



CAOT - ACE

# ACTUALITÉS ERGOTHÉRAPIQUES

novembre/décembre 2010 • VOLUME 12 • 6

## Table des matières

- 3**     **Histoires quotidiennes...profils de vos collègues de l'ACE**  
Kate Walsh
- 4**     **Du nouveau**
- 4**     **Ce que vous trouverez en ligne**
- 5**     **L'ergothérapie en région éloignée au Canada : une expérience « hors des sentiers battus »**  
Janna MacLachlan
- 8**     **Les occupations significatives : Consultation du Gouvernement du Canada auprès de l'ACE sur la Convention relative aux droits des personnes handicapées**  
Janet Jull, Analyste politique à l'ACE
- 11**    **Utiliser l'éclairage pour prévenir les chutes : quelques données probantes préliminaires**  
Dorothy Kessler, Frank Knoefel et Rafik Goubran
- 14**    **RÉFLEXIONS SUR LA PRATIQUE PRIVÉE**  
**Des ergothérapeutes à titre de gestionnaires des soins cliniques au sein des Anciens combattants Canada**  
Marion Hutton
- 15**    **Le programme canadien de formation en prévention des chutes : une possibilité d'apprentissage interdisciplinaire en ligne**  
Mary Lou Boudreau
- 16**    **QUAND LA THÉORIE REJOINT LA PRATIQUE**  
**Les environnements favorisant l'intégration : le rôle de l'ergothérapie**  
Katie Semple, Beth Blowes, Elizabeth Steggle et Sue Baptiste
- 19**    **LA TÉLÉSANTÉ ET L'ERGOTHÉRAPIE**  
**Être ou ne pas être sur Facebook : Voilà la question**  
Rashid Kashani, Susan Burwash et Anita Hamilton
- 23**    **Faciliter l'occupation : mises à jour effectuées en 2010**  
Janet Craik, directrice de la pratique professionnelle pour l'ACE
- 26**    **Rehausser la capacité de la main-d'oeuvre en ergothérapie au Canada**  
Claudia von Zweck, directrice générale de l'ACE
- 30**    **Nouvelles de la FCE**
- 31**    **Cours reconnus par 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 de l'ACE

Elizabeth Taylor, PhD

#### Directrice nationale de l'ACE

Claudia von Zweck, PhD

Retourner les colis non distribuables portant une adresse canadienne à l'adresse suivante : Association canadienne des ergothérapeutes  
Édifice CTTC,  
3400-1125 promenade Colonel By  
Ottawa, Ontario K1S 5R1  
Courriel : publications@caot.ca

#### Indexage

Les *Actualités ergothérapeutiques* sont indexées dans : ProQuest et OTDBase

#### Publicité

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

#### Abonnements

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  
Courriel : copyright@caot.ca

L'Association canadienne des ergothérapeutes n'endosse pas nécessairement les annonces acceptées pour publication.

*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

JARcreative

#### Comité de rédaction de l'ACE

Présidente : Brenda McGibbon Lammi

Membres : Melissa Croskery

Emily Etchverry

Tom Grant

Michelle Lawton

Susan Mulholland

Nadia NOble

Aliki Thomas-Pyliotis

#### Chroniqueurs attirés

Liens internationaux : Sandra Bressler, MEd

En lien avec la technologie d'assistance

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 Santé et ergothérapie

Lili Liu, PhD et Masako Miyazaki, PhD

Quand la théorie rejoint la pratique

Heidi Cramm, MSc

Surveillez votre pratique : Sandra Hobson, MAEd

### In Memoriam: Gary Kielhofner



C'est avec beaucoup de tristesse que nous vous avisons du décès de notre cher collègue mentor et ami, le Dr Gary Kielhofner. Le Dr Gary Kielhofner était un homme remarquable, un visionnaire et un érudit passionné. Dès ses débuts à titre de chercheur, il y a plus de trente ans, il avait le rêve de faire avancer le domaine de l'ergothérapie afin d'aider les personnes atteintes de maladies chroniques et de handicaps à mener une vie remplie et satisfaisante. Son rêve s'est réalisé lorsqu'il a élaboré le Modèle de l'occupation humaine, également connu sous le nom de MOHO. Les travaux de Gary ont inspiré des milliers de thérapeutes, d'étudiants, de clients et de collègues et ont eu une grande influence sur leur vie. Il a écrit l'histoire, innové et forgé l'avenir de la profession. Il a partagé un sens unique de la fierté en jouant un rôle de mentor auprès de ses étudiants et collègues, et en les incitant à donner le meilleur d'eux-mêmes. Les réalisations de Gary sont trop nombreuses pour être énumérées ici. Ses travaux se poursuivront et survivront pendant des générations, car il a changé notre façon de penser et de mener des recherches, notre façon de concevoir l'occupation et la façon dont nous aidons les clients à mener des vies satisfaisantes.

**Yolanda Suarez-Balcazar**

**Professeure et directrice,**

**Department of Occupational Therapy, University of Illinois at Chicago**

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

Kate Walsh



## Formation

Baccalauréat en sciences appliquées en ergothérapie, de l'University of Sydney, à Sydney, en Australie (1992-1996).

## Cheminement de carrière en ergothérapie

Les douze dernières années ont été très colorées. J'ai exercé ma profession dans trois pays, en fait, quatre, si l'on compte mes trois mois de stage en réadaptation à base communautaire dans l'état d'Orissa, le plus pauvre état de l'Inde. Ma carrière en ergothérapie a été une source d'étonnement perpétuel, que ce soit pendant la période où j'ai travaillé en psychiatrie aigüe à Londres, en Angleterre, où la vie des clients ressemblait à celles de personnages tirés de romans ou lorsque je répondais aux demandes exigeantes de la réadaptation professionnelle. Que de découvertes encore face à la réalité de la pratique médico-légale en Australie ou à la pratique à base communautaire un peu plus modérée, mais aussi complexe, à Vancouver, en Colombie-Britannique.

À travers les expériences que j'ai vécues en tant qu'ergothérapeute, j'ai découvert et je continue d'apprécier la complexité de cette profession. L'ergothérapie m'a permis d'explorer toutes les facettes de ma personnalité. Mes collègues de travail, les clients dont je partage une partie de la vie et le travail que je dois accomplir me remplissent d'humilité.

Mon cheminement m'a entraînée dans différentes directions au fil des ans et je me suis constamment lancé des défis. J'ai parfois été naïve ou peut-être ai-je simplement choisi d'ignorer le scepticisme du milieu de la santé lorsque j'ai assumé des rôles qui étaient occupés traditionnellement par d'autres professions. De mon point de vue, les ergothérapeutes peuvent mettre fin au plafonnement voilé qui les empêche d'atteindre des postes supérieurs lorsqu'ils désirent occuper des postes autres que les emplois de première ligne. Ainsi, grâce au soutien de gestionnaires visionnaires, j'ai assumé différents rôles, dont la prise de contact avec les clients, le rôle de coordonnatrice clinique et des rôles complexes associés à la planification du congé, que ce soit dans des milieux de soins aigus ou des milieux communautaires. Je crois fermement dans les compétences en évaluation et les habiletés propres à ma perspective ergothérapeutique et en l'importance des recommandations émises par les ergothérapeutes pour répondre aux besoins du client et de la famille. À de nombreuses occasions, j'ai entendu la phrase suivante : « c'est formidable d'avoir une ergothérapeute dans notre équipe ».

On dit qu'il y a dix moments déterminants dans la vie d'une personne. Pour ma part, j'ai vécu l'un de ces moments à l'âge de 33 ans. Je devais alors faire un choix entre l'étude de la médecine ou des études dans le domaine de l'architecture et du bâtiment. J'ai fait mon choix et les six mois de congé que j'ai pris à mes frais ont été consacrés au programme de charpenterie et de coffrage niveau 1 et 2

offert par le British Columbia Institute of Technology (BCIT). Ce programme m'a permis de comprendre que ce moment était crucial. J'ai poursuivi en suivant un programme de technique d'architecture et du bâtiment le soir et j'ai fait du bénévolat au sein de Habitat for Humanity, afin de parfaire mes habiletés pratiques. Je dis parfois à ma mère que tout cela est la faute de mon père. En effet, quant nous étions jeunes mes sœurs et moi, mon père, qui est ingénieur civil, nous montrait toujours les poutres et les fermes de toit (truss) de l'église, alors que maman croyait que nous étions en train de prier.

La principale raison pour laquelle je voulais acquérir des compétences en techniques d'architecture et du bâtiment vient du fait que j'étais toujours très frustrée lorsque je travaillais ou je discutais avec des clients et des entrepreneurs en construction pour faire des modifications du domicile ou rénover des bâtiments, ou plus récemment, des établissements de conception soi-disant « universelle », des résidences de services et des centres de vie autonome pour personnes âgées. Je peux maintenant mieux comprendre les aspects théoriques du bâtiment et des dessins, mais tout comme la vie, cela exige beaucoup de travail. Et je veux maintenant participer à tous les aspects de ce domaine!

## Vie familiale

J'ai une merveilleuse famille ici au Canada, de même qu'en Australie, où je rejoindrai l'an prochain ma merveilleuse compagne Amy – un autre cadeau que la vie m'a fait! Notre magnifique chien Jack, un malamute poilu, couleur Golden retriever, veille tous les jours à ce que nous gardions les pieds sur terre. Comme vous le voyez, sa photo est bien meilleure que la mienne! J'espère qu'un jour nous aurons en Australie les mêmes libertés qu'au Canada, afin de pouvoir nous aussi, agrandir notre famille.

## Passe-temps/intérêts

J'adore faire de la planche à neige, voyager et déguster des mets à travers le monde, construire des édifices et l'architecture!





## Du nouveau

Un nouveau financement fédéral de près de 1 million de dollars a été accordé pour la réalisation de six projets axés sur la violence infligée aux personnes âgées. L'honorable Diane Ablonczy, ministre d'État (Aînés) en a fait l'annonce lors de la Journée internationale pour contrer les mauvais traitements envers les aînés ayant eu lieu à Toronto, le 15 juin 2010. Parmi les projets ayant reçu un financement, citons une initiative de 141 000 \$ de l'ACE visant à élaborer et à diffuser des lignes directrices et un didacticiel par l'intermédiaire du web pour donner de l'information aux membres de l'ACE sur les indicateurs de mauvais traitements infligés aux aînés, les protocoles de prévention, d'intervention et de reddition de compte, les lois pertinentes et les ressources disponibles à l'intention des aînés. Le but de ces ressources est de sensibiliser les membres à la violence envers les aînés et de les préparer à réagir devant ce genre de situation. Sur la photo ci-dessus, on retrouve Claudia von Zweck, directrice générale de l'ACE, Diane Ablonczy, ministre d'État (Aînés) et Laura Meyers, directrice de la formation au sein de l'Association canadienne des hygiénistes dentaires.



## Ce que vous trouverez en ligne

### Prises de position de l'ACE

Ces fiches de référence vous aideront à comprendre la position de l'ACE sur des questions intéressant les ergothérapeutes et leur clientèle. Consultez la rubrique 'Pratique professionnelle' du [www.caot.ca](http://www.caot.ca) pour voir la liste complète des prises de position.

### Les nouvelles prises de position et les mises à jour des prises de position réalisées en 2010 sont les suivantes :

1. La qualité des services d'ergothérapie.
2. L'obésité et les occupations saines.
3. L'alimentation, la déglutition et l'ergothérapie.

### Sujets brûlants

L'élaboration des feuillets d'information sur des sujets brûlants est coordonnée par l'ACE. Ces feuillets ont pour but de présenter aux ergothérapeutes et étudiants en ergothérapie une liste de références (journaux, livres, évaluations et information additionnelle) dans des domaines que les membres considèrent comme étant novateurs ou des sujets d'intérêt. L'ACE vous invite à contribuer à l'élaboration de ces documents. Visitez la rubrique 'Périodiques et Publications' pour consulter la liste complète.

### Les sujets brûlants publiés actuellement sur le site sont les suivants :

- |                       |   |
|-----------------------|---|
| Compétence culturelle | Dysphagie                                 |
| Leadership            | Développement communautaire professionnel |
| Obésité               |   |

### À venir prochainement :

- |                     |  |
|---------------------|--|
| Design universel    | Faible vision  |
| Conduite automobile | Faciliter l'occupation par des interventions axées sur la fabrication d'orthèses |

# L'ergothérapie en région éloignée au Canada : une expérience « hors des sentiers battus »

Janna MacLachlan



Les articles rédigés par des ergothérapeutes et des étudiants en ergothérapie travaillant à l'international décrivent des milieux de pratique uniques et des façons de « sortir des sentiers battus » pour atteindre des objectifs à l'aide de maigres ressources. Les ergothérapeutes qui travaillent dans des régions éloignées du Canada savent que ce genre de pratique peut « sortir des sentiers battus » et être unique, comme dans de nombreux pays internationaux. Un exemple frappant de ce phénomène se trouve dans la description de tâche suivante d'un poste d'ergothérapeute au Canada : « les déplacements au sein des communautés se font à pied, en motoneige, en véhicule tout terrain (VTT) ou en voiture, selon les conditions météorologiques ». Cette description de tâche est la mienne, car je travaille au Nunavut. Tout comme la description de tâche le stipule, je me suis souvent retrouvée sur le dos d'un VTT, portant un tube de transfert au bain sous le bras.

Sur une base quotidienne, je travaille avec les Nunavummiut (résidents du Nunavut) en vue de faciliter l'occupation. La majorité de mes clients sont des Inuits et de nombreuses difficultés spécifiques en matière de rendement occupationnel doivent être abordées. Par exemple, travailler avec une personne atteinte de dysphagie afin qu'elle puisse manger les mets de la région (mets traditionnels inuits, comme la viande crue, congelée ou cuite, p. ex., phoque, muktuk [blanc et peau de baleine] et caribou) ou travailler avec une femme atteinte d'arthrite rhumatoïde qui a de la difficulté à écorcher des phoques. Il s'agit de problèmes uniques qui nous portent à réfléchir autrement. Le but de cet article est d'attirer l'attention sur les régions éloignées du Canada et de susciter la discussion sur les façons dont les services d'ergothérapie sont offerts dans ces régions. L'article présente une étude de cas illustrant le contexte des régions éloignées, quelques barrières courantes et la façon dont ces barrières peuvent être surmontées.

## Étude de cas : M. Simeonie

M. Simeonie (pseudonyme) était un homme Inuk de 69 ans habitant à Pangnirtung, au Nunavut et qui était atteint de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) terminale. Il n'avait plus la force de propulser son fauteuil roulant manuel sur quelques mètres à peine à son domicile et il souhaitait avoir un fauteuil roulant motorisé.

## Mise en contexte

Les ergothérapeutes de la région de Baffin habitent à Iqaluit, un village situé à une heure de vol de Pangnirtung, qui est la communauté où vit M. Simeonie. Aucune route ne relie les communautés entre elles au Nunavut. On peut s'y rendre en douze heures environ, en traversant la toundra en motoneige, avec un guide, mais, jusqu'à présent, nous n'avons pas emprunté cette voie pour les déplacements en lien avec le travail. Actuellement les ressources permettent une visite en ergothérapie par année dans chacun des onze communautés situées à l'extérieur d'Iqaluit, dans la région Baffin.

## Évaluation

J'avais reçu la demande de fauteuil roulant motorisé en mars, mais je ne pouvais visiter Pangnirtung avant le mois d'août. Ce voyage se ferait sur une période d'une semaine de travail pendant laquelle je tenterais de voir plus de 30 clients à la clinique, à leur domicile et à l'école. La clé est donc de faire le plus de préparation possible à l'avance, pour chacun des clients. Heureusement que chaque centre de santé de la région de Baffin est relié à la télésanté. Il est possible de commencer l'évaluation du client au fauteuil roulant motorisé à l'aide d'une séance par l'intermédiaire de télésanté, pendant laquelle l'ergothérapeute se fait une idée générale de la physiologie du client. La séance de télésanté n'a pas été nécessaire pour M. Simeonie, car je le connaissais déjà assez bien; en effet, j'avais déjà de l'information sur sa situation et j'obtenais fréquemment des mises à jour de son infirmière à domicile et de sa fille. J'étais d'accord pour dire qu'il serait adéquat d'envisager pour lui un fauteuil roulant motorisé.

## Financement

Le programme des Services de santé non assurés (SSNA) est un programme fédéral qui défraient les coûts des fournitures médicales et de l'équipement essentiels pour les Premières nations et les Inuits à travers le Canada. Le financement ne constituait pas une barrière pour M. Simeonie, car son état médical le qualifiait pour un fauteuil roulant motorisé, selon les conditions de ce programme.

## Équipement

Les ergothérapeutes de la région de Baffin du Nunavut offrent un large éventail de services à une population de 15 000 habitants. Comme quelques personnes seulement ont besoin de fauteuils roulants motorisés à travers cette vaste région (environ la taille de la province de l'Ontario), il n'y a aucun vendeur de fauteuils roulants et nous n'avons pas de fauteuil roulant motorisé à notre disposition pour faire des essais. Généralement, toutes les personnes ayant besoin de fauteuil roulant motorisé au Nunavut se rendent en avion à Ottawa pour l'évaluation et la prescription d'équipement. Comme l'état de santé de M. Simeonie était précaire, il n'était pas recommandé qu'il fasse un vol de quatre heures à partir de sa communauté située à 50 km au sud du cercle arctique.

Heureusement, d'autres personnes vivant dans la communauté de M. Simeonie, dont la population est de 1 300 habitants, se déplacent en fauteuil roulant. Avant mon voyage, j'ai téléphoné à l'une de ces individus pour lui demander s'il serait prêt à me prêter son fauteuil roulant motorisé pour une matinée afin qu'une « autre personne » puisse en faire l'essai. Je ne lui ai pas dit le nom de la personne en question, mais, comme les nouvelles se propagent rapidement dans un petit village, lorsque je me suis présentée pour emprunter le fauteuil, le prêteur m'a demandé de saluer M. Simeonie de sa part. J'ai conduit ce fauteuil roulant motorisé prêté si généreusement jusqu'à la maison de M. Simeonie, le long des chemins de terre qui sont très rocailleux et criblés de « nids de poule » en août. En hiver, ces chemins sont couverts de neige compactée et

de glace (voir la figure 1). Les conditions de la route sont toujours aussi difficiles, car il n'y a pas d'autobus, de mini-fourgonnette ou de taxi dans la communauté.



**Figure 1. M. Simeonie se déplace à travers les routes enneigées et glacées de Pangnirtung.**

Grâce au fauteuil emprunté, j'ai pu évaluer si ce genre de fauteuil conviendrait et déterminer ce dont M. Simeonie aurait besoin. Je me suis fait une bonne idée de la capacité de M. Simeonie de conduire un fauteuil roulant motorisé.

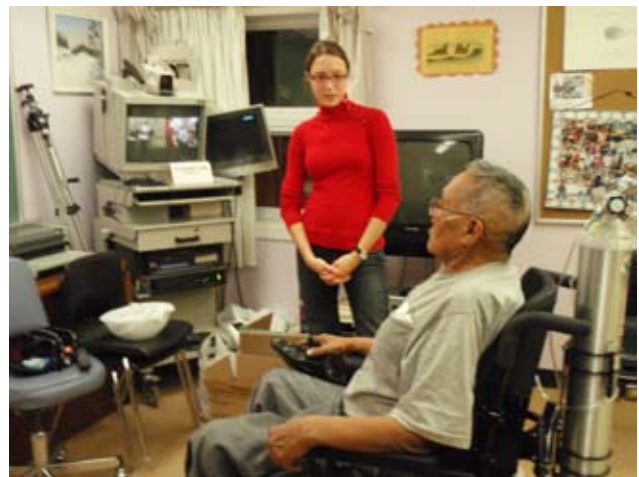
Ensuite, j'ai rempli une demande de financement et j'ai commandé un fauteuil roulant motorisé. J'ai chassé mes inquiétudes face au fait que le fauteuil ne conviendrait peut-être pas et que je devrais alors trouver une façon de défrayer les centaines de dollars que coûteraient les frais d'expédition pour retourner le fauteuil. Sans oublier de mentionner les mois supplémentaires (et non pas les semaines ou les jours) de retard que cela impliqueraient pour la réception de l'équipement dont M. Simeonie avait besoin. Après les trois mois qu'il a fallu pour régler tous les détails avec le vendeur, pour obtenir l'approbation du financement des SSNA et pour l'expédition, le fauteuil roulant est enfin arrivé. L'étape suivante consistait à adapter et ajuster le fauteuil roulant motorisé pour M. Simeonie.

Les prix des vols vers les communautés de la région de Baffin à partir d'Iqaluit varient de 300 \$ à 3 000 \$ et le budget de réadaptation ne permet pas de financer chaque positionnement au fauteuil roulant. J'effectue souvent le positionnement et l'ajustement (et les mesures) des fauteuils manuels au moyen de la télésanté pour les personnes ayant des besoins très simples en matière de positionnement. Je donne alors des directives à une infirmière afin qu'elle ajuste les appui-pied, les appui-bras, etc. Je fais également de l'enseignement sur l'entretien, la sécurité et l'utilisation du fauteuil roulant. Cette manière d'utiliser la télésanté est justifiée, car les avantages associés à l'attribution d'un fauteuil roulant à une personne pour réduire les risques de chute et favoriser sa participation à des occupations surpassent les problèmes qui pourraient survenir.

Toutefois, un fauteuil roulant motorisé exige plus qu'un positionnement de base et, fort heureusement, mon directeur a réussi à trouver le financement afin que je puisse me rendre à Pangnirtung pour faire le

positionnement du client et ajuster son fauteuil. À mon arrivée, la maladie de M. Simeonie avait progressé et il ne se sentait pas bien; il ne pouvait donc pas venir à la séance de positionnement et d'ajustement. J'espérais qu'il se sentirait mieux le jour suivant. Lorsque nous nous déplaçons vers les communautés, nous sommes toujours prêts à faire preuve de souplesse avec notre horaire. Il arrive parfois que les caribous soient près du village et que les clients soient partis à la chasse ou que c'est la saison de la pêche aux palourdes et les clients ne peuvent alors venir à leur rendez-vous que lorsque la marée est haute ou même qu'en raison d'une tempête, personne ne peut sortir de sa maison.

J'ai consacré une bonne partie de ma première journée à assembler le fauteuil roulant motorisé et à consulter les différents manuels, avertissements et mises en garde. Je voulais m'assurer de transmettre tous les renseignements importants au client et sa famille, car il n'y aucun manuel en langue Inuktitut. Heureusement, M. Simeonie se sentait assez bien le jour suivant pour que nous procédions à l'ajustement du fauteuil roulant.



**Figure 2. L'auteure procède à une séance d'ajustement du fauteuil roulant motorisé par l'intermédiaire de télésanté, avec M. Simeonie.**

Pendant la séance d'ajustement, nous avons communiqué avec un vendeur d'Ottawa par l'intermédiaire de télésanté (voir la figure 2). Il m'a aidée à ajuster le fauteuil à distance et a donné quelques conseils à M. Simeonie sur la conduite du fauteuil. Par la suite, nous avons fait un essai sur les routes enneigées de décembre. J'avais l'intention de sortir le matin suivant dans le village avec M. Simeonie et une autre personne en fauteuil roulant motorisé afin qu'elle puisse lui donner des trucs et pour vérifier l'accessibilité des espaces publics. Mais le vent s'est levé, entraînant une faible visibilité et des rafales de neige. Malheureusement, nous avons dû abandonner cette idée, car même si les fauteuils roulants motorisés semblent se déplacer assez bien dans la neige compactée, les routes deviennent dangereuses et impraticables lorsqu'il y a des rafales et des accumulations de neige. Cet après-midi-là, c'était le Noël des Anciens au gymnase de l'école. Le temps s'est éclairci un peu et, après le dîner, la femme de M. Simeonie m'a appelée pour savoir si je pouvais accompagner son mari à la fête. J'ai accepté en sachant qu'il n'avait pas pu assister à cet événement

depuis des années et que cela me donnerait l'occasion parfaite de faire un suivi sur ses aptitudes à conduire son fauteuil. Nous avons commencé à faible vitesse, puis, je me suis rendu compte que je devais marcher de plus en plus vite pour suivre son rythme. En un temps trois mouvements, il était passé en deuxième vitesse et il filait à toute allure devant moi. Était-il imprudent? J'ai évalué la situation – comme il n'y a pas de trottoir, il conduisait au beau milieu de la route. Avec son parka, sa tuque et son foulard, il ne pouvait pas vraiment tourner la tête pour regarder derrière lui. J'ai crié « siaruai », ce qui

**À propos de l'auteure – Janna MacLachlan, MSc (OT)**, a obtenu son diplôme de l'University of Western Ontario en 2006 et elle exerce depuis l'ergothérapie dans la région de Baffin, à Iqaluit, au Nunavut. On peut la joindre à jannamaclachlan@hotmail.com.

signifie « attendez » en Inuktitut (M. Simeonie ne parlait que l'Inuktitut) et je l'ai rattrapé à un panneau d'arrêt. Je lui ai indiqué par des gestes de rester près du côté de la route. Son sourire m'a frappée et il s'est remis en route. J'ai commencé à jogger derrière lui et l'ergothérapeute en moi a continué d'évaluer la situation. Je me suis alors dit que cet homme était rarement sorti de la maison dans les dernières années et que depuis de nombreuses années, il ne s'était pas déplacé par lui-même dans sa communauté. À des occasions spéciales, avec un peu de planification à l'avance et lorsqu'il se sentait particulièrement bien, des membres de sa famille ou le centre de santé le transféraient manuellement dans une boîte de camion pour le conduire à différents endroits. Il sortait de la maison le plus souvent pour aller à ses rendez-vous au centre de santé ou pour se rendre à l'aéroport en vue d'une évacuation médicale vers l'hôpital d'Iqaluit – ce qui ne peut être considéré exactement comme une participation communautaire significative. Il était dépendant des autres pour sa mobilité; c'était donc sa première chance depuis des années d'aller vite, de contrôler ses déplacements et de sentir le vent sur son visage. Je me suis donc retrouvée avec mon parka, mon pantalon isolé et mes bottes Sorel, en train de jogger derrière un homme en fauteuil roulant motorisé; il faisait moins 20 degrés celsius dans le magnifique paysage de Pangnirtung, et je riais aux éclats devant la situation. Même si je criais « attendez », je pensais plutôt « Allez-y M. Simeonie! ».

Il m'a fallu faire appel à des méthodes non traditionnelles de prestation de services tout en sortant des sentiers battus pour permettre à M. Simeonie d'atteindre son objectif et de surmonter les barrières associées aux services et ressources limités et à la géographie. Les ergothérapeutes travaillant en région éloignée au Canada font régulièrement face à des cas de ce genre.

Malheureusement, M. Simeonie est décédé en mars dernier. Son fauteuil roulant motorisé a été attribué à un autre membre de sa communauté.

## Sortir des sentiers battus

Comme nous l'avons vu dans cette étude de cas, le contexte du Nunavut entraîne de nombreuses conséquences pour les utilisateurs de fauteuils roulants. Un jour, j'ai reçu un appel d'une ergothérapeute travaillant en région urbaine qui avait enseigné à l'un de mes clients à se servir d'un fauteuil roulant. Elle recommandait que le client ne conduise pas la

nuit, car ils n'avaient pas abordé cet aspect. Je lui ai rappelé gentiment que nous étions en décembre et qu'il faisait nuit 24 heures par jour et que par conséquent, si le client ne pouvait pas sortir la nuit, il ne pouvait pas sortir du tout.

Par opposition, il existe de nombreux exemples illustrant comment des personnes en fauteuil roulant font preuve de créativité pour participer à des occupations significatives. Certains clients montent à bord de bateaux ou de qamotiqs (traîneaux tirés par des motoneiges) en fauteuil roulant motorisé pour participer à la chasse ou pour camper. Nous n'avons pas encore réussi à trouver un modèle de ski pour les personnes en fauteuil roulant – jusqu'à présent, ils s'enfoncent trop facilement dans la neige! J'invite toute personne ayant une solution à proposer à communiquer avec moi.

Au Canada, l'ergothérapie en région éloignée offre aux cliniciens des possibilités uniques de découvrir la culture autochtone, d'acquérir des compétences dans tous les domaines de la pratique ainsi que de l'expérience inestimable pour « sortir des sentiers battus ». Je recommande donc fortement à tous les ergothérapeutes qui veulent vivre des aventures captivantes d'aller travailler en région éloignée!

# Les occupations significatives : Consultation du Gouvernement du Canada auprès de l'ACE sur la Convention relative aux droits des personnes handicapées



Janet Jull, Analyste politique à l'ACE

La Convention relative aux droits des personnes handicapées est un instrument des Nations Unies dont le but est de protéger les droits internationaux et la dignité des personnes handicapées.

Le 16 mars 2010, l'honorable Lawrence Cannon, ministre des Affaires étrangères et l'honorable Diane Finley, ministre de Ressources Humaines et Développement des compétences Canada ont ratifié la Convention relative aux droits des personnes handicapées au Siège des Nations Unies, dans la ville de New-York. C'est ainsi que le Canada a joint les rangs de la communauté internationale qui défend les droits des personnes handicapées.

Le Gouvernement du Canada a ensuite consulté différents intervenants (dont l'ACE) et les gouvernements provinciaux et territoriaux afin de recueillir de l'information sur les conséquences possibles de cette ratification sur leurs communautés respectives. Voici les questions que l'ACE a reçu du Gouvernement du Canada, de même que des extraits des réponses de l'ACE.

## 1. Quelles sont les plus grandes barrières auxquelles les personnes handicapées doivent faire face et qui les empêchent de participer pleinement au sein de leur communauté?

L'ACE est consciente que pour les personnes ayant un handicap mental ou physique, les barrières à l'occupation et à la pleine participation au sein de leurs communautés peuvent prendre plusieurs formes. En effet, des barrières à la participation des personnes handicapées existent dans les milieux physiques, politiques, de la santé et sociaux au Canada (Methot, 2004).

**Milieu physique :** Les barrières physiques sont, par exemple, le design et l'accessibilité des édifices publics et des transports en commun. Bien souvent, les ergothérapeutes sont les fournisseurs de soins de santé primaire des personnes qui font face à des barrières physiques qui les empêchent de participer à des occupations. Les ergothérapeutes prescrivent de l'équipement, de même que de l'entraînement ou des modifications pour favoriser la participation à des occupations quotidiennes.

**Milieu politique :** Au Canada, la politique relative aux personnes handicapées est fragmentée en différentes politiques au sein du gouvernement et des programmes ministériels (Boyce et al, 2001; McColl et Jongbloed, 2006). Il en résulte un accès inconstant aux possibilités et ressources offertes dans les communautés pour les personnes handicapées vivant au Canada.

**Milieu de la santé :** Le milieu actuel de la santé ne répond pas adéquatement aux besoins des personnes handicapées vivant au Canada. En général, les personnes handicapées n'ont pas besoin des types de services visant à traiter des maladies. Cette population est mieux servie par un système de santé axé sur la promotion de la santé et la prévention des blessures et de la maladie (OMS, 2009).

**Milieu social :** Les personnes handicapées sont exclues de plusieurs façons d'une pleine participation au sein de leurs collectivités. Plusieurs facteurs dissuasifs du système, comme les pensions pour invalidité qui ne permettent pas à la personne de faire des essais de travail, peuvent l'empêcher de participer à des occupations productives (McColl et Jongbloed, 2007). En outre, certaines attitudes discriminatoires empêchent les personnes handicapées de participer à des occupations significatives au sein de leurs communautés (Stienstra et D'Aubin, 2006).

L'ACE croit que tous les Canadiens ont le droit d'explorer et de participer à des occupations de leur choix. L'ACE travaille en vue de faciliter les changements sociaux qui favorisent la participation dans l'ensemble des communautés. La participation à des occupations significatives est un facteur déterminant de la santé.

## 2. À votre avis, les lois et les politiques actuelles au Canada sont-elles généralement conformes aux dispositions de la Convention?

Les milieux canadiens de la politique en matière d'invalidité sont dominés par plusieurs statuts et programmes à l'échelon fédéral. Des statuts comme les Lois constitutionnelles, la Loi sur la santé, la Loi sur l'équité en matière d'emploi, la Loi sur les droits de la personne et la Charte des droits et libertés définissent les personnes handicapées comme un groupe dont les droits sont protégés (Cameron et Valentine, 2006).

Des programmes sont offerts aux échelons provincial et territorial, ce qui signifie qu'à travers le Canada, des lois et des programmes différents touchent les personnes handicapées. Il y a des tensions entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux relativement au manque de ressources pour répondre adéquatement aux besoins occupationnels des personnes handicapées.

L'ACE recommande au Gouvernement du Canada de prendre des mesures afin d'aborder les questions qui déstabilisent actuellement le système de santé et la prestation de services aux personnes handicapées. L'ACE incite également le Gouvernement du Canada à passer à l'action afin que les lois, les politiques et les programmes



relatifs aux personnes handicapées soient plus uniformes et plus équitables à travers le Canada.

### **3. Quels sont les avantages associés à la ratification de la Convention pour le Canada, à l'échelon international?**

L'ACE croit que les partenariats internationaux et l'infrastructure canadienne ayant pour but de répondre aux besoins des personnes handicapées pourront bénéficier du processus visant à ratifier la Convention. En effet, le Canada est considéré dans le monde comme un leader en matière de démocratie. Bien que l'on considère que les Canadiens peuvent participer pleinement au processus démocratique et qu'ils jouissent des droits et libertés de la personne en tant que citoyens, ce n'est pas toujours le cas pour les personnes handicapées (Saloojee, 2002; Stienstra et D'Aubin, 2006). Dans les faits, les personnes handicapées ne sont pas en mesure d'agir à leur pleine capacité en tant que citoyens et il arrive souvent qu'elles ne soient pas aptes à participer à des occupations significatives dans leur vie quotidienne.

L'ACE croit que le processus visant à ratifier la Convention au Canada suscitera un dialogue national et international sur l'invalidité et qu'il représente la volonté du Canada de participer à ce genre de dialogue. La ratification donne la possibilité à toute la population canadienne de participer à la création d'une société juste et favorable à l'intégration, afin que tous les citoyens puissent participer à des occupations significatives de leur choix.

L'ACE croit que le Canada a beaucoup à offrir et à gagner en participant au dialogue sur les droits internationaux des personnes handicapées découlant de la ratification de la Convention. L'ACE soutient et reconnaît la ratification de la Convention et croit que tous les gens ont le droit de participer pleinement à la vie, avec leur famille et leurs communautés.

### **4. À votre avis, selon la perspective des obligations décrites dans la Convention, que devraient être les principales mesures que le gouvernement fédéral devrait prendre en matière de protection et de promotion des droits des personnes handicapées?**

Pour le Gouvernement du Canada, la ratification de la Convention a pour but de favoriser l'intégration sociale des personnes handicapées au Canada. Le Gouvernement du Canada doit donc collaborer avec les personnes handicapées au Canada et avec les groupes qui les représentent, afin de rendre le processus de ratification accessible dans tous les sens du terme aux personnes handicapées. Cet engagement permettrait aux personnes handicapées de jouer un rôle important dans leur communauté, en participant à l'occupation qui consiste à bâtir une société plus juste au Canada.

L'ACE revendique que tous les Canadiens aient accès à des possibilités et des ressources pour participer à des occupations qui sont significatives pour eux. Le Gouvernement du Canada doit immédiatement trouver des façons d'inciter les personnes handicapées et les

organismes s'intéressant aux personnes handicapées à participer aux discussions et processus visant à aborder les principes énoncés dans la Convention, afin de protéger et de promouvoir les droits des personnes handicapées.

### **5. Pouvez-vous suggérer des façons dont le Gouvernement du Canada pourrait travailler avec la communauté des personnes handicapées afin de promouvoir la Convention auprès de la population canadienne?**

Les ergothérapeutes interagissent souvent dans une relation spéciale qui consiste à revendiquer au nom des personnes handicapées. Cette situation est le résultat des barrières environnementales qui empêchent la pleine participation des personnes handicapées dans la communauté. Ainsi, pour inciter les membres de la communauté des personnes handicapées à promouvoir la Convention, il est essentiel de discuter des effets disproportionnés de ces barrières sur les personnes handicapées. La participation aux processus politiques doit être accessible aux personnes handicapées. Par ailleurs, les autres barrières à la participation, comme le manque ou l'inadéquation des mécanismes de soutien/ressources, de modèles à suivre et d'accessibilité physique, de même que les opinions discriminatoires doivent aussi être abordés (Stienstra et D'Aubin, 2006).

L'ACE comprend que le fait de travailler avec d'autres intervenants pour atteindre des buts communs peut avoir des effets positifs et c'est pourquoi elle a concentré ses efforts sur l'établissement d'alliances avec plus de 35 organisations, coalitions et groupes de travail. Par l'intermédiaire de ces collaborations, l'ACE cherche à exercer une influence positive sur la santé et le bien-être des personnes handicapées au Canada.

## **Remerciements**

L'auteure tient à remercier la Dre Mary Ann McColl qui a participé à la rédaction de cet article.

## **Références**

- Boyce, W., Tremblay, M., McColl, M.A., Bickenbach, J., Crichton, A., Andrews, S., Gerein, N., D'Aubin, A. (2001). *A seat at the table: Persons with disabilities & policy making*. Montreal, QC & Kingston, ON: McGill's University Press.
- Cameron, D. et Valentine, F. (2001). *Disability and federalism: Comparing different approaches to full-time participation*. Montreal, QC & Kingston, ON: McGill-Queen's University Press.
- McColl, M.A. et Jongbloed, L. (Ed.). (2006). *Disability and Social Policy in Canada*. (2nd Ed.). Concord, ON: Captus University Publications.
- Methot, D. (2004). Message de la présidente de l'ACE. *Actualités ergothérapeutiques*, 6(5). Téléchargé au : <http://www.caot.ca//default.asp?pageid=1176>

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2009). *Disability and Research Team* (DAR). Téléchargé sur le site web de l'OMS : <http://www.who.int/disabilities/en/>.

Saloojee, A. (2002). *Inclusion et exclusion : Cadre d'analyse en vue de comprendre la participation des collectivités racialisées et des collectivités de nouveaux venus à la vie politique canadienne*. Téléchargé à Métropolis, un réseau international sur la politique publique : [http://canada.metropolis.net/events/Political%20Participation/AGENDA\\_f.htm](http://canada.metropolis.net/events/Political%20Participation/AGENDA_f.htm)

Stienstra, D. et D'Aubin, A. (2006). People with Disabilities and Political Participation. Dans McColl, M.A. et Jongbloed, L. (Édits.). *Disability and Social Policy*, (2<sup>nd</sup> Ed.) (p. 213 à 232). Concord, ON: Captus Press.

# Utiliser l'éclairage pour prévenir les chutes : quelques données probantes préliminaires

Dorothy Kessler, Frank Knoefel et Rafik Goubran



La disponibilité et l'utilisation de l'éclairage sont des aspects importants à considérer pour les ergothérapeutes travaillant dans le domaine de la prévention des chutes. En effet, les chutes sont un accident courant au sein de la population vieillissante. Environ 30 % des personnes âgées de plus de 65 ans sont victimes de chutes annuellement et, de 10 % à 15 % de ces chutes entraînent des blessures majeures, comme des fractures (Aharonoff, Dennis, Elshinawy, Zuckerman et Koval, 2003; Howland et al., 1993; Lee, Wong et Lau, 1999; Tinetti, Speechley et Ginter, 1988). Environ 40 % des admissions dans les établissements de soins de longue durée sont associées à des chutes, à une perte considérable d'autonomie et à une réduction de la qualité de vie (Howland et al., 1993; Lee et al., 1999; Tinetti et al., 1988; Mandavia D et Newton K, 1998). La plupart des chutes se produisent à domicile et plus du tiers ont lieu dans la salle de bain et dans la chambre à coucher (Devito et al., 1988; Lee et al., 1999). Bien que des études aient démontré que les aînés tombent plus souvent pendant la période la plus intense des activités de la vie quotidienne, bon nombre de personnes âgées ont une moins bonne acuité visuelle, une mobilité réduite et elles utilisent davantage les aides à la marche, ce qui affecte grandement leur équilibre et leur capacité de marcher en toute sécurité dans des conditions de faible éclairage (Lee et al., 1999).

Les ergothérapeutes qui travaillent dans le domaine de la prévention des chutes évaluent l'éclairage dans l'environnement du client et leur recommandent parfois d'utiliser l'éclairage la nuit pour réduire les risques de chutes. Toutefois, on retrouve peu d'information dans la littérature à savoir qui sont les personnes qui se servent de l'éclairage la nuit et si les séances éducatives sur l'utilisation de l'éclairage s'avèrent efficaces. Afin de déterminer si les technologies d'éclairage intelligent pourraient jouer un rôle dans la prévention des chutes, il est important de recueillir des données sur les personnes qui utilisent la lumière la nuit à la suite de leur réadaptation et de savoir si l'utilisation de l'éclairage permet d'améliorer l'intervention et l'enseignement offerts par les ergothérapeutes.

Les technologies de l'éclairage intelligent comprennent les lumières activées par des capteurs et par le mouvement qui sont déclenchées par les activités de la vie quotidienne. Par exemple, un tapis-contact placé sous un matelas peut activer l'éclairage du couloir menant à la salle de bain lorsqu'une personne se lève pendant la nuit, afin de l'orienter et de prévenir les chutes.

L'équipe de recherche du projet Technology Assisted Friendly Environment for the Third Age (TAFETA) for Older Adults ([www.tafeta.ca](http://www.tafeta.ca)) est un partenariat entre l'Institut de recherche Elizabeth Bruyère des Soins continus Bruyère de l'Université d'Ottawa et la Carleton University, à Ottawa, en Ontario. Cette équipe interdisciplinaire, composée de cliniciens, d'ingénieurs et autres, participe à des recherches sur une large gamme de technologies qui abordent divers problèmes cliniques auxquels font face les personnes ayant

des handicaps physiques ou cognitifs.

L'éclairage intelligent est un exemple des technologies qui sont mises à l'essai dans l'appartement intelligent de TAFETA, un appartement à une chambre à coucher qui est géré par les Soins continus Bruyère. Les autres technologies à l'essai sont, entre autres, les capteurs de mouvements qui peuvent activer un appel d'urgence si un client ne revient pas dans son lit après s'être levé la nuit, parce qu'il a possiblement fait une chute; ou encore un réfrigérateur parlant qui rappelle au client qu'il a laissé la porte ouverte, qui peut enregistrer les activités et aviser un fournisseur de soins que la porte n'a pas été ouverte depuis 24 heures. L'équipe teste également des planchers SmartCells® installés dans la salle de bain de l'appartement. Les planchers SmartCells® sont composés de rouleaux de caoutchouc qui sont intégrés sous la surface du plancher. On croit que ces rouleaux sont suffisamment porteurs pour réduire l'impact d'une chute. Les chercheurs de TAFETA travaillent également à la création de systèmes de communication et de stockage qui intégreront et feront le sommaire de l'information recueillie à partir de ces technologies et qui émettront des avertissements sur leur statut pratique aux fournisseurs de soins et aux cliniciens.

## Recherche

Une étude a été menée dans l'appartement intelligent de TAFETA en vue d'évaluer la préférence des utilisateurs face aux technologies d'éclairage intelligent utilisées pour aider les aînés à se déplacer dans l'obscurité. Dans cette étude, on a observé que lorsque l'on donnait à certains participants la possibilité de n'utiliser « aucune lumière », ils n'allumaient alors aucune lumière et se rendaient jusqu'à la salle de bain dans l'obscurité. Les auteurs voulaient savoir si certaines caractéristiques pouvaient être utilisées pour identifier les personnes qui prennent des risques. Cette information pourrait aider les cliniciens à planifier plus efficacement leurs interventions.

Pour cette étude, on a simulé les conditions d'obscurité en fermant les portes et en placardant les fenêtres de l'appartement. Les technologies de l'éclairage intelligent étaient les suivantes : (1) le système Lited Pathway® qui

**À propos des auteurs – Dorothy Kessler, MSc, OT Reg (Ont),** est une étudiante au doctorat à l'Université d'Ottawa. Au moment de la rédaction de cet article, elle était leader professionnel en ergothérapie aux Soins continus Bruyère. On peut la joindre à [dkessler@bruyere.org](mailto:dkessler@bruyere.org).

**Frank Knoefel, BSc, MD, CCFP (CoE),** est un médecin ayant reçu une formation en gériatrie et possédant une vaste expérience en réadaptation gériatrique. Il est actuellement le vice-président des affaires médicales, de l'information clinique et du soutien aux Soins continus Bruyère.

**Rafik Goubran, BSc, MSc, PhD, P.Eng.,** est un chef de file dans le domaine du traitement du signal. Il est le doyen de la Faculty of Engineering and Design à la Carleton University, à Ottawa.

comprend des rubans illuminés autour du cadre de la porte de la salle de bain et (2) un système d'éclairage temporisé illuminant la salle de bain et la chambre à coucher. Les deux systèmes fonctionnent à partir de capteurs de pressions situés sous le matelas et d'un détecteur de mouvement pour allumer et éteindre les systèmes d'éclairage.

Trente-six participants, dont 22 femmes et 14 hommes ont été recrutés au sein des programmes de réadaptation des patients hospitalisés ayant subi un AVC ou des programmes de gériatrie et neuro-musculo-squelettiques et du programme de jour en gériatrie. L'âge moyen des participants était de 76 ans, avec une étendue de 54 ans à 93 ans. Pour participer à l'étude, les participants devaient être âgés de 50 ans et plus, être aptes à donner leur consentement en français ou en anglais et à se déplacer et à faire des transferts au lit avec supervision ou à l'aide de consignes verbales. Les participants aveugles ne pouvaient faire partie de l'étude. Les participants ont été interviewés afin de recueillir de l'information sur leur santé, l'éclairage de leur domicile et leurs habitudes quant à leurs visites à la salle de bain avant leur hospitalisation; puis, ils ont été évalués à l'aide de déplacements simulés à la salle de bain dans l'obscurité, dans différentes conditions : des rubans illuminés Lited Pathway®, la solution d'éclairage temporisé Austco et aucun éclairage. Six scénarios de tests variant l'ordre dans lequel les conditions d'éclairage étaient présentées ont été attribués au hasard aux participants, qui ont reçu chacun l'un de ces scénarios. Dans chacun de ces scénarios, les participants avaient aussi le choix d'allumer l'éclairage régulier de la pièce.

**Tableau 1. Comparaison entre les participants qui n'ont pas utilisé l'éclairage avant et après la réadaptation**

	« Lumières éteintes » Avant la réadaptation (21)	« Lumières éteintes » Après la réadaptation(10)	Valeur P
Âge >75 ans	52,4 % (n=11)	50,0 % (n=5)	P=1,0
Accident vasculaire cérébral	61,9 % (n=13)	60,0 % (n=6)	P=1,0
Problème orthopédique	19,0 % (n=4)	10,0 % (n=1)	P<0,6
Utilisation d'une aide à la marche à domicile	38,1 % (n=8)	50,0 % (n=5)	P<0,5
Utilisation d'une aide à la marche dans la pièce	85,7 % (n=18)	100,0 % (n=10)	P<0,25
Sentiment d'insécurité	14,3 % (n=3)	3,0 % (n=3)	P<0,1

Parmi les 36 clients qui ont participé à l'étude, 21 (58 %) n'utilisaient pas d'éclairage à la maison auparavant pour se rendre à la salle de bain pendant la nuit. Onze de ces personnes (52 %) ont choisi d'utiliser l'éclairage, alors que 10 (48 %) ont continué de se déplacer dans l'obscurité après la réadaptation. Le tableau 1 présente les résultats de l'analyse.

N.B. Aucune valeur P n'a atteint une valeur significative sur le plan statistique

### Pertinence clinique

Il est intéressant de noter que parmi les 21 clients qui n'utilisaient pas les lumières avant leur réadaptation, environ la moitié ont choisi d'utiliser l'éclairage pendant l'étude. Seulement dix d'entre eux ont continué à se déplacer dans l'obscurité. Ces résultats ne nous permettent pas de connaître les raisons ayant motivé les onze clients qui ont changé leurs habitudes à utiliser l'éclairage. Il est aussi intéressant de noter que l'âge n'était pas un facteur déterminant dans le choix d'utiliser ou non l'éclairage la nuit.

Bien que les résultats ne soient pas significatifs sur le plan statistique, certains résultats suggèrent des enjeux ayant une importance clinique. Par exemple, on ne sait pas clairement pourquoi un fort pourcentage de clients ayant été victimes d'un AVC, qui se servent d'aides à la marche et ceux qui souffrent d'insécurité ont continué de se déplacer dans l'obscurité, même après leur réadaptation. Les raisons possibles à prendre en considération lors d'une réflexion sur la pratique dans ce domaine sont les suivantes :

- Les clients ayant été victimes d'un AVC peuvent avoir des déficits, tels que des réactions impulsives ou une moins grande capacité d'introspection face à leurs capacités, ce qui peut avoir un impact sur leur décision d'utiliser ou non l'éclairage.
- Les clients qui se servent d'une aide à la marche peuvent avoir un sentiment de sécurité face à cette aide et peuvent avoir ou non une main libre pour allumer une lumière.
- Certains clients peuvent avoir besoin d'une approche différente pour adopter des habitudes différentes face à l'éclairage.
- Les ergothérapeutes travaillant dans le domaine de la réadaptation des AVC se concentrent parfois davantage sur l'amélioration des habiletés, p. ex. habiletés pour utiliser des aides techniques afin de favoriser l'autonomie et la sécurité, que sur la prévention des chutes. Par opposition, les clients ayant des problèmes orthopédiques sont fréquemment admis en raison d'une chute et ils reçoivent par conséquent plus d'entraînement et d'information sur la prévention des chutes. Les ergothérapeutes travaillant dans le domaine de la réadaptation des AVC peuvent se demander comment ils peuvent aborder la prévention des chutes dans leur pratique.
- L'environnement/le plan d'expérience de l'étude peut avoir eu un effet sur la décision des patients d'utiliser ou non l'éclairage. En effet, les clients se sentaient peut-être rassurés dans un milieu hospitalier supervisé ou encore, la simulation de la nuit n'était peut-être pas suffisamment proche de la « vie réelle », c'est-à-dire devoir s'accommoder aux conditions d'éclairage lorsqu'on se réveille la nuit.

Les ergothérapeutes pourraient se servir des résultats de cette étude pour réfléchir à leur pratique avec les clients et déterminer ainsi si ces derniers ont besoin d'interventions spécifiques pour utiliser l'éclairage la nuit afin d'éviter les chutes. Les clients ayant besoin d'interventions ergothérapeutiques pour les inciter à se servir davantage de l'éclairage pour se déplacer la nuit pourraient tirer profit de l'application des technologies de l'éclairage intelligent en milieu clinique ou au domicile des clients.

L'étude décrite dans cet article commence à fournir quelques pistes de réflexion sur les facteurs exerçant une influence sur le choix des clients des services de réadaptation de se servir ou non de l'éclairage pour se déplacer la nuit, et cela même si l'échantillon était petit. D'autres recherches seront requises pour confirmer ces résultats. Veuillez communiquer avec les auteurs pour toute autre information concernant le plan expérimental de l'étude.

## Références

- Aharonoff, G. B., Dennis, M. G., Elshinawy, A., Zuckerman, J. D., et Koval, K. J. (2003). Circumstances of falls causing hip fractures in the elderly. 1998. *J.Orthop.Trauma*, 17, S22-S26.
- Devito, C. A., Lambert, D. A., Sattin, R. W., Bacchelli, S., Ros, A., et Rodriguez, J. G. (1988). Fall injuries among the elderly. Community-based surveillance. *J.Am.Geriatr.Soc.*, 36, 1029-1035.
- Howland, J., Peterson, E. W., Levin, W. C., Fried, L., Pordon, D., et Bak, S. (1993). Fear of falling among the community-dwelling elderly. *J.Aging Health*, 5, 229-243.
- Lee, V. M., Wong, T. W., et Lau, C. C. (1999). Home accidents in elderly patients presenting to an emergency department. *Accid.Emerg.Nurs.*, 7, 96-102.
- Mandavia D et Newton K (1998). Geriatric trauma. *Emerg Med Clin North Am*, 16, 257-274.
- Tinetti, M. E., Speechley, M., et Ginter, S. F. (1988). Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N.Engl.J.Med.*, 319, 1701-1707.



Responsables : Jonathan Rivero et  
Christel Seeberger

# Des ergothérapeutes à titre de gestionnaires des soins cliniques au sein des Anciens combattants Canada

Marion Hutton

Les gestionnaires de soins cliniques (GSC) offrent des services de gestion intensifs aux clients des Anciens combattants Canada (ACC) ayant des besoins complexes en matière de santé mentale. Ces clients ont souvent des symptômes sévères et des conditions co-morbides; ils ne connaissent ou n'utilisent pas les mécanismes de soutien et les services offerts dans leurs communautés et ils éprouvent des difficultés face à divers aspects de leur vie quotidienne. Pour aider ces clients à répondre à leurs besoins, il faut donc leur offrir des services de gestion intensifs en vue de favoriser la coordination des services et de leur donner un soutien et du counselling sur une base régulière.

## À propos de l'auteure –

En 2003, Marion a mis son pied le Life Care Planning (LCP); il s'agit du seul service de réadaptation multidisciplinaire dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut. LCP a pris de l'expansion et est devenu une entreprise bien établie, qui offre des services de gestion du handicap aux grands employeurs comme ceux de l'industrie du diamant, de même qu'aux avocats et aux compagnies d'assurance.

En 2009, le portail web pour les diplômés internationaux en ergothérapie a été lancé; on y retrouvait un cours webinaires sur les expériences de Marion. Par ailleurs, la Akaitcho Business Development Corporation a décerné à Marion le titre de « Entreprise de jeunes de l'année ». Marion représente les Territoires du Nord-Ouest au conseil national de l'ACE.

Le rôle du gestionnaire des soins cliniques est de mettre son expertise à contribution pour aider le gestionnaire de cas des ACC (le principal gestionnaire de cas) à mettre en œuvre le plan de soins des ACC pour les clients ayant des besoins complexes en matière de santé mentale. Le rôle du gestionnaire des soins cliniques est donc le suivant :

- établir une relation solide fondée sur le soutien avec le client et la famille;
- aider le client à atteindre les objectifs du plan de soins;
- établir la liaison entre le client et les ressources de la communauté;
- favoriser l'accès aux services d'intervention requis;
- offrir un soutien régulier au client;
- collaborer avec le gestionnaire de cas des ACC;
- offrir des services de consultation à d'autres fournisseurs de services de santé.

Le gestionnaire des soins cliniques n'offre pas de thérapie clinique ou de

counselling. Toutefois, c'est le gestionnaire de cas des ACC qui détermine avec l'équipe interdisciplinaire du bureau du district et l'agente régionale de santé mentale si un client donné pourrait bénéficier des services d'un gestionnaire des soins cliniques.

Au cours des deux dernières années, plus de 160 psychologues, travailleurs sociaux et infirmières à travers le pays se sont mis à la disposition des AAC pour offrir des services de gestion des soins cliniques. En septembre 2009,

ACC a identifié les ergothérapeutes à titre de professionnels pouvant jouer le rôle de gestionnaire des soins cliniques et accepte maintenant les candidatures des ergothérapeutes inscrits au tableau d'un organisme de réglementation qui détiennent le minimum d'un baccalauréat en ergothérapie et qui possèdent au moins cinq ans d'expérience en santé mentale.

La Dre Tina Pranger, ergothérapeute et agente nationale de santé mentale aux ACC décrit le rôle qu'elle a joué afin que les ergothérapeutes soient ajoutés à la liste d'intervenants pouvant agir à titre de gestionnaires des soins cliniques.

« J'étais la directrice du programme de réadaptation des ACC depuis trois ans lorsque j'ai commencé à travailler à la direction de la santé mentale, où j'ai découvert le rôle de gestionnaire des soins cliniques. En découvrant ce rôle, je me suis dit qu'il était fait sur mesure pour les ergothérapeutes et qu'il convenait parfaitement à notre profession. Heureusement, l'une de mes tâches était de recruter des gestionnaires des soins cliniques. En assumant cette fonction, j'ai revendiqué ce rôle pour les ergothérapeutes et j'ai travaillé en vue de recruter des ergothérapeutes pour occuper cette fonction, parce qu'au début, ce rôle était rempli uniquement par des psychologues, des travailleurs sociaux et des infirmières.

Au cours des six derniers mois, c'est-à-dire depuis que le rôle de gestionnaire clinique a été ouvert aux ergothérapeutes, 73 gestionnaires ergothérapeutes se sont inscrits à travers le pays.

On peut joindre Tina Pranger à l'adresse suivante :

## Tina Pranger, PhD, OT (C)

Agente nationale de santé mentale  
Anciens combattant Canada  
P.O. Box 7700 Charlottetown  
PE C1A 8M9

Téléphone : 902-626-2652

Télécop. : 902-566-8890

Courriel : Tina.Pranger@vac-acc.gc.ca

# Le programme canadien de formation en prévention des chutes : une possibilité d'apprentissage interdisciplinaire en ligne

Mary Lou Boudreau

Le programme canadien de formation en prévention des chutes est un cours en ligne qui adopte une perspective interdisciplinaire sur la prévention des chutes en présentant des faits scientifiques en vue de l'élaboration d'un programme de prévention des chutes. Le cours a été conçu par la Dre Vicki Scott et son équipe, grâce à une subvention de l'Agence de la santé publique du Canada et il a été largement mis à l'essai tout au long de sa conception.

Le cours est organisé de manière à guider le participant à travers toutes les étapes de la création d'un programme de prévention des chutes, tout en lui présentant des données et des ressources à chaque étape. Le premier module, intitulé « définir le problème » présente des définitions, des statistiques, des façons d'utiliser les statistiques et les types de statistiques que l'on peut recueillir dans son propre milieu de travail. Le module suivant traite des « facteurs de risque » et enseigne au participant des façons d'identifier les risques qui sont présents dans son propre milieu de travail (soins aigus, soins de longue durée, soins à base communautaire, etc.). Le troisième module propose un modèle d'intervention qui est un complément au Modèle canadien du rendement

occupationnel et de participation (Townsend et Polatajko, 2007), tout en mettant l'accent sur les pratiques exemplaires. Le quatrième module discute de la mise en œuvre d'un programme et le dernier module traite de l'évaluation. Les participants choisissent une étude de cas au début du cours. À la fin de chaque module, ils appliquent ce qu'ils ont

**À propos de l'auteure – Mary Lou Boudreau, MSc, OT Reg (Ont),** est facilitatrice en chef pour le programme canadien de formation en prévention des chutes.

appris à leur étude de cas. À la fin du cours, les participants ont élaboré un programme, de sa création à son évaluation.

Comme le cours est maintenant offert en ligne, il est accessible à toute personne, qui peut le suivre à son propre rythme, à partir de son propre site. Il est également possible de suivre le cours en ligne en formant un groupe de personnes travaillant dans le même milieu. Comme le cours permet d'appliquer les connaissances acquises à un cas, il est possible pour un groupe d'utiliser sa propre situation comme étude de cas et d'élaborer un programme qui pourrait être mis en place dans son milieu de travail. Le lien pour connaître tous les détails du cours est le suivant :

<http://www.uvcs.uvic.ca/aspnet/Course/Detail/?code=HPCF215>

Il est également possible de suivre le cours en personne dans votre ville. En effet, il y a dans chaque province un organisme directeur qui a une liste de facilitateurs reconnus qui se feront un plaisir de collaborer avec vous pour planifier un cours. Pour trouver l'organisme directeur dans votre province, consultez le lien suivant :

[http://www.injuryresearch.bc.ca/admin/DocUpload/3\\_20090130\\_100614Provincial%20Leads.pdf](http://www.injuryresearch.bc.ca/admin/DocUpload/3_20090130_100614Provincial%20Leads.pdf)



## Référence

Townsend, E.A., et Polatajko, H.J. (2007) *Faciliter l'Occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.



Responsable : Heidi Cramm

# Les environnements favorisant l'intégration : le rôle de l'ergothérapie

Katie Semple, Beth Blowes, Elizabeth Steggles et Sue Baptiste

L'accessibilité signifie beaucoup plus que l'accès à l'environnement physique et elle fait appel à l'intégration en toute dignité de toute personne dans les services, les activités et les relations. L'accessibilité est un domaine très large dans lequel les ergothérapeutes ont des possibilités exceptionnelles de mettre leur expertise professionnelle à contribution. Par ailleurs, la demande d'experts en

accessibilité est susceptible d'augmenter dans les prochaines années afin de répondre aux exigences de la Loi sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario (2005) (AODA) et les ergothérapeutes semblent être des intervenants de choix pour répondre à ce besoin. En effet, les ergothérapeutes sont bien préparés pour intervenir dans ce domaine, compte tenu de leur façon de concevoir la fonction, le handicap et les relations entre la personne, l'environnement et l'occupation (Ringaert, 2002). Ainsi, les ergothérapeutes devraient jouer un rôle de premier plan en matière d'accessibilité et de conception universelle, car ces aspects ont des conséquences directes sur le rendement occupationnel (Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 2009; Ringaert, 2002).

Cet article décrit un projet de fin d'études en ergothérapie qui a été réalisé en 2009, dans le cadre d'une enquête sur l'accessibilité qui avait débuté en 2007 à la McMaster University. Les expériences associées au projet de 2007 ont été présentées dans un article antérieur (Adam et al., 2008). Selon les résultats du projet, tout porte à croire que les ergothérapeutes ne contribuent pas autant qu'ils le pourraient au domaine de l'accessibilité. Les résultats de projets antérieurs et une recension en profondeur des écrits ont permis de mettre en évidence le besoin d'explorer le rôle des ergothérapeutes dans le domaine de l'accessibilité et dans la création d'environnements favorables à l'intégration.

**À propos des auteures – Katie Semple, MSc (OT), OT Reg (Ont)**, a récemment obtenu son diplôme au programme d'ergothérapie de la McMaster University. Elle est actuellement employée à titre de gestionnaire de cas, au sein de Progressive Case Management, à Hamilton. On peut la joindre à [katiefaithsemple@gmail.com](mailto:katiefaithsemple@gmail.com).

**Beth Blowes, MSc (OT), OT Reg (Ont)**, a récemment obtenu son diplôme au programme d'ergothérapie de la McMaster University. Elle est actuellement à l'emploi des Milestone Therapy Services, où elle travaille dans le domaine de l'évaluation à domicile et de la conception adaptée. On peut la joindre à [bethblowes@gmail.com](mailto:bethblowes@gmail.com).

**Elizabeth Steggles** est professeure agrégée et coordonnatrice à la School of Rehabilitation Science, à la McMaster University, à Hamilton, en Ontario. Elle est membre fondateur de Accessibly Yours, qui a dirigé l'enquête sur l'accessibilité du campus.

**Sue Baptiste, professeure à la McMaster University**, est l'un des membres fondateurs de Accessibly Yours, un service de consultation de la School of Rehabilitation Science, et elle a un engagement profond envers l'intégration dans la société.

## Entrevues

Après avoir obtenu le consentement des participants, des entrevues semi-structurées ont été effectuées auprès de 12 ergothérapeutes et autres professionnels travaillant dans le domaine de l'accessibilité. Les ergothérapeutes interrogés possédaient de 8 à 38 ans d'expérience en ergothérapie. Les autres professionnels interviewés avaient travaillé de 7 à 36 ans dans le domaine de l'accessibilité. Les entrevues, d'une durée de 15 à 60 minutes, ont été transcrites et codées afin de faire ressortir les thèmes. Aucune différence significative n'a été observée entre les réponses données par les ergothérapeutes et celles des autres professionnels.

## Résultats

Les thèmes ciblés à partir des entrevues étaient notamment le rôle actuel des ergothérapeutes dans le domaine de l'accessibilité, le rôle futur des ergothérapeutes dans le domaine de l'accessibilité, les compétences des ergothérapeutes, les barrières empêchant l'ergothérapeute ou le professionnel de s'acquitter de ce rôle, la formation en ergothérapie en matière d'accessibilité et les professionnels travaillant dans le domaine de l'accessibilité. Chaque thème est décrit en détail dans les prochains paragraphes.

## Rôle actuel des ergothérapeutes dans le domaine de l'accessibilité

La majorité des participants ont indiqué que les ergothérapeutes travaillent généralement avec leurs clients sur une base individuelle pour aborder les questions d'accessibilité. Un participant a mentionné que « par définition, les ergothérapeutes travaillent avec des individus ». Selon les participants, le milieu de travail le plus commun des ergothérapeutes est le domicile du client, principalement pour évaluer les modifications domiciliaires requises. Les participants ont aussi discuté du rôle joué par les ergothérapeutes pour aider les clients à trouver des ressources, à prendre des décisions judicieuses et à comprendre leurs besoins en matière d'accessibilité. Certains ergothérapeutes travaillent à titre d'expert-conseil, en aidant notamment les entrepreneurs en construction à veiller à ce que les espaces soient accessibles. Sur cet aspect, un participant a fait la remarque suivante : « le rôle de l'ergothérapeute est d'aider l'entrepreneur en construction à concevoir pour demain plutôt que pour aujourd'hui ». Cette citation démontre que les ergothérapeutes peuvent mettre à contribution leur perspective unique dans ce domaine d'expertise et avoir un impact positif. Quelques participants ont discuté de la participation limitée des ergothérapeutes face à des questions plus générales en matière d'accessibilité; toutefois, le rôle actuel des ergothérapeutes à titre d'agent de changement a été mis en relief dans les entrevues.



## Rôle futur des ergothérapeutes dans le domaine de l'accessibilité

La majorité des participants ont affirmé que les ergothérapeutes peuvent jouer un rôle dans le domaine de l'accessibilité et ce, dans tous les types d'environnements où les occupations sont réalisées, s'ils ont reçu une formation dans ce domaine. Ceci est mis en relief dans l'affirmation suivante d'un participant : « il serait logique que tout environnement dans lequel des occupations sont réalisées soit éventuellement accessible ». Dans le même ordre d'idées, les participants ont indiqué que les ergothérapeutes peuvent participer à différents niveaux s'ils ont acquis l'expertise requise. Par exemple, les ergothérapeutes peuvent siéger à des comités sur l'accessibilité, agir à titre d'expert-conseil, effectuer des évaluations physiques, jouer un rôle de leadership au niveau politique, faire des dessins techniques et participer à la planification. Les participants ont aussi discuté du rôle que les ergothérapeutes pourraient jouer en offrant de la formation à divers groupes. Ce rôle comprendrait également l'élaboration de ressources et l'aiguillage des gens vers de l'information en matière d'accessibilité. Les ergothérapeutes peuvent aussi agir à titre de facilitateur et former des groupes, afin de combler le fossé entre les professionnels en design et les personnes handicapées. L'idée de faire des activités de revendication a également été mentionnée comme étant un rôle d'avenir important pour les ergothérapeutes. Ce rôle permettrait de veiller à ce toute personne ait accès à tous les types d'environnement, peu importe son degré d'habiletés.

## Compétences des ergothérapeutes

Les participants ont identifié plusieurs compétences qui font des ergothérapeutes des intervenants de choix



dans le domaine de l'accessibilité. Les participants ont indiqué que les ergothérapeutes étaient sensibilisés aux situations de handicap et qu'ils étaient aptes à cibler les besoins particuliers des clients. Ils possèdent en effet des connaissances sur les capacités fonctionnelles des clients, ce qui est essentiel pour créer des environnements favorables à l'intégration. La citation suivante d'un participant le démontre : « il faut que les ergothérapeutes soient présents lors de l'élaboration des politiques, car ils savent ce dont les clients ont besoin ». Outre le fait que les ergothérapeutes soient sensibilisés aux clients et à leurs besoins variés, ils se préoccupent également de l'influence de l'environnement sur le degré de participation d'une personne. Ceci s'applique directement à l'accessibilité, comme le démontre la citation suivante d'un participant : « nous avons une façon particulière de concevoir la personne, l'environnement et l'occupation et de les mettre en correspondance, ce qui, selon moi définit l'accessibilité ». Les autres compétences ciblées par les participants étaient les habiletés de revendication, le leadership, les habiletés analytiques et de communication, de même que l'engagement à poursuivre sa formation tout au long de la vie et à trouver des ressources actuelles et factuelles.

## Barrières empêchant l'ergothérapeute ou le professionnel de s'acquitter de ce rôle

Selon les participants, la principale barrière à la participation des ergothérapeutes aux questions touchant l'accessibilité est le manque de formation sur de nombreux aspects. Ceci comprend, notamment, le fait que les autres professionnels en matière d'accessibilité ne connaissent pas l'ensemble des compétences des ergothérapeutes. Par ailleurs, les participants ont indiqué que les ergothérapeutes ne reconnaissent pas toujours leurs propres habiletés dans ce domaine, ce qui s'ajoute au manque de formation sur l'accessibilité dans les programmes d'ergothérapie. En outre, les participants ont discuté du fait que les ergothérapeutes ne saisissent pas toujours les occasions de promouvoir leurs compétences dans le domaine de l'accessibilité. Un participant a affirmé que « les ergothérapeutes ne sont pas très enclins à se faire valoir et à agir comme des gens d'affaires ». Un autre participant a encouragé les ergothérapeutes à passer à l'action, en affirmant : « il faut maintenant passer à l'action, promouvoir les ergothérapeutes et faire savoir aux autres ce que nous faisons ». Certains participants ont dit qu'ils ne se sentaient pas à l'aise de participer à des enjeux politiques, ce qui explique le manque d'ergothérapeutes en position de pouvoir. Le sentiment d'impuissance peut aussi mener à l'inaction, car il est parfois plus simple d'ignorer les problèmes.

## La formation en ergothérapie en matière d'accessibilité

Les opinions étaient partagées sur la question visant à déterminer si les ergothérapeutes reçoivent suffisamment de formation dans le domaine de l'accessibilité. Certains participants avaient l'impression que les étudiants en ergothérapie étaient exposés à ce domaine; toutefois, comme les étudiants obtiennent leur diplôme en tant que généralistes, on s'attend à ce qu'ils poursuivent leur

développement professionnel. D'autres participants ont proposé que l'on enseigne plus de compétences pratiques, comme les compétences pour faire des analyses et le dessin technique. Ceci est mis en évidence dans la citation suivante d'un participant : « les programmes d'ergothérapie doivent enseigner des compétences particulières et favoriser l'apprentissage par problème à l'aide d'habiletés et de connaissances relatives aux analyses, aux normes, aux politiques, aux lois et aux codes ». Comme l'accessibilité est un nouveau domaine qui évolue constamment, il s'agit d'un sujet complexe qu'il est difficile d'aborder en profondeur dans un programme de deux ans en ergothérapie. Parmi les suggestions des participants visant à améliorer la formation en ergothérapie, citons une plus grande collaboration entre les écoles d'ergothérapie et les entrepreneurs en construction et plus de possibilités de formation continue afin que les étudiants développent d'autres champs d'intérêts.

## Professionnels travaillant dans le domaine de l'accessibilité

Voici la liste des personnes identifiées par les participants comme des joueurs de premier plan dans le domaine de l'accessibilité :

- Consommateurs
- Bailleurs de fonds
- Architectes
- Ingénieurs
- Designer d'espaces intérieurs
- Fabricants
- Entrepreneurs en construction
- Travailleurs sociaux
- Experts en accessibilité
- Planificateurs municipaux
- Physiothérapeutes
- Décideurs
- Personnes de métier

## Conclusion

Les participants à ce projet croient que les ergothérapeutes jouent actuellement un rôle dans le domaine de l'accessibilité, en particulier lorsqu'ils travaillent avec des clients individuels, à leur domicile. Comme les opinions exprimées par les participants le démontrent, les ergothérapeutes peuvent aussi participer à un niveau plus général, par exemple en contribuant à la création et à la mise en œuvre de normes en matière d'accessibilité. L'ACE a élaboré une prise de position sur le design universel et l'ergothérapie (ACE, 2009). Les suggestions émises dans la prise de position se reflètent dans les idées proposées par les participants de ce projet. Ces suggestions sont, notamment, que les ergothérapeutes établissent des partenariats avec des joueurs de premier plan dans le domaine de l'accessibilité, qu'ils revendiquent la création d'environnements favorisant l'intégration, qu'ils participent au niveau politique et qu'ils fassent valoir aux autres le rôle de l'ergothérapie et l'importance de l'intégration et de l'universalité (ACE, 2009).

Pour s'impliquer davantage face aux questions d'accessibilité, les ergothérapeutes doivent reconnaître

leur rôle et revendiquer leur participation. Les participants à ce projet avaient le sentiment que la capacité des ergothérapeutes de travailler dans ce domaine peut être limitée en raison d'un manque d'autopromotion, car si les ergothérapeutes faisaient valoir leurs compétences, d'autres professionnels pourraient reconnaître la valeur de l'ergothérapie. Les ergothérapeutes se trouvent peut-être dans une situation idéale pour contribuer au domaine de l'accessibilité et créer des environnements favorisant l'intégration, compte tenu de leur ensemble de compétences et de leur perspective unique. L'accessibilité est en lien direct avec l'occupation; il s'agit donc d'un domaine qui ne peut être ignoré par les ergothérapeutes, sans quoi, ils perdront éventuellement la possibilité d'y jouer un rôle.

## Références

- Adam, D., Cornelisse, D., Harding, J., Zambon, J., Baptiste, S., et Steggle, E. (2008). L'ergothérapie pour accroître l'accessibilité d'un campus universitaire. *Actualités ergothérapeutiques*, 10, 13-15.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2009). Prise de position de l'ACE: le design universel et l'ergothérapie. *Actualités ergothérapeutiques*, 11, 26-28.
- Ministère des services sociaux et communautaires. (2009). *Accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario*. Téléchargé au <http://www.mcsc.gov.on.ca/mcss/english/pillars/accessibilityOntario>.
- Ringaert, L. (2002). Le design universel et l'ergothérapie. *Actualités ergothérapeutiques*, 4, 28-30.



Responsables : Lili Liu et Misako Miyazaki

# Être ou ne pas être sur Facebook : Voilà la question

Rashid Kashani, Susan Burwash et Anita Hamilton

Les professionnels de la santé ont le mandat d'améliorer continuellement leurs connaissances et compétences professionnelles, ce qui repose largement sur leurs habiletés de réseautage. Au cours de la dernière décennie, notre capacité de réseauter avec des collègues a été rehaussée par l'expansion et l'amélioration de la facilité d'utilisation de la technologie en ligne. L'arrivée de l'ère des connaissances a été accompagnée de l'apparition des outils en ligne, notamment les banques de données, les forums de discussion, les blogues informatifs, les communautés wikis et en ligne, ce qui nous permet d'acquérir, de partager et de produire des connaissances à partir de notre domicile ou de notre lieu de travail.

Les inquiétudes de certains ergothérapeutes face à l'utilisation d'outils en ligne pour la collaboration et le réseautage sont associées aux aspects de la confidentialité, du professionnalisme et de l'autoprotection (Baerlocher et Detsky, 2008). Une façon simple de chasser ces inquiétudes est de créer des communautés en ligne fermées et protégées. Toutefois, ceci peut s'avérer coûteux et peut exiger beaucoup de temps, ce qui est un obstacle pour la plupart des individus ou des organismes. Par conséquent, l'usage des technologies en ligne offertes à l'ensemble de la population est devenu une option pratique pour le réseautage professionnel.

Facebook est une communauté en ligne regroupant plus de 400 millions d'utilisateurs individuels (Facebook, 2010) et il s'agit du site de premier plan dans le monde anglophone. Cet article examinera les usages courants de Facebook

chez les praticiens, universitaires et étudiants en ergothérapie, tout en proposant une série de directives pour utiliser cette communauté en ligne tout en respectant notre code de déontologie professionnel et en favorisant le développement et le réseautage professionnels. L'article présentera également deux histoires de cas illustrant des considérations d'ordre éthique.

## En quoi consiste Facebook

Facebook est un site de réseautage social qui permet aux membres de créer un profil individuel, un 'groupe' sur un sujet d'intérêt ou une 'page' pour diffuser de l'information sur une personne, un groupe ou un produit. Présentement, on retrouve sur Facebook plus de 1 000 groupes ou pages associés à l'ergothérapie. Certaines pages de groupe comptent un ou deux membres ou des 'fans', comme par exemple les 6 100 fans de la page de l'American Occupational Therapy Association. La majorité des groupes et des pages ont été créés par des groupes d'étudiants, des associations nationales,

**À propos des auteurs – Rashid M Kashani, MScOT, BA, BScOT, BSc (C)(R)** est professeur adjoint au Department of Occupational Therapy à la Faculty of Rehabilitation Medicine de l'University of Alberta à Edmonton, Alberta.

**Susan Burwash, MSc(OT), BA**, est professeure adjointe au Department of Occupational Therapy à l'University of Alberta.

**Anita Hamilton, maîtrise (ergothérapie), certificat (études supérieures), B. Sc appli. (ergothérapie)** est professeure adjointe au Department of Occupational Therapy de l'University of Alberta

**Tableau 1 : Sélection de groupes et de pages Facebook associés à l'ergothérapie**

Nom de groupe/de la page	Description du site	Nombre de membres / fans*
Facebook Occupational Therapy Association (FOTA)	Plus grand groupe associé à l'ergothérapie sur Facebook. Une initiative de l'AOTA pour sensibiliser davantage les consommateurs à l'ergothérapie.	14 201 membres
Collaborating & Sharing Ideas With Other Occupational Therapists	« Vous pouvez faire des remue-méninges ici! Discutez avec d'autres ergothérapeutes et découvrez ce qu'ils pensent ou s'ils peuvent vous aider! »	6 132 membres
British Association and College of Occupational Therapists	« Nous sommes ici pour aider et guider nos membres tout au long de leurs études et de leur carrière. »	2 215 fans
OT • Occupational therapy	Prétend être associé à la FME. Toutefois, on ne sait pas vraiment si c'est vrai.	3 150 membres
American Occupational Therapy Association	Page officielle des fans de l'AOTA.	6 099 fans
American Occupational Therapy Associatio	Page de groupe officielle de l'AOTA	2 751 membres
OT 4 OT	Groupe à l'intention des ergothérapeutes qui sont à l'affût des nouvelles technologies en ligne.	420 membres
YogOT	Groupe à l'intention des ergothérapeutes et des assistants en ergothérapie qui s'intéressent aux applications cliniques du yoga	86 membres
MISTERS OF OCCUPATIONAL THERAPY	Groupe à l'intention des ergothérapeutes masculins. Toutefois, il y a beaucoup de femmes ergothérapeutes qui y participent. Lancé par un ergothérapeute de la Colombie-Britannique.	181 membres
MHOTCoP	Groupe originellement organisé à l'intention des ergothérapeutes travaillant en santé mentale en Alberta, au Canada	11 membres
ADVANCE for Occupational Therapy Practitioners	« Engagement à aider les ergothérapeutes à avoir un plus grand impact sur l'industrie de la santé ».	2 268 membres
Occupational Therapists 4 Micro-credit	Ergothérapeutes intéressées au micro-crédit	10 membres

**Tableau 2 : Avantages et désavantages de Facebook et mises en garde face à l'utilisation de Facebook**

Aspects positifs de Facebook :	Aspects possiblement négatifs de Facebook :	Mises en garde :
<ul style="list-style-type: none"> <li>-sentiment de savoir ce que font les autres</li> <li>-capacité de débiter un groupe d'intérêt particulier ou une page de fans</li> <li>-pour obtenir de l'information sur l'ergothérapie dans les domaines où les gens travaillent réellement</li> <li>-transmission instantanée de messages en mode « chat » qui ne sont pas emmagasinés longtemps ou du tout</li> <li>-peut être plus privé que le courriel</li> <li>-façon d'obtenir des liens directs avec de l'information d'actualité ou locale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-une certaine dépendance</li> <li>-activité sociale « qui fait décrocher du travail » (Urban Dictionary, 2009).</li> <li>-perte de temps</li> <li>-possibilité de se faire voler son identité</li> <li>-trop d'information sur les gens avec qui vous êtes ami</li> <li>-les usagers trop vulnérables (clients) sont sujets à la manipulation</li> <li>-exclusion des personnes qui n'utilisent pas Facebook</li> <li>-n'est pas toujours utilisé aux fins prévues</li> <li>-chaque fois qu'il y a une mise à jour sur les paramètres de confidentialité, il faut rétablir ces paramètres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- certaines applications peuvent avoir accès à vos renseignements personnels</li> <li>-il faut savoir qui a créé l'application et à quelle fin</li> <li>-les applications peuvent engendrer des pourriels</li> <li>-il faut connaître l'étiquette sur la façon d'accepter, de faire ou d'ignorer des demandes d'amis</li> </ul>

des recruteurs du domaine de la santé et des groupes d'intérêt particuliers. Peu de programmes de formation en ergothérapie ont créé des pages officielles ou des groupes officiels; toutefois, de nombreux étudiants en ergothérapie ont créé des pages de manière à échanger de l'information avec leurs camarades de classe. Le tableau 1 présente quelques groupes ou pages associés à l'ergothérapie, alors que le tableau 2 expose les avantages et les désavantages de Facebook, de même que certaines mises en garde face à l'utilisation de Facebook.

### Est-ce que ce qui se passe sur Facebook reste sur Facebook?

Toute l'information que vous téléchargez vers Facebook est éventuellement accessible par tout usager d'Internet. Il est donc extrêmement important de conserver les paramètres de confidentialité et de se tenir informé sur les changements de politique de Facebook. Les usagers de Facebook ont des moyens de s'assurer que ce qui se passe sur Facebook reste sur Facebook, et que cette information n'est partagée qu'avec les individus qu'ils ont choisis. Toutefois, les usagers doivent faire preuve de prudence, car en raison des paramètres par défaut des comptes Facebook, l'information peut éventuellement être partagée avec toute personne se trouvant sur Internet. Outre l'inquiétude concernant ce qui demeure privé et ce qui est partagé, il est important de comprendre que les comptes

Facebook qui sont fermés à la demande des usagers ne sont pas supprimés de façon permanente, mais qu'ils sont archivés et qu'ils demeurent sur le serveur de Facebook (NB : cet article a été rédigé en février 2010). Ainsi, pour répondre à la question « Est-ce que ce qui se passe sur Facebook reste sur Facebook? », la réponse est « oui », toute l'information reste sur Facebook à titre d'archive plutôt que d'être supprimée et « non », l'information ne reste pas nécessairement seulement sur Facebook, il est possible de la copier et de la partager avec d'autres si les paramètres de confidentialité du compte ne sont pas établis à un niveau élevé. L'information relative à la façon de créer un compte Facebook est présentée dans tableau 3 et l'information sur la façon d'établir les paramètres de confidentialité est exposée dans le tableau 4.

### Questions d'ordre éthique et déontologique

Plusieurs questions d'ordre éthique sont soulevées face à l'utilisation des réseaux sociaux. Parmi les préoccupations, citons la protection des renseignements personnels, de même que les questions relatives à la vie privée qui sont soulevées lorsqu'un superviseur, un enseignant ou un instructeur prend connaissance de l'information en ligne d'une personne avec laquelle ils ne sont pas directement en lien. À cela s'ajoutent les questions éthiques que l'ergothérapeute doit se poser, par exemple, qui l'on doit ajouter à sa liste d'amis? Est-ce que l'usage de ce média

**Tableau 3 : Construction d'une page Facebook.**

1. Se rendre au <a href="https://www.facebook.com/">https://www.facebook.com/</a> (Note : le 's' indique que vous vous connectez à un site sécurisé).	3. Se rendre aux paramètres de « Confidentialité ».
2. Remplir les renseignements demandés dans la page principale.	4. Mettre tous les éléments à « Amis seulement »

**Tableau 4 : Comment vous protéger.**

-Ne partagez vos messages et vos renseignements personnels qu'à un niveau où vous n'aurez pas à réparer votre identité
-Présentation de l'identité. Est-elle honnête et précise?
-Personnalités multiples. Envisagez la possibilité de créer un compte pour votre usage professionnel et un autre pour le réseautage social, en particulier si vous avez des courriels personnels et professionnels séparés
-La façon de gérer les demandes d'amis dépend du contexte. Si la réponse ne se trouve pas dans le code de déontologie, alors élaborez des règles d'autosurveillance. Par exemple, accepter toutes les demandes d'amis des étudiants que vous avez supervisés en stage ou n'accepter aucune demande
-N'oubliez pas que vous n'avez peut-être pas le droit d'utiliser automatiquement l'information qui se trouve en ligne, compte tenu des règles établies récemment par le Commissariat à la protection de la vie privée au Canada

devrait être limité aux membres de sa famille et à ses amis? Faut-il ajouter des collègues et des étudiants?

Ces décisions sont susceptibles d'embrouiller les frontières professionnelles et personnelles et la ligne de séparation entre la représentation réelle et la représentation virtuelle du soi. Une étude sur les étudiants en médecine et leurs profils sur Facebook indique que moins de 38 pour cent de ces étudiants avaient établi des paramètres de confidentialité pour protéger leurs renseignements personnels, y compris leur adresse postale, leur orientation sexuelle et leurs opinions politiques (Thompson et al., 2008). Cette même étude rapporte que jusqu'à 70 pour cent des profils contenaient du matériel qui pourrait être interprété négativement, notamment des photos montrant la personne consommant des quantités excessives d'alcool, montrant une sexualité ouverte et des violations de la vie privée des patients. Une lettre à l'éditeur subséquente de cette même revue recommande une discussion nationale en vue d'établir des lignes directrices nationales à l'intention des médecins qui utilisent des sites de réseautage social (Gorrindo et Groves, 2008).

La protection des renseignements personnels en ligne a également retenu l'attention des Canadiens. Facebook a dû faire face à une plainte déposée par le Commissariat à la protection de la vie privée au Canada alléguant que le service de réseautage social avait commis jusqu'à 22 infractions. La plainte comporte plusieurs questions sur la façon dont l'information est utilisée, emmagasinée et partagée avec des tierces parties, même une fois que l'information a été supprimée par un usager (Commissariat à la protection de la vie privée au Canada, 2009). L'une des propositions que Facebook a présentée au Commissaire à la protection de la vie privée au Canada est que Facebook offrirait une option dans l'avenir qui permettrait de supprimer plutôt que de désactiver les comptes. Cette option n'est pas offerte actuellement aux usagers de Facebook, mais il serait possible de l'offrir, ce qui signifie que les tierces parties peuvent toujours obtenir de l'information, même dans des comptes désactivés. Des préoccupations semblables existent aux États-Unis, en ce qui concerne l'usage de Facebook à des fins non prévues, ce qui a amené certaines universités à bloquer le site (Read et Brock, 2006). Dans un autre rapport, des avocats ont conseillé à des administrateurs de ne pas utiliser le site pour surveiller le comportement des étudiants, par crainte de litiges (Van Der Werf et Martin, 2007).

D'autres problèmes éthiques peuvent être abordés en examinant et en appliquant les lignes directrices nationales élaborées par l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE, 2007); ces problèmes sont même parfois renforcés davantage par les codes de déontologie provinciaux, comme ceux qui sont élaborés par les organismes provinciaux à travers le Canada. Parmi les exemples de lignes directrices provinciales mises à la disposition du public, citons celles de l'Alberta College of Occupational Therapists (ACOT, 2005), du College of Occupational Therapists of Ontario (COTO, 2002) et de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ, 2009). En effet, certaines directives spécifiques de l'ACE (2007) pourraient être interprétées comme des mises en garde face à l'usage de Facebook. En voici quelques exemples :

- L'ACE s'attend à ce que ses membres :
- communiquent de manière professionnelle avec leurs

clients, leurs collègues, leurs partenaires et les parties prenantes;

- veillent à protéger le caractère confidentiel et privé des renseignements personnels de leurs clients;
- reconnaissent et traitent les questions associées aux conflits d'intérêt;
- se conforment aux exigences réglementaires et aux codes de déontologie établis par les organismes provinciaux de réglementation en ergothérapie (s'il y a lieu) et d'autres organismes envers lesquels les membres ont des obligations.

Outre les lignes directrices visant à limiter les comportements, d'autres directrices de l'ACE (2007) encouragent possiblement les ergothérapeutes à utiliser Facebook :

### **L'ACE s'attend à ce que ses membres :**

- fassent preuve de collaboration interdisciplinaire et établissent des partenariats pour promouvoir le rendement occupationnel de la population desservie;
- fassent valoir l'ergothérapie auprès de la population, des autres organismes professionnels et du gouvernement aux échelons régional, provincial et fédéral;
- contribuent au développement et à la diffusion des connaissances professionnelles.

L'exemple de directives provinciales en matière de déontologie sert également à délimiter les comportements lorsque l'on utilise ce médium, par exemple la protection des renseignements personnels du client contre une divulgation non justifiée et éviter toute activité ou relation qui pourrait permettre d'exploiter ou de causer du tort à une autre personne ou à la profession.

Par exemple, le code de déontologie de l'ACOT (2005) indique que la différence de pouvoir qui existe dans la relation client-thérapeute pourrait être exploitée à mauvais escient. En tant qu'ergothérapeute, nous devons donc éviter de nous engager dans toute forme de relation avec les clients qui serait susceptible de lui causer du tort ou d'exploiter la relation à mauvais escient. L'usage de Facebook à des fins financières, personnelles, sexuelles, matérielles ou commerciales avec les clients serait un exemple de ce genre de relation. Même virtuellement, la participation à ce genre d'activités constituerait une forme d'exploitation de la relation thérapeutique. Le tableau 5 présente des histoires de cas pour illustrer ce genre d'usage.

Par opposition, l'exemple de directives provinciales en matière d'éthique exposé plus haut pourrait aussi être interprété comme une mesure incitative à utiliser ce média pour enrichir la base de connaissances de la profession. En tant qu'ergothérapeutes, nous devons savoir comment nous contribuons à l'ensemble des connaissances en ergothérapie. Ces directives provinciales stipulent que par l'intermédiaire de divers médias, nous pouvons partager nos expériences et influencer sur le développement de notre corpus de connaissances. Les formations sur les lieux de travail, la soumission d'articles à des bulletins de nouvelles, la participation à des forums de discussion, la supervision d'étudiants et la recherche en milieu clinique sont des exemples d'activités énumérées dans ces lignes directrices (ACOT, 2005). Il est grand temps que notre profession envisage de faire la mise à jour de ses lignes directrices sur

**Tableau 5 : Histoires de cas : dilemmes éthiques possibles.**

**Cas 1 :** Une ergothérapeute travaillant en milieu scolaire évalue un enfant en présence de la mère de l'enfant. L'ergothérapeute et la mère du client discutent des résultats de l'évaluation et collaborent afin de planifier un plan d'intervention. Plus tard, dans la soirée, la mère du client fait des recherches en ligne pour trouver de l'information sur l'ergothérapeute et elle trouve la page Facebook de cette dernière. Comme l'ergothérapeute n'a pas établi de paramètres de confidentialité, la mère peut voir toute l'information, les photos, les vidéos et les messages se trouvant sur le mur de la page en question. La mère du client est très offensée par une partie du contenu qu'elle a vu, ce qui modifie ses impressions sur l'ergothérapeute et l'amène à se demander si elle souhaite vraiment que cette personne s'occupe de sa fille.

### Enjeux :

1. Établissement des paramètres de confidentialité du compte Facebook.

Le contrôle des paramètres de confidentialité sur Facebook a été établi afin de limiter ce que le public peut voir. Dans ce cas, l'ergothérapeute aurait dû établir des paramètres pour limiter la visibilité du contenu de sa page personnelle aux personnes qui font partie de ses 'amis'.

2. Contenu visible et affiché. Compte tenu du fait que des tierces parties, des liens sociaux et le public peuvent avoir accès à l'information affichée, des mesures de précautions doivent être mises en place pour empêcher que le contenu privé soit affiché.

3. Accessibilité de l'information. Dans ce cas, le parent s'est servi d'un site de réseautage social pour chercher de l'information sur le statut professionnel d'une personne. Il faut donc garder ce fait à l'esprit lorsque l'on affiche de l'information privée sur Internet.

**Cas 2 :** Un ergothérapeute qui utilise Facebook découvre que le musicien canadien Matthew Good est sur Facebook. Ce dernier parle ouvertement du fait qu'il doit vivre avec un diagnostic de bipolarité. Il est aussi un défenseur de la santé mentale et sa page de fans comporte plusieurs liens associés à la justice occupationnelle, la santé mentale et les innovations dans le domaine des médias électroniques. L'ergothérapeute devient un fan de l'artiste sur Facebook, affiche un lien vers le blogue de l'artiste, de même que plusieurs liens actuels vers des ressources, des initiatives à base communautaire et des études gouvernementales.

### Enjeux possibles :

1. La séparation entre la relation de fan et la relation client/thérapeute devient embrouillée dans cette situation. L'ergothérapeute n'aurait pas intérêt à s'investir dans une relation thérapeutique avec l'artiste, si une relation, même virtuelle, venait à s'établir.

2. La divulgation d'information, même si cela n'est pas dans le but d'établir une relation thérapeutique. Toutefois, l'artiste a mis ses renseignements personnels à la disposition du public à des fins de revendication et de discussion. Cette accessibilité publique de l'information favorise la discussion et la diffusion d'information. Par ailleurs, les ergothérapeutes ont la responsabilité éthique de participer à l'amélioration de leur base de connaissances face à des sujets spécifiques.

la pratique, afin d'incorporer l'usage éthique des médias électroniques comme Facebook et de se mettre au diapason des tendances mondiales.

### En conclusion, faut-il être ou ne pas être sur Facebook?

L'adoption des technologies en ligne pour réseauter et bâtir des communautés de pratique en ligne comporte à la fois des risques et des avantages pour la pratique professionnelle. Les réseaux sociaux en ligne comme Facebook offrent un espace en ligne rapide et facile d'accès pour former des communautés de pratique tout en nous permettant aussi de sensibiliser la population à l'ergothérapie. Lorsque l'on utilise des réseaux sociaux en ligne, il faut connaître les aspects déontologiques à respecter et conserver les frontières entre nos vies professionnelles et personnelles. La gestion efficace de nos relations, réelles ou virtuelles et la gestion de l'information qui est disponible en ligne nous permettent de veiller à ce que notre image, celle qui est visible en ligne, soit professionnelle. Nous avons exposé les étapes que chaque individu peut suivre pour veiller à tirer les meilleurs avantages du réseautage social en ligne, tout en gérant les risques, afin de préserver les frontières entre la vie privée et la vie professionnelle.

### Références

- Alberta College of Occupational Therapist (2005). *ACOT Code of Ethics*. [http://www.acot.ca/pages/Professional\\_standards\\_and\\_Practice\\_Guidelines](http://www.acot.ca/pages/Professional_standards_and_Practice_Guidelines).
- Association canadienne des ergothérapeutes (2007) *Code de déontologie*. <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=35>.
- Baerlocher, M.O. et Detsky, A.S. (2008). Online medical blogging: Don't do it! *Canadian Medical Association Journal*, 179-292.
- College of Occupational Therapists of Ontario (2002) Code of Ethics. <http://www.coto.org/resource/ethical.asp>.
- Commissariat à la protection de la vie privée au Canada (2009). [http://www.priv.gc.ca/media/nr-c/2009/nrc\\_090827\\_e.cfm](http://www.priv.gc.ca/media/nr-c/2009/nrc_090827_e.cfm).
- Facebook. <http://www.facebook.com/press/info.php?statistics>.
- Gorrindo, T. et Groves, J.E. (2008). Intersection of online social networking with medical professionalism: Can medicine police the Facebook boom. *Journal of General Internal Medicine*, 23(12), 2155.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. *Code de déontologie des ergothérapeutes*, (2010). [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/C\\_26/C26R78.HTM](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/C_26/C26R78.HTM)
- Read, B. (2006). Information technology. *Chronicle of Higher Education*. 52(20), 38-41.
- Thompson, L. A., Dawson, K., Ferdig, R., Black, E.W., Boyer, J., Coutts, J., et Paradise Black, N. (2008). The intersection of online social networking with medical professionalism. *Journal of General Internal Medicine*. 23(7), 954-957.
- Urban Dictionary. <http://www.urbandictionary.com.au/>.
- Van Der Werf, M (2007). Beware of using social-networking sites to monitor students, lawyers say. *Chronicle of Higher Education*. 53(6), 26-28.

# Faciliter l'occupation : mises à jour effectuées en 2010

Janet Craik, directrice de la pratique professionnelle pour l'ACE

En 2007, l'ACE publiait les nouvelles lignes directrices Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice, à travers l'occupation (Faciliter l'occupation) (Townsend et Polatajko, 2007). Des modèles déterminants ont alors été introduits, afin de permettre à la profession de se décrire plus facilement. Les commentaires et réactions des membres ont permis de faire la mise à jour de deux modèles qui apparaissent dans trois figures. Cette mise à jour a été effectuée afin que les modèles témoignent plus fidèlement du texte et en vue d'améliorer la représentation de l'habilitation dans le Modèle canadien d'habilitation centrée sur le client (MCHCC) et du processus de base du Cadre conceptuel du processus de pratique canadien (CCPPC) pour faciliter l'occupation auprès des individus, des familles, des groupes, des organisations et des populations.

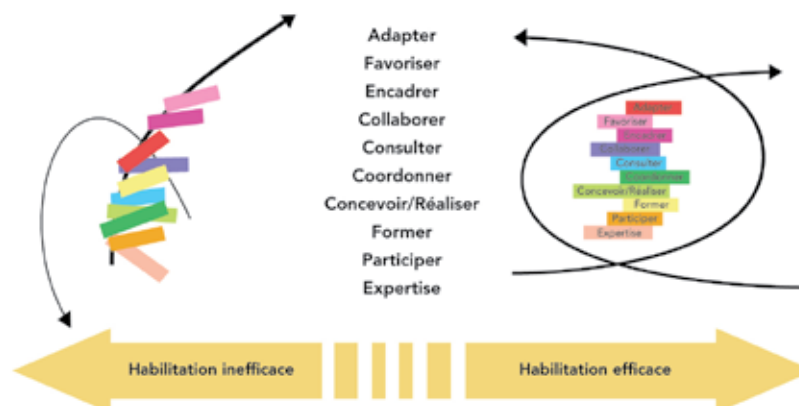
Le MCHCC permet de préciser les compétences de base de l'habilitation. En effet, la Figure 4.4 : Continuum de l'habilitation et la Figure 4.5 : Quatre points décisionnels sur un continuum d'habilitation, offrent un continuum

de possibilités qui vont de l'habilitation inefficace à l'habilitation efficace. Les modifications suivantes ont été apportées à ces deux figures, afin de témoigner plus fidèlement du texte présenté dans le chapitre 4 de Faciliter l'occupation.

## Figure 4.4

1. La taille et la couleur des compétences de l'habilitation ont été modifiées afin qu'elles soient plus uniformes.
2. Les lignes extérieures elliptiques de « l'habilitation inefficace » ont été redessinées et ont des épaisseurs inégales, afin de représenter la relation inégale dans laquelle le professionnel écrase et domine le client. La ligne moins prononcée et plus mince du client se termine plus bas qu'elle ne commence, pour illustrer les dommages ou la domination qu'il peut subir, ce qui fait que le client peut en fait se trouver dans une situation pire que la situation qu'il vivait au début de la relation.

Figure 4.4 Continuum de l'habilitation



E.A. Townsend, G. Whiteford, H.J. Polatajko, J. Craik et C. Hocking (2008). Continuum de l'habilitation. Dans *Faciliter l'occupation: l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*, E.A. Townsend, H.J. Polatajko, p.150 Ottawa, ON : Publications ACE.

## Figure 4.5

1. La version modifiée de la figure 4.4 a été insérée dans le quadrant supérieur gauche.
2. Le quadrant supérieur droit a été intitulé « Habilitation manquée ».
3. Toutes les barres d'habilitation en couleur ont été insérées

dans le quadrant « Habilitation manquée » afin de démontrer que parfois, les compétences peuvent être utilisées à sens unique par l'ergothérapeute, sans que ce dernier collabore efficacement avec le client.

**Figure 4.5** Quatre points décisionnels sur un continuum d'habilitation

### Habilitation inefficace

- négative et potentiellement destructive
- meilleures connaissances avec commentaires restreints
- codépendance
- aliénation par le biais de la dominance de l'expert, zèle intempestif, malentendu
- relations brisées, conflits des valeurs
- incongruence, non résonance, insensibilité, hors de propos
- potentiellement choquante
- utilisation inefficace des ressources
- responsabilité professionnelle biaisée vers les intérêts de réduction de coûts, de sécurité, etc., très peu de médiation orientée vers les intérêts du client



### Habilitation manquée

- commun accord de ne pas recourir à l'habilitation professionnelle OU
- occasion, vision, conditions manquées pour l'habilitation OU
- insuffisance de ressources : humaines ou financières
- conditions socioculturelles, physiques et/ou émotionnelles inappropriées
- responsabilité professionnelle inappropriée pour ce qui aurait pu être fait



### Habilitation minimale

- non générative
- cible à but unique
- mécaniste, normative, redoute les risques face au degré de défi requis
- confiance excessive et fidélité dans la définition et la prévision du risque de l'expert
- restrictions socioculturelles
- répartition minimale des ressources
- la responsabilité contraint les interventions techniques



### Habilitation efficace

- positive et générative
- processus mutuel et valorisé
- médiation et négociation des valeurs et croyances, etc.
- congruence et résonance (ouverte)
- saisir les occasions, les nouvelles possibilités
- équilibre de la disposition à prendre des risques, du degré de défi requis
- respect de la limite des connaissances face au risque
- expertise et responsabilité partagées
- fondée sur l'espoir
- attentive à l'inégalité structurée, la diversité, l'injustice dans l'habilitation du changement individuel et social
- responsabilité professionnelle face aux conditions, aux processus et aux résultats de l'habilitation



E.A. Townsend, G. Whiteford et H.J. Polatajko (2008). Quatre points décisionnels sur un continuum d'habilitation, dans *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*, E.A. Townsend, H.J. Polatajko, p.150 Ottawa, ON : CAOT Publications ACE.



### Figure 9.1

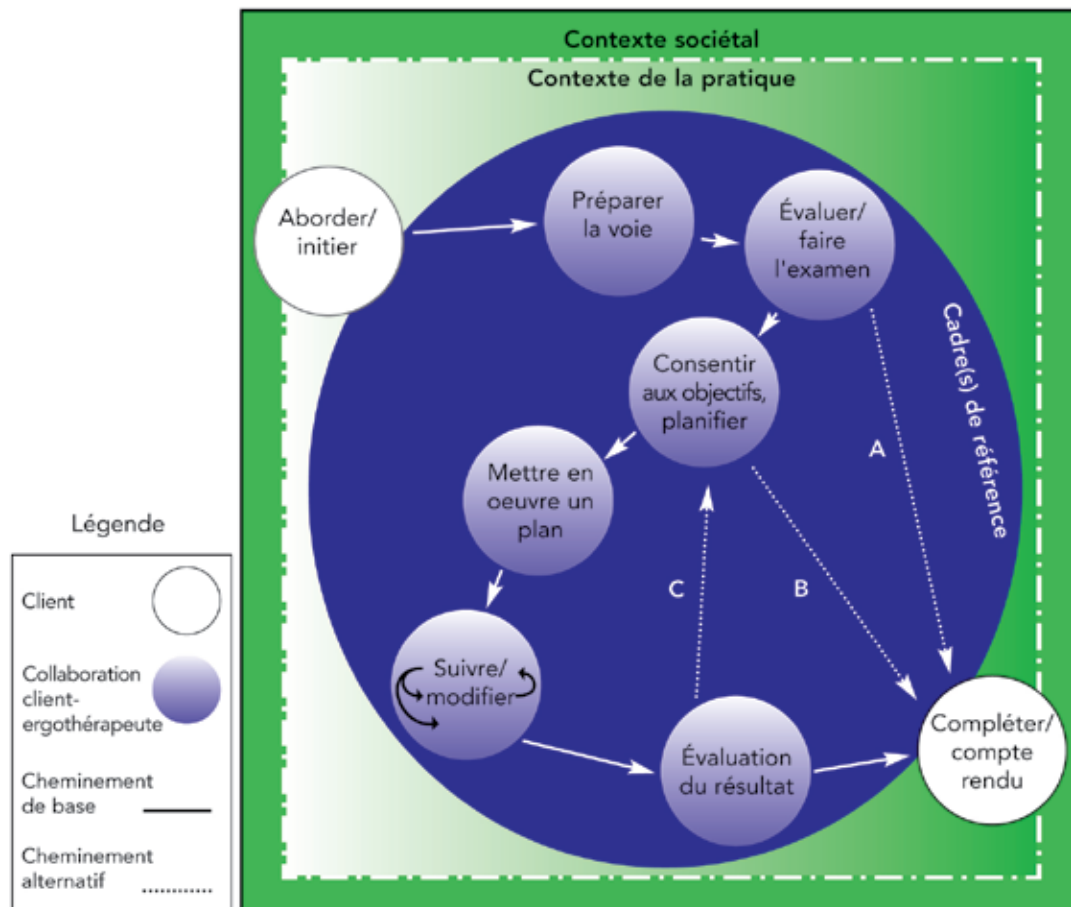
Le CCPPC représente le processus de base de l'habilitation centrée sur l'occupation, comme l'illustre la Figure 9.1. Les modifications suivantes ont été apportées à la figure sur le CCPPC, afin de témoigner plus fidèlement du texte présenté dans le chapitre 9 de Faciliter l'occupation.

1. Les cheminements alternatifs ont été désignés par "A", "B" et "C".
2. Dans la légende, le client était représenté par un cercle blanc et la collaboration client-ergothérapeute était représentée par un cercle ombré.

3. Dans le cercle d'action "Suivre/Modifier", des flèches ont été ajoutées pour accentuer le processus itératif à ce point d'action.

Nous avons affiché les figures modifiées au [www.caot.ca](http://www.caot.ca) - Périodiques et Publications. Nous vous invitons à visiter le site web et à imprimer les nouvelles figures pour vos dossiers.

Figure 9.1 Cadre conceptuel du processus de pratique canadien (CCPPC)



Polatajko, H. J., Craik, J., Davis, J., et Townsend, E. A. (2008). Cadre conceptuel du processus de pratique canadien. Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko, *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*. p. 266 Ottawa, ON : CAOT Publications ACE.

La profession d'ergothérapeute contribue de façon unique et inestimable à la santé et au bien-être de la population, en facilitant les occupations de la vie que les gens souhaitent et doivent réaliser. Le leadership requis pour atteindre notre pleine capacité face à ce mandat professionnel exige une main-d'œuvre ayant la capacité de répondre aux besoins de la population, une culture axée sur la compétence et la responsabilité professionnelles et un milieu de financement favorable (Townsend et al., 2010). Compte tenu de l'importance d'avoir une main-d'œuvre apte à faciliter l'occupation, comment notre profession peut-elle planifier la main-d'œuvre de manière proactive afin de répondre aux besoins de la population en matière de services d'ergothérapie? Alors que l'économie mondiale connaît une période d'austérité, comment pouvons-nous favoriser la croissance et le développement continu de la main-d'œuvre en ergothérapie?

Une planification efficace de la main-d'œuvre exige une approche proactive et coordonnée faisant appel à un large éventail d'intervenants, y compris les associations professionnelles, les organismes de réglementation, les employeurs, les gouvernements, les éducateurs, de même que les ergothérapeutes et la population. Cet article présente les facteurs à considérer pour rehausser la capacité de la main-d'œuvre afin de favoriser une planification coordonnée, tout en donnant des exemples de stratégies utilisées par des organismes canadiens en ergothérapie.

## Modèles de planification de la main-d'œuvre

Pour rehausser la capacité de la main-d'œuvre en ergothérapie, il faut commencer par examiner les modèles prévisionnels utilisés pour la planification des ressources humaines au Canada. Les travaux visant à élaborer ce genre de modèle ont été réalisés principalement au cours de la dernière décennie, en réponse à des rapports faisant état des pénuries de professionnels de la santé au Canada dans plus de 20 disciplines, dont l'ergothérapie, la médecine, les soins infirmiers, la physiothérapie, la radiographie et les technologies de laboratoire médical (Kirby et Lebreton, 2002). Les modèles prévisionnels de la main-d'œuvre sont maintenant utilisés à des degrés divers dans toutes les provinces canadiennes afin de favoriser les stratégies de recrutement et de maintien de la main-d'œuvre et d'établir une meilleure correspondance entre la formation offerte dans les programmes d'enseignement et les besoins du système. Toutefois, la prévision demeure une science inexacte et on observe très peu d'échange de modèles d'une province à l'autre (Cameron Health Strategies Group, 2009).

Les approches simples utilisées pour estimer les besoins en main-d'œuvre sont basées sur l'ajustement du nombre de professionnels existants, en fonction de la croissance et de la taille de la population. Ces modèles font l'objet de nombreuses critiques, car ils assument que la distribution actuelle des professionnels est optimale pour combler les

besoins de la population. La modélisation basée sur les besoins est l'approche proposée pour une planification efficace des ressources humaines; dans cette approche, on se base sur les besoins ciblés au sein d'une population pour prédire les besoins en matière de main-d'œuvre (Lavis et Birch, 1997). Toutefois, bien que de nombreux besoins puissent exister au sein d'une population, les services visant à aborder les problèmes ciblés ne sont pas toujours valorisés ou réalisables en raison de facteurs autres que la disponibilité des ressources humaines (p. ex., financement disponible). Par conséquent, de nombreuses méthodes prévisionnelles combinent la santé de la population, les mesures du degré d'utilisation des ressources et les mesures de la demande effective pour prévoir les services requis, désirés et rentables au sein d'une communauté (Cameron Health Strategies Group, 2009).

Cette revue des modèles de planification suggère que pour rehausser la capacité de la main-d'œuvre, il faut se pencher sur les facteurs associés à l'offre et à la demande d'ergothérapeutes. Les stratégies orientées vers l'offre de main-d'œuvre se penchent sur l'accessibilité des services, alors que les initiatives qui tiennent compte de la demande examinent plutôt la situation et l'utilisation des services d'ergothérapie.

## Aspects relatifs à l'offre de main-d'œuvre

**Normes professionnelles :** Le *Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada* met de l'avant une vision pour la planification de la main-d'œuvre en ergothérapie au Canada (ACE, 2007); il décrit le large éventail de rôles que les ergothérapeutes peuvent assumer dans le cadre de leur travail. Cette vision présente d'innombrables possibilités pour les ergothérapeutes. Bien qu'ils soient axés sur l'objectif de faciliter la participation à des occupations, les rôles, les milieux et les approches des ergothérapeutes peuvent varier grandement. Pour favoriser la diversité, l'intégration sociale et la justice occupationnelle, les ergothérapeutes peuvent jouer des rôles comme ceux de cliniciens, de chercheurs, de décideurs, d'éducateurs ou d'administrateurs et travailler dans des domaines aussi diversifiés que la santé, l'éducation, les services sociaux et communautaires et le secteur des affaires. Afin de veiller à ce que les ergothérapeutes soient aptes à assumer des rôles aussi divers, des normes favorisant l'intégration doivent être mises en place pour aborder des questions comme la formation de base, les exigences relatives à l'entrée en exercice de la profession et le développement professionnel. Par exemple, les lignes directrices sur la pratique, *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation* décrivent les caractéristiques de l'habilitation fondée sur l'occupation qui abordent les questions associées à toute personne, à tout environnement ou à toute occupation (Townsend et Polatajko, 2007).

**Taille de la main-d'œuvre :** On reconnaît facilement que le nombre d'ergothérapeutes au Canada a un impact direct sur la capacité de la main-d'œuvre en ergothérapie. Bien qu'on ait observé une croissance significative du nombre d'ergothérapeutes exerçant au Canada au cours de la dernière décennie (ICIS, 2009), un rapport récent de la Fédération mondiale des ergothérapeutes (2010) indique que le ratio national d'ergothérapeutes par population de 100 000 continue de traîner le pas derrière plusieurs pays ayant des systèmes de santé semblables. Le résultat direct est un manque de développement de la main-d'œuvre ou une érosion de la main-d'œuvre au sein des services d'ergothérapie, et cela même dans les secteurs bien établis de la pratique. Par exemple, on rapporte en Saskatchewan le plus petit nombre d'ergothérapeutes par habitant (ICIS, 2009), malgré le fait qu'on retrouve dans cette province les pourcentages les plus élevés d'invalidité (Statistique Canada, 2002). Par conséquent, la pratique de l'ergothérapie s'est éloignée des populations ayant des problèmes de santé mentale dans cette province. En effet, seulement 3 % des ergothérapeutes travaillent auprès de cette population en Saskatchewan, comparativement à la moyenne nationale de 11 % (ICIS, 2009). Comme l'accessibilité de la formation de base influence grandement la taille de la main-d'œuvre, l'ACE a collaboré avec la Saskatchewan Society of Occupational Therapists (SSOT) afin de revendiquer la création d'un nouveau programme de formation en ergothérapie à l'University of Saskatchewan. Bien que ce programme ait été approuvé par l'Université, il reste encore à obtenir une aide financière du gouvernement provincial.

Canada est un pays qui dépend de l'immigration pour augmenter la productivité et la croissance de sa main-d'œuvre (McIsaac, 2003). Comme 10 % de la main-d'œuvre canadienne en ergothérapie est composée de diplômés internationaux en ergothérapie (DIE) (ICIS, 2009), le fait que la profession soit en mesure d'aider les DIE à travailler au Canada représente un facteur important, qui influence la taille de la main-d'œuvre. Les organismes canadiens en ergothérapie ont entrepris un certain nombre d'initiatives avec les gouvernements et les autres intervenants dans ce domaine. L'un des projets en cours est basé sur l'établissement de partenariats entre les différents programmes de formation en vue de la création d'un programme d'études pour aider les DIE à s'intégrer avec succès à la main-d'œuvre canadienne. Ce projet est intitulé Projet de préparation à la pratique et à l'examen national en ergothérapie (McMaster University et ACE, 2010).

L'un des facteurs importants influant sur la taille de la main-d'œuvre qui est souvent négligé, est l'attrition de l'effectif en ergothérapie. En effet, comme le profil d'âges des ergothérapeutes détenant un permis d'exercice au Canada semble indiquer une réduction importante de l'effectif après l'âge de 45 ans (ICIS, 2009), des efforts concentrés sont requis pour retenir les praticiens chevronnés au sein de la main-d'œuvre. Un forum sur le leadership a été tenu en mai 2010 afin que les organismes canadiens en ergothérapie examinent les enjeux associés à l'attrition de la main-d'œuvre et de définir des stratégies visant à encourager les ergothérapeutes à conserver leur titre d'ergothérapeute.

### **Productivité et efficacité de la main-d'œuvre :**

Outre les efforts requis pour augmenter la recherche et le niveau de formation en ergothérapie, il faut, pour rehausser la capacité de la main-d'œuvre, prendre en considération les méthodes permettant d'optimiser la productivité. La recherche actuellement en cours pour concevoir un outil de gestion prévisionnel du nombre de cas est un exemple d'initiative visant à améliorer la productivité et la pérennité de la main-d'œuvre (ACE, ACP et ACOA, 2009). Une fois que l'outil aura été conçu, des travaux seront requis pour établir des repères afin de déterminer les nombres de cas pour des populations ayant différents besoins, à l'aide de l'outil de gestion. Les travaux réalisés récemment en vue d'élaborer un profil de compétences pour le personnel auxiliaire en ergothérapie (ACE, 2008) et des normes d'agrément pour les programmes de formation du personnel auxiliaire sont d'autres exemples des efforts déployés pour optimiser la productivité et favoriser une utilisation adéquate du personnel auxiliaire afin de soutenir le travail des ergothérapeutes.

### **Aspects relatifs à la demande de main-d'œuvre**

**Utilisation des services d'ergothérapie :** Au Canada, nous avons eu la chance de recevoir l'appui de l'ICIS et de Santé Canada pour travailler avec l'ACE et les organismes de régulations à travers le pays, afin de constituer une base de données sur l'offre et l'utilisation des ergothérapeutes au Canada. Des données comparables d'une autorité à l'autre permettent de cerner les tendances et les enjeux qui exigent une planification judicieuse de la main-d'œuvre. Par exemple, les profils plus âgés des ergothérapeutes travaillant à l'Île-du-Prince-Édouard et en Colombie-Britannique indiquent le besoin de favoriser la prochaine génération d'ergothérapeutes dans ces régions. La distribution géographique des ergothérapeutes, soit 95 % des ergothérapeutes travaillant en région urbaine, exige que l'on envisage des mécanismes de soutien qui permettraient de mieux desservir les populations rurales (ICIS, 2009).

D'autres sources de données comme les données des recensements peuvent faciliter la planification de la main-d'œuvre. À partir des données recueillies lors des recensements, les ergothérapeutes ont été identifiés comme le groupe professionnel ayant le pourcentage le plus élevé de migration interprovinciale parmi 25 professions de la santé. Les provinces ayant les pourcentages les plus élevés de migration interne sont la Colombie-Britannique et le Nouveau-Brunswick, où les programmes locaux de formation en ergothérapie ne sont pas disponibles ou ne forment pas assez d'ergothérapeutes pour répondre à la demande de services d'ergothérapie (ICIS, 2010, ACE et British Columbia Society of Occupational Therapists, 2007). Les initiatives visant à aborder ces questions complexes font partie du mandat de plusieurs groupes d'intervenants et exigent un soutien et une collaboration inter-organisationnels. Par exemple, la British Columbia Workforce Collaborative ayant été formée en 2009 est composée d'associations professionnelles, d'employeurs, d'organismes de réglementation et de représentants du gouvernement afin de discuter des questions relatives à

la planification des ressources humaines en ergothérapie, y compris les revendications visant à augmenter les programmes de formation en ergothérapie et le nombre de places au sein de ces programmes dans la province.

### **Évaluation des besoins de la population :**

Comme le suggèrent les modèles de planification de la main-d'œuvre, la compréhension de l'apport possible de l'ergothérapie dans la santé et le bien-être des Canadiens exige l'examen des besoins de la population. L'examen de données comme les pourcentages de blessures et la prévalence de la maladie donne un aperçu des domaines de la pratique dans lesquels les ergothérapeutes peuvent avoir le plus grand impact sur la santé de la population. Pour poser des gestes en fonction de cette information, la profession doit quitter sa zone de confort dans les rôles bien établis en ergothérapie, afin de travailler selon les nouveaux modèles de services et dans les nouveaux domaines de la pratique. Par exemple, des données épidémiologiques indiquent que le plus fort pourcentage de blessures et de décès chez les aînés est associé aux chutes ou à la conduite automobile (Conseil canadien de la sécurité, 2008; Wilkins et Park, 2004). Les nouveaux modèles interdisciplinaires de prestation de soins de santé primaire au Canada donnent aux ergothérapeutes la possibilité de travailler auprès des individus, des collectivités et des populations, afin d'offrir des programmes de prévention des chutes pour réduire les facteurs de risque. L'élaboration du *Plan d'action national pour la prévention des blessures chez les conducteurs âgés* (Plan d'action) (ACE, 2009) est un exemple de projet intersectoriel qui s'est penché sur les besoins de la population et qui a permis de déterminer les priorités et les stratégies pour aborder la question de la sécurité chez les conducteurs âgés. Les ergothérapeutes sont reconnus comme des chefs de file pour aborder les enjeux décrits dans le Plan d'action. Le document présente de nombreuses possibilités d'élargir la recherche, l'élaboration de directives et la prestation des services en ergothérapie. Par ailleurs, le document *Inter-professional Primary Health Care: Assembling the Pieces* (McColl et Dickenson, 2009) publié récemment est un guide pratique pour aider les ergothérapeutes à évaluer les besoins en matière de santé, les modèles de services appropriés, les rôles et les sources de financement afin de saisir de nouvelles possibilités.

**Développement des rôles :** Des initiatives ciblées peuvent favoriser le développement de la profession dans les domaines où de sérieuses lacunes existent au sein des services. Par exemple, un projet pilote qui a pris fin récemment en Saskatchewan a permis de démontrer la valeur des services d'ergothérapie à base communautaire en santé mentale. Grâce à des données de l'ICIS qui comparaient la prestation de services de santé mentale d'une province à l'autre, la SSOT et l'ACE ont obtenu un financement pour mettre à l'essai un programme de deux ans. Les données découlant de ce projet pilote sont maintenant utilisées pour justifier le besoin d'augmenter les services d'ergothérapie en santé mentale dans la province.

Le projet Stables, capables et forts est un autre exemple d'une initiative visant à établir le rôle des ergothérapeutes

(ACE et Université d'Ottawa, 2008). Ce programme a été conçu pour aider les aînés à reprendre une vie active après avoir été victimes d'une chute et il a permis de faire valoir le rôle de l'ergothérapie dans ce domaine de pratique auprès des organismes de financement gouvernementaux, des clients et des autres membres de l'équipe interdisciplinaire. Le matériel et les ressources du programme sont maintenant affichés sur le site web de l'ACE afin que la pratique de l'ergothérapie soit reconnue dans le domaine de la prévention des chutes et du soutien à la suite d'une chute.

**Représentation et revendication :** L'un des facteurs clés pour rehausser la capacité de la main-d'œuvre en ergothérapie est que cette main-d'œuvre soit fortement représentée aux tables décisionnelles, lorsque l'on discute du développement des programmes, de la délimitation des rôles et de la répartition du financement. Ces décisions ne sont généralement pas prises rapidement ou sans consultation. Les ergothérapeutes doivent donc devenir des partenaires actifs et reconnus du processus de consultation, en siégeant à des comités, en exprimant leur opinion, en rédigeant des documents, en présidant des groupes de travail, en rencontrant les intervenants clés et en s'exprimant sur des enjeux déterminants face à notre mandat, qui est de faciliter l'occupation. De nombreuses possibilités de participation s'offrent aux ergothérapeutes aux échelons organisationnel, régional, provincial, national et international et une bonne partie de l'apport des ergothérapeutes ne peut être défendu par d'autres intervenants; nous devons donc veiller à ce que les ergothérapeutes soient bien représentés. Par exemple, à l'automne 2010, l'ACE fera une présentation au comité fédéral des finances afin de revendiquer des stratégies et des crédits d'impôt pour réduire les barrières à la participation et promouvoir la vie active. L'ergothérapie n'est pas une profession très connue du public au Canada, mais, grâce aux efforts des ergothérapeutes travaillant dans nos collectivités, notre voix sera plus forte et elle pourra être entendue, afin que nous puissions favoriser davantage la santé, le bien-être et la justice à travers l'occupation.

### **Sommaire**

La constitution d'une main-d'œuvre compétente et efficace exige une stratégie coordonnée qui tient compte d'une multitude de facteurs. Bien qu'elles soient utiles, les initiatives individuelles comme l'augmentation du nombre de programmes de formation de base sont insuffisantes pour rehausser efficacement la capacité de la main-d'œuvre. Cet effort coordonné exige la collaboration de nombreux intervenants ayant une vision commune, notamment les organismes et les chefs de file en ergothérapie. En tant que membre d'une profession de petite taille, nous ne pouvons nous permettre de gaspiller nos efforts en dupliquant certains services ou en instaurant des politiques inter-organisationnelles qui fragmentent notre approche. Les ergothérapeutes doivent veiller à ce que leurs efforts soient coordonnés, stratégiques et ciblés, afin de répondre efficacement aux besoins de la population canadienne.

## Remerciements

L'auteure tient à remercier Elizabeth Townsend pour ses commentaires et réflexions lors de la rédaction de cet article.

## Références

- Association canadienne des ergothérapeutes. (2007). *Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada*. Téléchargé au <http://www.caot.ca>.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2009). *Plan d'action national pour la prévention des blessures chez les conducteurs âgés*. Ottawa ON: CAOT Publications ACE.
- Association canadienne des ergothérapeutes et British Columbia Society of Occupational Therapists. (2007). *Addressing the occupational therapist shortage in British Columbia*. Téléchargé au <http://www.caot.ca/pdfs/Shortage%20of%20OTs.pdf>
- Association canadienne des ergothérapeutes, Association canadienne de physiothérapie et Association canadienne des orthophonistes et audiologistes. (2009). *Projet d'élaboration d'un outil interprofessionnel de gestion prévisionnelle*. Téléchargé au <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=2331>
- Association canadienne des ergothérapeutes et Université d'Ottawa. (2008) *Stables, capables et forts*. Téléchargé au [http://www.otworks.com/otworks\\_page.asp?pageid=825](http://www.otworks.com/otworks_page.asp?pageid=825)
- Cameron Health Strategies Group Limited. (2009). *An Inventory of Health Human Resource Forecasting Models in Canada*. Halifax, NS: Author
- Conseil canadien de la sécurité. (2008). *Les aînés au volant doivent continuer à perfectionner leurs aptitudes*. Téléchargé au <http://www.safety-council.org/news/media/releases/2008/nsensw-o8.html>.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2009). *Les ergothérapeutes au Canada, 2008*. Ottawa, ON: Auteur.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2010). *Migration interne des professionnels de la santé au Canada : rapport sommaire - mise à jour jusqu'en 2006*. Ottawa, ON: Auteur.
- Kirby, M. et LeBreton, M. (2002). *La santé des ~Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral - Rapport final*. Téléchargé au <http://www.parl.gc.ca/37/2/parlbus/commbus/senate/Comf/SOCI-F/rep-f/repocto2vol6part4-f.htm>
- Lavis, J.N. et Birch, S. (1997). The answer is... Now what was the question? Applying alternate approaches to estimating nurse requirements. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 24-45.
- McColl, M. et Dickenson, J. (2009). *Inter-professional Primary Health Care: Assembling the pieces*. Ottawa ON: CAOT Publications ACE.
- Mclsaac, E. (2003). Immigrants in Canadian cities: Census 2001 - What do the data tell us? *Policy Options*, May, 58-63.
- McMaster University et ACE. (2010). *Occupational Therapy Examination & Practice Preparation Project*. Téléchargé au <http://www.otepp.ca/>.
- Statistique Canada. (2002). *Un profil de l'incapacité au Canada*. Ottawa, ON: Ministère de l'Industrie.
- Townsend, E.A., et Polatajko, H.J. (2007). *Promouvoir l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*. Ottawa ON: CAOT Publications ACE.
- Townsend, E., Polatajko, H., et Craik, J. (2010). *Sharing a World of Occupational Enablement: Positioning Occupational Therapy for Leadership*. Présenté au congrès de la World Federation of Occupational Therapists, 7 mai 2010.
- Wilkins, K. et Park, E. (2004). *Blessures*. Rapports sur la santé, 51(3). Téléchargé au <http://www.statcan.gc.ca/studies-etudes/82-003/archive/2004/6850-eng.pdf>.
- World Federation of Occupational Therapists. (2010). *Human Resources Project*. Téléchargé au [http://www.wfot.org/office\\_files/WFOT%20Human%20Resources%20Project%202010%20Alphabetical.pdf](http://www.wfot.org/office_files/WFOT%20Human%20Resources%20Project%202010%20Alphabetical.pdf).

### **Profil d'une donatrice mensuelle : Donna Campbell**

Donna Campbell est une ancienne présidente de l'ACE; elle était très active au sein de l'ACE au moment où la FCE a été établie, ce qui lui a permis de bien saisir la raison d'être de la Fondation. Au début, il y avait très peu de soutien pour la recherche et le développement des connaissances en ergothérapie, mais Donna comprenait à quel point il était important que la profession participe davantage à ces deux aspects. En fait, Donna était personnellement motivée à poursuivre sa formation universitaire et à promouvoir l'intégration de la recherche et des connaissances dans son milieu de travail. Selon elle, « Il faut joindre la parole à l'action dans sa propre vie. Car, comme je ne peux tout faire à moi seule, j'aime appuyer ceux qui peuvent aller de l'avant plus

rapidement que je ne pourrais le faire ». Donna affirme que son mari est un modèle à suivre en matière de bienfaisance. C'est pourquoi elle a le sentiment qu'elle doit appuyer des causes qui visent à améliorer la société de quelque façon que ce soit. Donna accorde son appui à plusieurs causes, d'une manière équilibrée. « Le fait d'être une donatrice mensuelle me permet de verser des montants plus importants dans l'ensemble, tout en planifiant et en gérant mon budget. Il est très facile de faire des dons en ligne et cela permet aux causes que j'appuie de faire une meilleure planification. J'apprécie également le fait que mes dons soient déductibles d'impôt ». Même si elle est maintenant à la retraite, Donna croit toujours en la FCE et elle continue d'appuyer la Fondation sur une base mensuelle. Elle le fait depuis octobre 2003. Merci Donna!

Pour devenir donateur mensuel comme Donna, visitez le [www.cotfcanada.org](http://www.cotfcanada.org) ou le [www.canada-helps.org](http://www.canada-helps.org). Un don de 5 \$ par mois équivaut approximativement à deux ou trois cafés dans votre resto préféré. Les dons mensuels sont avantageux pour la FCE, car ils constituent un revenu régulier pour les programmes de prix importants que la FCE offre aux ergothérapeutes. Nous vous encourageons à devenir donateur mensuel. Merci à tous les autres donateurs mensuels qui font preuve d'une si grande générosité à tous les mois .... votre geste est grandement apprécié!

### **N'oubliez pas de faire la mise à jour de vos coordonnées 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 la mise à jour de vos renseignements personnels en communiquant avec Anne McDonald, à [amcdonald@cotfcanada.org](mailto:amcdonald@cotfcanada.org) ou en composant le **1-800-434-2268, poste 226**.



# Cours reconnus par l'ACE

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

## SERVICES D'APPRENTISSAGE DE L'ACE

### Série de webinaires Lunch & Learn de l'ACE :

Veillez vous rendre au [www.caot.ca](http://www.caot.ca) pour vous inscrire ou envoyer un courriel à [education@caot.ca](mailto:education@caot.ca) pour obtenir de plus amples renseignements.

### Pediatric Home Modification Recommendations: Assessing Environments and Future Needs

Présentatrice : Tanya Eimantas  
Heure : Mardi, 12 h à 13 h (heure normale de l'EST)  
Date : 16 novembre 2010  
Coût : 50 \$ pour les membres de l'ACE/75 \$ pour les non membres | S'inscrire avant le : 9 novembre 2010

### Seeing our Clients through their Journey with Vision Loss: What Occupational Therapists can do for Clients of all Ages with Low Vision

Présentatrices : Lara Anderson et Corie Haslbeck  
Heure : Mardi, 12 h à 13 h (heure normale de l'EST)  
Date : 30 novembre 2010  
Coût : 50 \$ pour les membres de l'ACE/75 \$ pour les non membres. | S'inscrire avant le 23 novembre 2010

### Integrating Rehabilitation Principles into Chronic Disease Self-Management

Présentatrice : Lori Letts  
Heure : Mardi, 12 h à 13 h (heure normale de l'EST)  
Date : 14 décembre 2010  
Coût : 50 \$ pour les membres de l'ACE/75 \$ pour les non membres | S'inscrire avant le 7 décembre 2010

## Discussions autour de la fontaine d'eau de l'ACE :

### CAOT on Parliament Hill

Présentatrice : Liz Taylor, présidente de l'ACE  
Date : Jeudi 25 novembre 2010  
Heure : 12 h à 13 h (heure normale de l'EST)

### Cours reconnus par l'ACE :

### The DIR® Approach to Pediatric Feeding

8 et 9 novembre 2010, à Pasadena, CA et 28 et 29 mars à Las Vegas, NV  
28 et 29 mars 2011, à Las Vegas, NV

Ce cours de niveau intermédiaire d'une durée de deux jours présentera une perspective interdisciplinaire sur les défis de l'alimentation en pédiatrie, tout en incorporant l'approche DIR®/Floortime™. Les multiples composantes de l'alimentation seront abordées et intégrées dans une méthode d'évaluation et d'intervention basée sur la relation parent-enfant. Nos conférencières présenteront des stratégies complètes pour aborder les problèmes associés à l'alimentation pour divers diagnostics, en mettant l'accent sur l'importance de la dyade parent-enfant. Des études de cas sur vidéo seront présentées pour illustrer des solutions pratiques à des problèmes d'alimentation complexes.  
Conférencières : Diane Cullinane, MD, Karla Ausderau, PhD, OTR/L, SWC et Patricia Novak, MPH, RD, CLE.  
Renseignements : Barb Bobier : [barb@pasadenachilddevelopment.org](mailto:barb@pasadenachilddevelopment.org) ou visiter le site web : [www.pasadenachilddevelopment.org](http://www.pasadenachilddevelopment.org).

## 2nd Conference on Positive Aging: An Interdisciplinary Approach for Health Professionals

26 et 26 novembre 2010  
Vancouver, CB

Le but du 2e congrès national sur le vieillissement positif est de rassembler un auditoire interdisciplinaire de professionnels de la santé et de chercheurs pour aborder certains des enjeux et des défis auxquels la population âgée doit faire face de nos jours. Vous entendrez des chefs de file qui vous présenteront les résultats les plus récents de la recherche, vous apprendrez comment appliquer ces résultats dans la pratique et découvrirez des ressources utiles pour promouvoir une vie plus saine et plus active auprès des aînés du Canada. Le congrès mettra l'accent sur l'importance d'avoir un but et un sens vers la fin de sa vie et sur les leçons apprises en matière de santé et de longévité. Le congrès comportera des conférences informatives, des discussions, des ateliers, des présentations par affiche et de nombreuses possibilités de réseautage. L'un des faits saillants du congrès sera la possibilité d'entendre l'opinion de personnes âgées.

Renseignements : [http://www.interprofessional.ubc.ca/Positive\\_Aging\\_2010.html](http://www.interprofessional.ubc.ca/Positive_Aging_2010.html) ou composer le 604-822-7524 ou par courriel [ipad@interchange.ubc.ca](mailto:ipad@interchange.ubc.ca). Veuillez indiquer le titre du congrès dans le sujet de votre courriel.

The Coast Plaza Hotel & Suites  
1763 Comox Street  
Vancouver, BC

### **Feeding the Whole Child: A Mealtime Approach Conference at Sea**

Croisière de cinq nuits aux îles de Grand Cayman et Cozumel, au Mexique  
À bord du Carnival "INSPIRATION";  
départ de Tampa, Floride  
26 au 31 mars 2011

Participez à la première conférence-sur-mer du genre sur la dysphagie présentée par Suzanne Evans Morris, PhD. Cet atelier examinera certaines des barrières qui limitent le développement des habiletés pour l'alimentation et le confort des enfants, afin d'aider les enfants à retrouver leur désir naturel de participer aux repas. Des stratégies visant à améliorer les habiletés pour l'alimentation dans le contexte des repas seront discutées, notamment pour les enfants qui mangent ou boivent par la bouche et ceux qui sont alimentés par gavage.

Renseignements : Helga Schollenberger, Rehab Department  
Windsor Essex County Pediatric Feeding & Dysphagia Group

c/o Hotel Dieu-Grace Hospital, 1030 Ouellette Ave., Windsor, ON.  
Tél. : (519) 973-4411  
Courriel : hschollenberger@hdgh.org

### **Sensory Processing Disorder: Subtypes, Intervention and Evidence-Based Research**

5 et 6 mai 2011  
Montréal, Québec

Ce séminaire complet de deux jours sera centré sur les troubles du traitement de l'information sensorielle (TTIS [SPD]). Les TTIS touchent au moins 16 % des enfants. Ce séminaire fera une revue du dépistage et de l'évaluation des TTIS, de même que des interventions pour les différents types de TTIS.

Renseignements : Caroline Hui, ergothérapeute  
Tél. : (450) 242-2816  
Courriel : info@choosetolearn.ca  
Pour en savoir davantage, veuillez visiter le [www.choosetolearn.ca/pdf/Sensory\\_Processing\\_Disorder.pdf](http://www.choosetolearn.ca/pdf/Sensory_Processing_Disorder.pdf)

### **TLP Provider Certification Course**

23 au 25 septembre 2010 et 11 au 13 novembre 2010

Ogden, Utah, USA

Il s'agit d'un cours complet de trois jours. Le participant repartira avec de l'information qu'il pourra immédiatement mettre en pratique. La méthode Listening Program® et des plans d'écoute individualisés pour répondre aux besoins et objectifs spécifiques des clients seront présentés. Ce cours complet préparera le participant à utiliser le système d'écoute TLP auprès de ses clients, y compris le ABT Bone Conduction System. Un cours de révision en ligne optionnel est également inclus dans la formation.

23 au 25 septembre 2010  
11 au 13 novembre 2010

Ce cours en ligne prépare le participant à offrir des programmes ABT à ses clients et comprend le Listening Program® et le ABT Bone Conduction System.

Renseignements : Mandy Doman, Events Manager, Advanced Brain Technologies  
Tél. : 801-622-5676  
Courriel : mandyd@advancebrain.com