pour cette génération étaient *Seinfeld*, *Friends* (un groupe de pairs représentant la famille) et *The Nanny* (questions touchant les soins des enfants).

Les enfants de la Génération Y sont pratiques et technologiques. Ils sont réalistes devant les défis de la vie moderne et conscients des menaces liées à la violence, au trafic de drogue, etc. Ils ont grandi avec Internet et ils s'attendent à avoir plusieurs choix dans tout ce qu'ils font. Ils ont aussi grandi dans le milieu des jeux à l'ordinateur. Ils ne veulent pas qu'on leur montre comment faire les choses; ils veulent simplement plonger et essayer. Ils sont à l'aise devant les situations et les environnements simulés ou virtuels. Ils sont constamment déchirés entre leur désir de passer du temps seul devant l'ordinateur et celui d'être structurés en réalisant des travaux en groupes, à l'école.

La Génération Y lit rarement les nouvelles sous forme imprimée. Pour eux, la télévision est une source de divertissement et non pas de nouvelles. Ils préfèrent communiquer immédiatement, par des messages textes ou des messages instantanés (MI). Ils sont toujours connectés; ils peuvent propager des nouvelles à des milliers de personnes au simple clic d'une souris. Ils sont habitués à donner des commentaires et ils veulent recevoir des commentaires, peu importe où ils se trouvent, au clic d'un bouton. Cette génération a vu de jeunes entrepreneurs devenir millionnaires et elle s'attend à réussir à un très jeune âge. Ils ont toujours effectué plusieurs tâches à la fois et ils s'attendent à occuper plus d'un emploi à la fois. Ils sont motivés par un travail qui a un sens, qui donne des résultats et qui leur donne la possibilité de faire des changements tangibles.

Conséquences pour le milieu du travail :

- Les valeurs associées au travail et la motivation des différentes générations ont des répercussions sur le recrutement et le maintien du personnel (Hart, 2006). Les Traditionnalistes et les Baby-boomers s'intéresseront davantage à la sécurité, la reconnaissance et la possibilité de faire une différence dans le monde; la Génération X cherchera à trouver un équilibre entre le travail et la vie personnelle et elle accordera de l'importance à la transférabilité des compétences, alors que la Génération Y sera attirée par des postes où il est possible d'apprendre

différentes habiletés et de jouer plusieurs rôles.

- Essayez de comprendre les préférences en matière de styles de communication et soyez explicite sur les façons dont vous souhaitez que la communication se produise au sein de votre milieu ou de votre équipe de travail (Hamlin, 2006) (p. ex., « Je vais vérifier mon courriel au moins deux fois par jour pour voir s'il y a des questions », ou « Je n'aime pas les courriels. Si vous avez affaire à moi, téléphonez-moi »).
- Lorsque vous planifiez des séances de formation, gardez à l'esprit les préférences des différentes générations en matière d'apprentissage (Hamlin, 2006). Pour enseigner la nouvelle technologie, offrez des cours présentés par de réels instructeurs présents sur les lieux aux Traditionnalistes et aux Baby-boomers, proposez diverses méthodes (CD-ROM, instruction en ligne) à la Génération X, et laissez la Génération Y plonger et apprendre par elle-même.
- Soyez attentif aux questions émotives pouvant surgir au sein des équipes (Pelletier, 2005). Assurez-vous que les Traditionnalistes savent que leur expérience et leur histoire sont valorisées, que les Baby-boomers savent que leur dévouement et leur travail acharné font une différence, que la Génération X sait que ses compétences et ses connaissances aident l'équipe à atteindre ses objectifs et que la Génération Y sait que ses habiletés technologiques sont valorisées et qu'elle fait l'acquisition de nouvelles compétences inestimables.

Cette information a été présentée au moyen d'une affiche, dans le cadre du congrès de l'ACE intitulé Explorer les frontières de l'occupation, qui a eu lieu à Whitehorse, au Yukon, en juin 2008.

Liste de références

- Hamlin, S. (2006). *How to talk so people listen*. New York: Collins.
- Hammill, G. (2005). *Mixing and Managing Four Generations of Employees*. EduMagazine Online.
- Hart, K. (2006). Generations in the workplace: finding common ground. *Medical Laboratory Observer*, 38, 26-27.
- Pelletier, R. (2005). Younger managers; Older workers. *Occupational Health & Safety*, 74, 22-24.
- Raines, C. (2002). Managing Millennials. *Generations at Work* [en ligne]. Disponible à : <http://www.generationsatwork.com/articles/millennials.htm>
- Weston, M. (2001). Coaching generations in the workplace. *Nursing Administration Quarterly*, 25, 11-21.

L'ACE présente... « Toi, moi et mon ergothérapeute »

Janet Craik et Claudia von Zweck

Émilie veut devenir astronaute. Elle a aussi un handicap. Mais, ce n'est pas grave, car Émilie et Karine, son ergothérapeute, feront un plan pour qu'Émilie puisse prendre son envol avec le reste de la classe. (Bourgeois, en voie d'impression).

En juin 2009, l'ACE célébrera le lancement de sa toute nouvelle publication intitulée « Toi, moi et mon ergothérapeute ». Ce livre a été rédigé par Paulette Bourgeois et il a été illustré par Kristi Bridgeman. Paulette a suivi sa formation en ergothérapie à l'University of Western Ontario. Elle est également l'auteure de la célèbre série Benjamin la tortue. Ce livre fait partie d'une série d'initiatives de l'ACE ayant pour but de promouvoir l'accès aux services d'ergothérapie au Canada.

Ce projet de l'ACE a débuté par une campagne visant à recruter des jeunes dans la profession d'ergothérapeute, afin de répondre aux pénuries d'ergothérapeutes à travers le Canada. L'accès aux services d'ergothérapie est actuellement limité par l'offre insuffisante d'ergothérapeutes au Canada. Compte tenu du besoin criant d'ergothérapeutes, plusieurs provinces ont augmenté le nombre de places dans les programmes existants ou ont créé de nouveaux programmes.

Dans le cadre de sa campagne de recrutement, l'ACE a sondé les programmes d'enseignement et les associations professionnelles en ergothérapie, de même que les conseillers en orientation scolaire en ce qui concerne les initiatives en matière de recrutement à la carrière. Ce sondage nous a permis de déterminer que les étudiants des écoles secondaires et des programmes postsecondaires cherchaient le plus fréquemment de l'information sur la carrière sur Internet; donc, l'ACE a produit de l'information plus complète sur la carrière sur son site web (voir <http://www.caot.ca/default.asp?ChangeID=278&pageID=285>). Toutefois, les livres pour enfant ont souvent été cités comme une ressource recherchée pour expliquer le rôle des ergothérapeutes aux enfants de l'école primaire ou secondaire. Nos informateurs ont indiqué que les modèles présentés tôt dans la vie d'un enfant, à l'aide de livres pour enfants, influencent leur choix de carrière plus tard dans leur vie. Cette nouvelle publication a donc été élaborée afin de présenter l'ergothérapie comme un service de santé important et comme un choix de carrière intéressant.

Les travaux ont commencé en mars 2007, en vue de la création d'un livre de 32 pages en couleur, à couverture souple, qui raconte l'histoire d'Émilie, une petite fille enjouée atteinte de paralysie cérébrale qui participe aux occupations quotidiennes de sa classe avec l'aide de Karine, son ergothérapeute. Ce livre cible les enfants de la première à la troisième année scolaire, de même que leurs parents, leurs enseignants et autres aidants. La recherche

et la rédaction de ce livre ont été confiées à Paulette, qui a été conseillée par Shone Joos, une experte-conseil en ergothérapie. L'équipe a fait appel à Kristi Bridgeman pour créer des illustrations colorées qui donnent vie à Émilie, ses camarades de classe et son ergothérapeute Karine. Les ergothérapeutes Shone Joos, Margit Sampogna et Kathy van Benthem ont prodigué des conseils à Kristi pour les illustrations.

Le lancement public du livre est prévu pour le samedi 6 juin 2008, de 13 h à 15 h, à Ottawa. Le lancement sera organisé par Kaleidoscope Kids' Books, une librairie indépendante de livres pour enfants ayant trois propriétaires, dont l'une travaille également à titre d'ergothérapeute. L'auteure Paulette Bourgeois sera présente pour lire un extrait du livre et pour une séance de dédicace. Paulette fera également une conférence plénière le samedi matin dans le cadre du congrès de l'ACE. Les versions anglaise et française du livre seront en vente (au coût de 5,95 \$ pour les membres de l'ACE et de 6,95 \$ pour les non membres) pendant le congrès, au stand de l'ACE et, lors du lancement, à Kaleidoscope Kids' Books. Après le 8 juin 2009, les livres seront disponibles à la boutique en ligne de l'ACE. Des exemplaires promotionnels gratuits seront envoyés dans des bibliothèques et des commissions scolaires à travers le Canada. L'ACE tient à remercier Paulette ainsi que les nombreux bénévoles qui ont donné généreusement de leur temps et travaillé bénévolement pour réaliser ce projet captivant.



L'ABC des engagements au changement : Introduction

Mandy Lowe, Debbie Hebert et Susan Rappolt

Vous est-il déjà arrivé de quitter une conférence ou une autre activité éducative en échafaudant de grands projets pour mettre en pratique ce que vous venez d'apprendre, puis de vous décourager parce que vos plans n'ont pas porté fruit? Avez-vous déjà travaillé très fort en vue de fournir des données probantes sur les façons dont vous avez appliqué dans la pratique ce que vous avez appris dans un cours ou en lisant un article dans une revue? Avez-vous déjà donné des séances de formation en vous demandant si

cette formation ferait une différence dans la pratique de votre auditoire?

On considère souvent qu'il faut une grande dose de réflexion et beaucoup d'effort pour vérifier si des connaissances ou des compétences ont été appliquées dans la pratique; en effet, il s'agit d'un processus que les organismes de réglementation ont fortement encouragé lorsque nous nous sommes fixé des buts et des stratégies en vue d'améliorer nos pratiques. Souvent, pour effectuer le transfert de nouvelles connaissances dans la pratique, il faut qu'une personne réfléchisse aux façons dont ces connaissances ou ces compétences peuvent s'appliquer dans sa situation actuelle. Une partie de cette réflexion peut amener la personne à déterminer la valeur de ce changement par rapport aux résultats escomptés. Si cette valeur est évidente, alors il faut que la personne s'engage à effectuer ce changement, à réfléchir aux façons de faire ce changement, à effectuer le changement et à l'évaluer. Il n'est donc pas surprenant de constater que ce processus exigeant est souvent réservé uniquement aux activités les plus opportunes sur le plan éducatif et les plus pertinentes sur le plan personnel. En tant qu'éducateurs et apprenants, nous sommes toujours à l'affût d'outils pouvant faciliter la mise en œuvre et l'évaluation des apprentissages dans la pratique. Les engagements au changement (Mazmanian et Mazmanian, 1999) sont prometteurs pour les éducateurs et les apprenants, car ils leur offrent l'occasion de documenter, de faire un suivi et de faciliter le transfert des apprentissages dans la pratique. Les engagements au changement sont également utiles pour les éducateurs qui doivent trouver des données probantes sur le degré

d'application des apprentissages dans les différents milieux d'intervention dans lesquels chaque ergothérapeute intervient de façon unique.

Comment utilise-t-on les engagements au changement?

Les engagements au changement sont généralement utilisés après une activité éducative (Wakefield, 2004); toutefois, on a démontré qu'ils étaient aussi utilisés pour d'autres formes d'apprentissage comme la lecture d'articles de revues (Cole et Glass, 2004; Neill et al., 2001). Lorsqu'ils forment un engagement au changement, les participants doivent d'abord déterminer de un à cinq changements possibles, en fonction de l'activité éducative. Ils doivent ensuite indiquer un degré d'engagement au changement, à l'aide d'une échelle de Likert s'étendant de 1 à 5. De trente à 45 jours plus tard, on rappelle au participant les engagements qu'il a pris, en lui fournissant la liste de ces changements. Le participant doit ensuite indiquer si le changement a été complètement ou partiellement effectué. Si le changement n'a pas été effectué, le participant doit expliquer pourquoi.

Ces trois étapes semblent fonctionner pour plusieurs raisons. Premièrement, l'administration de l'outil immédiatement après l'apprentissage donne au participant l'occasion de réfléchir aux composantes de l'information pouvant être utiles dans sa pratique. Le but de cette étape est d'offrir au participant l'occasion d'extraire le sens de l'apprentissage découlant du matériel éducatif, de manière personnalisée. Deuxièmement, la cotation du degré d'engagement est un mécanisme ayant pour but d'amener le participant à réfléchir au degré d'importance accordé à l'actualisation du but et elle peut aussi être une façon d'établir des priorités. Troisièmement, le suivi permet de donner au participant le sentiment qu'il a l'obligation de rendre compte de ses résultats. Cet outil assez simple semble faciliter le processus de réflexion (Mazmanian et al., 2001; Lockyer et al., 2001; 2005) et donner au participant une raison d'atteindre ses objectifs.

Historique des engagements au changement

Les engagements au changement ont fait l'objet de nombreuses études dans la littérature médicale et ils sont basés sur les changements rapportés par des individus. Les taux de réalisation des engagements au changement se situent généralement entre 47 % et 87 % (Wakefield, 2004). Dans un cas, on a démontré que l'usage des engagements au changement était associé à de réels changements dans les pratiques relatives aux prescriptions chez les médecins (Wakefield et al., 2003). Les types d'engagement les plus susceptibles d'être effectués sont ceux qui sont relativement faciles à faire et ceux sur lesquels les individus ont le sentiment d'avoir du contrôle (Fidler et al., 1999, Haberman et al., 2002, Lockyer et al. 2001). Plus grande est la présence de contraintes environnementales et moins les individus sont susceptibles de réaliser leurs engagements

À propos des auteures—
Mandy Lowe, MSc, OT Reg (Ont), est directrice de la formation interprofessionnelle au Toronto Rehabilitation Institute. Elle est membre du comité de la formation continue et du développement professionnel au Department of Occupational Science and Occupational Therapy de l'University of Toronto. On peut communiquer avec Mandy à lowe.mandy@torontorehab.on.ca.

Debbie Hebert, PhD (in progress), MSc(Kin), OT Reg(Ont) est directrice professionnelle associée et enseignante clinique en ergothérapie au Toronto Rehabilitation Institute. Elle enseigne en neuroréadaptation et elle est présidente du comité de la formation continue et du développement professionnel au Department of Occupational Science and Occupational Therapy de l'University of Toronto. On peut joindre Debbie à hebert.debbie@torontorehab.on.ca.

Susan Rappolt, PhD, OT Reg(Ont) est professeure agrégée et présidente du Department of Occupational Science and Occupational Therapy à l'University of Toronto. Elle enseigne et effectue des recherches sur le transfert des connaissances dans l'ensemble des contextes de pratique. On peut joindre Susan à s.rappolt@utoronto.ca.

face au changement (Parochka, 2001). Malgré leurs aspects prometteurs et l'efficacité de leur usage par d'autres professions de la santé, les engagements au changement ne sont pas utilisés à grande échelle en ergothérapie. Ainsi, les auteurs ont cherché des façons d'étudier l'utilisation des engagements au changement en ergothérapie au moyen de projets de recherche et d'expériences informelles.

Les engagements au changement en ergothérapie

Dans une étude (Lowe, Rappolt, Jaglal et Macdonald, 2007), les ergothérapeutes ont pris des engagements au changement à la suite d'une courte activité de formation continue et ont rapporté qu'ils avaient fait des progrès face à leurs engagements (réussite complète ou partielle) sur 75 % de la série complète d'engagements au changement, ce qui est semblable aux taux de réalisation des engagements rapportés par d'autres professions. Dans les entrevues de suivi et les sondages, les participants à l'étude ont indiqué que les engagements au changement les poussaient à réfléchir au contenu du cours. Toutefois, l'utilisation des engagements au changement semble avoir eu un effet différentiel, car certains participants ont indiqué que les engagements au changement les avaient incités à réfléchir et à apporter des changements qu'ils n'auraient pas fait autrement, alors que d'autres ont mentionné que les engagements au changement n'avaient fait aucune différence dans leurs pratiques habituelles (c'est-à-dire qu'ils auraient réfléchi au contenu du cours et auraient subséquemment apporté des changements dans leurs pratiques sans avoir recours aux engagements au changement). Tous les participants ont indiqué qu'ils seraient favorables à l'usage des engagements au changement dans l'avenir.

L'usage des engagements au changement a été étudié par l'intermédiaire des cours et des ateliers de formation continue. Bien que les participants aient mentionné non officiellement qu'ils avaient apporté beaucoup plus de changements dans leur pratique que ce qu'ils auraient fait sans avoir recours à ces engagements, les éléments clés de la réussite des engagements au changement ne sont toujours pas très évidents. Comme on discute dans la littérature du fait que les engagements au changement favorisent la réflexion (Mazmanian et al., 2001; Lockyer et al., 2001; 2005), les auteurs se sont demandé si la réflexion qui se produit naturellement à la fin d'un cours ou d'un atelier n'était pas suffisante en elle-même pour favoriser le changement dans la pratique ou si les engagements au changement étaient essentiels. Ainsi, le but d'une étude récente effectuée par Hebert, Lowe et Rappolt (en voie d'impression) était de déterminer si une simple réflexion à la suite d'un atelier et la formulation d'engagements au changement et d'un suivi à la suite d'un atelier avaient des effets différents quant à l'intégration soutenue des nouveaux apprentissages dans la pratique. Dans cette étude, 50 % des participants ont formulé des engagements au changement et l'autre 50 % ont été incités à réfléchir à l'atelier à l'aide du Critical Incident Questionnaire (CIQ) (Brookfield, 1998). Deux mois après l'atelier, on observait une petite différence en faveur du groupe ayant formulé des engagements en vue d'effectuer des changements dans

la pratique, c'est-à-dire que 67 % des personnes ayant eu recours aux engagements au changement ont effectué des changements dans leur pratique, alors que 50 % du groupe ayant rempli le CIQ ont indiqué qu'ils avaient fait des changements. Le suivi des engagements au changement a aussi été analysé afin de déterminer la présence de tendances; les participants ont indiqué qu'ils n'avaient fait aucun progrès face aux engagements qui étaient vagues ou non mesurables. Malgré les forces de la méthodologie, la petite taille de l'échantillon de cette étude limite la capacité des auteurs de tirer des conclusions; d'autres études devront être menées pour en savoir davantage.

L'efficacité globale des engagements au changement comme outil pour favoriser l'intégration des nouveaux apprentissages dans les pratiques cliniques est toujours à l'étude; toutefois, certaines données probantes suggèrent que les engagements au changement augmentent les chances que les praticiens effectuent des changements positifs dans leur pratique après avoir acquis de nouvelles connaissances. L'usage des engagements au changement ou d'outils semblables, de même que les objectifs des praticiens en matière de développement professionnel et de formation continue pourraient favoriser une écoute plus active ou la lecture de nouvelle information. L'usage complémentaire de consultations auprès des pairs et d'études de cas peut aussi aider les ergothérapeutes à transférer leurs nouveaux apprentissages dans la pratique (Craig et Rappolt, 2006). Pendant ou après un atelier de formation, les ergothérapeutes peuvent se poser la question suivante : « Comment puis-je utiliser ces nouvelles connaissances? » et « Comment cette information pourrait-elle s'appliquer dans ma pratique? » Les praticiens pourraient aussi envisager d'écrire leurs objectifs spécifiques face à l'application des connaissances afin d'aborder les besoins urgents, en s'inspirant du style de présentation des engagements au changement (voir la figure 1). Le suivi des engagements au changement peut être encore plus poussé : incorporation de délais pour la réalisation des engagements; vérification avec des collègues pour discuter des progrès vers la réalisation des engagements; et participation à une étude de groupe ou à un réseau de soutien professionnel en ligne qui propose aux pairs des objectifs communs et la possibilité de s'encourager mutuellement (Egan et al., 2004).

Les éducateurs qui enseignent la théorie ou les compétences dans les milieux cliniques, communautaires ou universitaires peuvent rehausser la rétention et l'application du contenu de leurs cours chez les étudiants du premier cycle et des cycles supérieurs en fixant des objectifs de programmes, des structures et des délais permettant aux étudiants de déterminer des indicateurs de leurs engagements face au changement. Il est également possible d'envisager l'incorporation des engagements au changement ou d'autres mécanismes pour favoriser la réflexion et le transfert des apprentissages chez les étudiants et d'établir ces mécanismes comme une norme pour l'élaboration et l'évaluation des cours. Les auteurs sont enthousiastes à l'idée d'entendre parler de vos expériences face à l'utilisation des engagements au changement ou d'outils semblables en vue de promouvoir le changement à la suite d'une séance de formation. Vous êtes invités à utiliser le formulaire en blanc sur les engagements au changement (figure 1) pour formuler vos

Figure 1: Formulation des engagements au changement (adapté de Mazmanian et al., 1998)

En considérant cette activité d'apprentissage (p. ex., assister à un cours, lire un article), veuillez décrire ci-dessous, un ou deux changements que vous avez l'intention d'effectuer. Inscrivez autant de changements que vous le désirez. Assurez-vous que vous pouvez effectuer ces changements d'ici un ou deux mois.

Je m'engage à effectuer les changements suivants d'ici deux mois :

Engagement à effectuer le changement 1 :

Quel est votre degré d'engagement envers le changement ci-dessus? (Veuillez encercler un chiffre)

1 2 3 4 5
Plus faible degré d'engagement Plus haut degré d'engagement

Engagement à effectuer le changement 2 :

Quel est votre degré d'engagement envers le changement ci-dessus? (Veuillez encercler un chiffre)

1 2 3 4 5
Plus faible degré d'engagement Plus haut degré d'engagement

Engagement à effectuer le changement 3 :

Quel est votre degré d'engagement envers le changement ci-dessus? (Veuillez encercler un chiffre)

1 2 3 4 5
Plus faible degré d'engagement Plus haut degré d'engagement

Veuillez conserver ce formulaire dans vos dossiers et inscrire une date de suivi, afin de faire un suivi personnel de vos progrès. Vous pouvez aussi faire part de vos engagements à un collègue maintenant et dans deux mois, afin de renforcer votre obligation de rendre compte.

Mazmanian, P. E., Daffron, S.D., Johnson, R.E., Davis, D.A. et Kantrowitz M.P. (1998). Information about barriers to planned change: A randomized controlled trial involving continuing medical education lectures and commitment to change. *Academic Medicine*, 73(8), 882-886.

propres engagements à améliorer votre pratique à l'aide de vos nouveaux acquis. Nous sommes très ouvertes à l'idée de communiquer avec d'autres praticiens, éducateurs et chercheurs qui seraient intéressés à collaborer à des études visant à évaluer les mécanismes favorisant les changements dans la pratique à la suite d'une séance éducative.

REMERCIEMENTS

Le financement de l'étude d'Hebert et al. a été généreusement fourni par Continuing Education and Professional Development, Faculty of Medicine, University of Toronto.

Le financement de l'étude de Lowe et al. (2007) a été généreusement fourni par Continuing Education and Professional Development, Faculty of Medicine, University of Toronto et par la Fondation canadienne d'ergothérapie. Mandy Lowe a également reçu des bourses de l'University of Toronto et du Toronto Rehabilitation Institute.

Références :

- Brookfield, S. (1998). Critically reflective practice. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 18:197-205.
- Cole, T. B., et Glass, R. M. (2004). Learning associated with participation in journal-based continuing medical education. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 24, 205-212.
- Craik, J., Rappolt, S. (2006) Enhancing research utilization capacity through multifaceted professional development. *American Journal of Occupational Therapy*, 60: 155-164.
- Egan, M., Dubouloz, C.J., Rappolt, S., Polatajko, H., von Zweck, C., King, J., Vallerand, J., Craik, J., Davis, J.A., Graham, I. (2004). Enhancing research use through on-line action research. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 71: 230-237.
- Fidler, H., Lockyer, J.M., Towes, J., Violato, C. (1999). Changing physicians' practices: the effect of individual feedback. *Academic Medicine*, 74:702-714.
- Haberman, R., Butts, N., Powers, J., et Pichert, J. W. (2002). Physician behaviour changes following CME on the prospective payment system in long-term care: A pilot study. *Journal of the American Medical Directors Association*, January/February: 12-15.
- Lockyer, J. M., Fidler, H., Hogan, D.B., Pereles, L., Wright, B., Lebeuf, C. et Gerritsen, C. (2005). Assessing outcomes through congruence of course objectives and reflective work. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 25, 76-86.
- Lockyer, J. M., Fidler, H., Ward, R., Basson, R. J., Elliot, S., et Toews, J. (2001). Commitment to change statements: A way of understanding how participants use information and skills taught in an educational session. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 21, 82-89.
- Lowe M., Rappolt S, Jaglal S, Macdonald, G. (2007). The role of reflection in implementing learning from continuing education into practice. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 27(3):143-8.
- Mazmanian, P. E., Daffron, S.D., Johnson, R.E., Davis, D.A. et Kantrowitz, M.P. (1998). Information about barriers to planned change: A randomized controlled trial involving continuing medical education lectures and commitment to change. *Academic Medicine*, 73(8), 882-886.
- Mazmanian, P. E., et Mazmanian, P. M. (1999). Commitment to change: Theoretical foundations, methods, and outcomes. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 19, 200-207.
- Mazmanian, P. E., Johnson, R. E., Zhang, A., Boothby, J. B., et Yeatts, E. J. (2001). Effects of a signature on rates of change: A randomized controlled trial involving continuing education and the Commitment-to-change Model. *Academic Medicine*, 76(6), 642-646.
- Neill, R. A., Bowman, M.A. et Wilson, J.P. (2001). Journal article content as a predictor of commitment to change among continuing medical education respondents. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 21(1), 40-45.
- Parochka, J., et Paprockas, K. (2001). A continuing medical education lecture and workshop, physician behaviour and barriers to change. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 21(2), 110-116.
- Wakefield, J., Herbert, C. P., Maclure, M., Dormuth, C., Wright, J. M., Legare, J., et al. (2003). Commitment to change statements can predict actual change in practice. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 23, 81-93.



Responsable de la chronique : Sue Baptiste

Les stages internationaux en ergothérapie : plus de 25 années inspirantes

Laura Van Iterson

Je rêvais de réaliser un stage international en ergothérapie avant même d'avoir été acceptée dans ce domaine à l'université. Je savais où je voulais aller : en France ! Mon rêve est devenu réalité et, en 2001, j'ai pu effectuer mon dernier stage dans un établissement psychiatrique en banlieue de Paris. Il a d'abord fallu que je m'habitue aux rituels de mes collègues français; que j'embrasse chacun d'entre eux sur les deux joues tous les matins (étrange), que je développe une tolérance à la fumée secondaire (pouah!), et que je m'initie au café très fort (dépendance assurée). Je me suis graduellement adaptée; j'ai appris que le Canada et la France avaient des perceptions différentes lorsqu'il est question des maladies mentales et de la façon de les soigner et à quel point leurs points de vue divergent face au rôle de l'ergothérapie en santé mentale. Après avoir fait des exposés sur l'ergothérapie et les services de santé mentale au Canada pour le personnel français de l'hôpital, j'ai été étonnée d'apprendre combien ils trouvaient notre approche terriblement « anglo-saxonne ». Toute réflexion faite, j'ai vraiment apprécié mon expérience et me suis juré de rester en contact avec mon superviseur et mes collègues ergothérapeutes de la région parisienne.

En 2003, soit deux ans après avoir obtenu mon diplôme, l'emploi de mon mari nous a obligés à déménager à Paris. L'expérience que j'avais auparavant acquise en France grâce à mon stage, de même que mes contacts se sont avérés un bon point de départ pour affirmer mon engagement

en ergothérapie dans mon nouveau pays adoptif. J'ai joint une équipe de recherche à Paris, et j'ai continué de donner des conférences sur l'ergothérapie au Canada dans les écoles des banlieues de Paris et de Bordeaux où l'on enseigne cette discipline. En 2006, dans le cadre d'un congrès international en ergothérapie ayant lieu près de la ville ensoleillée de Montpellier en France, j'ai eu la chance de faire une présentation qui portait sur OTDBASE (<http://www.otdbase.org>), un moteur de recherche canadien en ergothérapie qui s'était révélé indispensable pour mon équipe de recherche. Des personnes avec qui j'avais fait connaissance lors de mon premier stage en France assistaient à ma présentation. Ces visages, que j'avais entrevus pour la première fois alors que j'étais une étudiante débordante d'enthousiasme et d'énergie et que j'arrivais à l'étranger, se montraient soudainement chaleureux et souriants. Après

ma présentation sur OTDBASE, l'auditoire a d'ailleurs insisté pour que l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes souscrive à cet outil pour l'ensemble de ses membres.

J'ai donc envoyé un courriel à Marilyn Ernest Conibear à Vancouver, qui est la conceptrice et la directrice de OTDBASE. Elle m'a informée qu'elle était en train de mettre en place des bourses pour les étudiants qui effectuaient des stages à l'étranger, en précisant que c'était quelque chose qu'elle avait elle-même mis en branle au Canada. Marilyn se souvenait avoir consenti à envoyer une étudiante en Australie malgré les réserves de ses collègues, qui se demandaient si un stage à l'extérieur du Canada pouvait être pris en considération pour l'obtention du baccalauréat. Cette étudiante a donc été la première étudiante canadienne en ergothérapie à faire un stage à l'étranger. Lorsque Marilyn a autorisé cette dernière à faire son stage en Australie, elle a fait ce que les coordonnateurs de la formation clinique font encore aujourd'hui; elle a fondé sa décision sur sa connaissance des aptitudes aux études de l'étudiante et les dispositions personnelles de celle-ci :

« Aller à l'étranger, c'est intégrer une société et une culture différentes de celles où l'on a été élevé. En effet, les chocs culturels existent et l'étudiante pourrait passer tout son temps à tenter de « survivre » au lieu de s'intégrer naturellement et d'assimiler rapidement ce que peuvent lui apprendre les « gens de la place »; elle pourrait avoir à penser et à contribuer à la situation sans avoir de personnes d'expérience sur qui s'appuyer. Il faut avoir une personnalité plutôt indépendante. (M.E. Conibear, communication personnelle) ».

Les coordonnateurs de la formation clinique sont vigilants lorsqu'ils choisissent les étudiants qui pourront effectuer un stage à l'étranger. Ils appliquent certains critères. En effet, les étudiants doivent avoir maintenu une moyenne pondérée cumulative jugée suffisante et, pour les stages effectués précédemment, avoir obtenu la note minimale préétablie. Ils doivent aussi faire preuve d'entregent et de jugement.

Mon stage à l'étranger a été une expérience si importante pour moi que j'étais intéressée à connaître comment la possibilité de faire des stages internationaux a vu le jour. Pour approfondir mes connaissances, j'ai rassemblé de l'information et j'ai appris qu'il y a plus de 25 ans, une première étudiante canadienne en ergothérapie a été envoyée à l'étranger et que depuis, 53 pays ont accueilli d'autres étudiants. Jetez un œil à la carte à la page suivante... Quoi de plus inspirant! (voir la figure 1)

Après plus de vingt-cinq ans de stages internationaux en ergothérapie, il est important de reconnaître l'effort et la générosité des précepteurs qui ont assuré la supervision des étudiants qui ont eu cette chance. Iain Barclay, un

À propos de l'auteure – Laura Van Iterson, BA, BSc(OT), est titulaire d'un baccalauréat ès arts, de même que d'un baccalauréat ès sciences en ergothérapie. Elle a quitté la France en 2006, pour se réinstaller à Ottawa, la ville où elle a fait ses études. Il lui fera plaisir de faire votre connaissance, de vous transmettre ses contacts personnels et de partager l'expérience qu'elle a acquise en France à titre de stagiaire, de chercheur et d'enseignante en ergothérapie. Elle est à présent mère au foyer à temps plein. Vous pouvez communiquer avec elle par courriel : laura_vani@hotmail.com.



Figure 1 Lieux des stages internationaux en ergothérapie

ergothérapeute de la vallée de Levern en Écosse, a affirmé qu'il était nerveux avant le début du stage de sa première étudiante étrangère :

« Pour plusieurs raisons, j'étais intimidé au départ à l'idée d'accueillir une étudiante canadienne. Premièrement, les normes universitaires des programmes d'ergothérapie canadiens avaient la réputation d'être très élevées. J'étais inquiet à l'idée de me faire poser des questions difficiles auxquelles je ne pourrais pas répondre. Deuxièmement, le lieu de stage de l'étudiante étant si éloigné... je me demandais ce qu'il faudrait faire si quelque chose n'allait pas, car j'ai toujours trouvé que pour régler un problème, il était préférable de rencontrer les professeurs (Barkley, 2007) ».

Il tient à préciser pourquoi le processus de sélection des étudiants est si important, en affirmant que la clé de la réussite d'un stage, c'est l'étudiant lui-même, citant la capacité de s'adapter socialement et culturellement : « Terri Malchow, mon étudiante, était excellente. Elle s'est intégrée à l'équipe en un tour de main et a vite pris l'accent de Glasgow! (Barclay, 2007) »

Marilyn Conibar considère que l'un des principaux avantages que procure un stage à l'étranger est d'apprendre à reconnaître les similarités dans la façon dont l'ergothérapie se pratique à travers le monde : « l'étudiant a ainsi la chance de voir comment les principes fondamentaux de l'ergothérapie peuvent s'appliquer partout, même s'ils doivent parfois être adaptés pour se conformer à des cultures ou des situations différentes. L'étudiant doit aussi s'interroger sur ce qui doit être adapté et sur la façon de l'adapter, en tenant compte des circonstances. Il s'agit de la résolution de problème à l'oeuvre dans la vraie vie (M.E. Conibear, communication personnelle) ».

Terri Malchow, diplômée de l'université McMaster en 2007, s'exprime de manière semblable lorsqu'elle décrit son expérience de stage : « Il était intéressant d'observer la similarité de certaines évaluations et théories qu'ils utilisent dans d'autres pays, car on se demande souvent si la profession est pratiquée de la même façon ailleurs qu'au Canada. Ce que je retiens de mon expérience, c'est qu'ici, dans la vallée de Levern en Écosse, c'est très similaire ». Elle précise que l'environnement sympathique était aussi tout à l'honneur : « Tous les membres de l'équipe m'ont fait sentir

que j'étais la bienvenue ». Ils l'ont d'ailleurs aidée à profiter au maximum de son expérience : « En plus de développer mes aptitudes pour devenir ergothérapeute, j'ai aussi grandi en tant que personne. Je suis devenue plus confiante en ma capacité de quitter ma zone de confort (Malchow, 2007) ».

La réaction positive des étudiants de l'UWO (University of Western Ontario) qui ont effectué un stage à l'étranger et qui ont raconté leur expérience rejoint le sentiment de Terri à l'égard des stages internationaux. Les étudiants ont apprécié tout particulièrement le fait que le stage à l'étranger leur a permis d'observer la pratique de l'ergothérapie dans des cultures et des contextes différents, mais aussi de progresser dans leur cheminement personnel : « Je crois qu'il est sain de partir à l'étranger. Je pense que cela permet de grandir et d'élargir ses horizons! (Ewert et Knight, 2007, p 3) »

Si l'on concevait autrefois la notion de stages internationaux en ergothérapie avec réserve, aujourd'hui, les bourses offertes aux étudiants qui partent à l'étranger se multiplient, de même que les subventions de recherche qui sont accordées dans le but d'évaluer les difficultés associées à ce genre de stage. Marilyn Conibear se sert des fonds que rapporte OTDBASE pour subventionner des stages internationaux. Elle reste persuadée du bienfait de ces stages pour les étudiants, mais aussi pour la profession lorsqu'elle affirme que « le monde est un seul pays dont les humains sont les citoyens ».

Quel effet peut avoir plus d'un quart de siècle de stages internationaux? D'après plusieurs témoignages, il est permis de croire que ces stages à l'étranger ont pour la plupart favorisé la collaboration internationale en ergothérapie. Par exemple, alors que la première étudiante canadienne en ergothérapie revenait de son stage à l'étranger, de nombreux Australiens avaient déjà décidé de venir faire un stage ici. L'effet cascade produit par tous ces stages à l'étranger a certainement contribué à l'enrichissement personnel des ergothérapeutes et a permis à des ergothérapeutes du monde entier d'entretenir des liens, et cela même longtemps après le retour des étudiants au pays.

Références :

- Barclay, I. (2007). Supervising a Canadian Occupational Therapy Student on Placement. Division of Occupational Therapy, Glasgow Caledonian University Newsletter, Issue #4, Autumn/Winter 2007.
- Bossers et Co (2008). Occupational Therapy International Fieldwork Placements. University of Western Ontario FHS Newsletter.
- Ewert, E., et Knight, E. (2007). Fostering a global perspective: University of Western Ontario occupational therapy students prepare for fieldwork abroad. *Canadian Association of Occupational Therapy & You*, 4, 3-4.
- Kinsella, E. A, Bossers, A., et Ferreira, D. (2008). Enablers and challenges to international practice education: A case study. *Learning in Health and Social Care Journal* (in press).
- Malchow, Terri. (2007). A Canadian Occupational Therapy Student's Experience of Placement in Scotland. Division of Occupational Therapy, Glasgow Caledonian University Newsletter, Issue #4, Autumn/Winter 2007.

Prise de position de l'ACE Le design universel et l'ergothérapie

Le design universel crée des environnements, des matériaux et des outils qui favorisent l'accessibilité, la facilité d'adaptation et d'utilisation et la sécurité. Les ergothérapeutes possèdent les connaissances et les compétences pour exercer dans le domaine du design universel. Le design universel contribue à la santé et au bien-être d'une personne en facilitant sa participation aux occupations de la vie dans les domaines des soins personnels, de la productivité et des loisirs. Au Canada, l'ergothérapie est fondée sur un modèle de pratique qui reconnaît l'interaction entre la personne, ses occupations et l'environnement social, culturel, physique et institutionnel.

Initiatives de l'ACE

Afin de promouvoir le rôle de l'ergothérapie dans le design universel, l'ACE entreprendra les actions suivantes :

1. Travailler en collaboration avec les parties prenantes, comme les gouvernements nationaux et régionaux, les associations professionnelles et les organismes et les communautés offrant des services sociaux et de santé, en vue de promouvoir la mise en œuvre et l'évaluation des principes du design universel pour les environnements construits, le matériel et les outils.
2. Favoriser la compréhension de la relation qui existe entre la participation dans des environnements sains et accessibles, la participation occupationnelle et la santé et le bien-être.
3. Offrir des possibilités de formation professionnelle continue et des ressources pour la pratique, en vue de favoriser la compréhension et l'utilisation des principes du design universel chez les ergothérapeutes.
4. Offrir aux consommateurs des ressources probantes sur le design universel afin de promouvoir la participation occupationnelle.
5. Soutenir la recherche en collaboration afin de promouvoir le design universel favorable à la participation occupationnelle.

Recommandations

1. Des recherches multidisciplinaires doivent être menées en vue de mieux comprendre la relation entre la santé et l'environnement, notamment des recherches sur les manières dont les facteurs environnementaux influent sur la participation occupationnelle.
2. Les ergothérapeutes doivent établir des partenariats avec des consommateurs et des parties prenantes afin de veiller à ce que les environnements construits dans lesquels les résidents du Canada vivent, travaillent et jouent soient favorables au maintien ou à l'amélioration de la participation occupationnelle.
3. Les ergothérapeutes doivent défendre et promouvoir les principes du design universel auprès des décideurs, en

participant aux comités pertinents des gouvernements, des associations et des organismes.

4. Les ergothérapeutes doivent sensibiliser les divers intervenants de leur communauté aux principes et aux avantages du design universel pour la participation occupationnelle.

Description

1. L'environnement construit, qui comprend « les domiciles, les écoles, les lieux de travail, les parcs, les lieux commerciaux et les routes », est un déterminant majeur de la santé pouvant exercer une influence sur notre bien-être physique et psychologique (Santé Canada, 1999, p. 104). Le logement et la santé sont étroitement liés; ils ont un effet déterminant sur la qualité de vie, en particulier chez les aînés et les personnes ayant un handicap (Levesque, 2002).
2. Les ergothérapeutes croient que le rendement occupationnel, l'organisation et le choix des occupations ainsi que la satisfaction éprouvée lors de la réalisation de ces occupations sont déterminés par la relation entre la personne et son environnement (Association canadienne des ergothérapeutes, 2002). Le Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (Townsend et Polatajko, 2007) décrit « les éléments culturels, institutionnels, physiques et sociaux » de l'environnement, comme des éléments pouvant favoriser ou restreindre le rendement occupationnel. Les ergothérapeutes possèdent les connaissances et les compétences pour cibler les facteurs qui permettent aux personnes de s'engager dans des activités de la vie quotidienne; ils ont des outils et des moyens pour aider les gens à faire disparaître les obstacles qui les empêchent de participer pleinement à leur vie quotidienne (Baum et Law, 1998). Les ergothérapeutes peuvent utiliser des compétences clés de l'habilitation telles adapter, revendiquer, encadrer, collaborer, consulter, coordonner, concevoir/construire, éduquer, inciter à participer et se spécialiser (Townsend et Polatajko, 2007), pour veiller à ce que les principes du design universel soient mis en œuvre en vue de favoriser la participation occupationnelle de leurs clients.
Les ergothérapeutes travaillent avec des clients qui sont des individus, des familles, des groupes, des collectivités, des organismes ou des populations (Townsend et Polatajko, 2007). Le *Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada* (ACE, 2007) stipule que les ergothérapeutes utilisent leurs connaissances sur l'occupation, la participation occupationnelle et autres processus et interventions associés à l'habilitation pour offrir des services centrés sur le client; ces services sont également actuels, éthiques, adaptés et souples afin de répondre aux conditions changeantes associées aux occupations, aux personnes et aux environnements du client, des

- fournisseurs de services et des systèmes de services.
3. En général, les ergothérapeutes effectuent des visites à domicile, à l'école et au travail et recommandent des modifications, des aides techniques, des outils et de l'équipement ergonomiques pour permettre aux clients de prendre part à des occupations dans les environnements de leur choix.
 4. Le design universel est un concept pouvant soutenir le rendement occupationnel de nombreuses personnes, peu importe leur âge ou leur niveau d'habiletés. Les principes du design universel orientent les décisions concernant les environnements construits, les matériaux et les outils. Ils ont pour but de simplifier la vie et de veiller à ce qu'une plus grande proportion de la population canadienne puisse utiliser les environnements construits. Le rendement humain ainsi que les facteurs sociaux, culturels, d'ingénierie et économiques sont également considérés dans le design universel. La conception et la promotion d'environnements qui favorisent le rendement des personnes, peu importe leur âge ou leur niveau d'habiletés, incorporent les principes du design universel et élargissent la portée des services d'ergothérapie.
 5. La majorité des personnes vivant au Canada habitent dans des propriétés résidentielles qui n'ont pas été conçues selon les principes du design universel. Si chaque nouveau logement était conçu et construit selon ces principes, le besoin de faire des rénovations et des changements coûteux pourrait être substantiellement réduit ou tout simplement éliminé (Doble, 2002). En appliquant les principes du design universel, il est possible d'envisager qu'un grand nombre de personnes pourront continuer de vivre dans leurs domiciles ou communautés actuels (Doble, 2002).
 6. Le programme de logement flexible BÂTI-FLEX permet de répondre aux besoins des personnes ayant divers niveaux d'habiletés (Société canadienne d'hypothèque et de logement, 2000). Il incorpore les caractéristiques des principes du design universel lors de la construction initiale afin de prévoir les besoins changeants des personnes dans leur propre domicile et de leur permettre de demeurer autonomes. Le logement flexible comprend des designs adaptés, p. ex., le renforcement des murs de la salle de bains pour faciliter l'installation de barres d'appui, l'augmentation de l'accessibilité par la construction de cadres de porte plus larges, le maintien d'un coût abordable et la réalisation d'une maison saine dont la qualité de l'air et l'efficacité énergétique sont excellentes.
 7. Le concept de la « visitabilité » fait référence à des maisons unifamiliales nouvellement construites qui comportent les caractéristiques de base suivantes : une entrée sans marche à l'avant, à l'arrière ou sur le côté; des cadres de porte d'au moins 32 pouces (813 mm), et une salle de bains au rez-de-chaussée. Les trois directives minimales pour atteindre la « visitabilité » permettent de veiller à ce que toute personne, peu importe sa mobilité, puisse visiter le domicile d'une autre personne, utiliser la salle de bains et sortir du domicile (Visitably Canada, n.d.).
 8. Les ergothérapeutes sont invités à examiner les rôles qu'ils peuvent jouer individuellement et collectivement

dans l'adoption des principes du design universel. Ces principes sont, notamment : l'utilisation équitable pour les personnes de différents niveaux d'habiletés, la souplesse d'utilisation, l'utilisation simple et intuitive, la communication efficace de l'information nécessaire à l'utilisateur, la réduction des risques et des conséquences négatives, l'effort physique réduit, les dimensions et l'espace appropriés pour l'utilisation, peu importe la taille, la posture ou le degré de mobilité de la personne (The Center for Universal Design, 1997).

9. Les ergothérapeutes ont saisi des occasions d'utiliser leur expertise dans l'établissement de communautés saines et ont élargi leurs services afin d'inclure la promotion du design universel et d'améliorer la santé du public. Ce changement dans la prestation de services a exigé l'acquisition de nouvelles connaissances telles que la connaissance du code et des normes du bâtiment, des dessins d'architecture, des pratiques exemplaires en matière de design universel et des environnements autres que le logement, comme les parcs et les lieux commerciaux (Ringaert, 2002).

Glossaire

Société canadienne d'hypothèque et de logement (SCHL) : En tant qu'organisme fédéral en matière de logement, la SCHL offre de l'information et des ressources sur le logement, dont des résultats de recherche, des séminaires éducatifs et des programmes d'aide financière au logement. Site web : <http://www.cmhc.ca/>

Le Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P) est un complément au cadre conceptuel de 1997/2002, qui décrit la vision de l'ergothérapie de la relation dynamique entrelacée entre les personnes, l'environnement et l'occupation (Townsend et Polatajko, 2007, p. 364-365).

Faciliter l'occupation consiste à « permettre aux gens de choisir, d'organiser et de réaliser les occupations qu'ils considèrent utiles et significatives dans leur environnement » (ACE, 1997: 2002, p. 180 . Tiré de Townsend et Polatajko, 2007, p. 367).

Occupation : une occupation est l'ensemble d'activités et de tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus et les différentes cultures donnent un nom, une structure, une valeur et une signification. L'occupation comprend tout ce qu'une personne fait pour prendre soin d'elle (soins personnels), se divertir (loisirs) et contribuer à l'édifice social et économique de la communauté (productivité). L'occupation est l'objet d'expertise et le médium thérapeutique de l'ergothérapie. (ACE, 1997, 2002); une activité (ou une série d'activités) qui est effectuée avec une certaine cohérence et régularité; qui apporte une certaine structure et à laquelle est accordée une valeur et une signification par des individus et une culture (adapté de Polatajko et al., 2004 and Zimmerman et al., 2006).

La participation occupationnelle est l'action de s'impliquer, de prendre part à quelque chose, de participer à une occupation (Houghton Mifflin Company, 2004). La

participation pour être, devenir et appartenir, ainsi que pour effectuer ou s'adonner à des occupations (Wilcock, 2006). Tiré de Townsend et Polatajko, 2007, p. 370).

Design universel : « conception de produits et d'environnements pouvant être utilisés par l'ensemble de la population, dans la plus grande mesure du possible, sans adaptation ou design spécialisé » (Mace, 1997, para.1).

Références

- Association canadienne des ergothérapeutes.(1997; 2002). Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Association canadienne des ergothérapeutes.(2007). Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE
- Baum, C., et Law, M. (1998). Community health: A responsibility, an opportunity, and a fit for occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 52, 7-10.
- Center for Universal Design. (1997). The principles. Téléchargé le 27 mai 2002 au http://www.design.ncsu.edu/cud/univ_design/princ_overview.htm
- Doble, S. E. (2002). Universal design for growing through occupation. Dans *Universal design for growing through occupation*. Forum sur des questions professionnelles ayant eu lieu lors du congrès de l'Association canadienne des ergothérapeutes, à Saint John, Nouveau-Brunswick.
- Houghton Mifflin Company. (2004). *The American heritage® dictionary of the English language* (4th ed.). Téléchargé le 2 septembre 2006, au <http://www.answers.com>
- Levesque, T. (2002). Canada Mortgage and Housing Corporation. Dans *Universal design for growing through occupation*. Forum sur des questions professionnelles ayant eu lieu lors du congrès de l'Association canadienne des ergothérapeutes, à Saint John, Nouveau-Brunswick.
- Mace, R. (1997). What is universal design? Téléchargé le 27 mai 2002, au http://www.design.ncsu.edu/cud/univ_design/ud.htm
- Polatajko, H. J., Davis, J. A., Hobson, S., Landry, J. E., Mandich, A. D., Street, S. L. et al. (2004). Meeting the responsibility that comes with the privilege: Introducing a taxonomic code for understanding occupation. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 71(5), 261-264.
- Ringaert, L. (2002). Universal design and occupational therapy. Dans *Universal design for growing through occupation*. Forum sur des questions professionnelles ayant eu lieu lors du congrès de l'Association canadienne des ergothérapeutes, à Saint John, Nouveau-Brunswick.
- Santé Canada. (1999). Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne. Ottawa, ON: Publications Santé Canada.
- Société canadienne d'hypothèque et de logement (SCHL) (2000). *Bâti-Flex : Le guide du professionnel*. Ottawa, ON: CSCHL.
- Townsend, E.A. et Polatajko, H. J. (2007). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice through Occupation*. Ottawa, ON: CAOT
- Visitability Canada (n.d.). Visitability definition. Téléchargé le 7 août 2008 au <http://www.visitablehousingcanada.com/index.html>
- Wilcock, A. A. (2006). *An occupational perspective on health* (2nd ed.). Thorofare, NJ: SLACK, Inc.
- Zimmerman, D., Purdie, L., Davis, J., et Polatajko, H. (juin 2006). Examining the face validity of the taxonomic code of occupational performance. Présenté dans le cadre du Thelma Cardwell research day, Faculty of Medicine, University of Toronto, ON, Canada. Téléchargé le 28 mai 2007, au http://www.ot.utoronto.ca/research/research_day/documents/rd_o6_proceedings.

Prises de position de l'ACE sur des sujets connexes
Aides techniques et ergothérapie
Les occupations et la santé
Promotion de la santé
L'ergothérapie dans le secteur des soins à domicile et des soins continus

Les prises de position sont des déclarations sur des questions politiques, éthiques et sociales ayant des répercussions sur le bien-être des clients, sur la profession de l'ergothérapie ou sur l'ACE. Avant de distribuer toute prise de position deux ans ou plus après la date de sa publication, prière de communiquer avec la directrice de la pratique professionnelle par courriel : practice@caot.ca.

Nouvelles de la Fondation canadienne d'ergothérapie



Concours à venir : 31 mars :

- Prix Marita Dyrbye pour la recherche en santé mentale
 - Autres prix et bourses :
 - Bourses pour déplacements du partenariat entre la FCE et l'Institut sur le vieillissement de l'ICRS (1er juin et 1er octobre)
- Pour obtenir de plus amples renseignements ou des formulaires de mise en candidature, visitez la section Opportunities for Researchers and Students, sur le site www.cotfcanada.org. Veuillez noter que l'information peut changer périodiquement. Pour connaître l'information la plus récente, veuillez communiquer directement avec la FCE.

Nouvelle adjointe à la direction

La FCE tient à souhaiter la bienvenue à Anne McDonald, à titre d'adjointe à la direction. Anne a commencé à travailler pour la FCE en novembre. La FCE pourra compter sur la grande expérience de Anne dans le domaine des organismes à buts non lucratifs. Anne est bilingue dans les deux langues officielles. Elle travaille pour la FCE du lundi au mercredi.

N'oubliez pas de faire la mise à jour de vos renseignements personnels auprès de la FCE

La FCE apprécierait grandement que vous l'informiez de tout changement à apporter à vos renseignements personnels. En particulier, si vous avez une adresse de courriel, veuillez la transmettre à la FCE. Vous pouvez faire une mise à jour de vos renseignements personnels en communiquant avec Anne McDonald, à amcdonald@cotfcanada.org ou en composant le 1-800-434-2268, poste 226.

Votre appui est précieux!

La FCE remercie sincèrement les personnes, les entreprises et les organismes suivants qui ont généreusement appuyé la fondation pendant la période du 30 septembre 2008 au 30 novembre 2008. Les personnes dont le nom n'apparaît pas sur cette liste sont invitées à consulter le prochain numéro des Actualités ergothérapeutiques.

Arsenault, Nicole
Avenue Cafe and Bistro
(services non financiers)



Balsom, Edgar
Baptiste, Sue
Basiletti, Mari
BCS Communications
Limited (services non
financiers)
Bhatia, Manoj
Bode, Jalpa
Bosch, Eric (services non
financiers)
Boudreau, Mary Lou
(services non financiers)
Bowman, Jane
Boyd, Heather
Bressler, Sandra

Breurkens, Emma
Bridle, Mary
Brown, Cary
Bucknell, Elizabeth



Callele, Jessica
Cameron, Debbie
Campbell, Donna
Carkner, Margo
Carswell, Anne
Casaluze, E
Centre For Rehabilitation
and Health (services non
financiers)
Champion, Margaret
Chapman-Heinemeyer, Anne
Charchun, Sarabjeet
Clark, Mary
Colantonio, Angela

Collins, Donna
Conlon Keast, Christine
Conrad, Joanie
Cooper, Barbara (services
non financiers)
Cooper, Juliette (Archie)
Cutcliffe, Heather



Daughen, Sandy
Delta Chelsea (services non
financiers)
Demers, Louise
DeRocher, Michael
Desrosiers, Johanne
Dressler-Mund, Donna
Dutil, Elisabeth



Erlendson, Patricia
Fairbloom, Lorraine
Farrow-Hutcheson,
Susan
Faulkner, Tracey
Fayed, Nora
Fisher, Jennifer
Four Seasons Hotel
(services non financiers)
Freeman, Andrew
Friefeld, Sharon
Friesen, Margaret



Gélinas, Isabelle
Goldenberg, Karen
Goldenberg, Karen
(services non financiers)
Gorman, Kara
Goyert, Jill
Graff, Barbara



Haukioja, Keri Anne
Heinicke, Sheila
Hewitt, Kimberley
Hobson, Sandra
Hobson, Sandra (services
non financiers)
Huff, James
Hung L. Operating
Associate - Swiss Chalet
(services non financiers)



Jack Astors (services non
financiers)
Johnson, Leslie
Ju Lin, Lilli



Kamblé, Sangita
Kennedy, Debra

Kerr, Helen
Klaiman, Donna
Klassen, Bonnie
Kowalski, Barbara
Kunyk, Bohdan



Larouche, Kim
LeBlanc, Louise
Leblanc, Renelle
Lee, Jean
Letts, Lori
Lysaght, Rosemary



Mah-Jones, Dianna
Majnemer, Annette
Manojlovich, Mary
Mansfield, Nora
Mathew, Elizabeth
Mazurek, Trevor
McBlain, Jacqueline
McGarry, Jacqueline
McKay, Katherine
Menezes, Philomena
Mercier, Guylaine
Merla, Leann
Méthot, Diane
Miller Polgar, Jan
Moliner, Carmen
Moore, Rachel



Neville, Jennifer
Nic Niocail, Maire



Occupational Therapy
Department, The
Moncton Hospital



Salvatori, Penny
Shoppers Drug Mart
(services non financiers)
Stack, Ed
Stack, Rachel
Stewart, Debra
Sumsion, Thelma



Trentham, Barry



Vrkljan, Brenda



Weekes, Irvine
Westmorland, Muriel
Wildfire Steak House and
Bar (Muriel)



1 donateur anonyme



SERVICES D'APPRENTISSAGE DE L'ACE

Pour en savoir davantage sur les cours reconnus par l'ACE, envoyer un courriel à education@caot.ca ou Tél. (800) 434-2268, poste 231

Congrès 2009 de l'ACE Ateliers pré-congrès

CO-OP: Discovering strategies for enabling occupational performance

2 et 3 juin 2009

Tapping into Cochrane: How can an evidence-based approach support you in your practice?

2 juin 2009

Perspectives and strategies for responding to tensions in private practice in occupational therapy

3 juin 2009

Enabling occupation II: Tapping the power of Canada's new practice guidelines

4 juin 2009

Pour en savoir davantage, veuillez visiter le www.caot.ca.

The ADL Profile

Dates : 2 au 4 avril 2009

Conférencière : Carolina Bottari

Lieu : Nova Scotia Rehabilitation Centre, 1341 Summer Street, Halifax, N.-É.

Renseignements : Natalie Thornley

Courriel : Natalie.Thornley@cdha.nshealth.ca

Cours reconnus par l'ACE : University of British Columbia and McMaster University Graduate Certificate Program in Rehabilitation Sciences

Formation à distance par l'intermédiaire du web

Cours : Evaluating Sources of Evidence, Reasoning, Measurement Developing Effective Programs Facilitating Learning in Rehab Contexts. Un certificat est remis après la réussite de cinq cours. Les crédits

de ces cours peuvent être appliqués aux programmes de maîtrise de chaque université, si le candidat est admissible.

Renseignements : info@mrsc.ubc.ca;

Tél. : 604-827-5374

Site web : <http://www.mrsc.ubc.ca/> www.fhs.mcmaster.ca/rehab/

Dalhousie University Series Program Evaluation for Occupational Therapists (OCCU 5043)

Date : Janvier à avril 2009

Instructrice : Professeure

Jocelyn Brown

Advanced Research Theory and Methods for Occupational Therapists (OCCU 5030)

Dates : Janvier à avril 2009

Instructrice : Dre Grace Warner

Renseignements : Pauline Fitzgerald

Tél. : (902) 494-6351 Courriel :

p.fitzgerald@dal.ca

UNIVERSITÉ MCGILL ÉCOLE DE PHYSIOTHÉRAPIE ET D'ERGOTHÉRAPIE Développez une expertise en conduite automobile : Évaluation, adaptation et entraînement : Certificat d'études supérieures

* POTH-673 Le dépistage des conducteurs à risque (hiver)

* POTH-674 Évaluation de l'aptitude à la conduite automobile (été)

* POTH-675 Travaux pratiques dirigés sur l'évaluation de la conduite automobile (automne)

* POTH-676 Les aides technologiques à la conduite automobile (hiver/printemps)

* POTH-677 L'entraînement des capacités de conduire un véhicule routier (été/automne)

Tél.: (514) 398-3910

Courriel: admissions@mcgill.ca

Site web: <http://www.mcgill.ca>

Zone'in Foundation Series Workshops

Dates : Septembre 2008 à mai 2009

Renseignements : Cris Rowan, Zone'in Programs Inc. 6840 Seaview Road, Sechelt, BC VoN 3A4

Tél.: 1-888-896-6346

Courriel : info@zonein.ca www.zonein.ca

Therapeutic Listening

Date : 23-24 avril 2009

Montréal, Québec

Lieu : Montréal, Québec

Pour en savoir davantage, communiquer avec : Caroline Hui à info@choosetolearn.ca

<http://www.choosetolearn.com>

Interactive Metronome Self-Study Certification Course

Dates : Juillet 2008 à juillet 2009

Renseignements : Education Department, Interactive Metronome, Inc. 13794 NW 4th St. Suite 204, Sunrise, FL, USA 33325. Tél. : (877) 994-6776 Option 4

Courriel : imcourses@interactivemetronome.com

Ergonomics Systems Specialist (ESS) Certification Course from WorkSMART

Dates : Edmonton, Alberta : 26 au

30 janvier 2009 Surrey, C.-B. : 2 au

6 mars 2009 Saskatoon, SK : 16 au

20 mars 2009 Conférenciers : Mike

Harnett, BPE (ATC); C.K.; Suzanne

Kinney Jackson, H.BSc.(Kin); Nancy

Milakovic, H.BSc. (Kin); Sandra

Burke, HBKin., C.K.; Jill Bates, B.Sc.

(Kin), PFLC Renseignements : Cathy

Swystun, WorkSMART, #61-52147 RR

231, Sherwood Park, AB T8B 1A4 Tél.:

(780) 414-6436; télécopieur : (780)

414-6435

Courriel : info@worksmart.ca Site

web : www.worksmart.ca

Brain Bootcamp - Basic Awareness Training

JR Rehab Services

Date : 4 au 5 mai 2009

Facilitateurs : M. Kit Malia, BED, MPhil, CPCRT et Mme Anne Brannagan, DIPCOT, MSc

Lieu : Morris J. Work Centre for Dialogue, campus du centre-ville de Simon Fraser University

Renseignements : Sheryl Thompson, JR Rehab Services, 29-1917 West 4th Ave, Vancouver, BC V6J 1M7 Tél.:

(604) 254-0444; télécopieur : (604)

254-0447 Courriel : info@jrrehab.ca

Myofascial Release Seminars:

Myofascial Release I

Myofascial Release II

Myofascial Mobilization

Pediatric Myofascial Release

Fascial-Pelvis Myofascial Release

Cervical-Thoracic Myofascial Release

Myofascial Unwinding

Dates : Divers lieux et dates

Renseignements : www.myofascial-release.com

Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)

Workshop

Date : 4 au 8 mai 2009

Renseignements: Pauline Fitzgerald

à p.fitzgerald@dal.ca Téléphone :

902-494-6351 Télécopieur :

902-494-1229