

## Table des matières

Célébrer la collaboration intraprofessionnelle en ergothérapie ..... Dianna Fong-Lee et Heather Gillespie	3
Quoi de neuf?.....	5
Utilisation d'une assistante de l'ergothérapeute pour offrir un programme d'exposition graduée aux aliments à des enfants d'âge préscolaire ayant un trouble du spectre de l'autisme ..... Arwen Caines	6
Les assistants de l'ergothérapeute : Favoriser le bien-être des utilisateurs d'aides à la mobilité motorisées dans la communauté ..... Heather Gillespie et Lisa Engel	8
Les assistants de l'ergothérapeute dans les services d'ergothérapie : Mise à jour sur le Programme d'agrément de l'enseignement à l'assistant de l'ergothérapeute et à l'assistant du physiothérapeute ..... Kathy Davidson	11
Il est temps de discuter du rôle des ergothérapeutes en tant que gestionnaires de la pratique et de celui des assistants en tant que principaux prestataires des interventions thérapeutiques ..... Melanie Blake, Debbie Park et Lisa Brice-Leddy	13
Les assistants de l'ergothérapeute : Clichés de pratique novatrice.....	15
Le travail quotidien des assistants de l'ergothérapeute dans les unités de soins de courte durée en milieu urbain..... Kristin Broadhead, Tyrone Gordon, Jeena Parmar et Diana Seko-Challenger	16
Implication du personnel auxiliaire dans les services ergothérapeutiques à domicile au Québec : des pistes respectueuses du cadre normatif et appuyant les activités de prévention et promotion de la santé..... Annie Carrier et Mélanie Levasseur	17
Ensemble sur la route : Des ergothérapeutes et assistants de l'ergothérapeute travaillent en collaboration dans la communauté pour fournir les meilleurs soins possibles ..... Avril McCready-Wirth, Carol Hepting, Wendy Ng, Cathy Haney, Lisa Bratkoski et Dianne MacAusland-Berg	19
Améliorer les services de réadaptation dans la communauté éloignée d'Igloolik, au Nunavut, grâce à l'assistante en thérapie communautaire..... Katie Bellefontaine, Michelle Hurley et Sharon Inngaut	21
Le nouveau rôle des assistants de l'ergothérapeute à l'Hôpital d'Ottawa ..... Leanne Vo et Cory Feenstra	23
Les besoins en matière de formation post-professionnelle du personnel de soutien en Ontario..... Trudy Langendoen, Candy Pleasance, Andrea Dyrkacz et Carol Heck	24
Travailler ensemble : Le duo dynamique d'aujourd'hui! ..... Jennifer Stephenson	28
Le rôle des étudiants assistants de l'ergothérapeute et assistants du physiothérapeute au sein d'une unité de formation interprofessionnelle ..... Debi Francis et Colin Strader	29
Nouvelles de la Fondation canadienne d'ergothérapie.....	31

photo de la page couverture : Sharon Inngaut, assistante en thérapie communautaire à Igloolik, au Nunavut, en route pour une visite à domicile.

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

#### Tous droits de rédaction réservés

Les *Actualités ergothérapeutiques* et l'ACE ne soutiennent pas nécessairement les annonces acceptées pour publication.

#### PRÉSIDENTE DE L'ACE

Lori Cyr, OT(C)

#### Directrice générale de l'ACE

Janet M. Craik, M.S., Erg. Aut. (Ont.), OT(C)

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

ACE – Édifice CTTC

3400 – 1125, promenade Colonel By  
Ottawa, Ontario K1S 5R1 CAN

Courriel: publications@caot.ca

#### INDEXAGE

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

#### PUBLICITÉ

Tél. : (613) 523-2268, poste 232

Courriel : advertising@caot.ca

#### ABONNEMENTS

Tél. : (613) 523-2268, poste 263

Courriel : subscriptions@caot.ca

#### DROIT D'AUTEUR

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

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

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

#### RÉDACTRICE EN CHEF

Janna MacLachlan, Erg. Aut. (Ont.)

Tél. (613) 523-2268, poste 226, télécop. (613) 523-2552,

courriel : otnow@caot.ca

#### TRADUCTION

De Shakespeare à Molière, Services de traduction

#### CONCEPTION GRAPHIQUE ET MISE EN PAGE

JARcreative

#### CORRECTRICE D'ÉPREUVES

Claire Hurd

#### COMITÉ ÉDITORIAL DES ACTUALITÉS ERGOTHÉRAPIQUES

Présidente : Janna MacLachlan, Erg. Aut. (Ont.)

Patricia Dickson, M.Sc., Erg. Aut. (Ont.)

Emily Etcheverry, PhD, MEd. Erg. Aut. (MB.)

Heather Gillespie, OT

Tamara Germani, OT

Susan Mulholland, MSc Rehab, ergothérapie

Nadia Noble, Erg. Aut. (Ont.)

Heidi Cramm, PhD, Erg. Aut. (Ont.)

Sandra Hobson, MAEd, Erg., LLDS, FCAOT

Sumaira Mazhar, erg.

ex-officio : Helene Polatajko, PhD, Erg. Aut. (Ont.), FCAOT, FCAHS

ex-officio : Julie Lapointe, erg. Erg. Aut. (Ont), PhD

#### RESPONSABLES DE CHRONIQUE

La santé des Autochtones et l'ergothérapie au Canada

Janet Jull, PhD, Erg. Aut. (Ont.),

Alison Gerlach, MSc, OT Reg (BC)

#### Liens internationaux

Sandra Bressler, BOT, MA, FCAOT

#### Pleins feux sur la technologie d'assistance

poste vacant

#### Notre passé ergothérapeutique

poste vacant

#### Réflexions sur la pratique privée

poste vacant

#### Le sens de l'agir

Shanon Phelan, PhD, Erg. Aut.

#### La télésanté et l'ergothérapie

poste vacant

#### L'application des connaissances en ergothérapie

Heidi Cramm, PhD, Erg. Aut. (Ont.)

Heather Colquhoun, PhD, Erg. Aut. (Ont.)

#### Rehausser la pratique

Aînés : Sandra Hobson, MAEd, Erg., LLDS, FCAOT

Adultes : Patricia Dickson, M.Sc., Erg. Aut. (Ont.)

Enfants et adolescents : poste vacant

Santé mentale : Regina Casey, PhD, M.A., OT

Pratique en milieu rural : Alison Sisson, M.Sc., OT

#### Perspectives estudiantines :

Laura Hartman, PhD, Erg. Aut. (Ont.)

Christina Lamontagne, Erg. Aut. (Ont.)

Tous les membres du comité éditorial des *Actualités ergothérapeutiques* sont membres en règle de l'ACE.

# Célébrer la collaboration intraprofessionnelle en ergothérapie

Dianna Fong-Lee et Heather Gillespie

C'est avec un immense honneur que nous avons accepté de contribuer à la planification et à la production d'un numéro thématique des *Actualités ergothérapeutiques*. Cette édition spéciale célèbre les progrès de la pratique en collaboration entre les ergothérapeutes et le personnel de soutien, tout en accordant une attention particulière aux assistants de l'ergothérapeute (AE). Il y a plusieurs raisons de célébrer, et ce numéro thématique arrive à point nommé. Premièrement, le nombre et la diversité des articles soumis indiquent clairement que les ergothérapeutes et le personnel de soutien à travers le Canada ont de l'information à partager. Deuxièmement, bien que les soumissions témoignent de divers domaines de pratique, l'un des thèmes récurrents était l'importance accordée par les assistants de l'ergothérapeute à la formation officielle de niveau collégial. Une discussion récente a amené l'ACE à prendre la décision de reconnaître officiellement le titre d'assistant de l'ergothérapeute (voir la page 5); cette décision, à elle seule, vaut la peine d'être célébrée! Dans ce numéro thématique, nous utiliserons principalement le terme assistant de l'ergothérapeute. Le terme personnel de soutien, qui englobe à la fois les personnes ayant reçu une formation formelle ou informelle, est toujours pertinent pour décrire les personnes qui jouent un rôle de soutien en ergothérapie et qui ont suivi une formation formelle ou en milieu de travail.

Le contenu de ce numéro témoigne de l'évolution considérable du rôle de l'assistant de l'ergothérapeute (AE) dans les dernières années. En 1991, le Programme national de recherche et développement en santé de Santé et Bien-être Canada a financé un projet national de recherche interdisciplinaire sur la formation, l'utilisation et les possibilités d'avenir du personnel de soutien, dans les disciplines de la réadaptation. Une revue de cette étude « patrimoniale » compilée par Hagler et al. (1993) fournit des pistes de réflexion sur l'évolution des pratiques relatives à la formation et la supervision des AE, et à la collaboration avec les AE, qui permettront d'envisager les orientations futures.

## Formation pratique et théorique

Lorsque Hagler et al. ont partagé leurs résultats, en 1993, la formation visant à préparer le personnel de soutien constituait largement en une formation sur les lieux de travail, au sein d'une discipline donnée. Avec l'évolution de la profession au fil des ans, on a également observé l'évolution des compétences, rôles et responsabilités des AE. Citons notamment la progression de la formation, du premier programme établi en 1953 au Kingston Psychiatric Hospital en Ontario (Maxwell et Maxwell, 1978), à aujourd'hui, où il semble y avoir 25 programmes financés par les fonds publics et 14 programmes offerts dans des collèges privés. (Actuellement, il n'y a aucun répertoire central des écoles offrant ce genre de programmes). La majorité offre un programme combiné d'enseignement à l'assistant de l'ergothérapeute et à l'assistant du physiothérapeute d'une durée de deux ans, menant à l'obtention d'un diplôme. Le fait d'avoir du personnel de soutien possédant la double formation favorise la souplesse dans la prestation de services (Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 1998).

Le passage à un programme de deux ans menant à l'obtention d'un diplôme a donné aux enseignants la possibilité de rehausser le programme d'études et « de donner une formation d'une plus grande portée et

profondeur à l'assistant de l'ergothérapeute » (Martin, Dickinson, Marken et Swinton, 2005, "Frequently Asked Questions, para. 3). L'amélioration du programme d'études en vue de préciser le rôle de l'AE et l'importance de valoriser ces membres d'équipe et les relations de collaboration est toujours une préoccupation importante pour les programmes de formation actuels. Les articles présentés dans ce numéro font écho à cette préoccupation, en abordant la pratique interprofessionnelle (p. 29) et la pratique intraprofessionnelle (p. 28). Par ailleurs, on peut trouver à la page 15 l'exemple d'un programme d'études accordant une plus large part au contenu relatif à la santé mentale.

Bien que la portée et la profondeur des programmes de formation varient naturellement à travers le Canada, il est essentiel de reconnaître que le besoin d'offrir une formation constante et de qualité a été exprimé de deux façons. En 2009, l'ACE lançait le *Profil de la pratique du personnel auxiliaire au Canada* et environ au même moment, le Canadian Occupational Therapist Assistant and Physiotherapist Assistant Educators Council (COPEC) invitait l'ACE et l'Agrément de l'enseignement de la physiothérapie au Canada (AEPCC) à élaborer en collaboration des normes au sein des programmes, en vue d'établir un processus d'agrément. Une mise à jour sur ce processus est présentée à la page 11 de ce numéro. Le développement se poursuit et ne se limite pas à la formation préalable à l'entrée en fonction des AE; en effet, les AE veulent avoir accès à des possibilités de formation continue, tel que discuté à la page 24.

## Le rôle et la valeur des assistants de l'ergothérapeute

Les rôles et l'apport des AE au sein de l'équipe de santé interprofessionnelle continuent d'évoluer dans divers domaines et milieux de pratique. Dans le présent numéro, l'innovation est particulièrement marquée dans les hôpitaux de soins de courte durée (p. 16, 23 et 27) et dans les milieux communautaires offrant des services de soins à domicile (p. 8, 17, 19 et 21). Il est très captivant de découvrir comment les AE favorisent l'accessibilité et l'élargissement des services d'ergothérapie, comme dans le programme de thérapie par exposition graduée aux aliments décrit à la page p.6.

La page web de l'ACE consacrée au personnel auxiliaire (<http://www.caot.ca/default.asp?pageid=1013>) est la preuve de l'appréciation croissante de la valeur des AE dans la pratique de l'ergothérapie. Nous encourageons les lecteurs et lectrices à consulter les ressources énumérées dans ce numéro et à examiner des façons d'optimiser leur modèle de prestation de services, en faisant appel à des AE, en particulier aux AE qui ont suivi un programme de formation officielle.

## Collaboration et supervision

Les lignes directrices relatives à la supervision des assistants de l'ergothérapeute à travers le Canada sont demeurés conformes aux principes généraux qui ont été proposés par Hagler et al. (1993). La supervision doit être considérée en fonction de quatre aspects : méthode de supervision, degré de supervision, nombre d'AE supervisés et responsabilités des employeurs. Les ergothérapeutes sont invités à consulter les ressources de l'ACE et de leur organisme de réglementation pour savoir comment déterminer les exigences requises en matière

de supervision. Pour leur part, les employeurs doivent veiller à ce que leurs ergothérapeutes aient les compétences requises pour travailler efficacement avec des AE : 1. en incorporant la supervision des AE dans la description de tâche de l'ergothérapeute; 2. en s'assurant que l'ergothérapeute a suffisamment de temps pour superviser des AE; et 3. en veillant à ce que les ergothérapeutes reçoivent une formation adéquate pour faire de la supervision (Hagler et al., 1993).

Les nouveaux rôles et les compétences élargies des AE ayant suivi une formation officielle exigent maintenant que les ergothérapeutes les supervisent, tout en veillant à la sécurité des clients, mais aussi en respectant l'apport et l'autonomie grandissante des AE. Ce changement nous rappelle l'importance de préciser le rôle de l'AE et de proposer des pratiques novatrices en matière de collaboration (p. ex. p. 13 et 15) qui soutiennent l'AE, de même que l'ergothérapeute, qui demeure responsable en bout de ligne de la prestation de services d'ergothérapie sûrs.

### Quelles sont les prochaines étapes?

Nous avons décrits les progrès réalisés jusqu'à maintenant; toutefois, certains pourraient affirmer que le rythme d'évolution de la formation, du rôle ou de la portée de la pratique, et la supervision des AE n'ont pas progressé de manière significative au Canada, comparativement aux AE qui travaillent aux États-Unis (Salvatori, 2001), et aux assistants du physiothérapeute (AP) au Canada. Il faudra sans doute poursuivre les travaux pour faciliter l'intégration des assistants au sein de la profession.

**Titre :** Tout en reconnaissant que ces membres d'équipe ne sont pas réglementés et que leur titre n'est pas protégé, nous croyons qu'une plus grande précision du titre sera avantageuse pour les AE, les clients et les employeurs, et que cela augmentera considérablement la reconnaissance des AE au sein de notre profession. Des discussions à travers le Canada nous aiderons à mieux comprendre les différences d'une province à l'autre et l'importance de respecter les circonstances dans lesquelles les titres AE ou AE & AP (ou AE/AP) correspondent le mieux au contexte de pratique.

**Progression professionnelle :** Le cheminement pour devenir un ergothérapeute exige la réussite d'une maîtrise, ce qui peut être décourageant pour des diplômés du niveau collégial. Grâce aux nouveaux partenariats formés entre les collèges et les universités, serait-il possible de faire preuve d'innovation et d'envisager la mise sur pied de programmes de formation de courte durée pour faciliter les transferts de crédits et la mobilité professionnelle (Salvatori, 2001)? Dans ce numéro, une auteure fait une réflexion introspective sur sa propre expérience et progression professionnelle (p. 20).

**Stages en milieu clinique pour les assistants de l'ergothérapeute :** À travers le pays, les programmes de formation ont de la difficulté à se conformer aux normes d'agrément, qui exigent que les étudiants effectuent un minimum de 30 % d'heures de stages dans des milieux de pratique en ergothérapie. Très peu de programmes peuvent offrir aux étudiants des programmes de l'AE/l'AP un nombre égal d'heures de stages dans des milieux ergothérapeutiques, comparativement aux milieux en physiothérapie, et cette situation peut avoir des répercussions sur la

formation des étudiants et sur leurs futurs projets professionnels. Nous avons besoin d'un plus grand appui de la part des ergothérapeutes, face à cet aspect. Nous applaudissons les ergothérapeutes qui emploient des modèles novateurs de supervision qui favorisent les interactions et les partenariats entre les étudiants des programmes d'enseignement à l'AE et les étudiants en ergothérapie pendant les stages (Jung, Salvatori et Martin, 2008).

**Adhésion à l'ACE :** L'ACE encourage les membres du personnel de soutien à devenir membres de l'ACE. Nous faisons en sorte que les initiatives de recrutement des membres et les avantages offerts aux membres soient plus visibles pour les membres du personnel de soutien, qui sont nos collègues. Un plus grand nombre de membres est avantageux pour tous et cela peut être une façon efficace de répondre aux besoins des AE en matière de formation continue.

La rédaction du prochain chapitre fait appel à la remise du pouvoir à nos collègues AE, afin qu'ils puissent défendre leurs intérêts. Les AE ont-ils accès à des statistiques démographiques sur la main-d'oeuvre (p. ex., offre, distribution ou rémunération) pour raffermir leur rôle croissant et planifier l'avenir? De quel type de représentation provinciale ou nationale les AE croient-ils avoir besoin pour défendre leurs intérêts? Y a-t-il lieu de créer un groupe semblable à l'Assemblée nationale des assistants-physiothérapeutes (ANAP) de l'Association canadienne de physiothérapie? Nous encourageons les AE et les ergothérapeutes à continuer d'établir des relations fondées sur la collaboration afin de combiner leurs compétences et connaissances, de rehausser la prestation de services et de consolider l'apport de nos collègues AE.

### Références

- Association canadienne des ergothérapeutes. (2009). *Profil de la pratique du personnel auxiliaire en ergothérapie*. Téléchargé au [http://www.caot.ca/pdfs/SupportPer\\_Profile.pdf](http://www.caot.ca/pdfs/SupportPer_Profile.pdf)
- Hagler, P., Madill, H., Warren, S., Loomis, J., Elliott, D., et Pain, K. (1993). *Role and Use of Support Personnel in the Rehabilitation Disciplines*. Edmonton, AB: University of Alberta Press.
- Jung, B., Salvatori, P., et Martin, A. (2008). Intraprofessional student fieldwork education: Occupational therapy and occupational therapist assistant students learning together. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 75, 42-50. doi:10.2182/cjot.06.05x
- Martin, A., Dickinson, D., Marken, S., et Swinton, L. (2005). *The Occupational Therapist Assistant: Facts on formal education in Canada*. Affiche présentée au Congrès 2005 de l'ACE à Vancouver, C.-B. Téléchargé au <http://www.caot.ca/pdfs/CAOT-Poster.JPG>
- Maxwell, J. D., et Maxwell, M. P. (1978). *Occupational therapy: The diffident profession*. Kingston, ON: Queen's University Press.
- Salvatori, P. (2001). The history of occupational therapy assistants in Canada: A Comparison with the United States. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68, 217-227. doi:10.1177/000841740106800405
- Von Zweck, C., et Gillespie, H. (1998). Support personnel in occupational therapy: Who, what, why and how. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65, 59-63. doi:10.1177/000841749806500201

### À propos des collaboratrices spéciales



**Dianna Fong-Lee, MA, Erg. Aut. (Ont.)**, est passée de la pratique clinique à l'enseignement, il y a près de 24 ans, d'abord comme chargée de cours à la Western University's School of Occupational Therapy, puis, dans les 18 dernières années, elle a fait partie du corps enseignant du programme de l'assistant de l'ergothérapeute et de l'assistant du physiothérapeute du Conestoga College Institute of Technology and Advanced Learning, à Kitchener, en Ontario. On peut la joindre à : [dfong-lee@conestogac.on.ca](mailto:dfong-lee@conestogac.on.ca).

**Heather Gillespie, OT, BOT**, est une ergothérapeute travaillant au sein des Home and Community Care, Island Health, à Nanaimo, en Colombie-Britannique, et enseignante au Therapist Assistant Distributed Learning Program du Medicine Hat College, à Medicine Hat, en Alberta. On peut la joindre à : [hgillespie@viha.ca](mailto:hgillespie@viha.ca)

# Quoi de neuf?



## Assemblée générale annuelle 2015 de l'ACE

Vous êtes cordialement invité à assister à l'Assemblée générale annuelle de l'Association canadienne des ergothérapeutes, qui aura lieu le 31 mars 2015, de 12 h à 13 h, heure de l'Est. D'autres détails seront affichés au : <http://www.caot.ca/agm>.

## Application (appli) du congrès de l'ACE

Cette année, l'ACE offre une appli pour son congrès, afin que les participants puissent consulter le programme du congrès et se bâtir un horaire personnalisé sur leur tablette électronique, leur téléphone intelligent ou leur ordinateur. Grâce à l'appli, il est possible d'effectuer des recherches dans le programme du congrès; par ailleurs l'horaire du congrès sera mis à jour régulièrement, pour que les gens soient informés de tout changement. L'appli propose aussi des cartes des lieux du congrès et décrit en détail l'information concernant les exposants. Après le congrès, l'appli permettra aux gens de télécharger les conférences et les présentations que les auteurs auront soumises à l'ACE. Pour télécharger l'appli, prière de se rendre au : <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=250>.

## Évaluateurs pairs bénévoles recherchés

Le Programme d'agrément de l'enseignement à l'assistant de l'ergothérapeute et à l'assistant du physiothérapeute (PAE AE & AP) est responsable de l'agrément des programmes d'enseignement à l'assistant de l'ergothérapeute et à l'assistant du physiothérapeute au Canada. Le programme a besoin d'évaluateurs pairs admissibles pour continuer d'administrer avec succès ce programme d'agrément. Si vous voulez en savoir davantage sur la façon de devenir membre d'une équipe d'évaluation par les pairs pour le PAE AE & AP, veuillez consulter les critères d'admissibilité, au : <http://otapta.ca/french/get-involved/become-a-peer-review-team-member.php>.

## Du nouveau en Colombie-Britannique

L'ACE-CB a publié en janvier une ressource offerte exclusivement aux membres : le 2015 Private Practice Directory. Cette ressource sera disponible en ligne; il s'agit de la meilleure ressource pour trouver un ergothérapeute exerçant en cabinet privé en Colombie-Britannique. Pour consulter cette ressource, rendez-vous au : [www.caot.ca/caot-bc](http://www.caot.ca/caot-bc).

## Certificats de participation aux conférences-midi Lunch & Learn de l'ACE ayant été archivées

La plupart des webinaires Lunch & Learn de l'ACE sont enregistrés. Actuellement, environ 60 présentations Lunch & Learn traitant de sujets très variés sont archivées. Vous pouvez maintenant recevoir un certificat de participation à ajouter à votre portfolio, pour attester du fait que vous avez écouté des conférences-midi Lunch & Learn ayant été archivées.

## Changements à l'ACE concernant les assistants de l'ergothérapeute

Depuis la création et la mise en œuvre du Programme d'agrément de l'enseignement à l'assistant de l'ergothérapeute et à l'assistant du physiothérapeute (PAE AE & AP) en 2012, nous avons assisté à une croissance exponentielle de l'agrément des programmes d'enseignement à l'assistant de l'ergothérapeute et à l'assistant du physiothérapeute. Cette situation a incité l'ACE à amorcer un dialogue avec différents intervenants sur plusieurs questions, dont le titre, l'adhésion à l'ACE, la

défense des intérêts et la représentation de ces membres du personnel de soutien. L'ACE aimerait honorer et reconnaître le titre, le profil, la formation et l'apport des personnes ayant suivi des programmes d'enseignement à l'assistant de l'ergothérapeute. À partir de janvier 2015, l'ACE adoptera le terme assistant de l'ergothérapeute (AE) pour désigner toute personne ayant obtenu son diplôme d'un programme canadien agréé d'enseignement à l'assistant de l'ergothérapeute et à l'assistant du physiothérapeute ou d'un programme canadien de l'assistant de l'ergothérapeute et de l'assistant du physiothérapeute qui devient agréé dans les trois ans suivant la date d'obtention du diplôme de l'étudiant. Surveillez les nouvelles pour vous tenir au courant de tout changement additionnel et de toute autre initiative au cours de la prochaine année.

## Nouveau processus d'évaluation pour les ergothérapeutes effectuant une transition en vue d'exercer au Canada

À partir du 1er mai 2015, l'Association canadienne des organismes de réglementation en ergothérapie (ACORE) mettra en œuvre un nouveau processus d'évaluation pour les ergothérapeutes formés à l'étranger (EFE) qui désirent effectuer une transition afin d'exercer au Canada; ce processus est le Système d'évaluation de l'équivalence substantielle (SEES). Pour en savoir davantage à ce sujet, prière de consulter le : <http://www.acore-acore.org>.

## Nouvelles prises de position et prises de position révisées

**Le conseil d'administration de l'ACE a approuvé les trois nouvelles prises de position suivantes :**

1. *Les troubles du spectre autistique et l'ergothérapie* – Cette prise de position a été révisée afin de mieux refléter la pratique actuelle auprès de cette population et d'incorporer le large spectre de modèles de pratique utilisés par les professionnels au Canada.
2. *Obésité et occupations saines* – Cette prise de position a été revue afin de témoigner des nouvelles connaissances dans ce domaine de pratique.
3. *Ergothérapie et santé au travail* – Cette prise de position remplacera la prise de position *Le retour au travail et l'ergothérapie*; elle a été écrite pour refléter la pratique actuelle et pour incorporer davantage d'aspects biopsychosociaux.

Toutes les prises de position de l'ACE sont publiées à l'adresse suivante : <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=4>

NDLR : De nombreux termes sont utilisés à travers le Canada pour désigner les membres du personnel de soutien en ergothérapie de manière générale, p. ex., personnel de soutien, personnel auxiliaire, personnel non ergothérapeute, et de manière plus spécifique, p. ex., assistant de l'ergothérapeute, assistant-ergothérapeute, aide-ergothérapeute. Dans l'ensemble de ce numéro thématique, nous utiliserons les termes personnel de soutien et assistant de l'ergothérapeute, à l'exception de l'article décrivant la réalité du Québec, aux pages 17 et 18.

# Utilisation d'une assistante de l'ergothérapeute pour offrir un programme d'exposition graduée aux aliments à des enfants d'âge préscolaire ayant un trouble du spectre de l'autisme

Arwen Caines

L'une des grandes priorités que se fixent les parents d'enfants d'âge préscolaire recevant des services de la Society for Treatment of Autism (STA), un organisme caritatif situé à Calgary en Alberta, est la suivante : « Augmenter la variété d'aliments que mon enfant mange ». Les parents, l'ergothérapeute et l'assistante de l'ergothérapeute (AE) travaillent ensemble en vue d'augmenter la quantité et la variété d'aliments tolérés par l'enfant. Des séances d'exposition graduée aux aliments sont offertes en groupe ou de manière individuelle pour favoriser l'acceptation d'aliments ciblés; ces séances sont dirigées par l'ergothérapeute et l'AE. De plus, l'ergothérapeute détermine des objectifs pour l'enfant, en collaboration avec les parents; ces objectifs sont associés aux habiletés pour effectuer les soins personnels, ludiques, scolaires et de loisirs. Dans cet article, nous mettons en relief le rôle important joué par l'AE au sein de la STA, dans le programme d'exposition graduée aux aliments.

## Le trouble du spectre de l'autisme et la sélectivité alimentaire

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) est caractérisé par un déficit persistant dans les interactions sociales et la communication dans tous les environnements, ainsi que par des activités et intérêts restreints et un comportement répétitif survenant au cours de la petite enfance et ayant des répercussions sur le fonctionnement quotidien (American Psychiatric Association [APA], 2013). La généralisation des habiletés ou l'acquisition de nouvelles habiletés sont souvent difficiles chez les personnes ayant un TSA, en raison de leur adhésion à des routines et des habitudes (APA, 2013). On observe souvent dans cette population une tendance aux caprices alimentaires ou à la sélectivité alimentaire. À la STA, les parents observent très souvent que leur enfant consomme peu de fruits, de légumes et de viande.

## La STA et l'alimentation

Les restrictions alimentaires peuvent débuter par une aversion face aux propriétés sensorielles d'un aliment ou associée à un aliment (APA, 2013; Case-Smith et Humphry, 2005), ou par une réaction indésirable associée à des habiletés orales-motrices limitées (Case-Smith et Humphry, 2005). Toutefois, les restrictions alimentaires peuvent subséquemment se transformer en un comportement routinier. Ainsi, les principes de la modification des comportements sont toujours utilisés dans les interventions visant à aborder ce problème. Les cliniciens de la STA emploient l'approche de la communication totale (c'est-à-dire, des images, des signaux et des mots; Goldstein, 2002) lorsqu'ils interagissent avec les clients, afin de s'assurer que les besoins en matière de communication réceptive et expressive sont abordés adéquatement. La modification des comportements (Analyse appliquée du comportement [Lovaas, 1987]) est l'approche théorique ancrée dans la pratique utilisée à la

STA pour travailler auprès des enfants ayant un TSA (STA, 2013). Cette approche incorpore notamment un programme d'exposition graduée aux aliments. Par ailleurs, la théorie du développement et les approches fondées sur le jeu sont utilisées conjointement avec les approches axées sur les principes de la désensibilisation, les principes sensoriels-moteurs et les principes du développement des habiletés orales-motrices pour aborder la tolérance et l'acceptation des aliments.

Dans le cadre de son rôle thérapeutique, l'AE établit une relation avec le client et sa famille, avant d'amorcer le programme d'exposition graduée aux aliments; les lignes directrices informelles de la STA recommandaient de consacrer quatre mois à l'établissement de la relation avant de commencer le programme d'acceptation des aliments. Pendant cette période, le thérapeute effectue des visites initiales à domicile afin de donner aux membres de la famille des conseils et des suggestions qu'ils peuvent incorporer pendant les heures de repas familiaux ou utiliser lorsqu'ils nourrissent leur enfant.

Une liste de vérification à l'intention des parents (STA, 2012) est utilisée pour déterminer les aliments que l'enfant mange actuellement, les aliments que l'enfant mangeait auparavant et qu'il ne mange plus, et les aliments que l'enfant n'a jamais mangés. Ce formulaire a été conçu par un comité interdisciplinaire sur l'exposition graduée aux aliments, qui est composé d'ergothérapeutes, de psychologues, d'orthophonistes et d'une AE. Selon l'information recueillie à partir de la liste de vérification et de discussions avec les parents, l'ergothérapeute et les parents déterminent ensemble les trois principaux aliments qu'ils « souhaitent » que l'enfant mange.

Le département d'ergothérapie de la STA croit qu'il est important que les clients augmentent leur consommation d'aliments dans l'environnement le plus judicieux pour eux, c'est-à-dire à domicile, avec leurs parents. Le fait d'exposer l'enfant à différents aliments à la maison permet aux parents d'observer les différentes stratégies qui sont utilisées et de les essayer, tout en ayant un soutien interdisciplinaire et en faisant partie intégrante du processus d'exposition aux aliments.

## Le rôle de l'assistante de l'ergothérapeute à la STA

Le processus d'acceptation des aliments est considéré comme un processus à long terme qui exige des séances d'exposition régulières, de même la participation des parents. Le fait que l'AE fournisse plusieurs séances individuelles permet d'offrir plus de séances régulières, une à deux fois par semaine; il s'agit d'une fréquence que l'ergothérapeute ne serait pas en mesure de fournir. Pour les clients qui sont moins motivés socialement, les séances individuelles peuvent être plus efficaces, car les séances de groupe peuvent être trop exigeantes et inefficaces pour la socialisation de ces clients. L'ergothérapeute et l'AE font de l'enseignement aux parents, en leur montrant des façons de faire des jeux avec la nourriture à table, en décrivant plusieurs degrés d'acceptation des aliments, en faisant la

démonstration d'interactions positives avec une variété d'aliments et en leur montrant comment incorporer d'autres approches dans une séance, comme le renforcement positif, la modification des comportements et la communication totale.

L'AE doit faire preuve de constance dans la manière de faire l'intervention, pour veiller à ce qu'elle soit conforme à ce qui a été prescrit par les ergothérapeutes et à la philosophie de l'organisme, et pour que l'intervention comporte des possibilités d'apprentissage pour les familles. Après chaque séance d'exposition graduée aux aliments, l'AE rédige des notes d'observation au sujet de l'expérience, par exemple, les types d'aliments ingérés (selon le cas) ou explorés par l'enfant, les comportements manifestés devant les aliments, et la participation des parents. L'ergothérapeute examine ensuite les notes de l'AE et fait des recommandations relatives aux prochaines interventions. Pendant la période d'intervention, l'ergothérapeute peut aussi diriger des séances avec le client et la famille; les notes cliniques de l'ergothérapeute sont écrites comme à l'habitude, puis transmises à l'AE, qui les relit pour savoir si des progrès ont été réalisés et si l'ergothérapeute a fait de nouvelles observations.

## Formation

L'AE qui travaille actuellement à la STA occupe ce poste depuis environ trois ans. Elle a assisté à un atelier de formation sur la Sequential Oral Sensory (SOS) Approach to Feeding (Toomey, 2012) qui lui a permis d'acquérir les connaissances de base et les techniques requises pour diriger des séances de groupe et individuelles sur l'alimentation. Il est important de souligner qu'à la STA, ce programme n'est pas utilisé de manière exclusive, ni exactement comme il a été conçu à l'origine. L'AE est un membre actif du comité sur l'exposition graduée aux aliments, ce qui lui permet de travailler avec d'autres disciplines et de mieux comprendre l'approche interdisciplinaire axée sur l'exposition aux aliments. De plus, elle a suivi une formation donnée par l'équipe d'ergothérapie sur la désensibilisation et l'apprentissage par le jeu.

## Supervision

L'ergothérapeute fournit une supervision directe et indirecte à l'AE, qui fait l'intervention en vue d'améliorer l'acceptation des aliments. Lorsqu'elle effectue le programme d'acceptation des aliments, l'AE suit les directives de l'ergothérapeute, tel que stipulé par l'Alberta College of Occupational Therapists (ACOT; 2005). L'ergothérapeute élabore un plan alimentaire en collaboration avec l'AE, pour veiller à ce que les aliments utilisés lors des séances d'exposition à la nourriture correspondent aux objectifs de la famille, et à ce que l'enfant puisse consommer ces aliments en toute sécurité, selon l'évaluation de ses habiletés orales-motrices, son stade de développement et ses habiletés cognitives. L'ergothérapeute et l'AE se rencontrent pour déterminer à quel moment l'AE se rendra au domicile familial, les types d'aliments qui seront ciblés et les objectifs de la séance (p. ex., travailler sur la tolérance à de nouveaux aliments ou sur l'acceptation de nouveaux aliments dans la bouche). L'ergothérapeute et l'AE font aussi un remue-méninges sur certaines des difficultés pouvant survenir (p. ex., refus de tous les aliments, manifestation de comportements mésadaptés, etc.) et discutent des stratégies spécifiques qui seront utilisées. L'ergothérapeute peut faire une démonstration de ces stratégies à l'AE, pour que l'AE puisse ensuite les expliquer aux parents. Ce processus est abordé en

collaboration et il fait partie du processus de supervision directe. Afin de veiller à la qualité du travail de l'AE (ACOT, 2005), il arrive que les ergothérapeutes soient présents pendant les séances dirigées par l'AE.

La supervision indirecte de l'ergothérapeute consiste à examiner les notes d'observation rédigées par l'AE après une séance, peu importe que l'ergothérapeute ait été présent ou non à cette séance. Comme les séances se produisent le plus souvent à domicile, avec les parents, il arrive que ces derniers posent des questions à l'AE au sujet des stratégies, des prochaines étapes ou de différentes approches. L'AE transmet ces questions à l'ergothérapeute et encourage les parents à communiquer avec l'ergothérapeute pour discuter de ces questions. Il arrive aussi que les parents posent des questions à l'AE sur des stratégies ou des approches qui ne font pas partie de la portée de la pratique de l'ergothérapeute. Elle doit transmettre ces questions au membre concerné de l'équipe interdisciplinaire, afin qu'il réponde à ces questions.

## Conclusion

L'intervention qui consiste à aider un enfant ayant un TSA à accepter différents aliments est un processus à long terme, qui exige la collaboration des parents, de l'ergothérapeute et de l'AE. La participation de l'AE au processus d'exposition graduée aux aliments est essentielle à la réussite de l'intervention, car l'ergothérapeute a alors suffisamment de temps pour travailler en profondeur sur les troubles alimentaires d'un client.

La STA est privilégiée d'avoir une AE ayant une formation sur l'acceptation des aliments. L'équipe du département d'ergothérapie a mis au point un processus efficace pour veiller à ce que la mise en œuvre des programmes d'acceptation alimentaire par l'AE soit supervisée et encadrée, tout en répondant aux besoins des clients et des familles recevant des services.

## Références

- Alberta College of Occupational Therapists. (2005). *Guidelines for the assignment/delegation of occupational therapy services to support personnel*. Téléchargé au [http://www.acot.ca/files/Guidelines\\_Delegation\\_Support\\_Personnel.pdf](http://www.acot.ca/files/Guidelines_Delegation_Support_Personnel.pdf)
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Case-Smith, J., et Humphry, R. (2005). Feeding interventions. Dans J. Case-Smith (Édit.), *Occupational therapy for children* (5th ed., p. 481-520). St. Louis, MO: Elsevier Inc.
- Goldstein, H. (2002). Communication intervention for children with autism: A review of treatment efficacy. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32, 373-396.
- Lovaas, O. I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of consulting and clinical psychology*, 55, 3-9.
- Society for Treatment of Autism. (2012). *Pre post foods eaten checklist*. Document interne non publié. Calgary, AB.
- Society for Treatment of Autism. (2013). *Agency handbook*. Document interne non publié, Calgary, AB.
- Toomey, K. (2012). *Sequential Oral Sensory (SOS) Approach to Feeding [Workshop handbook]*. Denver, CO.

## À propos de l'auteur

**Arwen Caines, ergothérapeute**, a obtenu son diplôme à la McMaster University en 2011. Après ses études, Arwen a commencé à travailler pour la Society for Treatment of Autism, où elle traite des enfants d'âge préscolaire et de la maternelle et des adolescents. On peut la joindre à : [cainesa@sta-ab.com](mailto:cainesa@sta-ab.com)

# Les assistants de l'ergothérapeute : Favoriser le bien-être des utilisateurs d'aides à la mobilité motorisées dans la communauté

Heather Gillespie et Lisa Engel

Une aide à la mobilité motorisée (AMM), comme un fauteuil roulant motorisé, un triporteur ou un quadriporteur, est souvent le principal moyen de transport d'une personne ayant un problème de mobilité. L'AMM est souvent essentielle à une bonne qualité de vie (Creel, Matthews, Adler et Monahan, 2013; Dawson, Chan et Kaiserman, 1994). Un nouvel utilisateur d'AMM dans la communauté doit acquérir des habiletés pour conduire ce genre d'appareils et connaître les recommandations en matière de sécurité, afin de pouvoir le faire fonctionner en toute sécurité et en toute confiance. Ce type d'enseignement est souvent une composante du plan d'intervention en ergothérapie (Dawson et al., 1994). Le financement limité pour des postes d'ergothérapeutes a créé des possibilités de participation pour les assistants de l'ergothérapeute (AE) dans le domaine de l'enseignement des habiletés pour faire fonctionner une AMM. Les AE peuvent prodiguer de l'entraînement et de l'enseignement et améliorer la confiance du client, sous la direction et la supervision de l'ergothérapeute du client (College of Occupational Therapists of British Columbia, 2011). Bien qu'il y ait certains écrits sur la participation des AE dans les services d'ergothérapie (Lizarondo, Kumar, Hyde et Skidmore, 2010), très peu d'articles ont été publiés au sujet de la participation des AE au sein d'un programme d'entraînement à l'utilisation des AMM. Cet article vise à décrire la participation d'un AE au sein d'un programme de réadaptation communautaire axé sur l'entraînement à l'utilisation des AMM, à Nanaimo, en Colombie-Britannique.

## Description générale et raison d'être

Depuis 2010, deux postes équivalents à temps complet d'AE ont été financés au sein du programme communautaire de soins à domicile, afin d'offrir des services à une ville d'environ 87 000 résidents. Les postes, qui sont financés par l'intermédiaire de Island Health, sont partagés entre l'ergothérapie et la physiothérapie. L'entraînement aux AMM est une intervention assignée à l'AE, par l'ergothérapeute.

Le programme d'entraînement à l'utilisation des AMM a été mis sur pied en raison de la réduction de la disponibilité des ergothérapeutes découlant des compressions budgétaires et de l'augmentation des exigences relatives aux nombres de cas. Le but du programme était de s'assurer que les clients qui n'avaient jamais conduit d'AMM pourraient les faire fonctionner en toute sécurité et en toute confiance. Dans la communauté, nous avons observé une forte demande pour des AMM, car beaucoup de membres de la population vieillissante ont des problèmes de mobilité et ont de la difficulté à conduire des véhicules motorisés.

## Processus de pratique du programme

Un cadre du processus de pratique du programme est utilisé pour

s'assurer que les besoins du client sont satisfaits (voir la figure 1). De multiples intervenants participent au processus pour favoriser l'atteinte de résultats positifs.

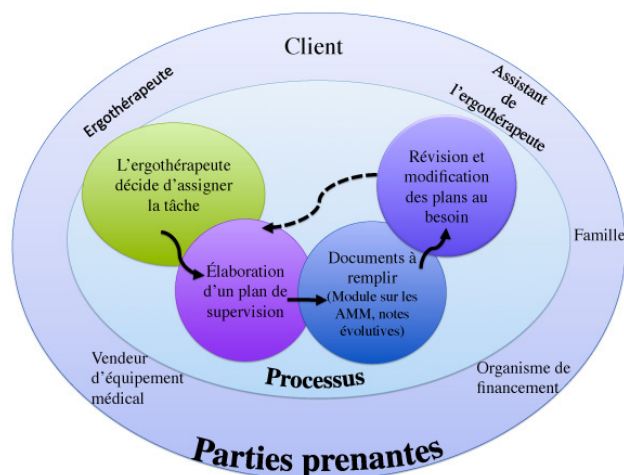


Figure 1. Cadre du processus de pratique du programme d'entraînement à l'utilisation d'aides à la mobilité motorisées (adaptation du Cadre conceptuel du processus de pratique canadien (Polatajko, Craik, Davis et Townsend, [2007])

Après l'évaluation ergothérapique et l'obtention du consentement du client à ce que l'essai d'une AMM fasse partie de son plan de traitement, l'ergothérapeute décide s'il assignera les questions de sécurité et l'entraînement du client à un AE. Le processus décisionnel est basé sur des facteurs de risque, notamment l'état du client, l'environnement, l'intervention et la compétence de l'AE. Selon le degré de risque, l'ergothérapeute décide ou non d'assigner à l'AE la tâche de l'entraînement à l'utilisation de l'AMM. Si la tâche est assignée et si le client donne son consentement, l'ergothérapeute élabore et consigne au dossier un plan de supervision, qui comprend : 1) l'identité de l'AE à qui la tâche a été assignée, 2) la fréquence de l'intervention prévue; 3) la méthode et la fréquence selon lesquelles l'AE fera des comptes rendus à l'ergothérapeute; et 4) si l'intervention peut être effectuée, même lorsque l'ergothérapeute s'est absenté du travail de manière prévue ou inattendue.

Les documents à remplir par l'AE sont le « Power Mobility Module » adapté du Power-Mobility Community Driving Assessment (PCDA; Letts, Dawson, Masters et Robbins, 2003). Ce module est un dossier objectif des aptitudes générales du client pour conduire l'appareil et utiliser adéquatement les accessoires du fauteuil roulant, des connaissances du client sur le « code de la route » et de la capacité du



client à prendre des décisions dans les situations d'urgence. De plus, l'AE consigne chacune des visites du client dans son dossier médical. L'ergothérapeute examine régulièrement les documents de l'AE pour déterminer si le plan d'intervention doit se poursuivre tel qu'assigné précédemment ou s'il faut apporter des modifications au plan de supervision pour atteindre les résultats souhaités.

Le client est la principale partie prenante du processus de pratique du programme; certains membres de sa famille peuvent aussi participer à l'intervention, pour l'aider tout au long du processus. Les autres intervenants sont le vendeur d'équipement médical et, parfois, un organisme de financement externe, selon l'admissibilité du client. Les organismes de financement peuvent être un ministère ou un département provincial, Affaires des Anciens combattants Canada ou un régime d'assurance santé complémentaire. Les bailleurs de fonds ont leurs propres politiques et processus, que l'ergothérapeute doit suivre lorsqu'il fait une demande de financement, et ces politiques et processus font partie du processus de pratique. Selon le degré d'efficacité du programme d'entraînement à l'utilisation des AMM, à savoir si le client démontre qu'il peut faire fonctionner en toute sécurité et de manière autonome l'AMM à l'essai et, s'il déclare qu'il peut le faire en toute confiance, l'ergothérapeute recommande l'AMM et fait une demande de financement qui correspond à cet appareil.

## Avantages

Depuis la mise sur pied du programme d'entraînement aux AMM, de nombreux clients ont acquis des habiletés pour la conduite en toute sécurité de ces véhicules et ont rehaussé leurs connaissances sur la façon de conduire ces véhicules prudemment. D'autres avantages ont été observés. Premièrement, le programme a favorisé une relation de collaboration entre les ergothérapeutes et l'AE, qui ont combiné leurs compétences et leurs connaissances pour rehausser la prestation de services (Glantz et Richman, 1997). Bien que l'ergothérapeute soit responsable de l'intervention, l'AE de ce programme a acquis les compétences et les connaissances requises pour prodiguer de l'entraînement à l'utilisation des AMM à travers ses expériences avec les autres ergothérapeutes et clients du programme de soins à domicile. L'AE est devenu essentiel à l'expérience d'apprentissage des clients actuels.

Deuxièmement, les clients reçoivent maintenant une attention individualisée, ce qui ne serait pas possible dans l'horaire et la charge de travail de l'ergothérapeute. Le client a la possibilité de faire disparaître des barrières à l'accessibilité dans la communauté grâce à un professionnel paramédical chevronné. L'AE participe à ce type d'intervention sur une base régulière, ce qui lui permet de mieux connaître la communauté et d'acquiescer de l'expertise pour offrir ces services spécialisés. L'AE peut souvent faire des suggestions personnalisées au client, comme des conseils pour choisir des trajets judicieux, des façons de circuler dans certaines zones (p. ex., stationnement) et d'utiliser les transports en commun. Par ailleurs, le client peut percevoir une moins grande différence d'autorité avec l'AE qu'avec l'ergothérapeute, ce qui peut favoriser la relation thérapeutique.

Troisièmement, les recommandations relatives à l'achat d'AMM sont basées sur des preuves observées pendant les séances d'entraînement du client avec l'AMM recommandée. L'entraînement et la pratique individualisés fournissent des preuves objectives aux organismes de financement externes de l'adéquation et des avantages de l'AMM pour le client.

## Défis

La réussite continue de ce programme a également posé de nombreux défis. Comme dans de nombreux programmes à travers le Canada, les postes d'AE sont tributaires des changements de financement, et le programme serait incapable de fonctionner sans un AE. Actuellement, la disponibilité de l'AE est parfois limitée, puisque les postes d'AE sont partagés entre l'ergothérapie et la physiothérapie. Ceci peut engendrer des problèmes d'horaire qui ont des répercussions sur le client, l'AE et le vendeur d'équipement médical qui fournit l'AMM pour l'essai.

Par ailleurs, l'environnement du domicile du client et l'infrastructure de la ville peuvent poser des défis importants, ce qui a réduit les possibilités pour le client de s'exercer à utiliser l'AMM en toute sécurité. Des discussions avec les représentants de la ville sur les préoccupations en matière d'accessibilité ont entraîné quelques changements structureaux positifs.

De plus, la température peut avoir un impact sur l'horaire des pratiques à l'extérieur, en particulier pendant les mois d'hiver, ce qui prolonge la période de temps requise pour faire de bonnes recommandations concernant l'achat de l'AMM.

## Exemples de cas

1) « Marie » vit avec son mari dans un logement au centre-ville. Elle a des problèmes de mobilité et elle a une anxiété sévère. Elle a accepté de faire l'essai d'un fauteuil roulant motorisé, car ses déplacements sont devenus de plus en plus difficiles. L'AE lui a enseigné comment se rendre dans les boutiques et les entreprises et comment utiliser les transports en commun en fauteuil roulant. La cliente a fait le commentaire suivant : « J'ai résisté à l'idée d'utiliser un fauteuil roulant motorisé, mais avec l'aide de l'AE, je me sens plus confiante pour conduire le fauteuil roulant ».

2) « Fred » vit seul dans un condominium situé dans une zone où la circulation est très dense. À l'âge de 91 ans, il a demandé une AMM pour rehausser son autonomie face aux activités instrumentales de la vie quotidienne, comme faire ses courses et gérer ses finances au centre commercial de la localité. Sa façon de faire fonctionner le véhicule suscitait des préoccupations au départ, car il n'était pas conscient des risques possibles, il était facilement distrait et il avait besoin d'indices verbaux fréquents. Après s'être entraîné à plusieurs reprises avec l'AE, son rendement s'est grandement amélioré; il était capable de faire fonctionner le fauteuil roulant motorisé de manière confiante et en toute sécurité.

## Prochaines étapes et conclusion

Depuis l'embauche d'un AE au sein du programme de réadaptation communautaire axé sur l'entraînement aux AMM, les résultats des

## À propos des auteurs

**Heather Gillespie** est une ergothérapeute travaillant dans le secteur des soins à domiciles et communautaires au sein de Island Health à Nanaimo, en Colombie-Britannique. Elle est également enseignante au Therapist Assistant Distributed Learning Program offert au Medicine Hat College, à Medicine Hat, Alberta. On peut la joindre à : [heather.gillespie@viha.ca](mailto:heather.gillespie@viha.ca)

**Lisa Engel** effectue actuellement son doctorat à l'University of Toronto et au Rotman Research Institute, qui fait partie du Baycrest Health Sciences, à Toronto, en Ontario. Son doctorat porte sur les domaines de la réadaptation, des lésions cérébrales, des activités instrumentales de la vie quotidienne et de la neuroscience cognitive. Avant d'amorcer ses études doctorales, Lisa travaillait à titre d'ergothérapeute au Nanaimo Regional General Hospital, dans divers domaines de pratique. On peut la joindre à : [lisa.engel@mail.utoronto.ca](mailto:lisa.engel@mail.utoronto.ca).

clients ont été positifs. Les clients ont affirmé qu'ils se sentaient plus confiants pour utiliser les AMM, et l'ergothérapeute et l'AE ont observé que les clients qui avaient suivi ce programme avaient amélioré leur aptitude à conduire en toute sécurité. Ces observations fournissent des données probantes préliminaires de l'efficacité du programme, ce qui facilite les initiatives de représentation pour le financement de postes d'AE.

La collaboration avec un chercheur sera essentielle pour valider davantage le recours aux AE au sein d'un programme d'entraînement aux AMM. En utilisant à la fois des méthodes qualitatives et quantitatives pour évaluer l'efficacité du programme, la recherche pourrait comprendre une analyse, des mesures des résultats et l'examen des perspectives des clients. Comme les postes d'AE sont vulnérables aux changements de financement, il est essentiel que le programme soit en mesure de montrer des preuves de son efficacité pour que les organisateurs puissent revendiquer un financement continu. La disponibilité de ce programme est essentielle pour que les clients aient un accès constant à une ressource inestimable qui favorise leur sécurité leur mobilité.

Le succès d'un programme d'entraînement aux AMM, comme celui qui est décrit dans cet article, peut être assuré par l'établissement d'une relation de collaboration entre l'ergothérapeute et l'AE, l'usage d'un processus de pratique transparent pour toutes les parties en jeu et une communication ouverte et constante entre toutes les parties prenantes.

## Références

- College of Occupational Therapists of British Columbia. (2011). *Practice guideline: Supervising support personnel*. Téléchargé au [http://www.cotbc.org/PDFs/COTBC\\_Practice-Guideline\\_Supervision2011.aspx](http://www.cotbc.org/PDFs/COTBC_Practice-Guideline_Supervision2011.aspx)
- Creel, T., Matthews, M., Adler, C., et Monahan, M. (2013). Chapter 15: Moving in the environment. Dans M. Early (Ed.), *Physical dysfunction practice skills for the occupational therapy assistant* (3rd ed., p. 296-326). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Dawson, D., Chan, R., et Kaiserman, E. (1994). Development of the Power-Mobility Indoor Driving Assessment for residents of long-term care facilities: A preliminary report. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 61, 269-276.
- Glantz, C., et Richman, N. (1997). OTR-COTA collaboration in home health: Roles and supervisory issues. *The American Journal of Occupational Therapy*, 51, 446-452.
- Letts, L., Dawson, D., Masters, L. et Robbins, J. (2003). *Power-mobility Community Driving Assessment (PCDA): Administration instructions*. Téléchargé au <http://fhs.mcmaster.ca/powermobility/PCDA%20administration%20instructions%20-%20rev.pdf>
- Lizarondo, L., Kumar, S., Hyde, L., et Skidmore, D. (2010). Allied health assistants and what they do: A systematic review of the literature. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 3, 143-153.
- Polatajko, H. J., Craik, J., Davis, J., et Townsend, E. A. (2007). 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. 233) Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.

## Tout le monde a besoin de soutien! L'ACE peut vous soutenir en tant qu'assistant de l'ergothérapeute

L'adhésion à l'ACE dans la catégorie personnel de soutien associé vous donne accès à tous les outils et ressources dont vous avez besoin pour tenir vos compétences à jour dans votre profession et pour rehausser votre pratique.

### Les raisons d'adhérer à l'ACE sont multiples :

- Partagez vos connaissances grâce aux réseaux, portails et activités éducatives de l'ACE.
- Demeurez en lien avec une association qui reconnaît le travail essentiel que vous accomplissez.
- Favorisez l'avancement de votre profession grâce à des formations, outils et ressources exceptionnels, afin d'être compétent dans les nouveaux et actuels domaines de pratique.
- Faites entendre votre voix! Faites valoir votre travail et contribuez aux campagnes de sensibilisation nationales, en vue de défendre les intérêts des assistants de l'ergothérapeute et du personnel de soutien.
- Défendez les intérêts de l'ergothérapie! Utilisez les outils et les ressources conçus par l'ACE pour représenter et promouvoir la profession auprès de la population générale, des parties prenantes et des décideurs dans votre région.

En joignant les rangs de l'ACE, vous pourrez Adhérer, Participer et Incarner le changement! Votre participation au sein de l'ACE favorisera l'avancement de la profession et de la vision selon laquelle tous les Canadiens auront accès aux services d'ergothérapie.

Devenez le partenaire de l'ACE pour la vie! Pour en savoir davantage au sujet de l'adhésion à l'ACE, visitez le : <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=43>

*Soyez à l'affût des changements captivants qui seront apportés à la catégorie personnel de soutien associé en ergothérapie pour l'année d'adhésion 2015-2016.*

# Les assistants de l'ergothérapeute dans les services d'ergothérapie : Mise à jour sur le Programme d'agrément de l'enseignant à l'assistant de l'ergothérapeute et à l'assistant du physiothérapeute

Kathy Davidson

Le programme d'agrément de l'enseignant à l'assistant de l'ergothérapeute et à l'assistant du physiothérapeute (PAE AE & AP) est responsable de l'agrément des programmes canadiens d'enseignement à l'assistant de l'ergothérapeute (AE) et à l'assistant du physiothérapeute (AP). Les débuts de ce programme ont été décrits dans le numéro de mars/avril des *Actualités ergothérapeutiques* (Burnett, 2012). Près de cinq ans après sa création, le programme continue de croître et d'évoluer. Il est très captivant de voir l'impact de l'agrément sur les différents intervenants, de même que sur les disciplines de l'ergothérapie et de la physiothérapie.

## Vue d'ensemble du programme d'agrément

L'agrément d'un programme d'enseignement comprend plusieurs étapes, notamment la soumission d'un rapport d'autoévaluation et la réalisation d'une évaluation externe hors site du rapport et d'une évaluation sur place, par une équipe composée de quatre pairs. Le programme d'enseignement doit présenter des preuves pour démontrer qu'il est conforme aux normes et critères d'agrément établis (PAE AE & AP, 2012). Ces preuves sont triangulées et confirmées par les évaluateurs pairs, au moyen d'entrevues sur les lieux avec divers groupes de parties prenantes (p. ex., étudiants, diplômés, employeurs, précepteurs) et avec les enseignants et les administrateurs. Les entrevues sont menées d'une manière non menaçante qui favorise la collaboration, et les évaluateurs pairs cherchent la constance dans les réponses données par les diverses personnes interviewées. Les buts ultimes de l'agrément sont l'assurance d'une formation de qualité pour les étudiants actuels et éventuels, et l'assurance d'avoir formé des diplômés compétents pour les employeurs et le public. En l'absence de réglementation pour ces professionnels, le statut d'agrément de leurs programmes d'enseignement agit comme une mesure de la qualité et de la compétence.

## Évolution

Le programme d'agrément a été lancé en 2009, avec l'embauche d'une directrice de programme et l'élaboration subséquente des normes d'agrément et des politiques et procédures d'agrément. Deux programmes d'enseignement ont accepté de faire l'essai des normes et du processus d'évaluation; ces évaluations pilotes ont été effectuées au début de 2012. Les normes et les politiques ont été modifiées en fonction de la rétroaction évaluative découlant du processus pilote, et les normes d'agrément actuelles ont été publiées en novembre 2012 (PAE AE & AP, 2012). À cette époque, 19 programmes d'enseignement avaient entrepris le processus d'agrément – deux d'entre eux avaient obtenu le statut d'agrément et 17 avaient obtenu le statut de candidat et étaient en attente d'une évaluation d'agrément complète.

En date de décembre 2014, 10 programmes étaient agréés et 22 avaient obtenu un statut de candidat (voir la liste des programmes au : [www.otapta.ca](http://www.otapta.ca)). Ces programmes sont répartis géographiquement à travers le pays, allant de la Colombie-Britannique (4) en passant par l'Alberta (4), l'Ontario (20), la Nouvelle-Écosse (3), jusqu'à la région de Terre-Neuve et Labrador

(1). Trois de ces programmes sont francophones; tous les programmes, à l'exception d'un seul, sont conçus de manière à former des diplômés ayant la double formation d'AE/d'AP. Onze programmes sont situés dans des établissements privés et 20 programmes sont financés par le secteur public. En date de décembre 2013, le nombre total d'étudiants inscrits dans des programmes ayant soit un statut d'agrément ou un statut de candidat était de 1 419.

Le PAE AE & AP reçoit toutes les semaines des demandes de la part d'étudiants éventuels qui veulent avoir des précisions sur le programme d'agrément et sur la valeur d'un programme d'enseignement ayant un statut d'agrément ou de candidat. Depuis décembre 2014, le PAE AE & AP a été informé du fait qu'au moins cinq programmes d'enseignement additionnels préparent actuellement des soumissions en vue d'obtenir le statut de candidat dans les prochains six mois. Si ces programmes réussissent à obtenir le statut de candidat, le nombre total de programmes ayant entrepris un processus d'agrément s'élèvera à 37. Il s'agit d'une augmentation de plus de 90 % depuis le début de 2012, alors que les évaluations pilotes étaient en cours.

## Gouvernance

Le PAE AE & AP est administré par l'agrément de l'enseignement de la physiothérapie au Canada (AEPC), qui est l'organisme d'agrément des programmes de physiothérapie; toutefois, le PAE AE & AP est gouverné conjointement par l'AEPC et l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). Le comité mixte de l'agrément (CMA) est un comité permanent composé des conseils d'administration de l'AEPC et de l'ACE. Les membres du CMA sont des représentants de l'AEPC, de l'ACE, du Canadian Occupational Therapist Assistant & Physiotherapist Assistant Educators Council (COPEC) et du public. Les rôles du comité sont les suivants :

- Examiner les demandes et accorder le statut de candidat aux programmes d'enseignement qui sont conformes aux normes d'agrément.
- Examiner les rapports d'agrément et émettre des recommandations relatives au statut d'agrément.
- Examiner les normes d'agrément et émettre des recommandations afin d'y apporter des révisions.



Les membres du comité mixte de l'agrément du PAE AE & AP lors de leur rencontre en 2014, à Victoria en Colombie-Britannique.

- Examiner les politiques et procédures associées au PAE AE & AP et émettre des recommandations afin d'y apporter des révisions.
- Présenter les recommandations relatives au statut en matière d'agrément des programmes, les révisions concernant les normes, de même que les révisions concernant les politiques et procédures aux conseils d'administration de l'AEPC et de l'ACE, en vue de leur examen et de leur approbation.

Lors de la présentation des recommandations des membres du CMA pendant les réunions régulières de leurs conseils d'administration, l'AEPC et l'ACE sont chargés de déterminer les statuts en matière d'agrément et d'approuver les nouveaux documents ou les documents révisés.

Les membres du comité consultatif de la gouvernance, qui sont des représentants de l'ACE (présidente, directrice générale et liaison exécutive), de l'AEPC (présidente et directrice générale) et du PAE AE & AP (présidente du CMA et directrice de programme) se rencontrent une fois par année, pour examiner de façon générale tous les enjeux relatifs à la gouvernance qui peuvent survenir tout au long de l'année.

Comme le programme continue d'évoluer, les commentaires et réactions des programmes d'enseignement participant au processus d'agrément et de COPEC sont sollicités. Une séance de formation annuelle face à face est offerte gratuitement aux programmes d'enseignement qui désirent avoir de l'information au sujet du PAE AE & AP. Les programmes se trouvant à toutes les étapes du processus d'agrément sont invités à y assister.

## Impact de l'agrément

Depuis la création du PAE AE & AP, deux changements importants se sont produits dans le milieu de pratique des AE/AP, ce qui démontre une sensibilisation des principales parties prenantes de la profession à la valeur de l'agrément :

- Depuis avril 2013, la Vancouver Coastal Health Authority (VCH) accepte seulement en stage les étudiants des programmes d'enseignement à l'AE/l'AP ayant un statut d'agrément ou de candidat.
- Depuis 2011, le conseil d'administration de l'Association canadienne de physiothérapie comprend un membre qui est un assistant du physiothérapeute.

## Défis actuels

### Stages en milieu clinique

Les programmes d'enseignement doivent offrir à leurs étudiants 500 heures de stages en milieu clinique (PAE AE & AP, 2012, critères 3.4) pour pouvoir obtenir un statut de candidat et, éventuellement, un statut d'agrément. De façon spécifique, 150 de ces heures doivent être des heures de stages en milieu clinique à titre d'assistant de l'ergothérapeute, 150 heures doivent être des heures de stages en milieu clinique à titre d'assistant du physiothérapeute et les 200 autres heures peuvent être effectuées dans l'une ou l'autre des disciplines ou dans des contextes mixtes d'AE/d'AP. Les stages en milieu clinique sont difficiles à obtenir non seulement pour les programmes d'enseignement à l'AE/l'AP, mais aussi pour d'autres programmes de formation du secteur de la santé, comme en ergothérapie et en physiothérapie. Les programmes d'enseignement rapportent que les stages en milieu clinique d'AE sont spécialement difficiles à trouver, comparativement aux stages en milieu clinique d'AP, en raison notamment de la nature consultative fréquente des interventions ergothérapeutiques et aussi parce que, dans l'ensemble du pays, il y a moins d'ergothérapeutes que de physiothérapeutes qui exercent leur profession. Cette différence limite les possibilités de stages pour les AE et peut mettre en péril le statut d'agrément d'un programme d'enseignement, même s'il est en mesure de démontrer qu'il offre une expérience éducative et un programme d'études de grande qualité. Les coordonnateurs de stage seraient ravis de

recevoir des offres de stages de la part d'ergothérapeutes qui seraient prêts à superviser des étudiants des programmes d'enseignement à l'AE (les coordonnées des programmes d'enseignement sont disponibles au [www.otapta.ca](http://www.otapta.ca)).

## Ressources

**Bénévoles :** Chaque évaluation d'agrément fait appel à une équipe formée de quatre évaluateurs pairs bénévoles. Comme l'horaire d'agrément établi d'ici 2017 est de six à neuf évaluations par année, le programme doit recruter, former et désigner 36 bénévoles par année pour constituer les équipes d'évaluation par les pairs. Les huit membres du comité mixte de l'agrément (CMA) participent chaque année à deux réunions face à face de deux jours. Comme le nombre d'évaluations par année augmente constamment, il est probable que ces bénévoles devront soit prolonger chaque réunion ou ajouter une réunion face à face ou plus à l'horaire annuel.

**Personnel :** Compte tenu de l'évolution rapide du programme d'agrément, il a été difficile de combler les besoins croissants en ressources humaines. Actuellement, le programme est dirigé par la directrice de programme (15 heures par semaine) et une adjointe administrative (10 heures par semaine). Les heures allouées à ces postes augmenteront considérablement dans les deux prochaines années, afin de répondre aux besoins du programme d'agrément.

**Ressources en matière d'agrément :** Le programme d'agrément a élaboré de l'information, des modèles et des exemples des divers rapports requis tout au long du processus d'agrément. Comme la plupart des membres du corps enseignant de ces programmes n'ont jamais vécu de processus d'agrément auparavant, que ce soit à titre de demandeur ou d'évaluateur pair, on constate le besoin constant d'offrir des conseils et de la formation à toutes les personnes qui participent au processus. Étant donné que les ressources humaines sont limitées, cela a été difficile, mais le centre d'information s'enrichit lentement. Du personnel est également disponible pour répondre aux questions, par courriel ou par téléphone, dans des délais raisonnables. L'une des priorités du programme est de veiller à ce que les renseignements requis soient facilement accessibles pour les personnes qui en ont besoin.

## Sommaire

Le PAE AE & AP a comblé un besoin exprimé par les programmes de formation qui étaient à la recherche d'une mesure de la qualité dans le contexte de l'enseignement à l'AE/l'AP. Le programme d'agrément croît et évolue constamment, ce qui représente tout un défi en raison des nombreux changements qui surviennent, mais il entraîne aussi de réelles réussites, puisque de plus en plus de programmes d'enseignement obtiennent leur statut d'agrément.

Pour en savoir davantage au sujet du PAE AE & AP, prière de visiter le : [www.otapta.ca](http://www.otapta.ca). Pour obtenir de plus amples renseignements, pour faire une demande en vue d'entreprendre un processus d'agrément ou pour devenir membre d'une équipe d'évaluation par les pairs, veuillez communiquer avec Kathy Davidson, directrice de programme, à [kathy.davidson@otapta.ca](mailto:kathy.davidson@otapta.ca).

## Références

- Burnett, D. (2012). Le programme d'agrément de l'enseignement à l'assistant de l'ergothérapeute et à l'assistant du physiothérapeute : Élaboration et mise à jour. *Actualités ergothérapeutiques*, 14(2), 29-30.
- Programme d'agrément de l'enseignement à l'assistant de l'ergothérapeute et à l'assistant du physiothérapeute. (2012). *Normes d'agrément pour les programmes d'enseignement à l'assistant de l'ergothérapeute et à l'assistant du physiothérapeute au Canada*. Téléchargé au <http://www.otapta.ca/pdfs/French/Accreditation%20Standards/Normes%202012%20PAE%20AE%20AP%20FINALES%20v.%20avr%202014.pdf>

# Il est temps de discuter du rôle des ergothérapeutes en tant que gestionnaires de la pratique et de celui des assistants en tant que principaux prestataires des interventions thérapeutiques

Melanie Blake, Debbie Park et Lisa Brice-Leddy

Avec l'augmentation des dépenses consacrées à la santé en Ontario à un rythme qui ne peut être soutenu, les hôpitaux sont à la recherche de modèles de soins novateurs pour réduire les dépenses, tout en répondant aux besoins des clients en matière de soins (Ministère des Finances de l'Ontario, 2012). L'une des stratégies possibles pour répondre à ces besoins changeants en matière de santé dans les milieux de soins de courte durée est le recours au personnel de soutien, comme les assistants de l'ergothérapeute et les assistants du physiothérapeute (AE/AP), pour offrir des soins aux patients sans imposer un stress additionnel aux budgets des hôpitaux (Loomis et al., 1997). Une revue systématique effectuée par Lizarondo, Kumar, Hyde et Skidmore (2010) met en évidence les avantages liés à l'utilisation de personnel de soutien pour améliorer les résultats des processus et des services. Les avantages sont la satisfaction des patients, l'augmentation de l'intensité des soins cliniques, plus de temps libre pour les professionnels complémentaires de la santé, qui peuvent alors se concentrer sur des tâches complexes, et l'amélioration des résultats cliniques. Bien que le recours aux AE/AP semble prometteur, il est important d'examiner les aspects préoccupants, comme la définition du rôle de l'AE/AP, la formation et la supervision des AE/AP et le protectionnisme des professions paramédicales (Lizarondo et al., 2010). Dans cet article, les auteures décrivent comment un groupe d'ergothérapeutes a adapté un nouveau modèle de soins dans un milieu médical de soins de courte durée, où les AE/AP sont les principaux prestataires de la thérapie.

## Changements dans l'intérêt des soins aux patients

À l'automne 2011, le vaste hôpital d'enseignement de notre communauté a entrepris un changement vers la pratique novatrice. Ce changement faisait appel, en autres, à une mise en valeur du rôle de l'AE/AP pour favoriser la mobilisation et la participation précoces des patients à des activités fonctionnelles. Un service de thérapie offert sept jours par semaine a été mis en place. Dans ce service, les interventions en ergothérapie et en physiothérapie sont offertes presque exclusivement par l'AE/AP. Le rôle de l'ergothérapeute a subi une transition vers l'évaluation des patients, la planification de l'intervention et la planification du congé, soit une manière différente de gérer les services d'ergothérapie.

Une analyse du milieu et une recension exhaustive des écrits n'ont pas permis de trouver des preuves de l'existence de ce niveau de service offert par des AE/AP dans d'autres milieux de soins de courte durée. Basées sur les ressources et les directives du College of Occupational Therapists of Ontario (COTO), nos activités préparatoires comprenaient la détermination de la compétence des AE/AP, l'élaboration des processus d'affectation et la définition précise des portées de la pratique.

## Détermination de la compétence de base

Dans le nouveau modèle de soins, tous les assistants doivent avoir des compétences pour les aspects ergothérapeutiques et physiothérapeutiques du rôle de l'AE/AP. Il a donc été primordial d'établir la compétence de base, puisque les ergothérapeutes assignent maintenant des tâches à cinq AE/AP qui font des rotations sur chaque unité, et il n'est pas inhabituel pour un thérapeute de travailler sur plus d'une unité. Nous reconnaissons que nos assistants AE/AP avaient divers degrés d'expérience dans l'exercice du rôle de l'AE.

Une évaluation des besoins en matière d'apprentissage (EBA) a été conçue à partir du *Profil de la pratique du personnel auxiliaire en ergothérapie* (Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 2009) et du document *Essential Competencies of Physiotherapist Support Workers in Canada* (Alliance canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie et Association canadienne de physiothérapie, 2002). L'EBA a ensuite été distribuée à tous les membres du personnel. Le taux de réponse de 100 % est une indication claire que les AE/AP étaient prêts à combler leurs besoins en matière d'apprentissage.

Les ergothérapeutes ont été intégrés dans le processus d'EBA et ils ont rapidement créé un environnement favorable à l'apprentissage et à la formation clinique sur les unités. À mesure que ce processus a évolué, ils ont pu confirmer que les compétences des AE/AP étaient acquises et ils sont devenus plus confiants face aux compétences des nouveaux AE/AP s'étant joints à leur équipe. De manière concourante, un partenariat a été formé avec un collège local qui a élaboré et offert un cours condensé de quatre jours, permettant la mise à niveau des compétences des AE/AP et basé sur les résultats colligés de l'EBA. Les trois points de concentration du cours étaient l'observation des comportements, le positionnement et les compétences pour le réentraînement aux activités de la vie quotidienne.

De plus, l'EBA a permis d'identifier plusieurs AP qui n'avaient pas suivi de formation officielle pour assumer le rôle de l'AE. Plusieurs AP ont participé à un cours en ligne de formation sur un seul volet, afin d'obtenir le double statut d'AE/AP. La directrice de la pratique professionnelle en ergothérapie a offert du soutien à l'apprentissage clinique et à la coordination de stages cliniques pertinents au sein de l'organisation, afin de répondre aux exigences du programme.

## Le processus d'assignation des tâches

Afin de faciliter le processus d'assignation des tâches, de répondre aux normes de COTO et aux besoins en matière de communication de la triade ergothérapeute/AE-AP/physiothérapeute, des documents relatifs à l'assignation des tâches et des ordigrammes ont été créés. Ces documents ont été adaptés pour différentes clientèles de patients, milieux de pratique et exigences en matière de communication des équipes paramédicales. Un deuxième outil

de communication prévoit une rencontre quotidienne entre les ergothérapeutes, AE/AP et physiothérapeutes pour échanger de l'information, établir les priorités en matière de cas et préciser les tâches assignées.

## Précision des rôles

La présence accrue des AE/AP a soulevé des préoccupations chez les ergothérapeutes, en ce qui concerne leur sécurité d'emploi et l'érosion possible de leur rôle. L'AE/AP est maintenant la ressource thérapeutique la plus accessible pour l'équipe et le patient. Il est devenu important de veiller à ce que tous les membres d'équipe comprennent que les AE/AP sont du personnel de soutien non réglementé et que les ergothérapeutes ont toujours la responsabilité de la prestation des interventions ergothérapeutiques.

Un document a été créé pour exposer les rôles et responsabilités de l'AE/AP et ce qui ne fait pas partie de la portée de sa pratique. Le document est affiché dans chaque unité et distribué aux ergothérapeutes et aux AE/AP, pour que les autres membres de l'équipe comprennent bien leurs qualifications et compétences. Ce document a été particulièrement utile pour aborder les questions qui sont posées aux AE/AP pour savoir si les patients sont prêts à obtenir leur congé et concernant les transferts fonctionnels.

## Conséquences

Les AE/AP sont encouragés à travailler selon la pleine portée de leur pratique. Pour travailler auprès de patients très malades, les AE/AP doivent avoir des connaissances précises sur la clientèle et, plus spécifiquement, ils doivent bien connaître l'état actuel du patient et sa réponse au traitement. Dans le cadre de son rôle, l'AE/AP doit maintenant décider si le moment est propice pour donner le traitement ou non. Il faut donc que l'AE/AP consulte le dossier du patient et pose des questions spécifiques à l'infirmière principale. Auparavant, ces activités étaient réalisées par l'ergothérapeute. Cette nouvelle approche crée-t-elle de la confusion entre l'ergothérapeute et l'AE/AP, pour le patient et pour le reste de l'équipe de soins? Y a-t-il une érosion du rôle de l'ergothérapeute?

Les ergothérapeutes jouent maintenant un rôle d'expert-conseil en ce qui concerne les soins des patients. En assignant des tâches aux AE/AP, plus de soins sont prodigués et les ergothérapeutes sont en mesure de suivre la progression du plan d'intervention du patient. Les AE/AP font des observations cliniques continues et ils assistent souvent aux réunions d'équipe, au nom de l'ergothérapeute. Souvent, les ergothérapeutes ne sont pas en contact clinique direct avec le patient et ils portent des jugements cliniques en se basant sur les observations des autres. Cette approche exige une bonne dose d'expertise, de confiance et d'expérience. Les ergothérapeutes qui débutent dans la pratique sont-ils prêts à travailler selon cette approche? Quelles sont les compétences requises pour gérer les soins tout en ayant moins d'interactions directes avec les patients?

Le rôle de l'ergothérapeute est passé de la gestion de la pratique individuelle à la gestion des services d'ergothérapie sur leurs unités. La compétence clinique du gestionnaire de la pratique stipule maintenant que le gestionnaire doit à la fois évaluer et surveiller sa pratique clinique et celle de plusieurs AE/AP. Le gestionnaire doit s'assurer qu'une représentation adéquate de l'évaluation clinique, de la pensée critique, des buts et de la planification de l'intervention en ergothérapie soit communiquée au patient, à la famille et au

reste de l'équipe de santé. Il doit rassembler l'information adéquate concernant le patient, élaborer et suivre l'évolution de son plan d'intervention et prendre des dispositions en prévision du congé, et cela souvent en étant à une certaine distance du patient. Un nouveau niveau de compétences en communication et collaboration est maintenant requis de la part de l'ergothérapeute.

Dans le contexte du *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada* (ACE, 2012), ceci représente une intensification des rôles de l'ergothérapeute en tant que gestionnaire de la pratique, communicateur et collaborateur. Cet ensemble de compétences est-il suffisamment développé chez les ergothérapeutes débutant dans la pratique? Qu'est-ce que cela pourrait signifier pour les futurs diplômés?

## Perspectives des intervenants travaillant selon ce modèle

Certaines des questions posées dans cet article découlent d'une étude qualitative sur les rôles au sein de ce nouveau modèle de soins. La première étape de l'étude comprenait des entretiens réalisés auprès d'AE/AP et d'ergothérapeutes en vue d'élaborer une description des rôles de chacun des membres de l'équipe. Cette description sert de plateforme pour arriver à mieux comprendre les compétences requises pour assumer ces rôles. La compréhension de ces compétences nous aidera à élaborer des descriptions d'emplois et à déterminer les qualités essentielles recherchées chez les nouveaux membres du personnel. Il est intéressant de constater que les participants à notre recherche ont ciblé l'importance de la communication, de la confiance et le besoin constant de préciser les rôles pour exercer leurs nouveaux rôles.

Bien que notre étude n'ait pas été menée en vue d'évaluer l'importance de ce changement de modèle de soins, les participants croyaient fermement que les patients sont vus plus fréquemment et qu'ils tirent des avantages des services améliorés des AE/AP. Alors que nous allons de l'avant dans un milieu économique instable, nous commençons tous à comprendre le besoin d'explorer de nouvelles façons d'offrir des soins sûrs et de qualité. Ce qui est toujours évident, c'est que les AE/AP et les ergothérapeutes se sont engagés fermement à offrir les meilleurs soins possibles aux patients et à travailler ensemble, afin de bâtir un modèle où cela peut se produire.

## Remerciements

Nous aimerions remercier Debra Carson, vice-présidente adjointe, services des soins aux patients (intérim), Trillium Health Partners - Mississauga Hospital, pour son soutien continu tout au long de la rédaction de cet article.

## Références

- Alliance canadienne des organismes de réglementation en physiothérapie et Association canadienne de physiothérapie. (2002). *Competency Profile: Essential Competencies for Physiotherapist Support Workers in Canada*. Toronto, ON: Auteurs.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2009). *Profil de la pratique du personnel auxiliaire en ergothérapie*. Téléchargé au [http://www.caot.ca/pdfs/SupportPer\\_Profile.pdf](http://www.caot.ca/pdfs/SupportPer_Profile.pdf)
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Téléchargé au <https://www.caot.ca/pdfs/2012otprofile.pdf>

## À propos des auteures

**Melanie Blake, Erg. Aut. (Ont.)**, est directrice de la pratique professionnelle en ergothérapie; **Debbie Park, PT Reg., BScPT**, est directrice de la pratique professionnelle en physiothérapie et **Lisa Brice-Leddy, PT Reg., MSc(RS)**, est enseignante auprès des professionnels paramédicaux au Mississauga Hospital, Trillium Health Partners. On peut joindre Melanie Blake à : [melanie.blake@trilliumhealthpartners.ca](mailto:melanie.blake@trilliumhealthpartners.ca).

Lizarondo, L., Kumar, S., Hyde, L., et Skidmore, D. (2010). Allied health assistants and what they do: A systematic review of the literature. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 3, 143-153.

Loomis, J., Hagler, P., Forward, J., Wessel, J., Swinamer, J., et McMillan, A. (1997). Current utilization of physical therapy support personnel in Canada. *Physiotherapy Canada*, 49, 284-91.

Ministère des Finances de l'Ontario. (2010; mise à jour 14 février 2012). Chapitre 5 : Santé. Dans Commission de la réforme des services publics de l'Ontario. *Des services publics pour les Ontariens : Cap sur la viabilité et l'excellence*. Téléchargé au : <http://www.fin.gov.on.ca/fr/reformcommission/index.html>.

## Remarque de la rédactrice en chef

Les auteures posent des questions suscitant la réflexion sur les conséquences de leur modèle de prestation de services. Quelles seraient vos réponses à ces questions? Faites parvenir vos réflexions sur cet article ou tout autre article, à [otnow@caot.ca](mailto:otnow@caot.ca).

# Les assistants de l'ergothérapeute : Clichés de pratique novatrice

## Innovation dans la formation des professionnels en santé mentale

Cassie Prochnau, MScOT, présidente du programme et professeure agrégée, MacEwan University; Robin Mazumder, MScOT, enseignante, MacEwan University, [prochnauc@macewan.ca](mailto:prochnauc@macewan.ca)

Compte tenu de l'augmentation de l'incidence de la maladie mentale (Organisation mondiale de la santé, 2001), le recrutement et le maintien en poste des professionnels en santé mentale sont primordiaux. Les enseignants des niveaux postsecondaires doivent dissiper toute ambiguïté face au rôle de la santé mentale et réduire l'anxiété des futurs professionnels en santé mentale afin de mieux les préparer à assumer leur rôle (Hercelinskyj, Cruickshank, Brown et Phillips, 2014). Les laboratoires d'enseignement offrent aux étudiants des milieux sûrs pour faire des réflexions sur leurs compétences, pour partager des expériences et pour participer à l'apprentissage par les pairs. L'apprentissage expérientiel auprès de véritables clients peut favoriser la confiance en soi et réduire l'anxiété des étudiants (Doolen, Giddings, Johnson, de Nathan et O Badia, 2014). Comme Craik et Austin (2000) l'ont observé, les expériences positives sont essentielles à la réussite du recrutement et du maintien en poste des ergothérapeutes en santé mentale.

Le programme de l'assistant du thérapeute de la MacEwan University fait appel à de véritables clients pour préparer les étudiants à travailler dans des milieux de soins de santé mentale. Nous croyons qu'en ayant la possibilité de réfléchir à leur degré d'habileté et d'aise pour travailler en santé mentale, les étudiants seront plus ouverts à la possibilité de travailler dans ce domaine.

## Références

Doolen, J., Giddings, M., Johnson, M., de Nathan, G., et O Badia, L. (2014). An evaluation of mental health simulation with standardized patients. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 11(1), 1-8. doi: 10.1515/ijnes-2013-0075

Craik, C., et Austin, C. (2000). Educating occupational therapists for mental health practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 63, 335-339.

Hercelinskyj, G., Cruickshank, M., Brown, P., et Phillips, B. (2014). Perceptions from the front line: Professional identity in mental health nursing. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23, 24-32. doi: 10.1111/inm.12001

Organisation mondiale de la santé. (2001). *La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Téléchargé au [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_fr.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_fr.pdf)

## Communication : De la faible technologie à la technologie de pointe

Cory Feenstra, assistant de l'ergothérapeute, Hôpital d'Ottawa; Nicole Grouchy, Erg. Aut. (Ont.), Hôpital d'Ottawa. [cfeenstra@toh.on.ca](mailto:cfeenstra@toh.on.ca)

Les ergothérapeutes et les assistants de l'ergothérapeute travaillant en soins de courte durée doivent avoir d'excellentes habiletés à communiquer. Le fait de travailler dans un vaste établissement entraîne des obstacles à la communication, car les assistants et les thérapeutes sont éparpillés à travers l'hôpital. Certains d'entre nous se souviennent des pagettes ou même les utilisent toujours –pour composer le numéro et laisser le numéro à rappeler. Une tâche qui exige du temps. Plusieurs membres du personnel de l'Hôpital d'Ottawa ont maintenant le privilège d'utiliser la technologie de pointe, grâce aux iPad. L'utilisation de l'appli 'Message' est une façon simple pour les usagers d'envoyer des textos, des documents, des photos, des vidéos et des messages à des groupes. Ceci a facilité la communication en temps réel entre le thérapeute et l'assistant, par exemple, pour planifier un moment et un lieu de rencontre pour voir un patient et apporter l'équipement nécessaire. Nous avons aussi utilisé Face Time, une application de vidéo-conférence, pour résoudre rapidement un problème, par exemple, pour montrer un fauteuil roulant et se consulter afin de décider quel type de table conviendrait le mieux pour un fauteuil roulant donné. Grâce à ces applications, la communication est plus simple et rapide, et les assistants peuvent apporter le bon matériel en un seul déplacement.

L'un des autres avantages du iPad est la possibilité d'utiliser un tableur électronique sur Google Docs afin de demander de l'équipement pour les patients. La vie privée des patients est préservée, en utilisant uniquement le numéro de dossier médical du patient. Les thérapeutes inscrivent leurs demandes dans le iPad pendant qu'ils se trouvent sur l'unité des patients hospitalisés et l'assistant peut les voir sur l'ordinateur de l'atelier. Le thérapeute peut utiliser l'outil pour suivre l'évolution des demandes et demander de l'aide pour les transferts au fauteuil roulant. L'outil permet aux thérapeutes de sauver du temps, exige que les assistants assument la responsabilité des tâches qu'on leur a assignées et permet de surveiller l'inventaire de l'équipement du département d'ergothérapie.

# Le travail quotidien des assistants de l'ergothérapeute dans les unités de soins de courte durée en milieu urbain

Kristin Broadhead, Tyrone Gordon, Jeena Parmar et Diana Seko-Challenger

Voici la description d'une journée dans la vie d'une assistante de l'ergothérapeute (AE) dans un hôpital offrant des soins de courte durée en milieu urbain. Cette description illustre les diverses clientèles et les nombreux rôles et responsabilités de l'AE dans ce milieu, en prenant l'exemple de scénarios fictifs qui reflètent des situations de tous les jours rencontrées fréquemment par les AE dans les unités de soins de courte durée en milieu urbain.

**Débutons la semaine...8 h 30.** Je vérifie mes courriels, ce qui me rappelle que nous avons une rencontre du Comité de l'ergothérapie demain. L'un des points à l'ordre du jour est le suivant : « Les AE doivent s'inscrire pour recevoir un étudiant en stage ». J'adore travailler dans un hôpital qui se consacre à l'enseignement.

Je me connecte au système de documentation électronique pour rassembler l'information dont j'aurai besoin pour la journée qui s'annonce. Je cherche les nouvelles demandes de consultation et je vérifie l'état des patients que je traite, pour voir s'il y a eu des changements et si certains d'entre eux ont reçu leur congé de l'hôpital pendant la fin de semaine. Les ergothérapeutes reviennent de leurs réunions avec l'équipe de santé et nous discutons de nos nouveaux patients et de ceux que je verrai aujourd'hui.

**Et c'est parti...9 h.** Chaque jour est une nouvelle aventure. Deux de mes patients nous quittent aujourd'hui. Nous leur avons prêté de l'équipement du département d'ergothérapie; je dois donc reprendre l'équipement, le nettoyer et faire la mise à jour de notre inventaire. Je m'arrête quelques instants pour faire le suivi d'un patient de 19 ans ayant subi une lésion traumatique de la moelle épinière. Vendredi dernier, j'ai dû installer pour lui une sonnette munie d'un interrupteur adapté, et nous nous sommes exercés à utiliser la sonnette pour appeler l'infirmière. Aujourd'hui, je vérifie s'il a réussi à actionner la sonnette pendant la fin de semaine.

**Pas le temps de s'ennuyer...9 h 20.** C'est une autre journée très occupée et je dois établir les priorités parmi mes nombres de cas. Mon premier patient est M. S., qui vient de subir une nouvelle amputation tibiale. Il a été évalué par l'ergothérapeute et il est maintenant prêt à utiliser un fauteuil roulant. J'aiderai l'ergothérapeute à s'assurer que le patient a un positionnement adéquat au fauteuil roulant. Avant de recevoir le patient, je relis son dossier et discute de son état avec l'infirmière. Puis, je fournis le fauteuil roulant à M. S et je lui enseigne à l'utiliser en toute sécurité. Comme c'est la première fois que M. S utilise un fauteuil roulant, l'ergothérapeute se joint à moi pour lui enseigner comment faire ses transferts au fauteuil roulant. Nous commençons à travailler sur

différentes activités de la vie quotidienne – soins de toilette, habillage et soins d'hygiène. En me préparant pour ces tâches, je vois du coin de l'œil que M. M., un autre de mes patients, a oublié quelque chose...ses vêtements. Je l'aide à revêtir une robe de chambre avant de retourner voir M. S, qui s'est pris dans ses vêtements. Nous éclatons de rire, et nous recommandons, une étape à la fois.

Après avoir discuté avec l'infirmière de M. M. des événements récents, je visite ma prochaine patiente, Mme H. Elle a été admise car elle « n'arrivait plus à vivre à domicile de manière autonome » et on a récemment établi qu'elle était atteinte de démence. Ensemble, nous avons fait la mise à jour de son agenda, qui l'aide à se rappeler de ses visiteurs et de ses activités au quotidien. J'ai apporté un calendrier pour l'aider à s'orienter dans le temps. Lorsqu'elle devient plus émotive, j'interromps la séance et je fais preuve d'une écoute active.

**Plongeons au cœur de l'action...11 h 15.** M. T., mon prochain patient, m'a été assigné par l'ergothérapeute, afin que je lui fasse de l'enseignement à la suite de sa chirurgie à la hanche. Avant de commencer, je lui ai expliqué que je suis ici pour l'aider à apprendre et pratiquer des techniques pour vêtir le bas de son corps avec des aides techniques. Ensuite, nous nous exerçons à faire des techniques de transfert qui lui serviront lorsqu'il prendra son bain et qu'il conduira sa voiture.

**Réunion de toutes les disciplines...13 h 30.** L'équipe m'a demandé d'assister à la rencontre de famille de M. O. Je travaille avec ce patient depuis un mois, tout en enseignant aux membres de sa famille comment ils peuvent l'aider en toute sécurité, en tenant compte de ses capacités fonctionnelles. À la fin de la rencontre, alors que M. O. et sa famille nous remercient de leur avoir transmis nos connaissances, je me rappelle à quel point il est important d'adopter une démarche globale pour offrir des soins exemplaires au patient. Le reste de la journée se déroule sans difficulté, et j'arrive à voir deux patients de plus.

**À la fin de la journée...16 h.**

Je vérifie si les thérapeutes sont au courant de tout changement survenu chez les patients avant de revenir au bureau. Je fais ma tenue de dossiers et je prends quelques minutes pour faire un retour sur ma journée; je me sens privilégiée de travailler dans un hôpital qui me permet d'utiliser mes compétences d'une manière qui est gratifiante et centrée sur le patient. Ce fût une journée bien remplie!

## À propos des auteures

Cet article a été écrit en collaboration, par trois assistantes de l'ergothérapeute (Kristin, Tyrone et Diana) et une AE/AP (Jeena) qui travaillent au St. Michael's Hospital à Toronto. On peut joindre les auteures à : challengerd@smh.ca.



# Implication du personnel auxiliaire dans les services ergothérapeutiques à domicile au Québec : des pistes respectueuses du cadre normatif et appuyant les activités de prévention et promotion de la santé

Annie Carrier et Mélanie Levasseur

Le soutien à domicile des personnes ayant des incapacités est une priorité pour les décideurs et la population canadienne. L'ergothérapeute y assume un rôle central en favorisant la santé et le bien-être de ses clients par la réalisation d'occupations significatives. Toutefois, les ressources ergothérapeutiques pour répondre aux besoins de prévention et promotion de la santé (PPS) des clients vivant à domicile sont insuffisantes. Pour combler cet écart entre besoins et ressources, une solution est le recours au personnel auxiliaire (PA), c.-à-d. du personnel, membre ou non d'un ordre professionnel, qui contribue à la prestation de services ergothérapeutiques sans être ergothérapeute (Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 2009). Les milieux communautaires québécois font fréquemment appel à du PA non membre d'un ordre professionnel, soient les agents aux services de santé et sociaux (ASSS), pour réaliser les évaluations de l'indépendance fonctionnelle à l'hygiène (Guay, Dubois, Desrosiers, Robitaille et Charest, 2010). Or, cette pratique suscite la controverse et la pertinence d'intégrer du PA au processus d'évaluation est questionnée (Guay, 2012). Devant cette controverse, l'objectif de cet article est d'explorer d'autres modalités possibles pour impliquer du PA non membre d'un ordre professionnel dans la prestation des services ergothérapeutiques à domicile et, plus spécifiquement, dans les activités de PPS.

## Responsabilités du système sanitaire québécois et rôle de l'ergothérapeute en milieu communautaire

Les 94 Centres de santé et de services sociaux (CSSS) québécois ont un mandat dont fait partie la PPS (Carrier, Levasseur et Mullins, 2010). Les interventions à domicile de l'ergothérapeute comprennent plusieurs activités de PPS (voir le tableau 1). En favorisant la santé par l'occupation significative et en prévenant la perte d'indépendance fonctionnelle, les interventions de l'ergothérapeute contribuent directement à la mission du CSSS, en cohérence avec les lignes directrices de l'ACE (Townsend et Polatajko, 2013). Afin d'être soutenu dans ses interventions, l'ergothérapeute peut recourir au PA.

## Implication du personnel auxiliaire

L'assignation d'activités cliniques ergothérapeutiques au PA peut couvrir un large spectre. L'évaluation de l'indépendance fonctionnelle réalisée en application d'une loi (p. ex., : évaluation de la clientèle accidentée du travail ou de la route) est toutefois un acte réservé au Québec (Code des professions, 1973, dernière mise à jour en 2014), et seuls les professionnels ciblés peuvent l'exercer. Afin de guider l'assignation d'activités cliniques ergothérapeutiques au PA, l'ACE et l'OEQ ont adopté des lignes directrices.

Selon le *Profil de la pratique du PA* de l'ACE (2009), le PA doit compléter, et non remplacer, le travail de l'ergothérapeute. Certaines activités cliniques, telles l'évaluation initiale du client et l'interprétation

Tableau 1

**Activités de prévention et promotion de la santé réalisées par l'ergothérapeute en milieu communautaire et implication possible du personnel auxiliaire**

Activités de prévention et promotion de la santé de l'ergothérapeute*	Implication possible du personnel auxiliaire
<b>Promotion</b>	
Recommandations associées à : <ul style="list-style-type: none"> <li>• des occupations significatives;</li> <li>• une saine alimentation;</li> <li>• une pratique régulière de l'exercice physique;</li> <li>• de saines habitudes de vie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien en lien avec le maintien des occupations et des saines habitudes de vie</li> <li>• Appui à la réalisation d'activités significatives (p. ex. : soutien civique)</li> </ul>
<b>Prévention</b>	
Recommandations associées à : <ul style="list-style-type: none"> <li>• des modifications environnementales (prévention des chutes);</li> <li>• des méthodes pour prévenir les blessures (transferts, déplacements et réalisation des activités de la vie quotidienne);</li> <li>• des stratégies pour prévenir les blessures chez les aidants lors du déplacement d'une personne à mobilité réduite;</li> <li>• des stratégies de positionnement chez les individus à risque de développer des plaies ou des contractures;</li> <li>• des stratégies de protection des articulations et de prévention de la douleur articulaire;</li> <li>• des stratégies d'économie d'énergie et de prévention de la fatigue excessive;</li> <li>• des aides techniques et entraînement à leur utilisation pour améliorer l'indépendance fonctionnelle chez une personne présentant des incapacités permanentes;</li> <li>• un programme d'exercices adapté dans le but de favoriser le maintien des capacités résiduelles d'une personne;</li> <li>• un programme de stimulation pour personne ayant des atteintes cognitives dans le but de favoriser le maintien des capacités résiduelles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivi des modifications environnementales</li> <li>• Consolidation de l'enseignement relatif : <ul style="list-style-type: none"> <li>• à l'utilisation d'équipement;</li> <li>• aux méthodes de transfert et de déplacement;</li> <li>• aux principes de protection articulaire ou de conservation d'énergie, etc.</li> </ul> </li> <li>• Appui à la réalisation des programmes d'exercices physiques</li> </ul> <p>Stimulation cognitive à l'aide d'activités adaptées lors de la présence-assistance</p>

\*Adapté de Filiatrault et Richard, 2005.

des résultats de l'évaluation, ne doivent pas être assignées au PA. Le PA doit également travailler sous la supervision de l'ergothérapeute.

Spécifiquement au Québec, les lignes directrices de l'OEQ réitèrent que le PA ne remplace pas l'ergothérapeute (OEQ, 2005; 2008). Les activités cliniques ne pouvant pas lui être assignées comprennent, notamment, la détermination des informations pertinentes à l'évaluation, de même que l'interprétation et l'analyse des résultats de l'évaluation. À l'encontre des recommandations de l'ACE (2009), l'évaluation fait partie des activités pouvant être assignées au PA. Toutefois, lorsqu'il assigne des activités au PA, l'ergothérapeute doit le superviser selon des modalités d'intensité propres à l'activité assignée.

Tel que spécifié, le personnel non ergothérapeute formé en emploi est surtout intégré au processus d'évaluation de l'indépendance à l'hygiène à domicile (OEQ, 2005), une pratique présente dans 57 % des CSSS du Québec (Guay et al., 2010). Ce personnel non ergothérapeute est constitué d'ASSS (82 %) qui ne sont pas membres d'un ordre professionnel. Au cours de leur formation de niveau secondaire de 975 heures, les ASSS acquièrent notamment des connaissances sur les soins d'assistance auprès de clients ayant différentes pathologies (Inforoute de la formation professionnelle et technique, n.d.). Leur formation comprend des aspects pouvant soutenir des interventions ergothérapeutiques en PPS tels que : établir une relation d'aide, intervenir auprès de la clientèle à l'aide d'activités occupationnelles, dispenser des soins d'assistance, et adapter ses interventions à la réalité familiale et sociale de la personne. Dans le contexte où les politiques ministérielles misent sur la PPS pour améliorer la santé de la population et réduire les dépenses en santé, et afin de soutenir les services ergothérapeutiques à domicile en matière de PPS, il est pertinent d'explorer de nouvelles pistes pour impliquer les ASSS.

## Pistes à explorer

En cohérence avec le cadre normatif exposé précédemment, l'implication à domicile sous la responsabilité de l'ergothérapeute doit se limiter à des activités cliniques permettant un encadrement à distance et de fréquence modérée. Le tableau 1 présente une liste non exhaustive d'activités cliniques pouvant être déléguées aux ASSS à domicile en appui aux actions PPS de l'ergothérapeute. Afin de dégager du temps à l'ergothérapeute, d'autres activités administratives pourraient aussi être assumées par le PA ou du personnel de soutien. Par exemple, en lien avec les équipements, le PA pourrait : faire les démarches pour l'obtention de soumissions; préparer les requêtes pour l'équipement; livrer et installer l'équipement chez le client. Quant à lui, le personnel de soutien pourrait gérer le parc d'équipements (réception, identification, entreposage), retranscrire des rapports d'évaluation et des notes au dossier à partir d'un enregistrement vocal ou saisir des statistiques des activités cliniques.

## Conclusion

L'ergothérapeute en milieu communautaire joue un rôle crucial en matière de soutien à domicile et de PPS, d'importantes priorités ministérielles et sociales. Au Québec, l'inadéquation entre demandes de services ergothérapeutiques et ressources pour y répondre a donné

lieu à l'assignation d'activités d'évaluation au PA, une pratique qui suscite la controverse. Considérant l'importance des activités en PPS, afin d'appuyer le travail des ergothérapeutes en milieu communautaire, il importe de considérer de nouvelles pistes pour l'implication du PA. Ainsi, il faut saisir cette occasion et s'engager dans des pistes de solutions novatrices augmentant l'excellence de la pratique ergothérapeutique.

## Remerciements

Annie Carrier est boursière des Instituts canadiens de recherche en santé (#250281), du Fonds de recherche en santé du Québec (FRQ-S; #22754) et de la Fondation canadienne d'ergothérapie. Mélanie Levasseur est chercheuse boursière junior 1 du FRQ-S (#26815). Les auteures tiennent à remercier Isabelle Bourdeau erg., M.A. et Manon Guay erg.(C), Ph.D. pour leurs précieux commentaires sur une version antérieure de cet article.

## Références

- Association canadienne des ergothérapeutes. (2009). *Profil de pratique du personnel auxiliaire en ergothérapie*. Ottawa, ON : CAOT Publications ACE. Téléchargé au [http://www.caot.ca/pdfs/SupportPer\\_Profile.pdf](http://www.caot.ca/pdfs/SupportPer_Profile.pdf)
- Carrier, A., Levasseur, M. et Mullins, G. (2010). Accessibility of occupational therapy community services: a legal, ethical and clinical analysis. *Occupational Therapy in Health Care*, 24(4), 360-376.
- Code des professions. *Compilations du Québec. Lois et règlements*. (1973, dernière mise à jour en 2014, c C-26). Téléchargé au [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/C\\_26/C26\\_A.html](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/C_26/C26_A.html)
- Filiatrault, J. et Richard, L. (2005). L'apport des théories des changements comportementaux aux interventions de prévention et de promotion de la santé de l'ergothérapeute. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 72, 45-56.
- Guay, M. (2012). Enjeux entourant la participation du personnel auxiliaire aux services d'ergothérapie. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 79, 108-119. doi: 10.2182/cjot.2012.79.2.6
- Guay, M., Dubois, M.F., Desrosiers, J., Robitaille, J. et Charest, J. (2010). The use of skill mix in home-care occupational therapy with patients with bathing difficulties. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 17, 300-308.
- Inforoute de la formation professionnelle et technique (n.d.). *Assistance à la personne à domicile*. Consulté au : <http://www.ifpt.org/progSecDet.aspx?prog=5317&sanction=5>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2005). *Participation du personnel non-ergothérapeute à la prestation des services d'ergothérapie*. Lignes directrices. Téléchargé au [http://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Doc\\_professionnels/PNE-LD.pdf](http://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Doc_professionnels/PNE-LD.pdf)
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2008). *Participation du personnel non-ergothérapeute à la prestation des services d'ergothérapie*. Addenda. Téléchargé au [http://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Doc\\_professionnels/PNE-LD-Addenda2008.pdf](http://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Doc_professionnels/PNE-LD-Addenda2008.pdf)
- Townsend, E. et Polatajko, H. (Édit.) (2013). *Habiller à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. Toronto, ON : CAOT Publications ACE.

## À propos des auteures

**Annie Carrier, MSc, LLM, BA(psy), erg(C)**, est candidate au doctorat en sciences cliniques à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke et au Centre de recherche sur le vieillissement, et chargée de cours, École de réadaptation, Université de Sherbrooke. On peut joindre Annie à : [Annie.Carrier@USherbrooke.ca](mailto:Annie.Carrier@USherbrooke.ca).

**Mélanie Levasseur, PhD, erg(C)**, est chercheuse au Centre de recherche sur le vieillissement, Sherbrooke et professeure agrégée, École de réadaptation, Université de Sherbrooke.

# Ensemble sur la route : Des ergothérapeutes et assistants de l'ergothérapeute travaillent en collaboration dans la communauté pour fournir les meilleurs soins possibles

Avril McCready-Wirth, Carol Hepting, Wendy Ng, Cathy Haney, Lisa Bratkoski et Dianne MacAusland-Berg

L'équipe de thérapie à domicile décrite dans cet article travaille dans des communautés urbaines et rurales, couvrant une grande région géographique dans le sud de la Saskatchewan. Les ergothérapeutes et les assistants de l'ergothérapeute (AE) sont financés par les fonds publics du Gouvernement de la Saskatchewan, par l'intermédiaire de la régie de la santé de Regina Qu'Appelle. Cet article met en relief la façon dont les compétences de l'AE contribuent aux résultats de l'équipe interdisciplinaire et des clients.

## Les assistants de l'ergothérapeute dans le secteur des soins à domicile

Les ergothérapeutes offrant des soins à domicile font des évaluations, conçoivent des programmes d'intervention et prescrivent de l'équipement pour permettre aux clients de conserver le plus haut degré d'autonomie possible à domicile. Pour veiller à la sécurité des clients, de leur famille et du personnel des services de soins à domicile, les ergothérapeutes évaluent et consignent au dossier les types de transferts et d'équipement requis pour tous les clients recevant de l'aide pour leurs soins personnels. Dans le secteur des soins à domicile, cette pratique variée et intense de l'ergothérapie est rehaussée grâce au soutien des AE. Le titre d'assistant de l'ergothérapeute tombe dans la catégorie générale des membres du personnel de soutien, que l'on définit comme des personnes qui « ne sont pas des ergothérapeutes reconnus, mais qui ont acquis des compétences liées à l'emploi pour soutenir un ergothérapeute lors de la prestation des services d'ergothérapie » (ACE, 2009, p. 3).

La nature solitaire des soins à domicile exige des ergothérapeutes et AE expérimentés. Par ailleurs, une confiance mutuelle doit exister entre le thérapeute et l'assistant pour que la prestation de services soit rentable et efficace. L'ergothérapeute doit avoir observé l'AE en train d'effectuer une tâche spécifique pour déterminer si l'assistant peut travailler sans supervision directe. De plus, l'ergothérapeute doit être prêt à revoir le plan de traitement en fonction des changements observés par l'assistant face aux capacités du client. Dans chacun de ces cas, une communication ouverte et continue est essentielle entre l'ergothérapeute et l'assistant. À l'occasion, l'ergothérapeute et l'assistant offrent conjointement un service à un client, ce qui favorise l'établissement de la confiance mutuelle et la résolution de problèmes en vue de répondre aux besoins des clients.

Dans ce milieu, la tenue de dossier est effectuée au moyen d'un dossier électronique. Ceci permet à tous les membres de l'équipe de communiquer en temps opportun, tout en offrant un accès direct au point de service ou au bureau. Dans le dossier électronique, l'ergothérapeute obtient et consigne le consentement du client à ce que l'assistant participe à son traitement, de même que l'évaluation et le plan de traitement accompagnés de directives spécifiques à l'intention de l'AE. L'assistant consigne au dossier les changements survenus dans le rendement occupationnel du client et sa réaction au traitement. Les communications moins officielles entre les

ergothérapeutes et l'assistant se font à l'aide de « notes autocollantes » placées sur le dossier physique d'un client et de discussions face à face, au besoin. Les ergothérapeutes et les assistants peuvent communiquer entre eux par téléphone en quelques instants, au besoin, pour discuter immédiatement de questions qui les préoccupent, pendant qu'ils sont avec les clients.

## Le rôle de l'assistant de l'ergothérapeute

Les capsules suivantes illustrent comment les ergothérapeutes et les AE cheminent sur la même route pour améliorer les résultats des clients. Ces capsules montrent comment les AE peuvent employer des compétences essentielles, comme la communication, le rôle d'agent de changement et la résolution de problème en collaboration (ACE, 2009) pour atteindre des résultats optimaux pour les clients.

Une cliente a été victime d'un accident vasculaire cérébral qui a affecté son côté droit. Elle est récemment retournée dans son logement où elle recevait des soins quotidiens le matin et le soir, de la part d'assistants offrant des soins continus à domicile. Après l'évaluation de l'ergothérapeute, l'AE a commencé le traitement en enseignant à la cliente des techniques pour s'habiller et d'autres habiletés pour réaliser ses soins personnels. La cliente est devenue plus autonome pour effectuer ces tâches et elle n'avait plus besoin d'aide à domicile au quotidien. L'ergothérapeute a conçu un programme pour que la cliente améliore la dextérité de son bras affecté, son équilibre, sa mémoire et sa coordination. Le traitement a été donné par l'assistant de l'ergothérapeute. La cliente a retrouvé la fonction de son membre supérieur et elle était très heureuse de pouvoir à nouveau préparer ses propres repas.

Une journée typique dans la vie d'un AE travaillant dans le secteur des soins à domicile peut ressembler à ceci. L'AE commence sa journée en parcourant 50 km en voiture à l'extérieur de la ville, pour entraîner un homme résidant dans un établissement de soins privés à faire ses transferts à l'aide d'une planche de transfert et à améliorer sa mobilité au fauteuil roulant. L'homme, qui a eu un accident vasculaire cérébral, a besoin de beaucoup d'aide pour effectuer ses soins personnels. Le but de l'intervention est que l'homme regagne suffisamment d'autonomie pour pouvoir retourner chez lui. L'AE retourne ensuite en ville pour voir une jeune femme ayant une lésion cérébrale acquise. L'AE doit lui enseigner les étapes à suivre pour prendre une douche, afin qu'elle n'ait plus besoin de demander de l'aide à d'autres personnes. Le client suivant est un homme atteint d'arthrite rhumatoïde sévère. L'assistant installe le banc de transfert au bain commandé par l'ergothérapeute et s'exerce avec le client et sa femme à faire les transferts au bain. La dernière visite de la journée est auprès d'un jeune homme ayant la maladie de Parkinson qui a une plaie de décubitus au coccyx. L'assistant lui fournit un coussin ROHO (pour soulager la pression) commandé par l'ergothérapeute, le gonfle correctement et enseigne au client et à la famille comment l'utiliser et l'entretenir correctement.

Un autre exemple de collaboration entre l'ergothérapeute et l'AE est le cas d'une septuagénaire ayant des ulcères de décubitus aux talons. Cette cliente a été aiguillée en ergothérapie par l'équipe de traitement des plaies, qui avait le sentiment que l'ulcère était causé par la pression sur les talons de la cliente lorsqu'elle était couchée. En tentant de résoudre conjointement le problème, l'ergothérapeute et l'AE ont découvert la cause des ulcères. En effet, la cliente se propulsait dans son fauteuil roulant à l'aide de ses pieds nus, qui frottaient sur le moyeu des roues et les appuis-pieds. Après avoir posé du rembourrage sur les parties 'offensantes' du fauteuil roulant de la cliente, les plaies ont éventuellement guéri.

L'AE joue un rôle déterminant en faisant de l'enseignement auprès des clients ayant trait à l'équipement (p. ex., équipement adapté pour le bain, lits d'hôpitaux, lève-personne sur rail, au plafond, attelles et orthèses, etc.) recommandé et réquisitionné par l'ergothérapeute. L'AE rend visite à un client pour lui montrer comment utiliser l'équipement en toute sécurité. L'intervention permet de réduire le stress de la famille qui doit intégrer les recommandations de l'ergothérapeute, tout en permettant au client d'avoir le sentiment qu'il n'est pas un si lourd fardeau pour ses aidants naturels.

Un autre rôle de l'AE dans ce secteur est de gérer l'inventaire du service d'ergothérapie. Il faut entretenir les coussins et autres pièces d'équipement pour veiller à ce que chaque pièce soit propre, sécuritaire et disponible, au besoin. Cette tâche correspond à la compétence de base du personnel auxiliaire qui est « d'utiliser efficacement les ressources humaines, financières et physiques » (ACE, 2009, p. 8).

## Conclusion

Les AE font un apport inestimable dans la pratique de l'ergothérapie à base communautaire. En effet, ils fournissent des paires d'yeux

et de mains supplémentaires pour aider l'ergothérapeute à cibler les problèmes et à promouvoir la participation à des occupations. La relation entre l'ergothérapeute et l'AE est beaucoup plus que l'assignation de tâches. Elle exige une confiance et une compréhension mutuelles, l'échange d'idées et le travail en collaboration pour que les meilleurs soins possibles soient prodigués au client.

## Remerciements

Merci à Debbie Poncsak, directrice des thérapies à domicile, de même qu'à Tricia Engel, directrice des services à domicile, pour la révision de cet article et leurs commentaires et pour leur appui constant de la profession et de la pratique de l'ergothérapie dans le secteur des soins à domicile.

## Références

Association canadienne des ergothérapeutes. (2009). *Profil de la pratique du personnel auxiliaire en ergothérapie*. Téléchargé au <http://www.caot.ca/pdfs/profilap.pdf>

## À propos des auteures

Cet article a été rédigé en collaboration par **Avril McCreedy-Wirth**, assistante de l'ergothérapeute, et **Carol Hepting, BScOT, OT Reg. (SK)**, **Wendy Ng, MScOT, OT Reg. (SK)**, **Cathy Haney, BScOT, OT Reg. (SK)**, **Lisa Bratkoski, BScOT, OT Reg. (SK)** et **Dianne MacAusland-Berg, BScOT, OT Reg. (SK)**, qui forment un groupe diversifié d'ergothérapeutes se trouvant à diverses étapes de leurs carrières à Regina, en Saskatchewan. On peut joindre les auteures à : [avril.mccreedywirth@rqhealth.ca](mailto:avril.mccreedywirth@rqhealth.ca)

## Vous pouvez m'appeler « docteur »...maintenant

Cathy White

À propos de l'auteure : **Cathy White** est maintenant chargée de cours à la Dalhousie University à Halifax, en Nouvelle-Écosse. [Cathy.White@Dal.Ca](mailto:Cathy.White@Dal.Ca)

Quand on m'a embauchée à titre d'assistante de l'ergothérapeute à l'unité locale des anciens combattants, j'étais tellement excitée, que j'ai fait la roue dans mon salon. En rencontrant les anciens combattants et en entendant leurs histoires, j'ai voulu faire tout ce qui était possible pour améliorer leur vie quotidienne, même s'ils habitaient en milieu hospitalier. J'aimais tellement mon travail, que je revenais le week-end pour faire quelques heures supplémentaires à mes frais. J'adorais apprendre comment l'ergothérapeute pouvait adapter les activités pour que chaque personne puisse participer, en fixant parfois un projet à la table pour que la personne ayant eu un accident vasculaire cérébral puisse faire le projet avec une seule main, ou en utilisant une loupe avec une autre personne ayant une vision limitée. J'ai même cousu des attaches en velcro sur un condom collecteur pour qu'un homme soit plus autonome pour aller aux toilettes – un petit détail qui lui a permis de retrouver sa dignité.

On m'a rapidement transférée en milieu hospitalier, pour travailler avec les ergothérapeutes de l'unité de psychiatrie et dans l'ensemble de l'hôpital. Toutes sortes de nouvelles possibilités d'apprentissage m'ont été offertes, de la préparation d'orthèses à la préparation de repas, en passant par la mise en œuvre de programmes de retour au travail et à l'adaptation de vêtements. J'ai bénéficié de diverses formations en milieu de travail et j'ai lu autant que je le pouvais, mais après trois ans de travail en tant qu'assistante de l'ergothérapeute, je savais que je devais poursuivre ma formation pour jouer un rôle plus actif auprès des clients. J'ai fait une demande à la Dalhousie University School of Occupational Therapy, en ne sachant pas si j'aurais les moyens d'y aller. Les choses ont bien tourné pour moi et, en 1995 (après avoir surmonté quelques obstacles le long de la route), j'ai obtenu mon diplôme en ergothérapie. Pour faire une longue histoire courte, j'ai ensuite fait une maîtrise, puis une autre et, allez savoir pourquoi, j'ai décidé de faire mon doctorat! Alors...j'imagine que vous pouvez m'appeler « docteur » maintenant.



RESPONSABLES : ALISON GERLACH ET  
JANET JULL

## Améliorer les services de réadaptation dans la communauté éloignée d'Igloolik, au Nunavut, grâce à l'assistante en thérapie communautaire

Katie Bellefontaine, Michelle Hurley et Sharon Irngaut

Offrir des soins de santé de qualité dans le nord du Canada représente souvent un défi de taille. Ceci est particulièrement vrai dans les petites communautés éloignées comme Igloolik – un village de 2 007 personnes situé dans la région est de l'Arctique canadien (Nunavut Bureau of Statistics, 2014). Il est difficile d'y offrir des services d'ergothérapie de la même envergure et qualité qu'ailleurs au Canada. Les deux ergothérapeutes de la région de Qikiqtaaluk (la première auteure et la deuxième auteure) sont basées à Iqaluit, la capitale du territoire. Elles desservent près de 15 000 personnes réparties dans plus de 12 communautés, dans une région géographique qui a environ la même superficie que l'Ontario. La prestation de services d'ergothérapie dans l'une de ces communautés est possible en partie grâce à l'aide de Sharon Irngaut (la troisième auteure), une assistante en thérapie communautaire basée à Igloolik. Dans cet article, nous décrivons le rôle de Sharon à titre d'assistante en thérapie communautaire travaillant en milieu rural éloigné, de même que quelques-unes de ses perspectives face à ce rôle.

### Le besoin d'assistants en thérapie communautaire

Les petites communautés de la région de Qikiqtaaluk (dont la population varie de 163 personnes, à Grise Fiord, à 2 007, à Igloolik [Nunavut Bureau of Statistics, 2014]) n'ont pas une assez grande population pour avoir des professionnels complémentaires de la santé en permanence, comme des ergothérapeutes, physiothérapeutes, audiologistes et orthophonistes. On trouve un centre de santé et du personnel infirmier dans chaque communauté, mais les professionnels complémentaires de la santé vivent à Iqaluit et se déplacent vers les autres communautés une ou deux fois par année. Entre les visites, les thérapeutes utilisent les vidéoconférences (télésanté) pour faire un suivi de leurs clients. Même si cette technologie est utile, elle ne remplace pas le besoin d'avoir des personnes compétentes pour travailler directement auprès des clients.

En prenant conscience de ces défis face à la prestation de services en 2008, le Département de la santé du Gouvernement du Nunavut et le Nunavut Arctic College ont mis sur pied et lancé un programme ponctuel de 16 mois pour former des membres de la communauté à titre d'assistant en thérapie communautaire. Le programme comprenait des cours dans quatre disciplines de la réadaptation (ergothérapie, physiothérapie, orthophonie et audiologie), de même que des cours en classe et en laboratoire et des stages sur le terrain. Le volet de l'ergothérapie abordait des sujets comme la portée de la discipline, la relation fondée sur l'assignation de tâches et la transmission d'information entre le thérapeute et l'assistant, et la façon de faire les interventions auprès de populations spécifiques. Des cours d'appoint dans des domaines comme la traduction médicale et la rédaction en anglais

complétaient le programme d'études. (Bien que tous les étudiants étaient bilingues, leur langue maternelle était l'Inuktitut, comme pour de nombreux Nunavummiut.)

Sept étudiants ont décroché leur diplôme du programme en 2009. Alors que plusieurs d'entre eux ont saisi d'autres occasions, deux diplômés continuent d'offrir du soutien à l'équipe de réadaptation de la région. Sharon Irngaut vit à Igloolik, la deuxième plus grande communauté de la région de Qikiqtaaluk. Sharon offre du soutien à une gamme de services de réadaptation dans la région éloignée du nord du Canada, allant de la prestation de programme d'ergothérapie, de physiothérapie, d'orthophonie et d'audiologie à des tests de dépistage des troubles auditifs.

### Le rôle de l'assistante en thérapie communautaire

Sharon réalise plusieurs tâches que les ergothérapeutes lui ont assignées. Par exemple, elle anime des programmes de motricité fine pour les enfants, et des programmes d'exercice et de réactivation par l'activité pour les adultes; elle installe des aides techniques et enseigne aux clients comment les utiliser; et elle fait l'entretien des aides à la mobilité. Lorsque les professionnels complémentaires de la santé sont en visite au village, Sharon joue le rôle d'interprète pendant leurs visites chez les clients. Sharon aide aussi les thérapeutes des régions du sud du Canada qui sont venus s'installer dans cette région à comprendre de façon plus nuancée les pratiques et les connaissances locales relatives à la santé et aux soins de santé.

Le fait que le thérapeute et l'assistant doivent travailler ensemble alors qu'ils sont séparés par de longues distances exige le recours à des



L'assistante en thérapie communautaire Sharon Irngaut livrant une chaise de douche, en motoneige.

<sup>1</sup> Nunavummiut est le mot Inuktitut utilisé pour désigner les résidents du Nunavut.

approches différentes de celles qui sont utilisées dans de nombreux milieux de la santé canadiens. Les praticiens remplissent des « feuilles de tâches » pour transmettre à Sharon les renseignements concernant les clients, les résultats du praticien et les exigences des programmes. Ces feuilles permettent aussi de faire le suivi de l'exécution de diverses tâches et des interactions de Sharon avec les clients, pour les dossiers des praticiens sur les clients. Sharon participe des conférences téléphoniques mensuelles avec les praticiens qui la supervisent afin d'examiner les cas, les tâches plus complexes et les prochaines étapes à suivre.

## Avantages et défis

Il n'est pas surprenant d'apprendre que, compte tenu de la géographie du Nunavut, de nombreux défis se posent face à la prestation de services d'ergothérapie avec l'aide d'assistants en thérapie communautaire. La distance à elle seule retarde le partage d'information et limite les possibilités de transfert direct de compétences, de rétroaction immédiate et de collaboration spontanée. Les thérapeutes utilisent largement le téléphone, les courriels et les télécopieurs pour communiquer avec Sharon. Par ailleurs, l'infrastructure des communications au Nunavut n'est pas aussi développée qu'ailleurs au Canada, ce qui entraîne des problèmes techniques au quotidien. De plus, dans le monde pratique de l'ergothérapie, il est souvent difficile d'expliquer clairement les tâches sans pouvoir compter sur des directives et des démonstrations en personne, par exemple, lors de la réparation des fauteuils roulants. Les possibilités de développement professionnel continu sont également limitées : non seulement pour ce qui est des cours et des ateliers officiels, mais en ce qui concerne les échanges informels d'information et d'expériences avec d'autres assistants en réadaptation.

À titre d'assistante en thérapie communautaire, Sharon est un membre important de l'équipe de réadaptation du Nunavut. Elle offre des services que les praticiens qui ne sont pas sur les lieux ne pourraient offrir. Comme elle travaille dans la communauté qui l'a vue naître et grandir, Sharon est au courant de l'évolution de la situation de chaque client et elle peut aviser les praticiens lorsqu'un suivi s'impose.

Sharon est un grand défenseur local des services d'ergothérapie et elle aide les clients et les infirmières d'Igloolik à mieux comprendre les services de réadaptation disponibles. Elle est un leader dans sa communauté. Elle offre des services de santé directs et elle est une ressource inestimable pour les clients. Elle est également une ressource inestimable pour les praticiens qui ont eu la possibilité de travailler avec elle, et de découvrir son approche et sa façon de percevoir les membres de sa communauté et leurs besoins.

## Foire aux questions avec Sharon Irngaut

Les questions et réponses suivantes ont été extraites d'une conversation avec Sharon sur son rôle à titre d'assistante en thérapie communautaire. Ces questions et réponses ont été révisées et condensées, par souci de clarté.

### Q: Pour quelles raisons étiez-vous intéressée à devenir une assistante en thérapie communautaire?

A: Quand j'étais jeune, mon père m'a conseillé d'aider les gens lorsque je serais grande. Quand je pensais à ma grand-mère, je savais que les personnes comme elle avaient besoin d'aide pour pouvoir se déplacer dans leur domicile. J'ai toujours voulu avoir un emploi comme celui

d'assistante en thérapie communautaire, mais on m'avait dit que ce genre d'emploi n'existait pas. Mais je continuais à croire que ce genre d'emploi était nécessaire. Puis, un jour, j'ai découvert le programme d'assistant en thérapie communautaire et je me suis dit : « c'est l'emploi de mes rêves! ». Je devais absolument suivre ce cours, car il était si difficile pour moi de voir des anciens et des personnes handicapées éprouver des difficultés sans pouvoir les aider. Je suis heureuse de faire partie de l'équipe de réadaptation et d'aider les gens de ma communauté.

### Q: À quoi ressemble une journée de travail type d'une assistante en thérapie communautaire à Igloolik, au Nunavut?

A: Mes journées sont toujours très différentes. Pendant la matinée, je me rends au centre de soins continus pour faire des exercices avec nos clients. Dans l'après-midi, je fais des visites à domicile, pour faire des exercices avec les clients et pour livrer et installer de l'équipement. Après mes visites, je fais ma tenue de dossiers, je lis mes courriels et je nettoie l'équipement. Pendant les séances de télé-santé, j'aide les clients à poser des questions et je leur explique les recommandations du thérapeute sur l'équipement, l'entraînement et les transferts au fauteuil roulant. Parfois, nous décidons que je dois me rendre au domicile du client pour faire une démonstration de l'équipement et l'installer, selon les recommandations de l'ergothérapeute.

### Q: Quelle est la partie la plus difficile de votre travail?

A: La partie la plus difficile est lorsque j'essaie de réparer de l'équipement et que je n'ai pas de pièces de remplacement. Lorsque l'équipement est brisé, j'avise le thérapeute et je lui envoie des photos au besoin. Mais, les pièces n'arrivent pas rapidement et les délais sont très longs pour les réparations.

### Q: Quelle est la meilleure partie de votre travail?

A: La meilleure partie de mon travail est lorsque mes clients sont contents et qu'ils réussissent grâce à l'équipement ou le service que je leur donne.

### Q: À votre avis, le fait d'avoir un poste d'assistante en thérapie communautaire à Igloolik a-t-il un impact dans votre communauté?

A: Le poste d'assistante en thérapie communautaire donne beaucoup de soutien aux gens de notre communauté. L'assistante aide les gens qui doivent faire de l'exercice ou qui ont besoin de quelqu'un pour installer adéquatement l'équipement dont ils ont besoin. De plus, ce poste est tellement important pour les enfants – car nous pouvons venir en aide aux parents et aider les enfants à s'améliorer rapidement. Ce poste signifie beaucoup pour la communauté.

## Référence

Nunavut Bureau of Statistics. (2014, décembre). *Prévisions démographiques : 1<sup>er</sup> juillet 2014*. Téléchargé au <http://www.stats.gov.nu.ca/fr/Population%20estimate.aspx>

## À propos des auteures

**Katie Bellefontaine, Erg. Aut. (Ont.), et Michelle Hurley, Erg. Aut. (Ont.),** sont des ergothérapeutes travaillant à Iqaluit, au Nunavut. On peut les joindre par courriel à [kbellefontaine@gov.nu.ca](mailto:kbellefontaine@gov.nu.ca) et [mhurley@gov.nu.ca](mailto:mhurley@gov.nu.ca). **Sharon Irngaut** est une assistante en thérapie communautaire à Igloolik, au Nunavut. On peut la joindre par courriel à : [sirngaut1@gov.nu.ca](mailto:sirngaut1@gov.nu.ca)

# Le nouveau rôle des assistants de l'ergothérapeute à l'Hôpital d'Ottawa

Leanne Vo et Cory Feenstra

Compte tenu de leurs lourdes charges de travail et du besoin continu de donner rapidement aux patients leur congé de l'hôpital, les ergothérapeutes ont avantage à travailler en collaboration avec des assistants de l'ergothérapeute (AE), afin de consacrer plus de temps à leurs interventions et à la planification des congés. L'avancement de la formation officielle de l'AE a permis à la discipline d'élargir son rôle au sein de l'Hôpital d'Ottawa, un hôpital d'enseignement multi-site comportant plus de 1 000 lits. Toutefois, il est devenu évident que la nature et la portée du rôle de l'AE différaient d'un campus à l'autre, et d'un champ de pratique à l'autre. Dans cet article, nous présenterons les activités entreprises par l'Hôpital d'Ottawa pour soutenir et développer le rôle de l'AE.

Un groupe d'AE a été choisi pour déterminer de quelle façon les AE contribuaient aux divers domaines de pratique au sein des unités de soins de courte durée. Des données sur les responsabilités et le temps consacré à chaque tâche ont été recueillies auprès de cinq AE, sur une période de six mois, en 2011 et 2012. L'analyse des données a révélé que la moitié du temps des assistants était consacré à des interventions relatives au positionnement assis. Les assistants effectuaient cette tâche en collaboration avec des ergothérapeutes, pour s'assurer que l'on avait attribué aux patients le fauteuil roulant optimal pour eux et pour effectuer les ajustements et les modifications requis. Une partie du temps de l'AE était aussi consacré à des séances d'entraînement visant à améliorer la mobilité du patient en fauteuil roulant, c'est-à-dire comment utiliser le fauteuil roulant (p. ex., mettre la ceinture de sécurité, utiliser les freins, etc.) et comment se déplacer seul en se propulsant avec les pieds ou les mains, de même qu'à de l'enseignement sur la façon de faire des transferts de poids au fauteuil roulant, pour éviter les lésions cutanées.

Un quart du temps de l'AE était consacré à un rôle de soutien, comprenant de nombreuses responsabilités administratives et organisationnelles. Parmi ces responsabilités, citons le nettoyage de l'équipement et des fauteuils roulants conformément aux directives relatives au contrôle des infections, l'entretien et la réparation de l'équipement et des fauteuils roulants, l'établissement d'un budget pour les fournitures requises, la surveillance de l'inventaire de fournitures et la commande de fournitures au besoin, et la communication et les rencontres avec les détaillants pour commander de l'équipement et se tenir à jour sur les nouveaux produits. Le rôle de soutien peut aussi comprendre la surveillance du stock de matériel imprimé dans le département d'ergothérapie, c'est-à-dire tous les dépliants à l'intention des patients, les guides éducatifs et les outils d'évaluation. Ce rôle peut aussi comprendre la participation à des réunions interdisciplinaires, des réunions mensuelles du personnel, des

comités et des formations en milieu de travail, de même que la tenue de statistiques, l'inscription des présences et les notes évolutives concernant l'intervention auprès du patient.

Le dernier quart du temps était consacré à la réalisation de diverses activités de soins directs aux patients, dont le positionnement du patient, l'entraînement aux activités de la vie quotidienne ou aux transferts, la lecture de documents éducatifs avec le patient (p. ex. techniques de conservation de l'énergie), la mise en œuvre de programmes (p. ex., programme d'exercice pour les membres supérieurs) et l'animation de groupes de thérapie.

Après notre collecte de données, nous avons été surprises de constater que plus de la moitié du temps de l'AE avait été consacré à des interventions relatives au positionnement. Afin de donner aux ergothérapeutes de l'Hôpital d'Ottawa la possibilité de mieux comprendre le rôle de l'AE et les avantages liés à l'utilisation de l'AE, nous avons élaboré le *Reference Guide to the Roles of an OTA*. Grâce à ce guide, les ergothérapeutes ont découvert tous les services que les AE peuvent fournir, selon la portée de leur pratique. Le guide décrit comment utiliser les AE de la manière la plus efficace possible, dans un contexte de soins de courte durée. Il souligne aussi le fait que le rôle de l'AE doit aller bien au-delà des interventions relatives au positionnement et des tâches de soutien, et comporter plus de soins directs aux patients pour que les AE puissent appliquer au maximum leurs connaissances et leur formation.

La transition vers un rôle élargi comprenant plus de soins directs pour les patients a été facilitée par la mise sur pied d'un comité de formation de l'AE. Afin de répondre au besoin de formation continue des AE et au manque de possibilités éducatives en Ontario, un groupe d'AE de l'Hôpital d'Ottawa a organisé onze séances de formation pendant trois ans, à l'intention des assistants travaillant dans divers domaines des soins de courte durée.

Dans les deux ans qui ont suivi la collecte de données, l'Hôpital d'Ottawa a changé le modèle selon lequel la physiothérapie et l'ergothérapie sont appuyées par les assistants. En effet, les AE consacrent maintenant plus de temps à des interventions directes, autres que du positionnement, auprès des patients et ce, sur la plupart des unités pour patients hospitalisés. Ce changement a permis aux ergothérapeutes de se concentrer davantage sur les nouvelles demandes de consultation et la planification des congés. Le nouveau rôle élargi des AE continue de se développer et il a été ardemment défendu au sein de l'Hôpital d'Ottawa.

Pour en savoir davantage sur le *Reference Guide to the Roles of an OTA*, prière d'envoyer un courriel à Cory Feenstra, à : cfeenstra@toh.on.ca

## À propos des auteures

**Leanne Vo, OTA**, travaille sur des unités de soins médicaux, chirurgicaux, vasculaires, de traumatologie et intensifs à l'Hôpital d'Ottawa. On peut la joindre à : levo@toh.on.ca

**Cory Feenstra, OTA**, travaille en gériatrie à l'Hôpital d'Ottawa. On peut la joindre à : cfeenstra@toh.on.ca

# Les besoins en matière de formation post-professionnelle du personnel de soutien en Ontario

Trudy Langendoen, Candy Pleasance, Andrea Dyrkacz et Carol Heck

Au Canada, les ergothérapeutes et les physiothérapeutes sont assistés par du personnel de soutien ayant différents degrés de préparation professionnelle. Actuellement, il n'existe aucune norme nationale obligatoire en ce qui concerne la formation du personnel de soutien. La durée et le contenu des programmes d'études des programmes de formation officiels varient grandement; ces programmes sont offerts soit par des collègues financés par des fonds publics ou par des écoles de métiers à but lucratif. En raison de la diversité des programmes de formation qui préparent ces membres d'équipe, ces derniers sont désignés par plusieurs titres, dont ceux d'assistant de l'ergothérapeute (AE), d'assistant du physiothérapeute (AP) et d'assistants en réadaptation (AR). Le titre attribué à ces membres du personnel de soutien dépend de leur employeur et de leurs antécédents scolaires.

Les membres du personnel de soutien au Canada ont relativement peu d'options en matière de formation post-professionnelle. En effet, il n'y a pas de programme de formation post-professionnelle structuré ou normatif ayant été conçu pour favoriser une pratique compétente continue et pour répondre aux besoins de membres du personnel ayant des formations et compétences diverses. Généralement, on s'attend à ce que les membres du personnel de soutien assistent à des formations en milieu de travail offertes par leur département ou hôpital, pour tenir à jour ou approfondir leurs compétences. Jusqu'à maintenant, et ce, dans une large mesure, les ergothérapeutes et les physiothérapeutes ont présumé des besoins en matière de formation post-professionnelle du personnel de soutien et ils ont conçu des cours et des ateliers pour eux – en demandant parfois, mais pas toujours, l'avis du personnel de soutien.

Aucune étude publiée à ce jour n'a ciblé ou examiné les besoins en matière de formation post-professionnelle du personnel de soutien en Ontario. Pour ce nouveau groupe de professionnels, ce manque d'accent sur les besoins en matière de formation continue peut nuire au développement de programmes post-professionnels efficaces. Afin de combler ce manque de connaissances, une étude a été entreprise par une équipe de chercheurs du University Health Network de Toronto, une vaste organisation multi-site offrant des services de soins de courte durée et de réadaptation. On a demandé aux membres du personnel de soutien de cibler leurs besoins et les méthodes de formation qu'ils préféreraient. Dans cet article, nous discuterons des résultats du sondage et de la façon dont l'information recueillie peut éclairer l'offre de formation post-professionnelle pour le personnel de soutien dans l'avenir, que ce soit en Ontario ou ailleurs au Canada.

## Recension des écrits et contexte nord-américain

Une recension des écrits a été effectuée à l'aide des bases de données CINAHL, Medline et PubMed et des services professionnels des spécialistes en informatique du University Health Network, à partir des mots clés suivants : occupational therapist assistant, physiotherapist assistant, rehabilitation assistant, support worker, support personnel, education et continuing education. Seuls les articles rédigés en anglais ont été retenus dans la recension des écrits. Les chercheurs ont trouvé

un nombre limité d'articles traitant du personnel de soutien de façon générale. Au total, 25 articles ont été examinés et seulement six d'entre eux mentionnaient la formation post-professionnelle continue.

La recension des écrits a permis de confirmer que la littérature traitant spécifiquement des besoins en matière de formation post-professionnelle du personnel de soutien est limitée. Plusieurs articles mentionnent le besoin de formation continue et suggèrent que les activités offertes doivent être plus officielles et prescriptives en ce qui concerne le contenu, les modes de présentation, etc. (p. ex., Coyne, 2008; Carpenter-Davis, 2003). Toutefois, il y a une base de nouveaux écrits en provenance des États-Unis, où les rôles de ces paraprofessionnels sont bien établis. En effet, aux États-Unis, les conseils qui octroient les permis d'exercice dans chaque état spécifient les rôles et décrivent la formation requise pour devenir un AE ou AP, et dans la plupart des états, les AE et AP doivent réussir un examen pour obtenir leur permis d'exercice (American Physical Therapy Association, 2015; National Board for Certification in Occupational Therapy, 2015). En raison de l'existence de ce permis d'exercice, on met l'accent davantage sur le besoin de tenir les compétences du personnel de soutien à jour et donc, d'offrir des programmes de formation post-professionnelle mieux établis au personnel de soutien américain.

Au Canada, le personnel de soutien n'est pas encore assujéti au permis d'exercice, et les procédures concernant l'agrément des programmes offrant une formation postsecondaire au personnel de soutien sont volontaires et en constante évolution. Malgré ce fait, l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) et le Conseil canadien des programmes de physiothérapie (CCPP) ont publié des documents qui exposent les compétences essentielles attendues du personnel de soutien (ACE, 2009; CCPP, 2012). De plus, dans la prise de position de l'ACE intitulée *Le personnel auxiliaire en ergothérapie*, on encourage « les personnes qui travaillent à titre d'employés auxiliaires en ergothérapie à acquérir sur une base continue les connaissances et les compétences requises pour fournir des services auxiliaires efficaces, en toute sécurité » (ACE, 2011, para. 7). Par ailleurs, dans le *Profil de la pratique du personnel auxiliaire en ergothérapie*, on affirme que le personnel auxiliaire doit être un praticien érudit, et que par conséquent, il doit « Poursuivre le développement de ses connaissances et de ses compétences tout au long de la vie. » (ACE, 2009, p. 13). Toutefois, bien que l'ACE ait reconnu le besoin général du personnel de soutien de participer à des activités de formation continue, elle n'a pas encore offert des possibilités de formation s'adressant spécifiquement à ce groupe.

Aucun article traitant spécifiquement des besoins du personnel de soutien en physiothérapie en matière de formation post-professionnelle n'a été repéré. Bien que l'Association canadienne de physiothérapie (ACP) appuie l'Assemblée nationale des assistants-physiothérapeutes (anciennement connue sous le nom d'Assemblée nationale du personnel de soutien), qui cherche à répondre aux besoins généraux des assistants du physiothérapeute canadiens, relativement peu d'AP ont joint les rangs de ce groupe à adhésion volontaire (ACP, 2011).



Le manque de direction claire et prescriptive concernant les besoins du personnel de soutien en matière de formation continue est une lacune troublante, pouvant avoir des répercussions sur l'amélioration continue des compétences essentielles et, par conséquent, sur la qualité des soins de santé offerts aux Canadiens. La recension des écrits montre également qu'on n'a pas demandé aux membres du personnel de soutien de donner leur avis en tant que groupe, en ce qui concerne leur propre formation continue post-professionnelle.

## Devis expérimental de l'étude

L'étude a été réalisée à l'aide d'un devis transversal descriptif et quantitatif. L'étude comprenait un sondage à l'intention du personnel de soutien employé en Ontario en 2010. Le comité de déontologie du University Health Network a approuvé l'étude, et le comité de recherche des professionnels paramédicaux du University Health Network a accordé une aide financière pour la réalisation de cette étude.

Le sondage a été élaboré par les chercheurs et il comprenait des items visant à décrire la démographie des répondants et leurs perceptions face à leurs besoins en matière de formation post-professionnelle. Le sondage a été mis à l'essai auprès d'ergothérapeutes, de physiothérapeutes et de membres du personnel de soutien. Le calendrier d'échantillonnage de cette étude s'étendait de novembre à décembre 2010.

Aux fins de cette étude, les répondants devaient travailler en Ontario et porter l'un des titres d'emploi suivants : assistant de l'ergothérapeute, assistant du physiothérapeute, assistant de l'ergothérapeute/assistant du physiothérapeute (AE/AP) ou assistant en réadaptation (AR). Des invitations à participer au sondage ont été envoyées aux diplômés de la School of Health Sciences du Humber College et de l'Institute for Applied Health Sciences du Mohawk College, par l'intermédiaire de leurs établissements d'enseignements respectifs. Par ailleurs, les répondants devaient faire suivre le lien du sondage électronique à leurs collègues, afin d'inviter les membres du personnel de soutien ayant suivi leur formation en milieu de travail et les personnes ayant étudié dans d'autres établissements d'enseignement postsecondaire à y répondre. Comme il n'y pas de base de données sur le personnel de soutien en Ontario, il n'a pas été possible de rejoindre tous les répondants ou de déterminer le taux de réponse au sondage.

Une fois que toutes les données ont été reçues, une analyse descriptive de toutes les caractéristiques démographiques a été effectuée. Des tests de t ont été effectués pour déterminer les différences entre les groupes (différence significative de  $p < 0,05$ ).

## Résultats

Au total, 145 répondants ont participé au sondage. Les répondants étaient principalement des femmes, et la moyenne d'âge du groupe était de 35,2 ans + / - 9,8 ans. Parmi les répondants, 97,2 % détenaient soit un certificat ou un diplôme collégial, ce qui indique une formation spécifique à la profession, et le reste des répondants ont déclaré qu'ils avaient reçu une formation en milieu de travail. Le rôle bien établi des collèges publics en Ontario se reflète dans le résultat indiquant que 83,3 % des répondants au sondage ont suivi leur formation pour devenir un membre du personnel de soutien dans un collège financé par les fonds publics. La participation du Collège Humber et du Collège Mohawk à la diffusion du lien vers le sondage a sans doute eu une incidence sur le très fort pourcentage de répondants en provenance des collèges publics.

Chez la plupart des répondants (64,2 %), le degré de scolarité le plus élevé était un certificat ou un diplôme postsecondaire. Cependant, 27,6 % des répondants ont indiqué qu'ils détenaient un baccalauréat ou une maîtrise, ce qui témoigne du nombre de membres du personnel de soutien à la recherche d'un diplôme comme cheminement professionnel, après leur formation de base.

En ce qui a trait au titre d'emploi, 43,1 % ont affirmé qu'ils étaient employés à titre d'AE/AP, 28,5 % à titre d'AR, 20,1 % à titre d'AP et seulement 8,3 % des répondants ont déclaré qu'ils travaillaient uniquement à titre d'AE.

En moyenne, les répondants au sondage ont indiqué qu'ils occupaient un emploi à temps complet et qu'ils travaillaient depuis 8,1 ans + / - 5,2 ans, et 95,6 % de ces personnes travaillaient dans des hôpitaux généraux ou des centres de réadaptation. Lorsqu'on leur a demandé d'indiquer leurs contextes de pratique, la majorité des répondants ont déclaré qu'ils passaient au moins une partie de leur journée de travail dans un milieu de réadaptation, et que l'orthopédie était le volet le plus fréquent de leur pratique. Soixante-dix-neuf pour cent des répondants occupaient un seul poste, alors que 17,0 % occupaient deux postes à temps partiel, occasionnels ou contractuels ou plus.

En réponse aux questions au sujet de leurs attitudes face à la formation continue, 78,4 % des répondants ont affirmé que la formation post-professionnelle était très importante pour eux. Une large gamme de raisons de participer à la formation post-professionnelle ont été données par les répondants au sondage (voir la figure 1).

La raison la plus fréquente donnée pour assister à une journée de formation continue était que la formation portait sur leur champ d'intérêt. Les répondants ont indiqué que la possibilité d'avoir du matériel axé sur la clinique et la pratique était plus importante lors du choix

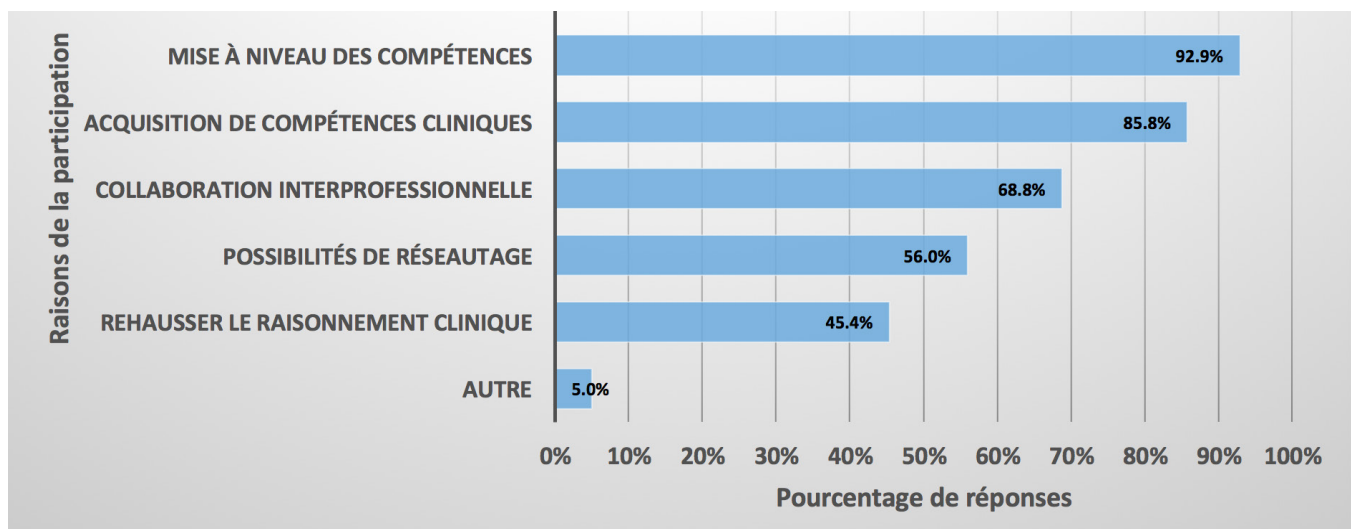


Figure 1. Raisons de participer à des activités de formation post-professionnelle. Remarque : plus d'une réponse était acceptée.

d'activités de formation post-professionnelle; 97,0 % ont déclaré qu'il était très important ou assez important que le contenu éducatif puisse être appliqué directement à leur champ d'intérêt clinique et qu'il soit pertinent pour la pratique. Bien que la majorité des répondants aient indiqué que les accidents vasculaires cérébraux et les sujets généraux en neurologie les intéressaient, on a observé des différences dans les choix qu'ils faisaient, selon leur nombre d'années d'expérience clinique. En effet, les membres du personnel de soutien ayant plus d'expérience avaient tendance à indiquer qu'ils étaient intéressés à assister à des séances axées sur les domaines des accidents vasculaires cérébraux, de la neurologie et des soins bariatriques. Les répondants moins expérimentés étaient plus susceptibles de choisir les catégories relations de travail/frontières/équilibre de vie, valeurs des laboratoires, transferts/positionnement et moelle épinière/orthèses, parmi leurs sujets de préférence. Les répondants expérimentés étaient plus susceptibles de choisir du contenu pertinent comme raison d'assister à des possibilités de formation, alors que les moins expérimentés ont déclaré qu'ils valorisaient les possibilités de réseautage offertes pendant les activités de formation (voir la figure 2).

Les ateliers offrant la possibilité d'apprendre des compétences « pratiques », de même que la formation didactique ou sous forme de cours ont été cités fréquemment par les répondants au sondage, peu importe leur degré d'expérience. Les possibilités de formation offertes par les employeurs comptaient aussi parmi les préférences des répondants, puisque la majorité de ceux qui ont répondu aux questions ont indiqué que le soutien financier (82,8 %) et la rémunération du temps consacré à la formation (81,6 %) influençaient leur participation à des activités de formation post-professionnelle.

## Application des résultats du sondage

Ce sondage, qui est à notre connaissance le premier à examiner les désirs et les besoins en matière de formation du personnel de soutien, a déjà été utilisé pour orienter les programmes de formation du University Health Network. Bien qu'une journée de formation semi-annuelle ait été planifiée auparavant par le personnel de soutien de l'UHN, ce

programme était basé sur la disponibilité et les intérêts du présentateur, plutôt que sur des données probantes. L'occasion d'examiner cette pratique s'est présentée d'elle-même lors de l'union du University Health Network et du Toronto Rehabilitation Institute en 2011 et de l'amalgame du personnel et des programmes de formation qui en a résulté.

Les commentaires recueillis à l'aide du questionnaire ont donné lieu à l'élaboration d'un atelier de formation à l'intention des assistants en septembre 2013 par le comité de formation continue des AE/AP de l'UHN. Le contenu a été planifié en vue de témoigner des intérêts du personnel de soutien ayant été exprimés dans le sondage et il mettait un accent particulier sur l'acquisition de compétences comme la sécurité au travail dans un milieu de soins intensifs, le contrôle des infections et l'élaboration de politiques et procédures pour appuyer la pratique. L'atelier s'est rempli en quelques jours et une liste d'attente imposante a été dressée.

À la lumière de la popularité du premier atelier basé sur des données probantes à l'UHN, une discussion a eu lieu, afin de déterminer les meilleures façons d'augmenter et d'élaborer des activités de formation pour le personnel de soutien, en particulier pour les membres travaillant à l'extérieur des grandes zones urbaines, à l'aide de vidéoconférences et d'enregistrements vidéo.

## Conclusion

Bien que le personnel de soutien ait été encouragé à participer activement à des activités de formation post-professionnelle, un très faible pourcentage du contenu de ces formations était spécifique et répondait aux besoins de ce groupe de praticiens dont le nombre augmente rapidement. Alors qu'ils étaient auparavant des travailleurs de la santé formés en milieu de travail, les membres du personnel de soutien sont maintenant en grande partie des diplômés des programmes canadiens d'enseignement à l'AE & l'AP, ce qui joue un rôle important dans la reconnaissance de l'excellence de la formation des AE et AP, et essentiel à la professionnalisation continue de ce groupe de travailleurs de la santé. Maintenant, les diplômés des programmes agréés déterminent

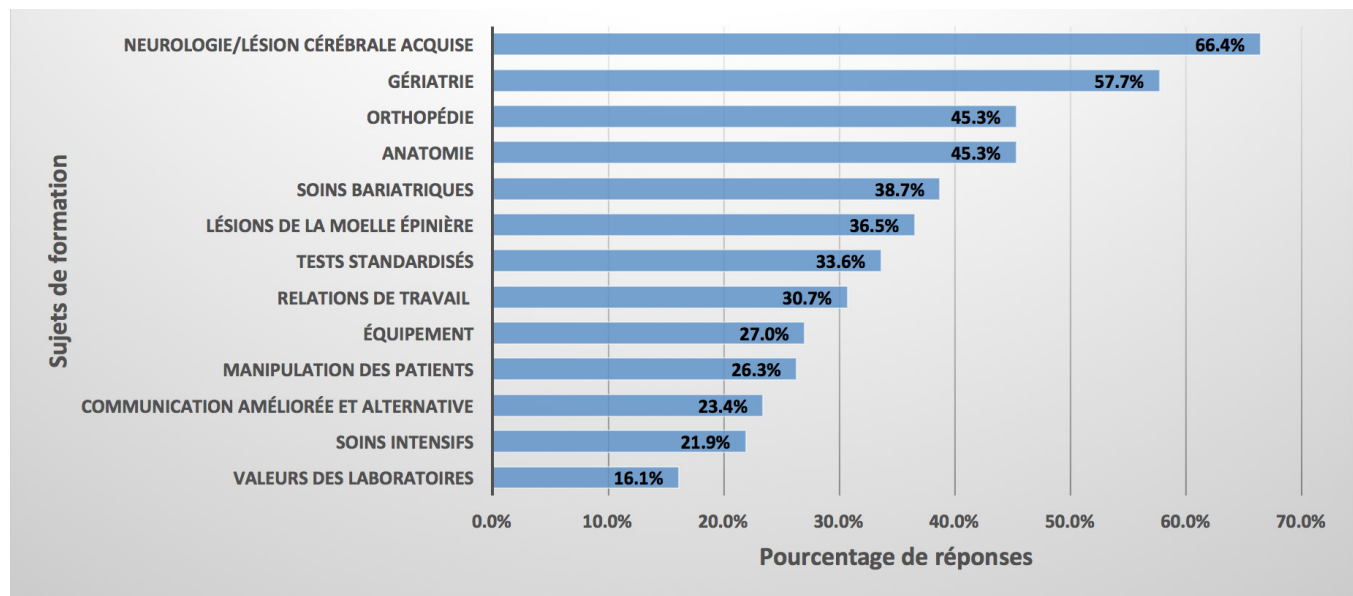


Figure 2. Sujets de formation privilégiés. Remarque : plus d'une réponse était acceptée.

## À propos des auteures

Trudy Langendoen, AE/AP, Candy Pleasance, AE, Andrea Dyrkacz, Erg. Aut. Ont.) et Carol Heck, PT, sont toutes des employées du University Health Network à Toronto, en Ontario. Elles enseignent toutes de nombreux cours de niveaux pré-professionnel et post-professionnel et participent à diverses recherches cliniques sur différents sujets. Pour obtenir de plus amples renseignements, prière de communiquer à l'adresse suivante : [trudy.langendoen@uhn.ca](mailto:trudy.langendoen@uhn.ca)

de plus en plus leurs propres besoins en matière de formation post-professionnelle, et ils prennent des mesures pour tenir à jour et rehausser leurs compétences professionnelles, en concevant et en offrant des possibilités d'apprentissage autodirigées.

## Remerciements

Les chercheurs expriment leur immense reconnaissance envers :

- Catharine Duncan, PT, pour son aide tout au long de cette étude
- Le Humber College et le Mohawk College qui ont contribué à la distribution du sondage
- Le UHN Allied Health Research Fund, qui a fourni une aide financière pour cette étude

## Références

American Physical Therapy Association. (2015). *Commission on accreditation in physical therapy education*. Téléchargé au <http://www.captionline.org/home.aspx>

Association canadienne des ergothérapeutes. (2009). *Profil de pratique du personnel auxiliaire en ergothérapie*. Téléchargé au [http://www.caot.ca/pdfs/SupportPer\\_Profile.pdf](http://www.caot.ca/pdfs/SupportPer_Profile.pdf)

Association canadienne des ergothérapeutes. (2011). *Prise de position de*

*l'ACE : Le personnel auxiliaire en ergothérapie*. Téléchargé au <http://www.caot.ca/default.asp?pageID=161>

Association canadienne de physiothérapie. (2011, novembre). *National Support Worker Assembly e-news*. Téléchargé au <http://www.physiotherapy.ca/getmedia/4f000d24-466b-4f79-a388-40ec1cb3078b/nswa-e-news-nov-2011.pdf.aspx>

Carpenter-Davis, C. (2003). Physical therapist assistant education over the decades. *Journal of Physical Therapy Education*, 17, 80-85.

Conseil canadien des programmes universitaires de physiothérapie. (2012). *Profil des compétences essentielles des assistants-physiothérapeutes au Canada*. Téléchargé au <http://npag.ca/PDFs/Joint%20Initiatives/PTA%20profile%202012%20French.pdf>

Coyne, C. (2008). Choosing the "right" continuing education offerings for lifelong learning. *Magazine of Physical Therapy*, 16, 20-25.

National Board for Certification in Occupational Therapy. *Exam Blueprints - OTR & COTA*. Téléchargé au <http://www.nbcot.org/ot-educators/exam-blueprints>

Programme d'agrément de l'enseignement à l'assistant de l'ergothérapeute et à l'assistant du physiothérapeute. (2013). *Bienvenue au PAE AE & AP*. Téléchargé au <http://www.otapta.ca/french/index.php>

## Créer et soutenir le changement : Établir des partenariats pour protéger les patients

Candy Pleasance, AE, et Andrea Dyrkacz, Erg. Aut. (Ont.)  
[andrea.dyrkacz@uhn.ca](mailto:andrea.dyrkacz@uhn.ca)

Le Toronto Western Hospital (TWH) est devenu un chef de file dans la gestion d'une ressource partagée par de multiples patients, soit une mise en commun des ressources pour le positionnement et la mobilité au fauteuil roulant. À titre d'hôpital général et de centre spécialisé en neurosciences, le TWH accueille des patients aux besoins complexes. La tâche qui consiste à répondre aux besoins en matière de positionnement et de mobilité de diverses populations et à veiller à ce que l'équipement fourni réponde ou dépasse les normes acceptées pour la santé de la peau, le positionnement et le contrôle des infections, a exigé un solide leadership, de même qu'un soutien professionnel et organisationnel constant.

Au TWH, l'objectif d'atteindre l'excellence dans la gestion de cette ressource partagée a exigé un effort soutenu de la part de toute l'équipe d'ergothérapie au cours des 14 dernières années. Dirigée par une assistante de l'ergothérapeute, l'équipe a relevé de nombreux défis, qui ont été autant d'occasions de provoquer des changements et d'améliorer la pratique.

Plusieurs facteurs incitatifs distincts ont entraîné la création d'un programme de gestion intégrée du positionnement et de la mobilité. Le premier facteur nous a incité à déterminer l'état de notre parc d'équipement. En raison de notre empressément à prodiguer des soins aux patients, les fauteuils roulants et les coussins étaient littéralement dispersés à travers l'hôpital, et nous n'avions aucun système de repérage en place. Lère de l'inventaire de l'an 2000 nous a fourni des outils pour entreprendre le dénombrement de tout l'équipement associé aux fauteuils roulants de même que l'élaboration d'un registre de prêts simplifié.

Toutefois, en évaluant les fauteuils roulants, nous avons constaté que la plupart avaient besoin de réparation. Comme le personnel en ergothérapie n'avait pas suffisamment d'expertise pour effectuer les réparations requises, des fonds ont été alloués afin de payer des techniciens compétents pour évaluer chaque fauteuil roulant, réparer ce qui était récupérable et faire des recommandations pour se défaire des fauteuils roulants ou pour les remplacer. Cet événement, qui est devenu une activité annuelle, a entraîné la création d'un système de suivi pour vérifier si les fauteuils roulants sont sécuritaires— une façon importante de réduire les risques pour les patients

et d'assumer les responsabilités organisationnelles. De plus, cet examen annuel a permis d'améliorer la planification, car les coûts de remplacement pourraient être anticipés.

En 2004, l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) a mis en évidence le besoin de réduire les risques que les ressources partagées deviennent un moyen de transmission d'agents pathogènes. Les protocoles de nettoyage ont été resserrés et tous les coussins en mousse à alvéoles ouvertes ont été jetés et remplacés par des produits à alvéoles fermées et scellées.

Une épidémie subséquente d'infection a permis de prendre conscience que tous les dossiers et tous les appui-têtes personnalisés des fauteuils roulants étaient faits de mousse à alvéoles ouvertes recouverte de tissu absorbant l'humidité, ce qui représentait un risque de propagation de l'infection. Une étude de marché a permis de démontrer qu'aucun dossier ou appui-tête à alvéoles fermées n'était disponible sur le marché. Un tissu qui est utilisé pour recouvrir les matelas qui redistribuent la pression a été trouvé, et tous les dossiers et appui-têtes du TWH ont été jetés et remplacés par de nouveaux produits recouverts de ce matériel, qui est semblable au néoprène. Des tests en laboratoire ont démontré l'efficacité des housses à prévenir la transmission de pathogènes dans la mousse à alvéoles ouvertes. Durable et résistant à des années de nettoyage à l'aide de puissants désinfectants, cette housse est devenue un produit commercial disponible à travers l'Amérique du Nord pour recouvrir les dossiers et les appui-têtes.

Grâce à l'expertise de l'assistante de l'ergothérapeute du TWH en gestion d'équipement, des directives ont été élaborées et mises à jour pour appuyer tout changement dans la pratique et assurer la responsabilité du thérapeute. Ces directives et procédures sont révisées régulièrement avec le personnel en ergothérapie, afin qu'elles témoignent des changements survenus dans la pratique et qu'elles soient respectées.

Le leadership continu de l'assistante de l'ergothérapeute du TWH et le soutien de l'équipe d'ergothérapie et des professions complémentaires de la santé ont créé une culture de changement et d'innovation. Les directives, les procédures et les outils de gestion de l'équipement testés au fil du temps ont été disséminés lors de congrès nationaux et internationaux. Mais, par-dessus tout, ils ont été partagés lors d'activités de formation à l'intention du personnel de soutien, afin de montrer comment les assistants de l'ergothérapeute peuvent apporter des changements positifs et favoriser l'atteinte de l'excellence dans la pratique.

# Travailler ensemble : Le duo dynamique d'aujourd'hui!

Jennifer Stephenson

Un partenariat professionnel dynamique entre un ergothérapeute et un assistant de l'ergothérapeute ou un autre membre du personnel de soutien est évident lorsque chaque personne contribue à part égale à la relation, et lorsque les connaissances, compétences et habiletés de chaque personne sont mutuellement comprises et respectées. Dans des duos issus de la culture populaire, comme Thelma et Louise, Frodo et Sam, et Butch Cassidy et le Sundance Kid, on retrouve ces caractéristiques et aucun des deux partenaires ne joue le rôle de sous-fifre.

Dans cet article, nous explorerons quelques caractéristiques clés d'une relation fructueuse entre un ergothérapeute et un assistant de l'ergothérapeute, et nous décrirons le lien possible entre une bonne relation de travail et une plus grande satisfaction au travail. Une partie de l'information présentée dans cet article est tirée de mon projet de recherche qualitative, intitulé *Characteristics of a Successful Intraprofessional Relationship* (Stephenson, 2010), qui a été réalisé dans le cadre de ma maîtrise en sciences de la réadaptation à l'University of British Columbia.

Le terme « intraprofessionnel » fait référence à des personnes oeuvrant au sein d'une même profession (p. ex., ergothérapeute et assistant de l'ergothérapeute), alors que le terme « interprofessionnel » réfère à la relation entre des individus de professions différentes (p. ex., ergothérapie et soins infirmiers). Le phénomène d'intérêt dans mon projet de recherche (Stephenson, 2010) était l'étude des caractéristiques d'une relation fructueuse entre les ergothérapeutes et les assistants de l'ergothérapeute, et entre les physiothérapeutes et les assistants du physiothérapeute. Cette recherche suggère que deux caractéristiques sont essentielles à ces relations de travail intraprofessionnelles : de bonnes habiletés à communiquer et une bonne compréhension des rôles et responsabilités de chacun des partenaires de la relation.

Ce projet a permis de mettre en évidence le fait que le thérapeute et l'assistant avaient recours mutuellement à quatre types de communication : communication relative au patient, communication relative au travail, communication relative aux pairs et communication personnelle. La communication relative au patient fait référence à l'assignation des tâches, à des mises à jour sur les clients et les priorités, à des questions de santé et sécurité, à la planification du traitement, aux besoins en équipement et à l'enseignement de nouvelles habiletés. La communication relative au travail réfère à l'établissement de l'horaire et à l'assignation de fonctions indirectes ou de soutien et de tâches organisationnelles. La communication relative aux pairs fait référence aux interactions avec les collègues. Les thérapeutes ont identifié leur groupe de pairs comme étant les ergothérapeutes, les médecins, les psychiatres, les infirmières et les pharmaciens. Les communications des assistants se produisaient le plus souvent avec des thérapeutes, des membres du personnel offrant des soins personnels et des infirmières. La communication personnelle n'est pas basée sur des informations cliniques, mais elle fait référence au partage d'information sur des sujets personnels comme la santé, la famille et les intérêts. Une communication efficace dans ces quatre types de communication permet au thérapeute et à

l'assistant d'établir une relation fructueuse.

L'autre caractéristique importante de cette relation intraprofessionnelle, telle qu'identifiée dans ma recherche, est la compréhension mutuelle des rôles et responsabilités. Le thérapeute est responsable de l'assignation des tâches et de la supervision de l'assistant, tel que stipulé dans les règles professionnelles. L'assistant qui joue un rôle de soutien travaille avec les clients qu'on lui a assignés, communique au thérapeute les progrès ou les changements observés chez le client et effectue des fonctions de soutien indirectes. Une bonne compréhension de la responsabilité professionnelle de chaque membre d'équipe permet de raffermir la relation intraprofessionnelle et favorise la confiance mutuelle.

Les participants à la recherche se sont entendus mutuellement pour dire que la satisfaction au travail est étroitement liée à de bonnes relations de travail. Les commentaires suivants démontrent qu'il y a un lien entre les relations de travail et la satisfaction au travail : « nous aimons travailler ensemble auprès des clients », et « nous avons confiance dans les compétences de l'autre », « j'ai le sentiment de faire partie du processus thérapeutique » et « nous utilisons des habiletés à communiquer efficaces ».

Pour que les thérapeutes, les gestionnaires des départements ou programmes et les organisations favorisent la participation optimale des assistants, ils doivent bien comprendre la formation, la portée de la pratique, les rôles et les responsabilités des assistants. Par ailleurs, ils doivent envisager des activités de renforcement des équipes pour favoriser l'établissement d'une équipe intraprofessionnelle fondée sur la collaboration. Les possibilités d'apprentissage collectif, comme la planification conjointe des programmes et le fait d'encourager le thérapeute et l'assistant à suivre ensemble des activités de formation continue, peuvent favoriser les discussions sur les façons d'appliquer le contenu de ces formations dans la pratique intraprofessionnelle.

L'exploration de la fonction d'assignation et des responsabilités des deux parties peut être une activité de formation continue judicieuse. Nous invitons les enseignants des programmes d'ergothérapie, de physiothérapie et des assistants de l'ergothérapeute et du physiothérapeute à envisager des possibilités de formation intraprofessionnelle. De plus, les séances d'apprentissage basées sur la résolution de problèmes et les expériences de stage conjointes sont des avenues intéressantes pour explorer les rôles et responsabilités, l'assignation des tâches, la supervision, la communication efficace et l'importance d'établir des relations intraprofessionnelles, car ce sont toutes des composantes essentielles du travail en collaboration et des prochaines générations de duos dynamiques!

## Référence

Stephenson, J. (2010). *Characteristics of a Successful Intraprofessional Relationship* (Thèse de maîtrise non publiée). University of British Columbia, Vancouver, British Columbia.

## À propos de l'auteure

**Jennifer Stephenson, MRS c, BScOT, OT(C)**, est ergothérapeute, enseignante et présidente actuelle du Therapist Assistant Diploma Program, au Okanagan College. On célébrera cette année les 25 ans de ce programme. On peut joindre Jennifer à : [jstephenson@okanagan.bc.ca](mailto:jstephenson@okanagan.bc.ca)

# Le rôle des étudiants assistants de l'ergothérapeute et assistants du physiothérapeute au sein d'une unité de formation interprofessionnelle

Debi Francis et Colin Strader

La formation interprofessionnelle (FIP) se produit « lorsque deux professions ou plus sont engagées dans un processus d'apprentissage conjoint, réciproque et qui leur permet de mieux se connaître mutuellement pour mieux collaborer et améliorer la qualité des soins » (Centre for the Advancement of Interprofessional Education, 2002, para. 1). On a démontré que l'interprofessionnalisme est une pratique inhérente au sein de la profession de l'ergothérapie (Association canadienne des ergothérapeutes, 2013). Au fil des ans, un partenariat de collaboration a été établi entre les ergothérapeutes et les assistants de l'ergothérapeute (AE) au sein de la profession de l'ergothérapie, dans le but de rehausser les expériences des étudiants, des praticiens et des clients (Jung, Sainsbury, Grum, Wilkins et Tryssenaar, 2002). L'établissement de liens avec les autres membres de l'équipe interprofessionnelle rehausse les connaissances des praticiens, en ce qui concerne la portée de la pratique de chaque profession, de même que l'examen de la façon dont chaque profession peut travailler en collaboration afin de produire des résultats optimaux pour les clients (Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé [CPIS], 2010). Cet article présente la perspective d'un étudiant du programme d'enseignement à l'assistant de l'ergothérapeute et à l'assistant du physiothérapeute (étudiant AE/AP) pendant son stage dans une unité interprofessionnelle dans la région de Niagara en Ontario.

## La formation interprofessionnelle dans la région de Niagara

En 2011, un comité permanent comprenant 10 membres a été formé dans la région de Niagara pour développer un plan d'intégration de la formation interprofessionnelle dans la formation de base de toutes les professions travaillant en milieu clinique, tout en offrant simultanément des soins de grande qualité et centrés sur le client. Le comité permanent était composé de partenaires académiques (Niagara College, Brock University, et le campus Niagara de la McMaster University Michael G. DeGroote School of Medicine), le Niagara Health System (NHS) et du Hamilton Niagara Haldimand Brant Local Health Integration Network. Le comité permanent a créé une unité de formation interprofessionnelle (FIP) sur l'unité de médecine interne et de néphrologie pour patients hospitalisés du nouveau site St. Catharines du NHS (l'ancien St. Catharines General Hospital). L'unité accueille à tout moment des apprenants étudiants d'au moins un des programmes suivants : médecine, soins infirmiers, ergothérapie, physiothérapie et AE/AP. La prémisse de cette unité est d'offrir aux apprenants une immersion dans un milieu de pratique interprofessionnelle, pendant qu'ils apprennent simultanément des compétences propres à leur discipline. Le nouvel hôpital a ouvert ses portes en mars 2013 et le premier étudiant AE/AP du Niagara College y a effectué un stage de huit semaines au printemps 2014; l'étudiant était supervisé par un précepteur ergothérapeute et un précepteur physiothérapeute.

## Préparation à la pratique interprofessionnelle

Afin de se préparer à leurs stages, les étudiants du programme d'enseignement à l'AE/AP s'inscrivent au cours d'introduction à la formation et à la pratique interprofessionnelles au deuxième semestre de leur programme. Ce cours de base unique est offert à tous les étudiants des programmes de soins infirmiers, du personnel auxiliaire et des professions complémentaires de la santé du Niagara College. Dans ce cours, on présente aux étudiants les compétences requises pour collaborer efficacement en tant que membre de l'équipe de santé, afin d'obtenir des résultats optimaux pour le client, tout en mettant l'accent sur la sécurité du client (Niagara College, 2014).

La base théorique de ce cours d'introduction interprofessionnelle est fondée sur des concepts fondamentaux, comme la relation d'aide, la communication fondée sur la collaboration, les soins centrés sur le client et la dynamique d'équipe, ce qui est conforme au référentiel de compétences du CPIS (CPIS, 2010; Niagara College, 2014). Les étudiants du Niagara College sont assignés au hasard à une équipe composée d'étudiants de chacun des programmes identifiés, afin d'apprendre avec les autres et les uns des autres. Des enseignants et des professionnels de la santé à base communautaire animent les séances hebdomadaires pour discuter de la portée de la pratique de leurs professions, de leurs interactions en tant que membre d'une équipe interprofessionnelle et des forces et des faiblesses au sein de leurs champs d'intervention respectifs. Le fait que les étudiants AE/AP soient exposés à une variété de professions de la santé les aide à comprendre le rôle de chacun des professionnels de l'équipe interprofessionnelle, y compris leur propre rôle et ce, avant de débiter leurs stages en milieu clinique.

Pendant son stage à l'unité de FIP, l'étudiant AE/AP intègre la théorie et la pratique en démontrant ses compétences dans les champs d'intervention de l'ergothérapie et de la physiothérapie. L'étudiant a deux précepteurs (un ergothérapeute et un physiothérapeute) avec qui il travaille tout au long de son stage. L'étudiant travaillera aussi avec d'autres membres du personnel de soutien (dont des AE, des AP et des assistants en réadaptation), en faisant ainsi l'acquisition de connaissances pratiques face à son rôle, en mettant en oeuvre des plans d'intervention, en consignait des données au dossier médical des clients et en consultant le thérapeute qui le supervise. Pendant son stage à l'unité, l'étudiant travaille en collaboration avec les autres étudiants inscrits à des programmes de formation de diverses professions de la santé des trois établissements d'enseignement affiliés. Tous les étudiants participent à des activités associées à la FIP, dont des rencontres de FIP et des présentations de rôles, afin de mieux comprendre l'interprofessionnalisme, la communication, la définition des rôles, de même que la reconnaissance et la gestion des conflits (CPIS, 2010).

## La formation interprofessionnelle du point de vue d'un étudiant AE/AP

En tant qu'étudiant AE/AP ayant effectué un stage à l'unité du

site de St. Catharines, J'ai (deuxième auteur) vécu plusieurs expériences et défis qui ont enrichi mon apprentissage sur la pratique interprofessionnelle. Ce stage a été très instructif, car il favorisait la collaboration avec d'autres professionnels de la santé qui avaient à cœur de prodiguer des soins de santé de grande qualité. Les prémisses structurées établies par le comité permanent de la FIP m'ont encouragé à interagir avec les étudiants des autres programmes de formation des professionnels de la santé pendant les interactions avec les clients, et à participer aux activités de FIP établies par l'unité. Les activités de FIP spécifiques étaient des conférences de cas éclair et des évaluations cliniques objectives structurées en équipe (ECOS-E ©), un outil qui évalue les compétences interprofessionnelles des étudiants au sein d'une équipe (McMaster University, 2014). Au début, j'appréhendais mon rôle à l'unité face aux autres professionnels de la santé, car je n'avais jamais eu d'interactions auparavant avec des étudiants d'autres programmes.

Au fil du stage, mon rôle au sein de l'équipe interprofessionnelle est passé d'une simple interaction à une véritable collaboration. Les connaissances que j'avais acquises pendant le cours de FIP au Niagara College m'ont aidé à établir avec mes collègues professionnels une relation de confiance basée sur une bonne compréhension de la portée de la pratique des autres professions. Le rôle de l'AE/AP n'est pas toujours bien compris par les membres de l'équipe interprofessionnelle—c'est-à-dire que les membres de l'équipe de santé qui offrent des services de réadaptation sous la supervision d'un ergothérapeute ou d'un physiothérapeute agréé ne sont pas toujours perçus comme des praticiens compétents. L'AE/AP met des plans d'intervention en œuvre avec des clients, en effectuant diverses activités, comme par exemple, des exercices, du positionnement pour le client, de l'enseignement sur la bonne façon d'utiliser des aides techniques et le calibrage des surfaces de répartition de la pression. L'amélioration de la qualité de vie de chaque client et, éventuellement, de l'efficacité et de la rentabilité du système de santé, dépend des professionnels qui travaillent les uns avec les autres en harmonie, et exige une confiance et un respect mutuels.

## Leçons apprises

La mise en œuvre de la pratique interprofessionnelle pour les étudiants AE/AP, de même que pour tous les autres étudiants du secteur de la santé, favorise l'établissement de relations de travail professionnelles avec de futurs collègues. Lorsque les professionnels de la santé travaillent de manière intégrée et centrée sur le client, le résultat est optimal pour les clients (Romanow, 2002). Pendant l'expérience de stage de cet étudiant AE/AP au site de St. Catharines, les clients ont fait des commentaires positifs sur leur degré d'aise à travailler avec des équipes d'étudiants travaillant en collaboration. En tant qu'étudiant AE/AP, j'ai le sentiment que cette méthode efficace d'intégration de la formation et de la pratique permet de veiller à ce que le diplômé AE/AP soit prêt à débiter dans la pratique en tant que membre productif, collaborateur et centré sur le client de l'équipe interprofessionnelle. Je crois fermement que l'étudiant AE/AP a un rôle important à jouer au sein de l'unité de FIP.

Mis à part les avantages d'avoir un stage sur une unité de FIP, il y

a aussi certaines difficultés associées au fait que certains membres du personnel et précepteurs ne sont pas complètement à l'aise avec les principes de la FIP. Pour que les principes fondamentaux de la FIP puissent être appliqués et qu'ils rehaussent les interactions entre l'étudiant et le client, il serait avantageux que les précepteurs soient exposés à la pratique, la formation et des stratégies interprofessionnelles, ce qui faciliterait cette expérience unique (p. ex., au moyen d'ateliers, de séminaires ou de modules en ligne). Depuis la création de l'unité de FIP, des activités ont été proposées pour présenter les buts du programme et préparer le personnel en vue de leur transition vers la nouvelle unité. Cependant, compte tenu du roulement des ressources humaines et du manque possible d'exposition à la FIP chez certains professionnels, des activités de formation continue offertes au personnel pourraient permettre de veiller à ce que tous les précepteurs comprennent les attentes de l'unité envers les étudiants et les clients, et qu'ils « connaissent bien les ressources existantes, comme le CPIS » (Jung et Steggle, 2014, p. 12). Finalement, nous encourageons d'autres milieux à établir des unités de FIP dans les hôpitaux à travers le Canada. Le fait d'offrir des possibilités de FIP et du soutien à travers le pays permettrait aux programmes d'enseignement à l'AE/AP de prodiguer à leurs étudiants les connaissances et les compétences de base requises pour atteindre un degré optimal de compétence professionnelle.

## Références

- Association canadienne des ergothérapeutes. (2013). *Prise de position de l'ACE : L'ergothérapie dans les soins de santé primaires*. Téléchargé au <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=188>
- Centre for the Advancement of Interprofessional Education. (2002). *Defining IPE*. Téléchargé au <http://caipe.org.uk/about-us/defining-ipe/>
- Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. (2010). *Référentiel national de définition des compétences en matière d'interprofessionnalisme*. Téléchargé au [http://www.cih.ca/files/CIHC\\_IPCompetencies-FrR\\_Sep710.pdf](http://www.cih.ca/files/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf)
- Jung, B., Sainsbury, S., Grum, R., Wilkins, S., et Tryssenaar, J. (2002). Collaborative fieldwork education with student occupational therapists and student occupational therapist assistants. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69, 95-103.
- Jung, B. et Steggle, E. (2014). La collaboration et la formation interprofessionnelles et intraprofessionnelles et l'ergothérapie. *Actualités ergothérapeutiques*, 16(4), 11-12.
- McMaster University. (2014). *Évaluation clinique et structurée en équipe*. Téléchargé au <http://fhs.mcmaster.ca/tosce/fr/index.html>
- Niagara College. (2014). *Course details: Introduction to interprofessional education and practice course*. Téléchargé au <http://www.niagaracollege.ca/content/FullTimeCourseDetails/tabid/764/ncSubject/HLTH/ncCatalogueNumber/1020/ncAcademicCareerId/PSEC/ncAcademicGroupId/PS/Default.aspx?ncAcademicTermId=1161&ncAcademicPlanId=P0195>
- Romanow, R. J. (2002). *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*. Téléchargé au <http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-85-2002F.pdf>

## À propos des auteurs

**Debi Francis, BScS (ergothérapie) Erg. Aut. (Ont.)**, est professeure et coordonnatrice de programme au sein du programme d'enseignement à l'assistant de l'ergothérapeute (AE) et à l'assistant du physiothérapeute (AP) du Niagara College; elle est membre du comité permanent de formation interprofessionnelle (FIP) de la région de Niagara. On peut la joindre à : [dfrancis@niagaracollege.ca](mailto:dfrancis@niagaracollege.ca)

**Colin Strader** est un diplômé du programme d'enseignement à l'AE & l'AP du Niagara College. Il a effectué un stage à l'unité de formation interprofessionnelle au site St. Catharines du Niagara Health System et il est membre étudiant du comité permanent de FIP de la région de Niagara. On peut le joindre à : [colin.strader@gmail.com](mailto:colin.strader@gmail.com)

## Nouvelles de la Fondation canadienne d'ergothérapie

### Message à l'intention des ergothérapeutes s'intéressant particulièrement à la santé mentale

Le prix Marita Dyrbye pour la santé mentale, qui a été établi en 2001 afin d'appuyer la pratique novatrice en ergothérapie, est administré par la FCE. Le prix a été créé en mémoire de Marita Dyrbye, une collègue extraordinaire, afin de témoigner de son dévouement et de son travail fructueux au sein des programmes de réadaptation en psychiatrie, à Edmonton, en Alberta. Le fonds ainsi établi vise à appuyer les personnes méritantes à la fois dans leurs projets de recherche et leurs projets orientés vers la pratique. Le prix, d'une valeur de 1 000 \$, sera décerné cette année, en 2015. (Le prix est offert à toutes les années impaires.) La date limite pour soumettre une demande est le 1er octobre 2015.

Il est important de souligner le fait que l'un des principaux buts de ce prix est de soutenir les projets orientés vers la pratique qui permettront d'améliorer immédiatement les programmes communautaires en santé mentale. Le comité d'attribution du prix Marita Dyrbye pour la santé mentale est enthousiaste à l'idée de recevoir de nombreuses demandes cette année, notamment des projets qui envisagent d'utiliser l'argent du prix directement dans l'intérêt des clients. Il est rare que des ressources de ce genre soient attribuées directement en vue d'améliorer les programmes.

Prière de visiter le site web de la FCE pour connaître tous les détails, les dates limites pour soumettre une demande, etc. (<http://www.cotfcanada.org/index.php/other-awards>). Les candidats intéressés peuvent aussi s'adresser à [skamble@cotfcanada.org](mailto:skamble@cotfcanada.org) ou [amcdonald@cotfcanada.org](mailto:amcdonald@cotfcanada.org).

### Congrès 2015

#### Séance de la FCE : subvention Karen Goldenberg – Impact du leadership en recherche (et de l'évaluation économique en ergothérapie)

Présentatrice : Karen Goldenberg, membre fondateur de la FCE et membre de l'Ordre du Canada en 2014

Date : 29 mai 2015

La FCE lancera la subvention Karen Goldenberg – Impact du leadership en recherche (et de l'évaluation économique en ergothérapie) en 2016. Cette subvention est créée en l'honneur de Karen Goldenberg, l'un des membres fondateurs de la FCE, qui a été nommée membre de l'Ordre du Canada en 2014. La subvention sera attribuée uniquement à des cliniciens; le but de cette subvention est de répondre aux besoins des cliniciens qui font des recherches sur des questions liées directement à leur pratique. L'importance du leadership sera l'un des aspects essentiels de cette subvention, et les projets soumis devront aussi contenir un plan en vue de réaliser une analyse de l'impact économique de la recherche envisagée. L'analyse économique des interventions ergothérapeutiques est essentielle pour déterminer les meilleurs résultats pour les clients, les systèmes de soins et l'ensemble de la société. Dans cette séance, vous découvrirez l'importance du leadership en recherche et la façon

d'incorporer une évaluation économique dans une proposition, en vue d'obtenir une subvention. Cette séance s'adresse aux cliniciens qui s'intéressent à la recherche, qui veulent examiner une question relative à la pratique ou qui prévoient soumettre une proposition en vue d'obtenir cette nouvelle subvention.

#### Conférence-midi en compagnie d'une érudite

La FCE est fière d'annoncer que Jacquie Ripat sera l'érudite qui prononcera la conférence-midi de la FCE. Mme Ripat est professeure agrégée au Department of Occupational Therapy de l'University of Manitoba. Ses recherches sont axées sur la compréhension de l'interaction entre les personnes qui utilisent les technologies d'assistance et leurs environnements. Le résultat escompté de ces travaux est de concevoir et de mettre en œuvre différentes façons d'utiliser la technologie d'assistance et de modifier les environnements, en vue de favoriser la participation communautaire des personnes handicapées. Mme Ripat effectue également des recherches afin d'aider les étudiants en ergothérapie à acquérir les compétences propices à l'adoption d'une pratique centrée sur le client.

Pendant cette conférence, Mme Ripat traitera du sujet suivant :

Il arrive souvent que les ergothérapeutes orientent les clients face au choix et à l'utilisation des aides techniques susceptibles de favoriser leur rendement occupationnel et leur participation occupationnelle dans leur environnement. Toutefois, on accorde une moins grande attention au sens que les gens attribuent à la technologie d'assistance, un aspect déterminant pour mieux comprendre comment la technologie est perçue et utilisée. Pendant cette conférence, Mme Jacquie Ripat discutera de la façon dont elle a utilisé des méthodes centrées sur le client, comme la technique photovoix et la méthode qualitative hybride par entretien et par observation, pour mieux comprendre l'usage de la technologie d'assistance dans un contexte socioculturel plus large. Tout en présentant des exemples puisés à même ses recherches, elle partagera des résultats qui mettent en relief l'importance de reconnaître et de valoriser la relation d'interdépendance entre les individus qui utilisent la technologie d'assistance et leur environnement socioculturel.

#### Autres événements organisés par la FCE

N'oubliez pas de vous arrêter aux tables de l'enchère silencieuse, du 28 au 29 mai, de participer à l'activité sociale du 28 mai, présentée au Musée canadien pour les droits de la personne, de prendre part à l'enchère en direct et, le 30 mai, d'assister à l'Assemblée générale annuelle de la FCE (de 13 h à 13 h 30), immédiatement après la conférence de Jacquie (de 11 h 30 à 13 h).

**La FCE est le seul organisme qui finance exclusivement des ergothérapeutes membres de l'ACE!  
Faites un don dès maintenant! [www.cotfcanada.org](http://www.cotfcanada.org)**