

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

TRAVAIL PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M. Sc)

PAR
JULIE BELLEMARE

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE DES ERGOTHÉRAPEUTES DANS LES
DÉPARTEMENTS D'URGENCE AU QUÉBEC

AOÛT 2013

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

RÉSUMÉ

Introduction : L'ergothérapeute est un professionnel habilité à travailler dans des milieux de pratique variés, dont les départements d'urgence. L'apport d'un ergothérapeute à l'urgence permettrait, entre autres, de prévenir des complications telles qu'un déclin fonctionnel, un délirium ou des chutes chez la clientèle âgée (Friedman, Mendelson, Bingham et McCann, 2008; Hendriksen et Harrison, 2001; Leff et coll., 2005). Toutefois, bien que la pertinence du rôle de l'ergothérapeute à l'urgence ait été établie, aucune étude québécoise récente ne porte sur cette pratique. **Objectifs :** Décrire la pratique professionnelle actuelle dans le domaine de l'ergothérapie à l'urgence au Québec et proposer des pistes de solution visant à améliorer cette pratique. **Méthode :** Une étude descriptive a été réalisée auprès d'ergothérapeutes pratiquant à l'urgence. Ces derniers étaient invités, via l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, à compléter un questionnaire électronique portant sur leurs caractéristiques personnelles en tant qu'ergothérapeute, la clientèle, le milieu de pratique et la pratique professionnelle relatifs à l'urgence. Des analyses statistiques descriptives et des analyses de contenu ont été effectuées afin de dégager des tendances à partir des réponses obtenues. **Résultats :** L'échantillon de cette étude compte un maximum de 26 répondants (le taux de réponses obtenu variant selon les questions), majoritairement des femmes (âge moyen = 35,58 ans), ayant un diplôme terminal de baccalauréat, et ayant travaillé en centre hospitalier ou en gériatrie. Les résultats principaux sont le caractère émergent de cette pratique, l'horaire de travail variable durant la semaine (ergothérapeutes joints sur appel), la clientèle âgée majoritaire, le rôle d'évaluateur, le mandat visant à statuer sur l'orientation et les besoins au congé ainsi que le niveau de satisfaction mitigé par rapport au travail à l'urgence. **Conclusion :** Cette étude a permis de documenter davantage une pratique méconnue. Malgré quelques tendances observées, qui seront à confirmer dans de futurs travaux, cette pratique demeure hétérogène. Les forces et faiblesses relatives au travail à l'urgence qui furent mentionnées par les répondants peuvent servir à améliorer cette pratique qui risque de se développer davantage au courant des prochaines années, en considérant le vieillissement de la population annoncé depuis quelques années.

Mots clés : ergothérapie, département d'urgence, pratique professionnelle, étude descriptive, personnes âgées

Key words : occupational therapy, emergency department, professional practice, descriptive study, older adults

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	ii
Liste des tableaux	v
Liste des figures.....	vi
Liste des abréviations	vii
Remerciements	viii
1. Introduction	1
2. Problématique.....	3
2.1. Recension des écrits.....	3
2.1.1 La pratique de l'ergothérapie à l'urgence.....	3
2.1.2 Nature des requêtes et aspects évalués	7
2.1.3 Outils d'évaluation utilisés.....	8
2.1.4 Approches et interventions préconisées	9
2.2 Pertinence de l'étude	10
2.3 Objectifs de l'étude.....	10
3. Méthode.....	11
3.1 Devis de recherche.....	11
3.2 Participants	11
3.2.1 Recrutement.....	11
3.3 Collecte des données	12
3.4 Plan d'analyse des données	13
3.5 Considérations éthiques.....	14
4. Résultats	15
4.1 L'ergothérapeute travaillant dans un département d'urgence.....	15
4.2 La clientèle en milieu d'urgence	17
4.3 Le milieu de pratique.....	19
4.3.1 Répartition géographique des services	19
4.3.2 Type d'établissement.....	19
4.3.3 Horaire de travail à l'urgence	20
4.3.4 Ressources humaines et matérielles	20
4.3.5 Forces et limites du milieu, satisfaction par rapport à la pratique.....	22
4.4 La pratique professionnelle de l'ergothérapie à l'urgence.....	23
4.4.1 Requêtes	23
4.4.2 Rôles occupés à l'urgence	23

4.4.3 Évaluations	24
4.4.4 Recommandations et interventions.....	25
4.4.5 Modèles de pratique, approches et schèmes de référence	26
4.4.6 Lieu où les services sont prodigués	27
5. Discussion.....	28
5.1 Retour sur les résultats.....	28
5.1.1 Résultats convergents	28
5.1.2 Résultats divergents.....	29
5.1.3 Résultats inédits.....	29
5.2 Forces et limites de l'étude.....	30
5.3 Pistes de solution	31
5.4 Futures recherches	32
6. Conclusion.....	33
Références	34
Annexe A Critères de référence en ergothérapie du Royal Victoria Infirmary [adaptation et traduction libres].....	39
Annexe B Arbre décisionnel en soins aigus [adaptation et traduction libres].....	40
Annexe C Caractéristiques des pratiques de l'ergothérapie à l'urgence	41
Annexe D Lettre d'information	46
Annexe E Formulaire de consentement.....	49
Annexe F Questionnaire portant sur la pratique professionnelle de l'ergothérapie à l'urgence au Québec	50
Annexe G Certificat d'éthique.....	57

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Aspects évalués lors des évaluations en ergothérapie à l'urgence.....	7
Tableau 2	Outils d'évaluation utilisés à l'urgence	8
Tableau 3	Description de l'échantillon.....	15
Tableau 4	Caractéristiques liées à la formation et à l'expérience antérieure des répondants.....	16
Tableau 5	Fréquences d'intervention de l'ergothérapeute à l'urgence.....	18

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Comparaison des nombres d'années d'expérience en ergothérapie	16
Figure 2	Compétences essentielles pour pratiquer à l'urgence.....	17
Figure 3	Raisons de consultation à l'urgence des patients rencontrés	18
Figure 4	Professionnels présents à l'urgence.....	20
Figure 5	Ressources matérielles disponibles à l'urgence	21
Figure 6	Comparaison du temps consacré aux évaluations et aux interventions à l'urgence .	24
Figure 7	Comparaison de la durée des évaluations simples et complexes	25
Figure 8	Type de services communautaires recommandés	26
Figure 9	Professionnels qui font l'objet de références	26

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
BIQ	Banque informatisée de questions
CLSC	Centre local de services communautaires
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
MCRO-P	Modèle canadien du rendement occupationnel et de la participation
MMSE	<i>Mini-Mental State Examination</i>
MOH	Modèle de l'occupation humaine
MSSS	Ministère de la Santé et des Services Sociaux
MoCA	<i>Montreal Cognitive Assessment</i>
OEQ	Ordre des ergothérapeutes du Québec
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

REMERCIEMENTS

Je désire d'abord exprimer ma profonde reconnaissance à Madame Nathalie Veillette, directrice de ce projet d'intégration, pour ses qualités de chercheuse et de professeure, mais surtout pour ses grandes qualités humaines. Sa disponibilité, sa motivation et son expérience furent des atouts précieux pour mener à terme ce projet, et ce, dans un climat de confiance très apprécié.

Je désire également remercier les ergothérapeutes qui ont participé à ce projet pour leur temps et leur partage.

Merci à Madame Nancy Dodier, technicienne en informatique de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour ses conseils relatifs au choix de l'outil de collecte de données retenu dans le cadre de ce projet.

Merci à Geneviève Simard, collègue étudiante de mon groupe de séminaire et à Mme Nadia Lambert, ergothérapeute, pour leurs commentaires suite à la lecture attentive de cet écrit.

Et finalement, je souhaite remercier ma famille et mon conjoint pour leur support et leurs encouragements inestimables prodigués à plusieurs plans.

1. INTRODUCTION

De par sa formation académique et clinique, l'ergothérapeute est un professionnel de la santé habilité à œuvrer dans des champs de pratique variés. L'un de ceux-ci, le département d'urgence d'un centre hospitalier (CH), est un milieu présentant des particularités notables, dont le caractère médical des interventions (Veillette, Demers et Dutil, 2007). Les nombreuses pressions liées à l'intensité des activités de soins et à l'augmentation de l'utilisation des services (Courtney, Tong et Walsh, 2000 cités dans Cheah et Presnell, 2011) ajoutent à la particularité des départements d'urgence. Quel(s) rôle(s) l'ergothérapeute peut-il jouer dans un tel environnement? L'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (2006) décrit la participation des ergothérapeutes auprès de la clientèle qui fréquente l'urgence comme suit :

Les ergothérapeutes sont en mesure d'effectuer des consultations à l'urgence et de faire des recommandations à l'équipe soignante quant aux possibilités de retour à domicile de certains patients. Leur intégration à l'intérieur des équipes gériatriques interdisciplinaires leur permet de participer au dépistage précoce des patients en perte d'autonomie et de prévenir les réadmissions à l'urgence (p.150).

L'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ, 2012) mentionne quant à elle que l'ergothérapeute y joue les rôles suivants :

Évaluer et formuler des recommandations auprès des personnes, le plus souvent des personnes âgées, qui se présentent à un service d'urgence hospitalière. L'ergothérapeute doit généralement donner une opinion sur la capacité des personnes de réintégrer leur milieu de vie. Il peut diriger ces personnes vers les établissements de santé et de services sociaux, les organismes ou les personnes les plus aptes à les aider.

En sachant que près de la moitié des aînés qui quittent l'urgence auront de la difficulté à accomplir certaines de leurs activités quotidiennes lors de leur retour à domicile (Hendriksen et Harrison, 2001) et que les hospitalisations peuvent engendrer un déclin fonctionnel, un délirium, des complications secondaires ou des chutes chez les aînés (Friedman, Mendelson, Bingham et McCann, 2008; Leff et coll., 2005), l'apport d'un ergothérapeute dans les départements d'urgence apparaît très pertinent.

Pourtant, la réalisation d'une recherche documentaire portant sur les évaluations et les interventions effectuées par les ergothérapeutes à l'urgence a permis de constater que relativement peu de données sont disponibles sur la pratique de l'ergothérapie à l'urgence au Québec. Considérant cette lacune, il apparaît important de documenter davantage le sujet. La présente étude portera donc sur la description de la pratique de l'ergothérapie à l'urgence au Québec.

2. PROBLÉMATIQUE

Cette section vise à présenter les connaissances actuelles sur la pratique de l'ergothérapie à l'urgence telles que recensées dans la littérature scientifique. Certains concepts nécessaires à la compréhension de l'étude seront abordés, puis les objectifs seront présentés.

2.1. Recension des écrits

Tel que mentionné précédemment, la pratique de l'ergothérapie à l'urgence est méconnue. Pour documenter davantage cette pratique, une recension des écrits impliquant la consultation de sources diversifiées fut réalisée. La première étape implique la consultation des bases de données *Academic Search Complete (EBSCO)*, *MANTIS*, *OT Seeker* et *Pubmed*. Les combinaisons de mots clés suivantes furent utilisées dans ces bases : *occupational therapy, practice, emergency, emergency care setting, emergency department* et *accident and emergency department*. La deuxième étape comprend une recherche manuelle impliquant la transmission d'articles pertinents par une personne-ressource dans le domaine de l'ergothérapie à l'urgence ainsi que la consultation des références des articles de périodiques recensés. Finalement, le moteur de recherche *Google* a permis de recenser de la littérature grise par l'emploi des mots clés suivants : *occupational therapy guidelines* et *emergency departement*. Il ressort de cette recension des écrits les grands thèmes suivants qui seront abordés dans la suite de ce chapitre : la pratique de l'ergothérapie à l'urgence, la nature des requêtes, les outils d'évaluation utilisés et les approches et intervention préconisées.

2.1.1 La pratique de l'ergothérapie à l'urgence

En 2007, Veillette, Demers et Dutil ont publié un article portant sur la pratique professionnelle de l'ergothérapie dans les départements d'urgence québécois. Cet article était basé sur les données recueillies via un questionnaire postal envoyé à tous les membres de l'OEQ en 2003. Un des points marquants relevé par l'étude est le caractère émergent de cette pratique, majoritairement orientée vers les personnes âgées, qui peut être apprécié par le nombre d'années d'expérience de travail à l'urgence des répondants. En moyenne, ces derniers

y travaillent depuis 3,9 ans, et ce comparativement à 9,15 années de pratique dans le domaine de l'ergothérapie en général.

L'hétérogénéité de la pratique au plan des outils d'évaluation, modèles et approches théoriques utilisés ressort également de cette étude. L'absence de lignes directrices et le caractère novateur de cette pratique peuvent expliquer en partie cette diversité. La nature des requêtes et les outils d'évaluation utilisés seront détaillés dans les prochaines sous-sections. La pratique de l'ergothérapie à l'urgence procure un sentiment de satisfaction mitigé parmi les répondants, puisque le deux tiers de ceux-ci se sont dit neutres ou insatisfaits par ce travail.

Veillette et coll. (2007) ont soulevé l'hypothèse selon laquelle le niveau de satisfaction des répondants était possiblement influencé par les difficultés rencontrées à l'urgence qu'ils ont identifiées, à savoir des délais très courts pour répondre aux demandes de consultation, un environnement de travail peu adapté à une évaluation fonctionnelle, un manque de temps pour intervenir et répondre aux besoins décelés chez la clientèle, une coordination déficiente entre les divers services professionnels, les références inappropriées en ce qui a trait au mandat de l'ergothérapeute et une charge mentale élevée de par la complexité des problématiques rencontrées.

La pratique professionnelle de l'ergothérapie à l'urgence australienne a été décrite par Cusick, Johnson et Bissett (2009). Selon ces auteures, 41 hôpitaux australiens offrent des services d'ergothérapie dans leur département d'urgence. La majorité des répondants ont appliqué sur un poste pour travailler à l'urgence et y travaillent à temps plein. Les résultats de cette étude confirment également le caractère émergent de cette pratique, les ergothérapeutes travaillant à l'urgence en moyenne depuis 8,6 ans. Les auteures avancent l'hypothèse que cette pratique se répandra rapidement à travers l'Australie, considérant les politiques favorisant l'interdisciplinarité pour les soins destinés aux aînés ainsi que l'accroissement de l'utilisation des services d'urgence chez la population vieillissante. La nature des requêtes, les outils d'évaluation utilisés et les approches et types d'intervention préconisés seront détaillés dans certaines des sous-sections à venir dans le texte qui aborderont ces aspects de la pratique.

Dans la suite de leurs travaux, Cusick, Johnson et Bissett (2010) se sont interrogées sur les besoins et les ressources en lien avec le développement professionnel des ergothérapeutes travaillant à l'urgence. Deux faits mentionnés par ces auteures sont propices à la réflexion. Premièrement, les ergothérapeutes sont préoccupés par l'importance accordée sur les aspects entourant le congé au détriment d'une approche qui serait plus holistique. Pour ces auteures, il ressort que les modalités d'évaluation ne tiennent pas compte de tous les aspects du fonctionnement du client. Un autre fait mis de l'avant par les ergothérapeutes australiens est le besoin d'avoir une identité professionnelle solide pour contrebalancer l'idée voulant que si un autre professionnel peut jouer le même rôle que l'ergothérapeute, alors ce dernier n'est pas essentiel à l'urgence. En d'autres mots, les intervenants généralistes considérés comme étant plus polyvalents sembleraient être préférés aux intervenants spécialisés comme les ergothérapeutes. Cusick et coll. (2010) expliquent ce phénomène par les ressources financières limitées du système de santé et la méconnaissance des autres professionnels de la santé quant au rôle de l'ergothérapeute.

Une étude phénoménologique a été menée par Cheah et Presnell (2011) à Melbourne dans un contexte de soins aigus qui inclut le département d'urgence. Ces auteurs ont complété leurs travaux auprès de six personnes âgées de 65 ans et plus demeurant dans un environnement non institutionnel et leurs conclusions permettent notamment de faire ressortir l'importance du rôle de l'ergothérapeute à l'urgence. Ils ont évalué l'expérience de l'hospitalisation du point de vue des clients. Le manque d'opportunités occupationnelles significatives et la perte de routine sont notables chez les aînés fréquentant l'hôpital, deux problématiques qui entrent dans le champ de compétences des ergothérapeutes. Ces auteurs soulignent également que l'un des défis des ergothérapeutes travaillant en soins aigus consiste à évaluer le fonctionnement réel de la personne dans un environnement plus ou moins favorable.

Le guide d'information rédigé par Armstrong (2010) permet d'en connaître davantage sur la pratique de l'ergothérapie à l'urgence du *Royal Victoria Infirmary* en Angleterre. Les buts visés par les services d'ergothérapie à cette urgence sont de diriger les patients vers la trajectoire de soins la plus appropriée, de prévenir des hospitalisations non nécessaires et

d'éviter le phénomène de la porte tournante chez les patients en établissant des liens avec les services communautaires. L'examen des critères de références en ergothérapie, présenté à l'Annexe A, permet de constater l'organisation qui traduit le caractère bien établi de cette pratique. Il est entre autres clairement spécifié que les références doivent être en lien avec le fonctionnement de la personne. Le rôle de l'ergothérapeute y est également défini. Il consiste à favoriser un congé du CH le plus tôt possible pour les patients, à l'endroit le plus approprié. Pour ce faire, il bénéficie de la collaboration d'un travailleur social et d'un physiothérapeute, en plus du personnel médical.

Un regroupement écossais formé de Fraser, Mearns, Millar, Murray et Wardlaw (2005) a émis des lignes directrices pour la pratique de l'ergothérapie en soins aigus (48 heures et moins). Selon ces auteurs, l'entrevue initiale devrait aborder l'histoire médicale du client, ses capacités antérieures, son support social, ses loisirs, ses activités reliées au travail, la cognition, les transferts, l'amplitude articulaire, la mobilité fonctionnelle et son état psychologique. Au besoin, les éléments suivants peuvent être abordés dans la démarche clinique: activités de la vie domestique, évaluation à la cuisine, évaluation du risque de chute, évaluation/visite du domicile, suivis téléphoniques. Ces auteurs ont également élaboré un arbre décisionnel décrivant les divers cheminements possibles des personnes référées en ergothérapie. Celui-ci est présenté à l'Annexe B.

L'étude ethnographique de Creenan et MacRae (2010), menée auprès de 10 ergothérapeutes travaillant dans un hôpital universitaire de 3^e ligne en soins aigus, permet d'en connaître davantage sur quelques aspects de la pratique américaine de l'ergothérapie à l'urgence. Ces auteures cherchaient, entre autres, à identifier le processus de décision lié à la planification du congé qu'utilisaient ces professionnels. Une des conclusions pertinentes de cette étude est que le niveau d'expérience de l'ergothérapeute influencerait l'utilisation d'une approche centrée sur le client, les ergothérapeutes d'expérience faisant davantage appel à cette approche que les ergothérapeutes débutants. De plus, les cliniciens accorderaient plus d'emphase à la sécurité qu'à l'autonomie au cours de leur démarche clinique.

2.1.2 Nature des requêtes et aspects évalués

Deux modèles couramment utilisés en ergothérapie, le Modèle canadien du rendement occupationnel et de la participation (MCRO-P) (Townsend, Polatajko et Craik, 2008) et le Modèle de l'occupation humaine (MOH) (Kielhofner, 2008) illustrent que le fonctionnement humain est la résultante d'une interrelation entre l'environnement (plusieurs types), la personne (dimensions ou volition-habitude-capacité de rendement, selon le modèle) et l'occupation. Cela explique en partie pourquoi les ergothérapeutes sont appelés à recevoir des requêtes de nature variée, considérant cette nature multidimensionnelle du fonctionnement de la personne. Armstrong (2010), Crennan et MacRae (2010), Cusick et coll. (2009) ainsi que Veillette et coll. (2007) ont identifié les aspects du fonctionnement évalués par les ergothérapeutes pratiquant à l'urgence. Le Tableau 1 qui suit dans le texte résume ces aspects, ainsi que la compilation du nombre d'articles qui traitent de ceux-ci. En consultant ce tableau, il est à retenir que puisque seulement quatre articles traitaient de ce sujet, il s'agissait du nombre maximal possible de citations. De plus, étant donné que la nomenclature des aspects abordés dans l'évaluation variait d'un auteur à l'autre, certaines précisions ont été apportées au besoin dans le tableau afin de clarifier ce qui était entendu par les auteurs pour chacun des aspects.

Tableau 1
Aspects évalués lors des évaluations en ergothérapie à l'urgence

Aspects évalués	Nombre de citations
Activités de la vie domestique (comprend la conduite automobile, la gestion financière)	1
Activités de la vie quotidienne	4
Déplacements et transferts	3
Dimension physique (comprend la douleur, la tension artérielle, les aspects sensorimoteurs, les troubles de déglutition)	2
Environnement physique	1
Environnement social	2
Habiletés cognitives (comprend la communication)	2
Habiletés fonctionnelles, sans précision (comprend le profil occupationnel)	3
Historique de chutes	1
Sécurité du retour à domicile	1

2.1.3 Outils d'évaluation utilisés

Bissett, Cusick et Lannin (2013), Crennan et MacRae (2010), Cusick et coll. (2009) et Veillette et coll. (2007) ont répertorié les outils d'évaluation qui sont utilisés dans la pratique de l'ergothérapie à l'urgence. Le Tableau 2 qui suit montre ces outils, qui sont regroupés selon la composante principale évaluée. Il ressort de cette recension que les ergothérapeutes utilisent la plupart du temps des outils d'évaluation mesurant seulement une composante à la fois (cognition, équilibre, etc.). Ils combinent ensuite quelques outils afin de couvrir plusieurs aspects du fonctionnement de leurs clients, ce qui est également suggéré par Bissett (2010). Cette auteure propose de combiner les outils suivants à l'urgence : données démographiques, version abrégée du *Older American Resources and Services Multidimensional Functional Assessment*, évaluation cognitive (sans précision) et version courte de la *Geriatric Depression Scale*.

Tableau 2
Outils d'évaluation utilisés à l'urgence

Principale composante évaluée	Nom de l'outil	Nombre de citations
Autonomie		
	<i>Index de Barthel</i> (Mahoney et Barthel, 1965)	3
	<i>Modified Barthel Index</i> (Shah, Vanclay et Cooper, 1989)	1
	<i>Older American Resources and Services</i> (Fillenbaum, 1988)	2
	<i>Kohlman Evaluation of Living Skills</i> (Kohlman, 1992)	1
	<i>Canadian Occupational Performance Measure</i> (Letts, Baum et Perlmutter, 2003)	1
	<i>Functional Independence Measure</i> (Keith, Granger, Hamilton et Sherwin, 1987)	1
	<i>Functional Autonomy Measurement System</i> (Hébert, Carrier et Bilodeau, 1988)	1
	<i>Functional Status Assessment of Seniors in Emergency Departments</i> (Veillette, Demers, Dutil et McCusker, 2009a; 2009b)	1
	<i>Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale</i> (Lawton et Brody, 1969)	1
	<i>Modified Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale</i> (source inconnue)	1
	Outil d'évaluation maison	2
Environnement		
	Outil non précisé (visite à domicile)	1
Habilités cognitives		
	<i>Protocole d'examen cognitif de la personne âgée, seconde version</i> (Geneau et Taillefer, 1996)	1
	<i>Test de l'horloge</i> (Watson, Arfken et Birge, 1993)	1
	<i>Mini-Mental State Examination</i> (MMSE) (Folstein, Folstein et McHugh, 1975)	3
	<i>Cognistat</i> (Kiernan, Mueller et Langston, 2007)	1
	<i>Westmead PostTraumatic Amnesia Scale</i> (Shores, Marosszeky, Sandana et Batchelor, 1986)	1
	<i>Montreal Cognitive Assessment</i> (MoCA) (Nasreddine et coll., 2005)	1
	<i>Barry Rehabilitation Inpatient Screening of Cognition</i> (Barry, Clark, Yaguda, Higgins et Mangel, 1989)	1

<i>Rowland Universal Dementia Assessment Scale</i> (Storey, Rowland, Basic, Conforti et Dickson, 2004)	1
Habiletés motrices	
Test de Gorgée barytée (source inconnue)	1
<i>Assessment of Motor and Process Skills</i> (Fisher, 2003)	1
<i>Timed up and go</i> (Podsiadlo et Richardson, 1991)	1
<i>Échelle de Berg</i> (Berg et Norman, 1996)	1
Utilisation des services de santé et dépistage	
<i>Triage Risk Stratification Tool</i> (Meldon et coll., 2003)	1
<i>Aged-care Services in Emergency Team</i> (Australian Institute of Health and Welfare National Health Data Committee, 2003)	1
<i>Brief Risk Identification for Geriatric Health Tool</i> (Boyd et coll., 2008)	1
<i>Identification of Seniors At Risk</i> (McCusker, Bellavance, Cardin, Trépanier, Verdon et Ardman, 1999)	1
<i>Hospital Admission Risk Program</i> (Department of Human Services, 2007)	1
Multidimensionnelle	
Entrevue, sans précision	1

2.1.4 Approches et interventions préconisées

L'étude de Cusick et coll. (2009), traitant de la pratique de l'ergothérapie à l'urgence australienne, cite quelques exemples d'interventions favorisées par les ergothérapeutes et qui seraient des pratiques courantes selon ces auteurs. Il s'agit de la prescription d'aides techniques, de l'enseignement prodigué aux patients et leurs proches, de partenariat avec les services communautaires et de visites/adaptations du domicile. Armstrong (2010) a également souligné l'importance des visites à domicile pour s'assurer de la sécurité du patient et prévenir les réadmissions, surtout lorsque la raison de consultation principale est une chute.

La planification du congé est un élément-clé et l'un des objectifs poursuivis par les ergothérapeutes à l'urgence. Moats (2007) s'est intéressée à la façon dont la pratique centrée sur le client pouvait être respectée lors du processus décisionnel de la planification du congé. Bien que cette étude ait recruté des ergothérapeutes dans divers milieux, les conclusions obtenues sont également applicables aux départements d'urgence. À la lumière des résultats obtenus, les ergothérapeutes utiliseraient les visites à domicile comme modalité pour assister la prise de décision relative au congé et pour permettre de comprendre davantage l'identité, les rôles et les occupations des clients. Aussi, les visites à domicile permettent d'avoir une vision holistique et réaliste de leur fonctionnement. Cela complète et précise les conclusions de Patterson, Vilner, Saville et Mulley (2001), cités dans Moats, qui avancent que le but premier des visites à domicile « pré-congés » est d'évaluer la sécurité de l'environnement.

L'examen des caractéristiques de la pratique de l'ergothérapie à l'urgence à travers les divers contextes organisationnels propres à chaque pays mentionné précédemment permet de dresser certains constats. Des similitudes entre ces pratiques sont notées relativement à l'hétérogénéité des évaluations et interventions privilégiées. De plus, les ergothérapeutes utilisent une combinaison d'outils d'évaluation selon le contexte (ressources, habitudes, besoins). Il est aussi possible de remarquer le caractère multidisciplinaire/interdisciplinaire de la pratique en ergothérapie à l'urgence à travers les écrits recensés, tous horizons confondus. L'Annexe C résume les caractéristiques des pratiques canadienne, australienne, européenne et américaine en termes de fonctionnement courant (ex. : évaluations, interventions, horaire) et d'évaluation de ces pratiques par les ergothérapeutes (forces, limites, besoins associés).

2.2 Pertinence de l'étude

Une caractéristique notable de la pratique à l'urgence québécoise est qu'elle est encore relativement peu documentée. Selon la recension des écrits, les données les plus récentes sur le sujet datent de 2003 (Veillette et coll., 2007). Il est donc pertinent de se questionner sur son portrait actuel, d'autant que l'étude des pratiques internationales amène à se questionner sur plusieurs aspects qui ne sont pas documentés dans l'article de Veillette et coll. Une étude décrivant la pratique actuelle de l'ergothérapie à l'urgence québécoise pourrait constituer la première étape d'un processus d'amélioration de cette pratique dont les ergothérapeutes et les clients pourront bénéficier.

2.3 Objectifs de l'étude

Considérant l'état actuel des connaissances sur la pratique de l'ergothérapie à l'urgence québécoise, les objectifs poursuivis par cette étude sont de:

- Décrire la pratique professionnelle actuelle dans le domaine de l'ergothérapie à l'urgence au Québec;
- Proposer des pistes de solution visant à améliorer la pratique des ergothérapeutes dans les départements d'urgence au Québec.

3. MÉTHODE

Cette section présente le devis de recherche utilisé, les participants ciblés, les procédures de recrutement, la collecte de données, le plan d'analyse des données ainsi que les considérations éthiques liées à l'étude.

3.1 Devis de recherche

Afin de répondre aux objectifs de l'étude, à savoir de décrire la pratique actuelle de l'ergothérapie à l'urgence, le devis retenu est une étude descriptive. Ce type de devis est approprié puisque l'étude vise à décrire un phénomène en particulier (Fortin, 2010), et puisque les données sont recueillies auprès des participants à un moment précis dans le temps, il s'agit d'une étude descriptive transversale.

3.2 Participants

La population ciblée par cette étude comprend tous les ergothérapeutes travaillant dans un département d'urgence au Québec et qui correspondent aux critères suivants :

- Être ergothérapeute;
- Être membre de l'OEQ;
- Comprendre le français écrit;
- Pratiquer dans un département d'urgence québécois (aucun nombre minimal d'heures par semaine n'est suggéré afin de recueillir le plus de données pertinentes disponibles, considérant le caractère émergent de cette pratique).

3.2.1 Recrutement

La méthode d'échantillonnage retenue pour recruter les participants est l'échantillonnage non probabiliste par choix raisonné. Cette méthode présente l'avantage de cibler les participants les plus susceptibles d'être représentatifs de la population cible de façon simple (Fortin, 2010).

La démarche de recrutement fut effectuée en deux temps. Premièrement, des démarches furent effectuées auprès de l'OEQ afin de transmettre une invitation à participer à l'étude à d'éventuels participants (voir l'Annexe D pour la lettre d'information et l'Annexe E pour le formulaire de consentement). Afin de respecter les règles de protection de la vie privée

de ses membres, l'Ordre a envoyé aux ergothérapeutes travaillant dans les milieux ciblés (CH, centres hospitaliers universitaires (CHU), instituts avec département d'urgence) un courriel comprenant une brève description du projet, le lien hypertexte du questionnaire utilisé pour recueillir les données, les consignes pour remplir le questionnaire (mot de passe, temps de passation approximatif) ainsi que les coordonnées de l'étudiante-chercheuse à contacter au besoin. Il était également mentionné que les ergothérapeutes avaient un délai d'un mois pour répondre au questionnaire dès la réception de ce courriel. Au mois de mars 2013, en raison du faible taux de réponses obtenu, la démarche de recrutement fut modifiée et une deuxième étape s'est vue rajoutée. Cette fois, une version imprimée sur papier de la lettre d'invitation à participer au projet fut jointe au bulletin trimestriel *Ergothérapie Express* (édition mars 2013) qui est envoyé par la poste traditionnelle par l'OEQ à ses 4600 membres. Cette lettre comprenait les mêmes informations que celles contenues dans le courriel envoyé en janvier 2013.

3.3 Collecte des données

Afin de répondre aux objectifs de recherche, et en se basant sur les informations issues de la recension de la littérature scientifique, un questionnaire informatisé a été élaboré. Celui-ci est disponible pour consultation à l'Annexe F. Essentiellement, le but était de créer une version améliorée du questionnaire utilisé dans l'étude de Veillette et coll. (2007), ce qui fut possible en obtenant les commentaires de l'auteure principale de cette étude ainsi qu'en s'inspirant des études de Cusick et coll. (2009; 2010).

Le format retenu était un questionnaire informatisé, qui offrait l'avantage de rejoindre un grand nombre de répondants de façon rapide et conviviale sans occasionner de coûts. La consultation d'une technicienne en informatique de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) a permis de cibler la Banque informatisée de questions (BIQ) comme outil privilégié pour créer et diffuser le questionnaire. La BIQ est un outil de gestion disponible pour le corps professoral de l'UQTR, habituellement utilisé pour créer des examens, simple d'utilisation et qui permet, entre autres, de transférer les résultats obtenus directement dans un fichier *Excel*, ce qui facilite la compilation des données. Un autre avantage de la BIQ est qu'elle attribue automatiquement un numéro aux répondants, permettant ainsi de respecter les règles de

confidentialité inhérentes à ce projet. L'accès au questionnaire pour les personnes intéressées à participer à l'étude était régi par un mot de passe simple à mémoriser (urgence), et qui était mentionné dans le courriel envoyé par l'OEQ ainsi que dans la lettre d'invitation à participer au projet faisant partie de l'envoi postal du bulletin *Ergothérapie Express* (édition mars 2013).

Le contenu du questionnaire était réparti en 4 sections, soit les informations relatives à l'ergothérapeute travaillant dans un département d'urgence, à la clientèle en milieu d'urgence, au milieu de pratique et à la pratique professionnelle de l'ergothérapie à l'urgence. Les consignes étaient présentées au début du questionnaire. Parmi les 55 questions, il y en avait 41 qui étaient obligatoires. Ces questions étaient identifiées par un astérisque rouge et si une question obligatoire était omise en cours de route, un message apparaissait pour rappeler au répondant de la compléter, lui permettant ainsi de poursuivre le déroulement du questionnaire.

3.4 Plan d'analyse des données

Puisque le questionnaire était composé de questions ouvertes et fermées, des données qualitatives et quantitatives ont été obtenues. Une méthode d'analyse appropriée à chaque type de question a donc été utilisée.

Le logiciel *Microsoft Office Excel 2007* a été utilisé pour l'analyse des réponses des questions fermées. Les données recueillies ont été soumises à des analyses statistiques descriptives (distribution de fréquences, mesures de tendance centrale).

En ce qui a trait à l'analyse des questions ouvertes, une analyse de contenu a été utilisée afin de faire ressortir les tendances qui se dégagent pour chacune des questions auxquelles les participants devaient répondre sous forme de texte (Fortin, 2010). Ce contenu a ensuite été traité de manière à calculer des distributions de fréquences, lorsque cela était possible, et que cette façon de procéder permettait de dégager des tendances à travers les réponses des participants.

3.5 Considérations éthiques

La présente étude a reçu l'approbation du comité éthique de la recherche sur les êtres humains de l'UQTR (certificat : CER-12-185-06.10, voir Annexe G). Le courriel d'invitation envoyé aux ergothérapeutes ainsi que la lettre jointe au Bulletin *Ergothérapie express* décrivaient le projet, les objectifs poursuivis et le déroulement du questionnaire. Les ergothérapeutes intéressés à prendre part à l'étude ont d'abord dû signifier qu'ils acceptaient de participer à l'étude et ce, avant de commencer à compléter le questionnaire. En effet, ils devaient cliquer sur la phrase « J'ai pris connaissance des consignes et je désire répondre au questionnaire », qui traduisait le consentement des participants à prendre part à l'étude.

4. RÉSULTATS

Le questionnaire fut complété par un nombre maximum de 26 répondants. Le qualificatif « maximum » s'explique ici par le fait que le nombre total de répondants a varié pour chaque question. En effet, la compilation des résultats a montré que parmi les participants, certains n'ont pas répondu à des questions particulières ou encore, qu'ils n'ont pas complété le questionnaire jusqu'à la fin.

Un autre détail concernant la présentation des résultats de type quantitatif (notamment, les mesures de tendance centrale) est qu'ils ont été arrondis au centième près.

4.1 L'ergothérapeute travaillant dans un département d'urgence

Cette section du questionnaire visait à dégager quelques caractéristiques clés des ergothérapeutes pratiquant à l'urgence. Parmi les vingt-six répondants, un seul était de sexe masculin. L'âge moyen des répondants était de 35,58 ans, et le deux-tiers de ceux-ci ont un diplôme de baccalauréat comme diplôme terminal. Les expériences de travail antérieures en ergothérapie sont variées, les deux plus courantes étant les pratiques en CH (courte durée, chirurgie, orthopédie, neurologie) et en gériatrie. Le tableau qui suit détaille certaines des caractéristiques des ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire.

Tableau 3
Description de l'échantillon

Caractéristiques	Pourcentage (<i>n</i>)	Moyenne (écart-type)	Médiane	Étendue (Min-Max)	Nombre de répondants
Genre					
Homme	4% (<i>n</i> = 1)				26
Femme	96% (<i>n</i> = 25)				
Âge		35,58 (8,8)	34	(25-55)	26
Nombre d'années de pratique (général)		11,61 (9,08)	10	(0,25-30)	25
Nombre d'années de pratique (urgence)		5,40 (4,86)	4	(0,25-15)	23

Tableau 4
Caractéristiques liées à la formation et à l'expérience antérieure des répondants

Plus haut niveau de scolarité complété	
Baccalauréat	61% (n= 14)
Maîtrise	26% (n= 6)
Certificat	9% (n= 2)
Non spécifié	4% (n= 1)
Champs de travail antérieurs	
Aucun (début de pratique)	4% (n=2)
CH	30% (n=14)
Gériatrie	26% (n=12)
Pédiatrie	8% (n=4)
Centre local de services communautaires (CLSC)	17% (n=8)
Pratique privée	2% (n=1)
Santé mentale	9% (n=4)
Traumatologie	4% (n=2)

L'histogramme qui suit illustre la comparaison entre les années de pratique à l'urgence et les années de pratique générale de l'ergothérapie. On y constate le caractère émergent de la pratique ergothérapique à l'urgence. Comparativement à leur pratique dans le domaine de l'ergothérapie en général (dont la moyenne est de 11,61 ans), les 24 répondants à cette question travaillent à l'urgence depuis 5,40 ans en moyenne.

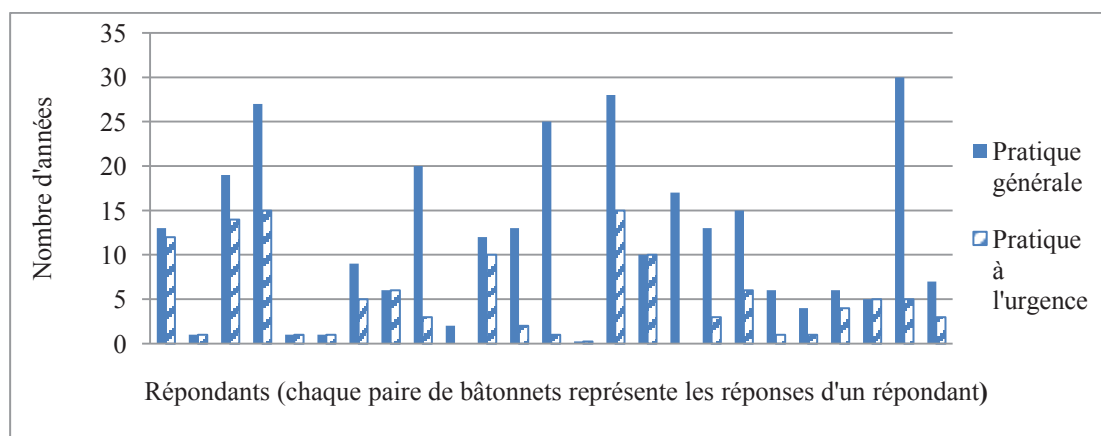


Figure 1. Comparaison des nombres d'années d'expérience en ergothérapie (n=24).

L'un des items du questionnaire portait sur les compétences jugées essentielles par les répondants pour pratiquer à l'urgence. L'analyse de contenu des réponses apportées par les 23 répondants a été réalisée en regroupant leurs réponses selon les catégories des compétences du *Profil de pratique de l'ergothérapie au Canada* (Association canadienne des ergothérapeutes

(ACE), 2007). Lors de cette étape de l'analyse, il a été convenu que tout ce qui avait trait aux notions d'adaptation et de flexibilité s'intégrait dans le concept de diversité de la compétence de professionnel. Les notions d'efficacité et d'efficience furent compilées sous la compétence de gestionnaire de la pratique, tandis que les qualités telles le dynamisme et l'ouverture d'esprit rejoignaient celles préconisées par la compétence d'agent de changement.

Tel qu'illustré à la Figure 2, il ressort que la compétence d'expert en habilitation de l'occupation, nommée par le tiers des répondants, se démarque particulièrement, tandis que les autres compétences occupent sensiblement la même proportion (10-16%), exception faite de la compétence de praticien érudit (3%). Il importe donc, selon les ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire, de posséder de bonnes assises dans la compétence d'expert en habilitation de l'occupation, tout en mettant à contribution les compétences associées aux rôles de communicateur, collaborateur, gestionnaire, agent de changement, professionnel et praticien érudit lorsque l'on pratique à l'urgence.

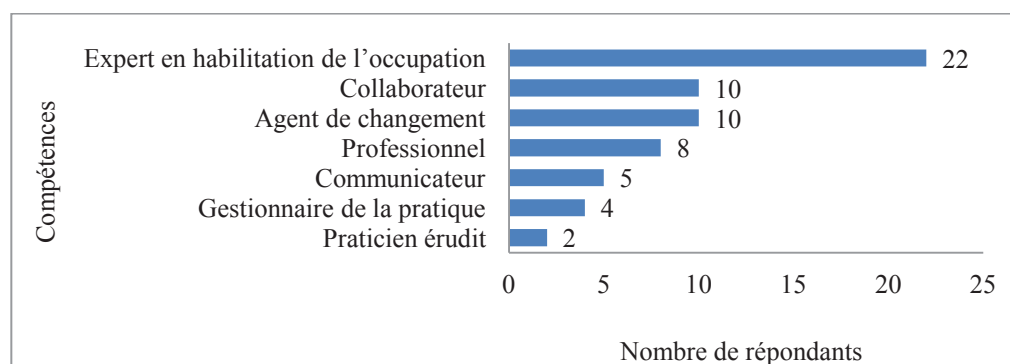


Figure 2. Compétences essentielles pour pratiquer à l'urgence ($n=23$).

4.2 La clientèle en milieu d'urgence

Les répondants font état d'écarts importants en ce qui a trait à la fréquence des interventions auprès de la clientèle vue au département d'urgence. Ainsi, et tel qu'illustré dans le Tableau 5 qui suit, le nombre de patients vus à l'urgence varie entre les répondants et ce, que ce soit sur une base quotidienne ou hebdomadaire.

Tableau 5
Fréquences d'intervention de l'ergothérapeute à l'urgence

Nombre de patients	Étendue (Min-Max)	Moyenne (Médiane)	Nombre de répondants
Vus par jour	7 (1-8)	3,21 (2)	19
Vus par semaine	34,8 (0,2-35)	12,82 (8)	21

Plusieurs conditions de santé amènent les clients à consulter l'urgence. Ces conditions sont présentées en détail à la Figure 3. Par ordre de fréquence, les 23 répondants à cette question ont mentionné les cinq principales conditions suivantes : être âgé de 65 ans et plus, présenter un trouble cognitif, neurologique, de mobilité ou avoir effectué une chute. Aucun répondant ne voit une clientèle pédiatrique. Dans une moindre proportion, parmi les autres raisons de consultation des clients à l'urgence, se trouvent la gestion de la médication, la perte d'autonomie, les problèmes en lien avec le positionnement, les troubles de la déglutition et le besoin d'équipements à domicile, regroupées dans la catégorie « autres ».

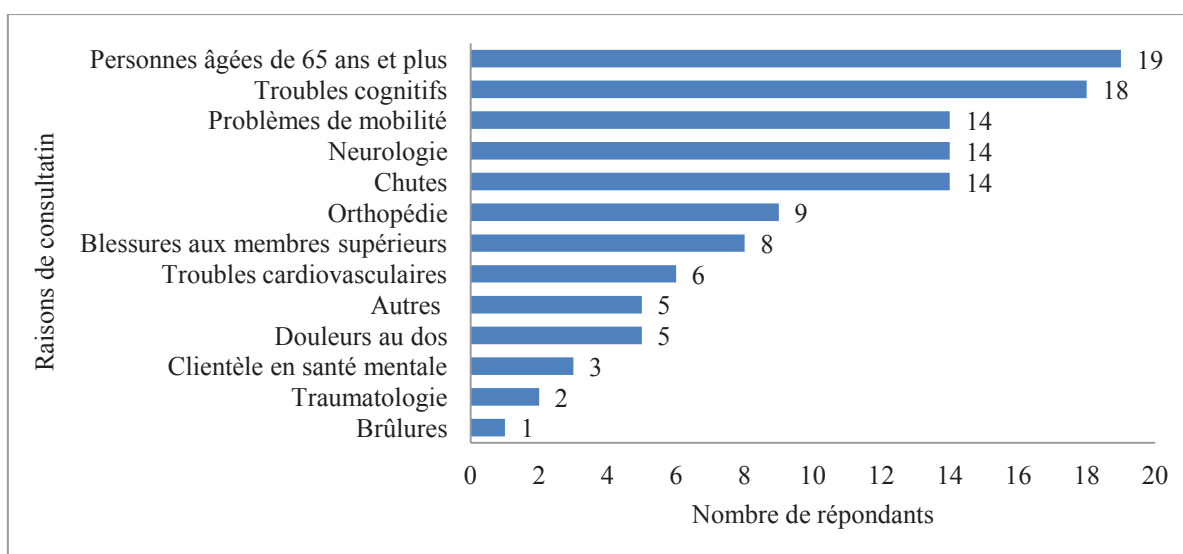


Figure 3. Raisons de consultation à l'urgence des patients rencontrés ($n=23$).

De plus, l'examen du temps de travail accordé aux personnes âgées de plus de 65 ans par les 17 ergothérapeutes qui ont répondu à cette question confirme qu'il s'agit d'une clientèle majoritaire en ergothérapie, les répondants y consacrant plus de la moitié de leur temps passé à l'urgence (58,97%).

4.3 Le milieu de pratique

Avant d'aborder les caractéristiques des milieux de pratique des répondants, il est d'abord opportun d'examiner quelles sont les raisons qui ont amené ces milieux à offrir des services d'ergothérapie à l'urgence. Par ordre de fréquence, les 19 répondants à cette question ont surtout concentré leurs réponses vers le besoin de favoriser un retour rapide et efficace dans la communauté (28%) et d'éviter les hospitalisations (28%). Près du quart des répondants (24%) ont mentionné qu'il n'y avait pas de service d'ergothérapie comme tel à l'urgence et ce, nonobstant le fait que ces personnes disent toutefois y intervenir. Les autres raisons mentionnées sont une prise en charge précoce des patients (12%) et une bonification de l'offre de services destinés aux personnes âgées (8%).

4.3.1 Répartition géographique des services

Les 21 répondants à cette question sont des ergothérapeutes qui se répartissent dans dix régions sociosanitaires du Québec. Plus du tiers des milieux de pratique (38%) sont situés dans les grands centres de Montréal et Québec, la majorité (62%) étant située, par ordre de fréquence, dans les régions suivantes : Montérégie et Bas Saint-Laurent (14%), Laurentides (9%), Lanaudière, Chaudières-Appalaches, Estrie, Saguenay—Lac Saint-Jean et Outaouais (respectivement 5%). Selon les répondants, aucun ergothérapeute ne travaillerait à l'urgence dans les régions suivantes : Mauricie et Centre-du-Québec, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Nord-du-Québec, Gaspésie—Iles-de-la-Madeleine, Laval, Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James.

4.3.2 Type d'établissement

La question concernant le type d'établissement où les ergothérapeutes travaillent à l'urgence a été complétée par 19 personnes. La majorité des ergothérapeutes, soit 15 répondants, travaillent dans un CH, tandis que quatre répondants pratiquent dans un CHU. Ces établissements comptent en moyenne 300,85 lits, avec une étendue allant de 30 à 1000 lits. Ils requièrent en moyenne les services d'un ergothérapeute à l'urgence ($\bar{x}= 1,57$) et comptent au maximum quatre ergothérapeutes dans leur département.

4.3.3 Horaire de travail à l'urgence

Tous les répondants à cette question ($n=20$) travaillent à l'urgence durant le quart de travail de jour. La majorité des répondants (65%) travaillent à l'urgence selon un horaire variable durant la semaine et sont joints sur appel lorsque des références leur sont adressées. Par ailleurs, ce sont 20% des répondants qui y travaillent du lundi au vendredi, et l'autre 15% y travaillent durant certains jours précis de la semaine. Lorsque comparé à l'ensemble des affectations de travail des répondants, le travail à l'urgence compte en moyenne pour 13,66% de leur temps de travail total et ce, en tenant compte d'un intervalle très large entre les répondants allant de 0,1 à 75% de leur temps.

4.3.4 Ressources humaines et matérielles

Les ergothérapeutes peuvent compter sur une équipe travail composée de plusieurs professionnels à l'urgence. Selon les 20 répondants à cette question, les professionnels les plus présents sont les médecins, le personnel infirmier, les physiothérapeutes et les travailleurs sociaux. La répartition des professionnels travaillant à l'urgence est illustrée par la figure qui suit.

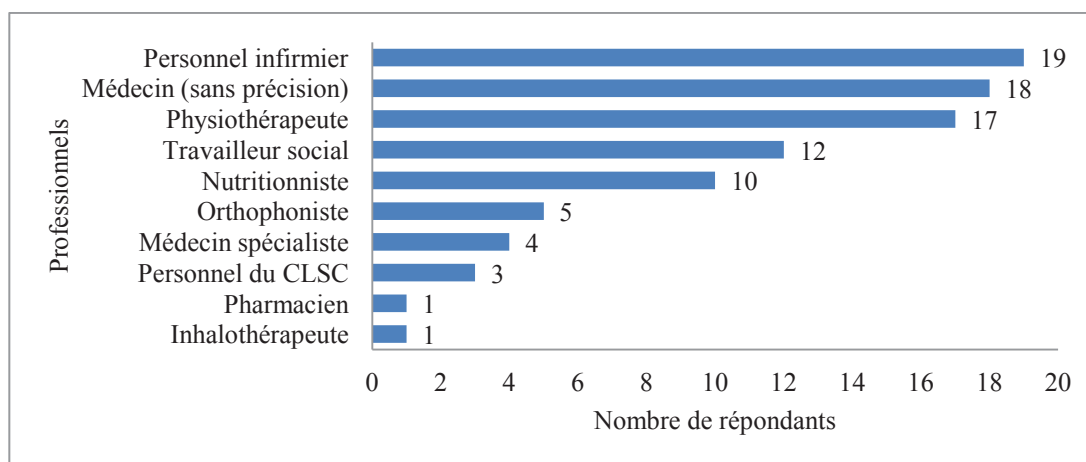


Figure 4. Professionnels présents à l'urgence ($n=20$).

En complément aux ressources humaines, les répondants devaient identifier les ressources matérielles mises à leur disposition dans le cadre de leur travail à l'urgence. Selon les répondants à cette question, les ressources qui leur sont les plus accessibles sont des tests standardisés (pour 29% des répondants), des auxiliaires de marche (14%), des surfaces

thérapeutiques (7%), des aides techniques (7%), des salles de bain adaptées (7%), des outils d'évaluation maison (7%) et du mobilier tel que des fauteuils et des chaises adaptées (4%). Paradoxalement, le quart des répondants (25%) ont mentionné qu'ils ne disposaient d'aucune ressource à l'urgence et qu'ils devaient se déplacer dans le département d'ergothérapie de l'établissement afin de pouvoir remplir leur mandat envers les patients de l'urgence.

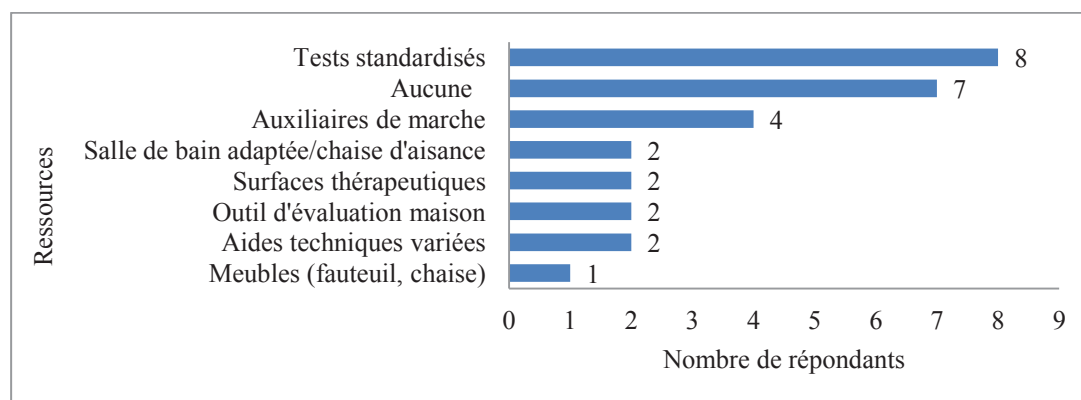


Figure 5. Ressources matérielles disponibles à l'urgence ($n=17$).

Toujours en lien avec les ressources matérielles, les répondants ont dit avoir accès à certaines sources qui leur permettent de maintenir leur pratique à jour. La source la plus fréquemment mentionnée est l'accessibilité à des formations continues pertinentes (pour 50% des répondants, $n=20$), suivie de la présence de revues professionnelles (22%), de discussions entre collègues/Internet/stagiaires/regroupements professionnels (22%) et de forums de discussion (6%).

La question touchant les revues professionnelles consultées dans le cadre de la pratique ergothérapique à l'urgence a été complétée par quatre répondants. Ces quatre répondants ont dit avoir recours aux revues disponibles via l'abonnement à l'ACE (*Revue canadienne de l'ergothérapie, Actualités Ergothérapiques, American Journal of Occupational Therapy, Australian Occupational Therapy Journal, British Journal of Occupational Therapy, Hong Kong Journal of Occupational Therapy, Journal of Occupational Science, New Zealand Journal of Occupational Therapy, Open Journal of Occupational Therapy*). Deux répondants lisent les publications de l'OEQ, un répondant consulte la *Revue canadienne sur le vieillissement*, un autre les périodiques en lien avec le thème des grands brûlés (*Journal of*

American Burn, Burn Journal) et finalement, un répondant dit consulter des articles scientifiques, mais sans donner davantage de précision.

4.3.5 Forces et limites du milieu, satisfaction par rapport à la pratique

Parmi les 18 répondants à la question portant sur les forces perçues en lien avec le milieu de pratique de l'urgence, l'équipe et le climat de travail sont les avantages les plus fréquemment énoncés par les répondants (39%), suivi par les attitudes démontrées par le personnel, comme le respect et l'ouverture (30%). Ensuite, le fonctionnement en place, comprenant la rapidité d'intervention possible et l'option d'avoir du personnel pour accompagner les patients entre les différents départements de l'hôpital, représente une force pour les ergothérapeutes (13%). La volonté combinée de la direction et des ergothérapeutes d'améliorer les pratiques et les services offerts, ainsi que l'environnement physique du département, sont d'autres éléments positifs identifiés par les répondants (9%). Le regroupement thématique effectué a fait en sorte que le total des réponses n'est pas de 100% pour cette question.

Les 18 répondants ont également identifié des limites entraînant des difficultés à pratiquer l'ergothérapie à l'urgence. Ces difficultés convergent en six problèmes. Huit répondants ressentent une méconnaissance quant à l'expertise et au rôle de l'ergothérapeute dans leur milieu de travail, qui se traduit, par exemple, par des références inappropriées. Huit autres répondants ont mentionné le manque de ressources humaines comme étant préoccupant. Un environnement inapproprié pour la pratique de l'ergothérapie représente un problème pour sept autres répondants, ce qui se traduit, par exemple, par un espace restreint, une surabondance de stimuli ou un manque de confidentialité. Le manque de ressources matérielles et financières est identifié comme étant problématique par cinq répondants et finalement, trois répondants ont mentionné que les délais d'attente pour obtenir des services suite à la consultation des patients à l'urgence, par exemple, pour le transfert des patients vers un milieu plus adapté, constitue une difficulté.

Par ailleurs, le questionnaire abordait également la satisfaction par rapport à la pratique à l'urgence. Sur les 20 répondants à cette question, sept se sont dits neutres par rapport à leur

travail (35%), six sont plutôt insatisfaits (30%), un répondant s'est dit très insatisfait (5%) alors que six répondants sont plutôt satisfaits (30%). Aucun répondant ne s'est dit très satisfait par ce travail. En résumé, ce sont donc le deux tiers des répondants qui expriment peu ou pas de satisfaction par rapport à leur pratique à l'urgence.

4.4 La pratique professionnelle de l'ergothérapie à l'urgence

4.4.1 Requêtes

Les requêtes en ergothérapie proviennent de sources variées. Elles sont issues principalement de médecins (41%), mais également d'infirmières de liaison (23%) et de travailleurs sociaux (15%). Parmi les autres professionnels identifiés comme étant la source des références adressées à l'ergothérapeute, 21% proviennent de physiothérapeutes et d'infirmières. La question portant sur l'origine des requêtes adressées à l'ergothérapeute a été complétée par 14 répondants.

La nature du mandat visé par ces requêtes porte, par ordre de fréquence, sur l'orientation et les besoins au congé, la prise en charge post-accident vasculaire cérébral, le positionnement/surfaces thérapeutiques, la sécurité à domicile, l'autonomie, les fonctions cognitives, la déglutition et les mesures alternatives aux contentions. À noter que le thème « orientation/besoins au congé » est très large, il est donc susceptible d'englober d'autres thèmes comme l'autonomie, afin de statuer sur l'orientation au congé.

4.4.2 Rôles occupés à l'urgence

Parmi les 17 répondants à la question portant sur les rôles occupés à l'urgence, la majorité des répondants (53%) affirment qu'ils sont appelés à jouer plusieurs rôles combinés, dont les rôles liés à l'évaluation/consultation et l'évaluation/intervention. Il apparaît toutefois que l'évaluation occupe la plus grande partie du travail des ergothérapeutes à l'urgence. En effet, les ergothérapeutes consacrent majoritairement leur temps à procéder à des évaluations, soit 85,82% de leur temps versus 14,77% pour ce qui est de l'intervention. Deux répondants ont même affirmé ne se consacrer qu'aux évaluations dans le cadre de leur travail à l'urgence. La Figure 6 fait état du temps consacré aux évaluations et aux interventions à l'urgence.

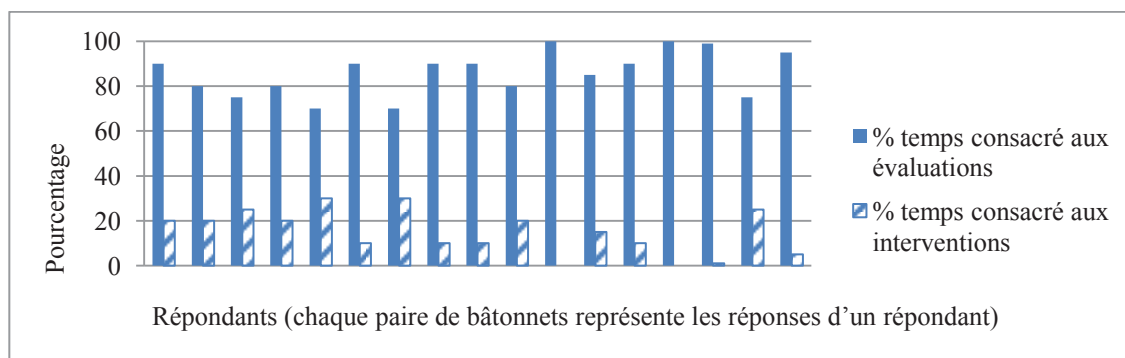


Figure 6. Comparaison du temps consacré aux évaluations et aux interventions à l'urgence ($n=17$).

4.4.3 Évaluations

Les ergothérapeutes sont appelés à évaluer plusieurs aspects concernant les patients rencontrés à l'urgence. Par ordre de fréquence, les 17 répondants de cette question disent que leurs évaluations portent sur la sécurité du retour à domicile (23%), le niveau d'autonomie (19%), les transferts et déplacements (16%), les fonctions physiques (14%), les fonctions cognitives (9%), les mesures alternatives à la contention (7%), le positionnement (5%), le traitement des plaies (5%) et l'environnement physique et social (2%).

Quelques répondants ont également mentionné le nom des outils d'évaluation standardisés qu'ils utilisent dans leur pratique. Par ordre de fréquence, il s'agit du *MMSE* (Folstein et coll., 1975), du *MoCA* (Nasreddine et coll., 2005), de l'*Executive Function Performance Test* (Baum, Morrison, Hahn et Edwards, 2003), de l'*Independent Living Scales* (Loeb, 1996), de l'*Échelle de Berg* (Berg et Norman, 1996), du *PRISMA-7* (Raïche, Hébert, Dubois et partenaires PRISMA, 2004), de l'*Évaluation du Statut Fonctionnel à l'Urgence pour les Personnes Âgées* (Veillette et coll., 2009a; 2009b), du *BREF* (outil inconnu de source également inconnue), du *Trail Making A-B* (Keitan, 1955) et des *Données minimales essentielles* (Hirdes et coll., 1999). Les répondants ont également mentionné utiliser des outils maison, mais sans donner plus de précision. Puisqu'il s'agit de données obtenues indirectement, par le biais d'une question portant initialement sur les ressources disponibles à l'urgence, aucune statistique n'est compilée concernant la fréquence d'utilisation de ces outils parmi les répondants. Il ressort toutefois de ces réponses que les ergothérapeutes ont recours à plusieurs outils en lien avec les fonctions cognitives et les aspects touchant l'autonomie.

Le questionnaire visait également à comparer les durées d'une évaluation simple et d'une évaluation complexe. Selon les 17 répondants à cette question en particulier, une évaluation simple durerait 64,71 minutes en moyenne et s'étendrait entre 30 et 130 minutes, tandis qu'une évaluation complexe requiert 137,19 minutes en moyenne, pour une étendue allant de 45 à 420 minutes. L'histogramme ci-dessous illustre les différences rapportées entre les durées d'évaluation simple et complexe des répondants.

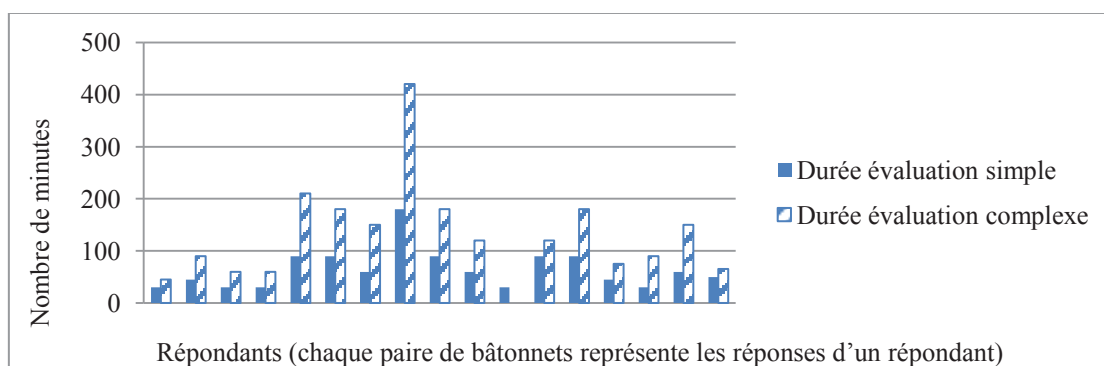


Figure 7. Comparaison de la durée des évaluations simples et complexes ($n=17$).

4.4.4 Recommandations et interventions

Selon 17 répondants, les modalités d'interventions à l'urgence sont variées. Par ordre de fréquence d'évocation, il s'agit de recommandation d'aides techniques/surfaces thérapeutiques (pour 28% des répondants), d'une opinion quant à la possibilité du retour à domicile (21%), de référence à des services communautaires (20%), de référence à d'autres professionnels (18%) et, dans une plus faible proportion, de visites à domicile (6%) ou de réponses « autres » (7%), sous lesquelles sont regroupées les interventions ayant trait à l'enseignement effectué auprès du personnel, au service de télésurveillance et à la dysphagie.

La question portant sur les aides techniques a été complétée par 15 ergothérapeutes. Par ordre de fréquence, les quatre types d'aides techniques qui se démarquent le plus sont liés à l'hygiène (26% des répondants), aux transferts (21%), aux déplacements (16%) et au positionnement et à la prévention des plaies (13%). Viennent ensuite les aides liées à l'habillement (8%), à l'alimentation (5%), à la sécurité à domicile (dispositif pour la cuisinière, le service de télésurveillance) (5%), la gestion de la médication (3%) et les demandes d'assistance (3%).

Les ergothérapeutes recommandent également des services communautaires à leurs patients lors de l'obtention de leur congé. La Figure 8 illustre la répartition des différents services qui sont recommandés suite aux usagers lors de leur consultation à l'urgence.

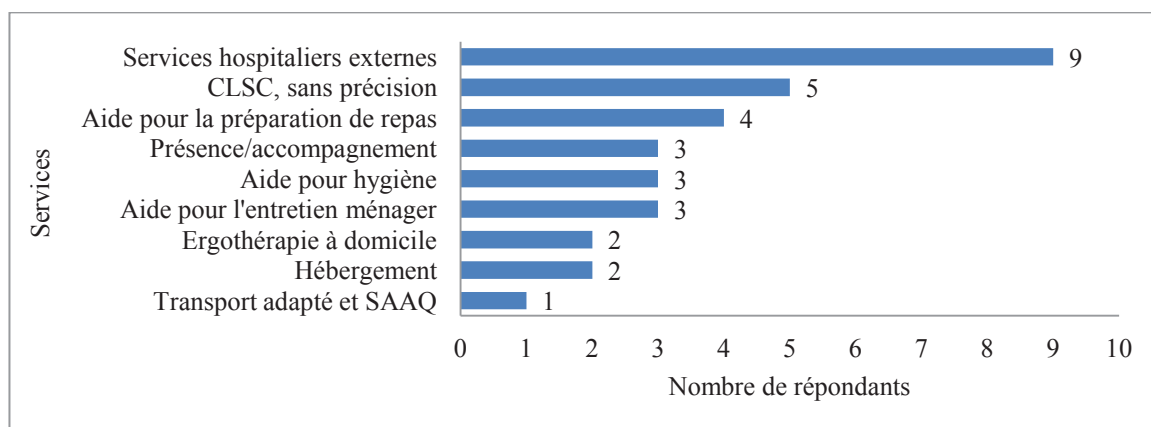


Figure 8. Type de services communautaires recommandés ($n=11$).

Finalement, une des interventions des ergothérapeutes à l'urgence consiste à référer leurs patients à d'autres professionnels et ce, pour donner suite aux besoins identifiés lors de l'évaluation, et tel que résumé par la répartition des références présentée à la Figure 9.

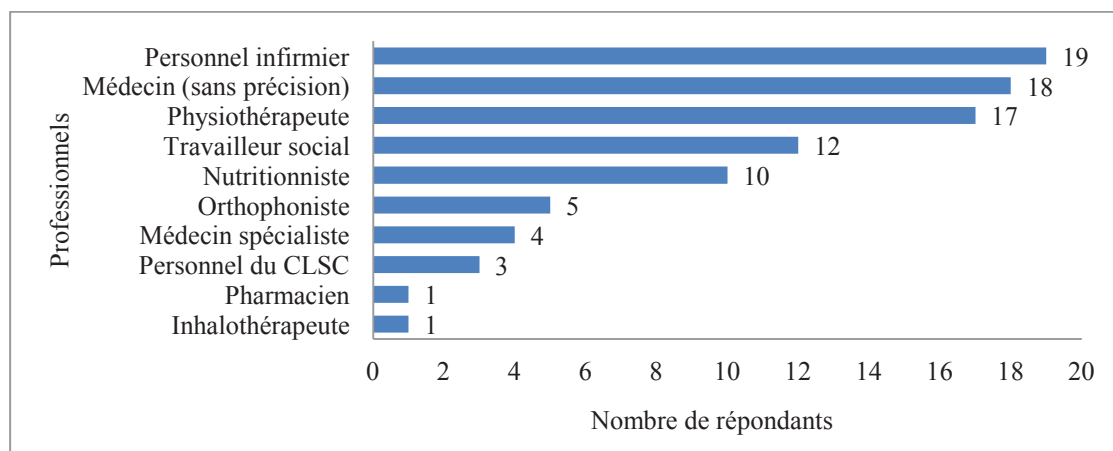


Figure 9. Professionnels qui font l'objet de références ($n=20$).

4.4.5 Modèles de pratique, approches et schèmes de référence

La question touchant le modèle de pratique a été complétée par 17 répondants. Le MCRO-P (Townsend et coll., 2008) est le modèle utilisé par 76% des répondants, suivi du

MOH (12%) (Kielhofner, 2008) et du Processus de Production du Handicap (6%) (Fougeyrollas et coll., 1999). Une personne a mentionné qu'elle ne se servait d'aucun modèle de pratique dans le cadre de son travail à l'urgence.

Les répondants privilégient certaines approches et schèmes de référence pour guider leur pratique à l'urgence. Le schème biomécanique a été mentionné par cinq répondants (23%), l'approche de compensation et de réadaptation ont respectivement été désignées par trois répondants (13%) et enfin l'approche de réadaptation, ainsi que les schèmes de l'apprentissage moteur et cognitivo-comportemental ont été respectivement identifiés par deux répondants (9%). Cinq répondants ont mentionné que l'utilisation de schèmes ou d'approches n'était pas applicable dans leur milieu (23%), et deux autres ont dit qu'ils n'en utilisaient pas (9%).

4.4.6 Lieu où les services sont prodigués

Dix-sept ergothérapeutes ont complété cette question. Il ressort de leurs réponses que les interventions effectuées dans le cadre de la pratique de l'ergothérapie à l'urgence ont lieu à la civière des patients et ce, pour 60% des répondants. Les autres lieux d'intervention sont le département d'ergothérapie situé ailleurs dans l'établissement (24%), un autre local situé dans l'urgence (8%), la douche de l'urgence (4%) et les corridors situés à proximité (4%).

5. DISCUSSION

Les objectifs de cette étude étaient de décrire la pratique professionnelle actuelle dans le domaine de l'ergothérapie à l'urgence au Québec et de proposer des pistes de solution visant à améliorer cette pratique. Au terme du projet, ces objectifs ont été atteints.

5.1 Retour sur les résultats

Les résultats obtenus seront présentés selon deux perspectives. D'abord, ils seront comparés avec ceux provenant d'études antérieures menées sur le sujet afin de dégager les ressemblances et différences existant entre eux. Ensuite, les résultats inédits de cette étude seront également abordés pour tenter d'en dégager certaines tendances qui pourraient conduire à formuler des hypothèses à explorer éventuellement ou encore, à identifier de nouvelles façons pour améliorer cette pratique professionnelle.

5.1.1 Résultats convergents

Plusieurs résultats obtenus confirment les tendances dégagées par d'autres écrits portant sur la pratique de l'ergothérapie à l'urgence, soit la clientèle âgée majoritaire, le rôle d'évaluateur prépondérant, la prescription d'aides techniques comme modalité d'intervention primée, le niveau de satisfaction mitigé face à la pratique, l'environnement de travail inapproprié et l'hétérogénéité de la pratique (Cusick et coll., 2009; Lee, Ross et Tracy, 2001; Veillette et coll., 2007).

Le fait que le quart des répondants ne considéraient pas que l'utilisation d'un modèle de pratique, d'une approche, ou d'un schème de référence soit applicable dans leur milieu est questionnable. Considérant les exigences du *Référentiel des compétences lié à l'exercice de la profession d'ergothérapeute au Québec* (OEQ, 2013) en matière de pratique fondée sur le « choix approprié des approches théoriques et des modèles de pratique au regard des caractéristiques du client ou de la population cible (p.19) », il est fort probable que les ergothérapeutes intègrent dans leur pratique ces éléments de façon implicite.

5.1.2 Résultats divergents

L'utilisation plus importante d'outils standardisés et la répartition des effectifs majoritairement régionale plutôt qu'urbaine (Québec-Montréal) sont les principales données qui diffèrent de celles obtenues par Veillette et coll. (2007). Ainsi, contrairement aux résultats de l'étude de Veillette et coll., les résultats du présent sondage suggèrent que les ergothérapeutes utilisent des outils diversifiés, plus souvent standardisés et ce, selon le contexte dans lequel s'inscrit leur pratique professionnelle. Dix ans plus tard, ils sont également présents dans plusieurs régions du Québec, comparativement aux données recueillies en 2003.

Par ailleurs, contrairement aux raisons évoquées par les répondants de l'étude de Cusick et coll. (2009), le démarrage d'un service d'ergothérapie à l'urgence au Québec semble lié à des mesures d'optimisation et de prévention du phénomène de la porte tournante, plutôt qu'à un évènement particulier (éclosion d'influenza, tragédies). Parmi les autres divergences observées, notons que la semaine de travail des ergothérapeutes québécois se déroule du lundi au vendredi, alors que plusieurs ergothérapeutes australiens travaillent durant la fin de semaine.

5.1.3 Résultats inédits

Les compétences que doit posséder l'ergothérapeute travaillant dans un département d'urgence n'avaient pas encore été abordées explicitement par d'autres auteurs. La prédominance de la compétence d'expert en habilitation de l'occupation (ACE, 2007) ressortant des résultats montre qu'il est important de maîtriser la démarche clinique ergothérapique afin de pratiquer en milieu émergent. En effet, les répondants ont affirmé être souvent les seuls représentants de leur profession à l'urgence. Cela peut expliquer pourquoi l'expertise et l'autonomie sont si importantes, puisque le support de pairs dans ces départements est peu accessible. Les répondants de l'étude de Cusick et coll. (2009) ont mentionné que la communication, la gestion de cas et le raisonnement clinique ont fait partie des critères de sélection lors leur processus d'embauche, ce qui n'est pas sans rappeler les compétences de communicateur, de gestionnaire de la pratique et d'expert en habilitation de l'occupation du *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada* (ACE).

Par ailleurs, à la question portant sur les raisons et motivations pour démarrer un service d'ergothérapie à l'urgence, le quart des répondants ont mentionné qu'il n'existait pas de tel service en place au sein de leur établissement, et ce, malgré le fait qu'ils affirmaient intervenir à l'urgence. Cela permet de supposer que les ergothérapeutes s'identifient peu à cette pratique, ce qui pourrait s'expliquer par le fait que les ergothérapeutes perçoivent davantage le service d'ergothérapie à l'urgence comme étant un lieu physique, et non pas comme un service de santé offert à une clientèle particulière.

5.2 Forces et limites de l'étude

La principale force de cette étude est qu'elle a mis en lumière certaines caractéristiques d'un champ de pratique largement méconnu. En ce sens, elle pourra agir comme levier pour d'autres études sur le sujet.

Cette étude comporte également quelques limites. Puisque la population théorique des ergothérapeutes qui travaillent à l'urgence est inconnue, il n'est pas possible de statuer sur le taux de réponse obtenu. Toutefois, considérant que l'étude menée par Veillette et coll. (2007) comportait un échantillon de 38 répondants travaillant à l'urgence, il serait étonnant que le nombre de personnes pratiquant dans les départements d'urgence québécois ait diminué dans les dix dernières années. Ce résultat est difficile à interpréter, mais il laisse supposer que le taux de réponse de la présente étude soit faible. Cela influencerait la validité externe des résultats, qu'il faudrait alors interpréter avec prudence.

Une autre limite concerne le questionnaire comme tel et ce, malgré qu'une attention particulière ait été consacrée au choix et à la formulation des questions, qui s'appuyaient sur des études ayant préalablement porté sur le sujet (Cusick et coll., 2009; Cusick et coll., 2010; Veillette et coll., 2007). Premièrement, il n'était pas possible de composer une question mixte (choix multiples et à développement) en utilisant l'interface de la BIQ. La conséquence de ce fait est l'ajout de questions qui rend le questionnaire plus long à compléter et possiblement plus complexe. Deuxièmement, il n'était pas possible de compléter le questionnaire en plusieurs occasions; une fois la passation débutée, la personne qui l'interrompait mettait fin au questionnaire. C'est possiblement pour cette raison que le nombre de répondants a diminué

progressivement à mesure que les questions se succédaient, s'étendant entre 26 répondants aux premières questions pour se terminer avec une dizaine de répondants dans les dernières questions. Afin de palier à cette lacune, la durée approximative du questionnaire avait été spécifiée dans le courriel de l'OEQ et dans la présentation des consignes, mais cette information n'a probablement pas été suffisante pour faire en sorte que l'ensemble des répondants poursuivent le déroulement du questionnaire jusqu'aux dernières questions. Troisièmement, il n'était pas possible de clarifier les réponses obtenues en raison du fonctionnement de la BIQ et des règles de confidentialité, ce qui a pu induire des erreurs dans l'analyse de contenu de certaines questions. En conclusion, il est probable que le format du questionnaire ait eu pour conséquence d'introduire un biais en lien avec la collecte des données. Dans des travaux futurs, il serait pertinent d'évaluer quel serait le meilleur moyen pour faire en sorte que les ergothérapeutes complètent l'ensemble des étapes nécessaires à la cueillette des données servant à décrire leur pratique professionnelle.

Enfin, la formulation des critères d'inclusion de cette étude a fait en sorte que certains ergothérapeutes se sont peut-être trop identifiés à cette pratique et d'autres, pas assez. Par exemple, certains des répondants disaient travailler très peu souvent à l'urgence. Ceci a d'ailleurs donné lieu à quelques données aberrantes qui ont dû être corrigées lors des calculs statistiques. De plus, on peut supposer que plusieurs ergothérapeutes travaillant occasionnellement à l'urgence auraient également pu répondre au questionnaire, mais qu'ils ne l'ont pas fait. Cette hypothèse met en lumière la nécessité de rejoindre plus efficacement les ergothérapeutes travaillant en milieu émergent.

5.3 Pistes de solution

En réponse au deuxième objectif de l'étude, une des solutions qui serait intéressante à mettre en place est l'élaboration de lignes directrices adaptées au contexte québécois. Elles s'avéreraient pertinentes pour uniformiser la pratique de l'ergothérapie à l'urgence et aiguiller les ergothérapeutes qui débutent dans le domaine.

Un environnement inapproprié pour la pratique de l'ergothérapie représentait un problème pour sept répondants. Parallèlement à ce constat, la littérature scientifique a

largement documenté le fait que les CH et les départements d'urgence ne sont pas adaptés aux besoins des clients âgés (Kelley, Parke, Jokinen, Stones et Renaud, 2011; Parke et Chappell, 2010; Parke et Friesen, 2010; Penozza, Pidgeon, Rosenberg et Thomas, 2011) et qu'il serait important de créer des environnements mieux adaptés à cette clientèle. Au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2011) a souligné le fait que des améliorations importantes doivent être apportées afin d'offrir des services adaptés aux particularités du vieillissement qui soient axés sur la préservation de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées. L'évaluation des habiletés fonctionnelles faisant partie du champ de compétences des ergothérapeutes selon le *Code des professions* (art 37.0), ces professionnels sont pressentis pour jouer un rôle actif dans l'implantation de l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier (MSSS, 2011).

Également, puisque la méconnaissance du rôle de l'ergothérapeute représentait la principale limite des milieux de pratique des répondants, la promotion du rôle de l'ergothérapie pourrait se faire plus activement au sein des milieux hospitaliers. Cela permettrait, notamment, que les mandats donnés aux ergothérapeutes soient davantage cohérents avec leurs rôles et compétences.

5.4 Futures recherches

Il serait pertinent d'explorer quels sont les besoins des ergothérapeutes qui travaillent à l'urgence, puisque la satisfaction mitigée face à cette pratique est un résultat qui ressort non seulement de cette étude, mais également de celle de Veillette et coll. (2007). De plus, des analyses statistiques secondaires pourraient être effectuées avec les données recueillies par la présente étude, afin de déterminer si des liens significatifs existent entre les caractéristiques des répondants (ex. : âge, niveau de scolarité) et les réponses qu'ils ont fournies.

6. CONCLUSION

L'ergothérapeute est surtout appelé à travailler à l'urgence occasionnellement pour évaluer le fonctionnement de clients âgés, afin de déterminer l'orientation et les besoins au congé. Les résultats de cette étude montrent que la pratique de l'ergothérapie à l'urgence est encore en émergence au Québec, et que certains aspects de cette pratique sont positifs alors que d'autres sont à améliorer. La faible identification des ergothérapeutes par rapport à cette pratique, la méconnaissance quant à l'expertise et au rôle de l'ergothérapeute dans son milieu de pratique ainsi que l'environnement de travail peu adapté sont toutefois des aspects qui sont modifiables, et qui pourraient éventuellement avoir un impact sur le niveau de satisfaction des ergothérapeutes qui travaillent à l'urgence.

Parmi les forces de cette pratique émergente se trouvent l'équipe de travail et la volonté conjointe des professionnels et des dirigeants de l'améliorer. Ce sont sur ces forces qu'il faut bâtir afin de rendre le travail des ergothérapeutes plus adapté pour répondre aux besoins des patients qui, avec le vieillissement de la population, seront fort probablement présents en grand nombre dans les départements d'urgence.

RÉFÉRENCES

- Association canadienne des ergothérapeutes (2007). *Promouvoir l'occupation : Une perspective de l'ergothérapie*. Ottawa , ON : CAOT Publications ACE.
- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (2006). *Guide de gestion de l'urgence*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-905-01.pdf>
- Australian Institute of Health and Welfare National Health Data Committee (2003). *National health data dictionary – Version 12*. Repéré à <http://www.aihw.gov.au/publications/hwi/nhdd12/nhdd12-c06.pdf>
- Armstrong, C. (2010). Welcome to emergency medicine at the Royal Victoria Infirmary occupational therapy department. Repéré à http://www.northumbria.ac.uk/static/5007/hces/rviemergmed_otpolo.pdf
- Baum, C. M., Morrison, T., Hahn, M. et Edwards, D. F. (2003). *Executive Function Performance Test: Test protocol booklet*. St Louis, MO: Washington University School of Medicine, Program in Occupational Therapy.
- Barry, P., Clark, D. E., Yaguda, M., Higgins, G. E. et Mangel, H. (1989). Rehabilitation inpatient screening of early cognitive recovery. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82(3), 311-315.
- Berg, K. et Norman, K. (1996). Functional assessment of balance and gait. *Clinics in Geriatric Medicine*, 12, 705-723.
- Bissett, M. (2010, mai). *Occupational therapy Emergency Department assessment of culturally and linguistically diverse elderly patients*. Communication présentée au 15^e congrès de la Fédération mondiale des ergothérapeutes, Santiago, Chili.
- Bissett, M., Cusick, A. et Lannin, A.N. (2013). Functional assessments utilised in emergency departments : a systematic review. *Age and Ageing*, 42(2), 163-172. doi: 10.1093/ageing/afs187
- Boyd, M., Koziol-McLain, J., Yates, K., Kerse, N., McLean, C., Pilcher, C. et Robb, G. (2008). Emergency Department Case-finding for High-risk Older Adults : The Brief Risk Identification for Geriatric Health Tool (BRIGHT). *Academic Emergency Medicine*, 15(7), 598-606.
- Canadian Association of Occupational Therapists. (1991). *Occupational therapy guidelines for client-centred practice*. Toronto, ON : Auteur.
- Cheah, S. et Presnell, S. (2011). Older people's experiences of acute hospitalisation: An investigation of how occupations are affected. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58, 120-128. doi: 10.1111/j.1440-1630.2010.00878.x.

Code des professions, L.R.Q., c. C-26

Cusick, A., Johnson, L. et Bissett, M. (2010). Continuing professional development for occupational therapy emergency department services. *Australian Occupational Therapy Journal*, 57, 380-385.

Cusick, A., Johnson, L. et Bissett, M. (2009). Occupational therapy in emergency departments : Australian practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15(2), 257-265. doi : 10.1111/j.1365-2753.2008.00991.x

Fillenbaum, G. (1988). *Multidimensional functional assessment of older adults: The Duke Older Americans Resources and Services procedures*. Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.

Fisher, A. G. (2003). *Assessment of motor and process skills*. (5e éd.). Fort Collins, CO : Three Star Press.

Folstein, M.F., Folstein, S.E. et McHugh, P.R. (1975). Mini-mental state : A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.

Fortin, M.F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal, QC : Les Éditions de la Chenelière.

Fougeyrollas, P., St Michel, G., Bergeron, H., Cloutier, R., Côté, J., Côté, M., ... Boucher, N. (1998). *Classification québécoise Processus de production du handicap*. Québec, QC : Réseau international sur le Processus de production du handicap.

Fraser, S., Mearns, N., Millar, A., Murray, F. et Wardlaw, F. (2005). Occupational therapy best practice guidelines for acute medical services. Repéré à http://www.acutemedicine.org.uk/index.php?option=com_docman&task=cat_view&Itemid=21

Friedman, S. M., Mendelson, D. A., Bingham, K. W. et McCann, R. M. (2008). Hazards of hospitalization : Residence prior to admission predicts outcome. *The Gerontologist*, 48 (4), 537-541.

Geneau, D. et Taillefer, D. (1996). Protocole d'examen cognitif de la personne âgée (2^e éd.). Repéré à <http://www.sepec.ca/pecpa.html>

Hébert, R., Carrier, R. et Bilodeau, A. (1988). The functional autonomy measurement system (SMAF) : Description and validation of an instrument for the measurement of handicaps. *Age and Ageing*, 17, 293-302

Hendriksen, H. et Harrison, R. A. (2001). Occupational therapy in accident and emergency departments: a randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 36(6), 727-732. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.02038.x

- Hirdes, J.P., Fries, B.E., Morris, J.N., Steel, K., Mor, V., Frijters, D., ... Jonsson, P. (1999). Integrated health information systems based on the RAI/MDS series of instruments. *Healthcare management forum*, 12(4), 30.
- Keitan, R. M. (1955). The relation of the Trail Making Test to organic brain damage. *Psychol*, 19, 393-394.
- Keith, R.A., Granger, C.V., Hamilton, B.B. et Sherwin, F.S. (1987). The functional independence measure : a new tool for rehabilitation. *Advances in Clinical Rehabilitation*, 1, 6-18.
- Kelley, M., Parke, B., Jokinen, N., Stones, M. et Renaud, D. (2011). Senior-friendly emergency department care : an environmental assessment. *Journal of Health Services Research et Policy*, 16(1), 6-12.
- Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation: Theory and application* (4e éd.). Philadelphie, PA: Lippincott, Williams et Wilkins.
- Kiernan, R. J., Mueller, J. et Langston, J. W. (2007) *Manual for Cognistat (neurobehavioural cognitive status examination)*. Repéré à <http://www.cognistat.com>
- Kohlman, T. L. (1992). *The Kohlman evaluation of living skills* (3e éd.). Bethesda, MD : American Occupational Therapy Association.
- Lawton, M.P. et Brody, E.M. (1969). Assessment of older people : Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186.
- Lee, V., Ross, B. et Tracy, B. (2001). Functional assessment of older adults in an emergency department. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68(2), 121-129.
- Leff, B., Burton, L., Mader, S.L., Naughton, B., Burl, J., Inouye, S. K., ... Burton, R.J. (2005). Hospital at home: Feasibility and outcomes of a program to provide hospital-level care at home for acutely ill older patients. *Annals of Internal Medicine*, 143, 798-808.
- Letts, L., Baum, C. et Perlmutter, M. (2003). Person-Environment-Occupation assessment with older adults. *OT Practice*, 8(10), 27-34.
- Loeb, P.A. (1996). *ILS: Independent Living Scales Manual*. San Antonio, TX : Psychological Corp, Harcourt Brace Jovanovich.
- Mahoney, F. I. et Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation : The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- McCusker J., Bellavance F., Cardin S., Trépanier S., Verdon J. et Ardman, O. (1999). Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit : The ISAR screening tool. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47, 1229-1237.

- Meldon, S.W., Mion, L.C., Palmer, R.M., Drew, B.L., Connor, J.T., Lewicki, L.J., ... Emerman, C.L. (2003). A brief risk-stratification tool to predict repeat emergency department visits and hospitalizations in older patients discharged from the emergency department. *Journal of Academic Emergency Medicine*, 10, 224-232.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2011). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier - Cadre de référence* (Publication n° 10-830-03W). Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-830-03.pdf>
- Moats, G. (2007). Discharge decision-making, enabling occupations, and client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74(2), 91-101.
- Nasreddine, Z.S., Phillips, N.A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, ... Chertkow H. (2005). The Montreal cognitive assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 695-699.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (2012). Secteurs d'activités. Repéré à <http://www.oeq.org/profession/secteur-activite.fr.html>
- Parke, B. et Chappell, L. N. (2010). Transactions between older people and the hospital environment : A social ecological analysis. *Journal of Aging Studies*, 24, 115-124.
- Parke, B. et Friesen, K. (2010). Creating elder friendly acute care hospitals : the physical design dimension. *Perspectives*, 34(2), 5-13.
- Patterson, C.J., Vilner, J., Saville, C. et Mulley, G.P. (2001). Too many pre-discharge home assessment visits for older people? A postal questionnaire survey. *Clinical Rehabilitation*, 15, 291-295.
- Penoza, S., Pidgeon, E., Rosenberg et Thomas, W. (2011). Meet the needs of aging patients with a senior-friendly ED. *ED Management*, 23(8), 85-88.
- Podsiadlo, D. et Richardson, S. (1991). The timed up and go: A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American Geriatric Society*, 39, 142-148.
- Raïche, M., Hébert, R., Dubois, M.-F. et partenaires PRISMA (2004). Guide d'utilisation du questionnaire PRISMA-7 pour le repérage des personnes en perte d'autonomie modérée à grave. Dans R. Hébert., A. Tourigny, et M. Gagnon, (dir.), *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes* (p. 153-175). Québec, QC: Edisem.
- Shah, S., Vanclay, F. et Cooper, B. (1989). Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *Journal of clinical epidemiology*, 2, 703-709.
- Shores, E. A., Marosszeky, J. E., Sandanam, J. et Batchelor, J. (1986) Preliminary validation of a clinical scale for measuring the duration of post-traumatic amnesia. *Medical Journal of Australia*, 144(11), 569-572.

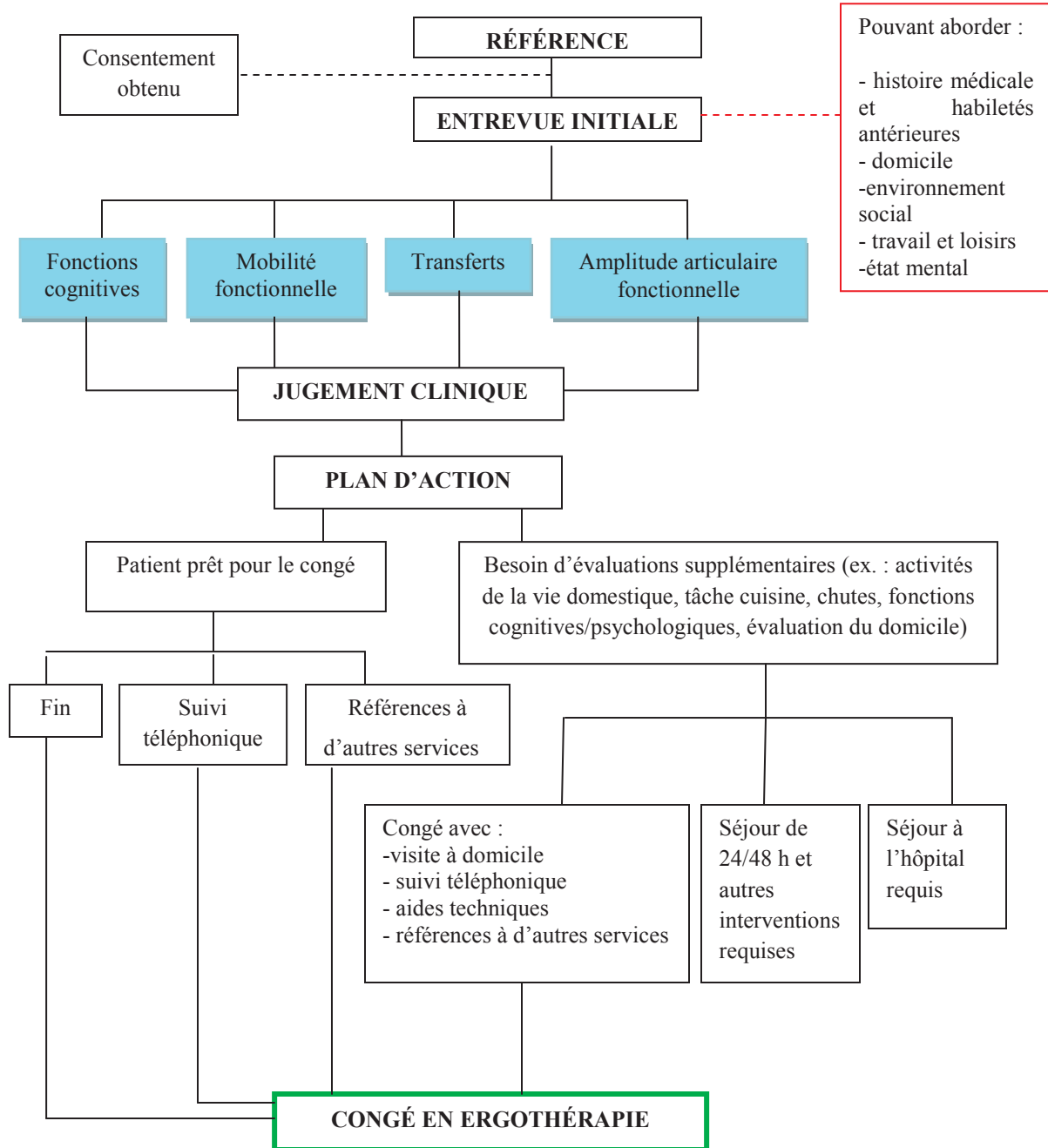
- Townsend, E.A., Polatajko, H.J. et Craik, J. (2008). Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P). Dans Townsend, E.A., et Polatajko, H.J., (Éds.), *Faciliter l'occupation : L'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*. Ottawa, ON : CAOT Publications ACE.
- Storey, J. E., Rowland, J. T. J., Basic, D., Conforti, D. A. et Dickson, H. G. (2004) The Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) : a multicultural cognitive assessment scale. *International Psychogeriatrics*, 16(1), 13-31.
- Veillette, N., Demers, L., Dutil, E. et McCusker, J. (2009a). Item analysis of the Functional Status Assessment of Seniors in the Emergency Department. *Disability and Rehabilitation*, 31(7), 565-572.
- Veillette, N., Demers, L., Dutil, E. et McCusker, J. (2009b). Development of a functional status assessment of seniors visiting emergency department. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48, 205-212. doi: S0167-4943(08)00010-1 [pii] 10.1016/j.archger.2008.01.009
- Veillette, N., Demers, L. et Dutil, E. (2007). Description de la pratique des ergothérapeutes du Québec en salle d'urgence. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74(4), 348-358.
- Victorian State Government- Department of Human Services (2007). *HARP – Chronic disease management*. Repéré à <http://www.health.vic.gov.au/harp/>
- Watson, Y., Arfken, C. et Birge, S. (1993). Clock completion : An objective screening test for dementia. *Journal of the American Geriatric Society*, 41, 1235-1240.

ANNEXE A
CRITÈRES DE RÉFÉRENCE EN ERGOTHÉRAPIE DU ROYAL VICTORIA
INFIRMARY [ADAPTATION ET TRADUCTION LIBRES]

Références- haut risque	Références- risque moyen	Références- risque faible
Les références adressées au service d'ergothérapie doivent comporter un déficit dans l'un des domaines fonctionnels cités dans les zones ombragées ci-dessous.		
Détérioration fonctionnelle récente	Détérioration fonctionnelle graduelle	Détérioration fonctionnelle mineure
<p>-Mobilité : difficultés majeures, supervision requise pour assurer une mobilité sécuritaire, à risque de chute.</p> <p>-Fonctions cognitives : indices/supervision requis constamment pour assurer la sécurité.</p> <p>-Transferts : nécessitent assistance ou équipement pour être sécuritaires.</p> <p>-Soins personnels : assistance requise pour tous les aspects.</p>	<p>-Mobilité : besoin récent d'un auxiliaire de marche.</p> <p>-Transferts : difficulté à compléter les transferts.</p> <p>-Soins personnels : assistance partielle.</p> <p>-Tâches domestiques : difficulté augmentée pour préparer les repas.</p> <p>-Préhension : problèmes spécifiques diminuant la performance au quotidien.</p> <p>-Fatigue et endurance : diminution de la tolérance à l'activité.</p>	<p>-Mobilité : indépendance, problèmes pour les longues distances (évaluation potentielle pour l'attribution d'un fauteuil roulant).</p> <p>-Problèmes résiduels qui sont adressés par les services locaux.</p> <p>-Soins personnels : autonome dans le milieu hospitalier, difficultés possibles pour les transferts au bain ou à l'automobile.</p>
Environnement social	Environnement social	Environnement social
<p>-Vit dans une maison avec escaliers.</p> <p>-Vit seul(e) ou avec un proche qui travaille à temps plein.</p> <p>-Services actuels inadéquats.</p>	<p>-Soins à domicile, support de la famille, proches concernés.</p> <p>-Patient(e) connu(e) du système.</p> <p>-Peut vivre en résidence.</p>	<p>-Non approprié pour supporter les besoins à long terme.</p> <p>-Support à domicile par la famille/soins à domicile.</p> <p>-Patient(e) connu(e) du système.</p>
Plan pour le retour à domicile	Plan pour le retour à domicile	Plan pour le retour à domicile
<p>-Suivi pour les patients en soins palliatifs et sans support.</p> <p>-Espérance de vie limitée avec retour à domicile imminent.</p>	<p>-Retour prévu.</p> <p>-Soins palliatifs.</p>	<p>-En attente d'un transfert en 3^e ligne.</p> <p>-Pas stable médicalement.</p> <p>-Référence faite environ un jour avant le retour à domicile.</p>

Source: Armstrong, C. (2010). Welcome to emergency medicine at the Royal Victoria Infirmery occupational therapy department. Repéré à http://www.northumbria.ac.uk/static/5007/hces/rviemergmed_otpolo.pdf

ANNEXE B
ARBRE DÉCISIONNEL EN SOINS AIGUS [ADAPTATION ET TRADUCTION LIBRES]



Source : Fraser S., Mearns N., Millar A., Murray F. et Wardlaw F. (2005). Occupational therapy best practice guidelines for acute medical services. Repéré à http://www.acutemedicine.org.uk/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=24&Itemid=21

ANNEXE C
CARACTÉRISTIQUES DES PRATIQUES DE L'ERGOTHÉRAPIE À L'URGENCE

	PAYS/CONTINENT			
	CANADA (Veillette et coll., 2007)	AUSTRALIE (Cusick et coll., 2009)	EUROPE (Armstrong, 2010; Fraser et coll., 2005)	ÉTATS-UNIS
CARACTÉRISTIQUES				
Nombre d'années d'expérience de travail en général et à l'urgence (moyenne)	Général : 9,15 ans Urgence : 3,9 ans.	Général : 8,6 ans Urgence : 1,85 ans	Non spécifié	Non spécifié
Champs de travail antérieurs en ergothérapie	Non spécifiés	<ul style="list-style-type: none"> • Neurologie • Médecine générale • Orthopédie • Réadaptation gériatrique • Pratique communautaire • Réadaptation physique • Chirurgie • Oncologie • Urgence • Cardiologie • Soins aigus • Clinique externe • Thérapie de la main • Soins palliatifs • Pédiatrie • Santé mentale 	Non spécifiés	Non spécifiés
Horaire de travail	Non spécifié	Moyenne heures /semaine : 34.22	Non spécifié	Non spécifié

	CANADA	AUSTRALIE	EUROPE	ÉTATS-UNIS
Horaire de travail (suite)		<u>Possibilités</u> <ul style="list-style-type: none"> • Lundi-vendredi 8h-16h (50% des répondants) • 12h par jour durant semaine • 12h par jour durant semaine + 8h-16h la fin de semaine • Samedi-dimanche 8h-16h • Lundi-dimanche 8h-16h • Lundi-vendredi 8h-16h + 4 heures durant fin de semaine • Lundi-vendredi 8h-16h + 6 heures durant fin de semaine • Service de garde sur appel les fins de semaine 		
Rôle principal de l'ergothérapeute	Évaluateur-consultant	Évaluation du fonctionnement avant de se prononcer sur l'orientation des services à adopter	Non spécifié	Non spécifié
Provenance des requêtes	<ul style="list-style-type: none"> • médecin • personnel infirmier • travailleur social • physiothérapeute • diététiste 	<ul style="list-style-type: none"> • téléphone • en personne • par téléavertisseur • par courriel • carnet de requête • dépistage par l'ergothérapeute • tableau d'affichage 		

	CANADA	AUSTRALIE	EUROPE	ÉTATS-UNIS
Modèles de pratique	<ul style="list-style-type: none"> • MCRO (Canadian Association of Occupational Therapists, 1991) • Processus de handicap (Fougeyrollas et coll., 1998) 			
Approches (telles que nommées par les répondants des études)	<ul style="list-style-type: none"> • fonctionnelle • réadaptation 	Non spécifiées	<ul style="list-style-type: none"> • bio-médicale • compensatoire • réadaptation • résolution de problèmes 	centrée sur le client
Perception des compétences requises pour travailler à l'urgence	Non spécifiée	<ul style="list-style-type: none"> • expérience antérieure générale et en soins aigus • habileté à travailler dans un environnement occupé • connaissances linguistiques autres que l'anglais 	<ul style="list-style-type: none"> • habiletés de raisonnement clinique efficaces et efficientes • capacité de trier les références pour assister l'équipe dans la priorisation des cas • évaluation et une planification du congé rapides • capacité d'évaluer le domicile • connaissance des ressources locales • connaissance des conditions médicales aiguës et des protocoles/contreindications (Fraser, Mearns, Millar., Murray et Wardlaw, 2005) 	Non spécifiée

	CANADA	AUSTRALIE	EUROPE	ÉTATS-UNIS
Difficultés rencontrées	<ul style="list-style-type: none"> délais très courts imposés pour répondre aux requêtes environnement inapproprié coordination déficiente entre les divers services professionnels références inappropriées charge mentale élevée manque de temps (priorisation de certains domaines du fonctionnement) 	<ul style="list-style-type: none"> heures de service limitées processus de références manque d'ergothérapeutes à l'urgence manque de données probantes manque d'évaluations standardisées manque de mesures de résultats focalisation sur le congé plutôt que sur la personne coupures de postes manque de ressources financières identité professionnelle incertaine préférence des rôles génériques plutôt spécialisés 		
Forces identifiées	Non spécifiées	<ul style="list-style-type: none"> prévention des admissions travail interdisciplinaire compétences des ergothérapeutes 	Non spécifiées	Non spécifiées
Professionnels présents à l'urgence	<ul style="list-style-type: none"> médecin personnel infirmier travailleur social physiothérapeute diététiste 	<ul style="list-style-type: none"> physiothérapeute travailleur social personnel infirmier orthophoniste diététiste 	<ul style="list-style-type: none"> physiothérapeute travailleur social 	Non spécifiés

	CANADA	AUSTRALIE	EUROPE	ÉTATS-UNIS
Interdisciplinarité/ Multidisciplinarité (suite)	(extrapolation faite à partir des réponses obtenues à la question portant sur la provenance des requêtes d'évaluation à l'urgence adressées aux ergothérapeutes de l'étude de Veillette et coll., 2007)	<ul style="list-style-type: none"> • pharmacien • équipe d'évaluation gériatrique • officiers de liaison pour les communautés aborigènes • neuropsychologues 		
Besoins identifiés	Non spécifiés	<ul style="list-style-type: none"> • équipement supplémentaire • personnel/espace de travail supplémentaire • recherche sur cette pratique • extension des heures de services 	Non spécifiés	Non spécifiés
Présence de lignes directrices	Non	Non	Oui (Fraser et coll., 2005)	Non

ANNEXE D
LETTRE D'INFORMATION



LETTRE D'INFORMATION

Julie Bellemare, Étudiante-chercheure à la maîtrise en ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières

et

Nathalie Veillette, Ergothérapeute, directrice de recherche et professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières

vous invitent à participer au projet de recherche « *Description de la pratique professionnelle actuelle de l'ergothérapie dans les départements d'urgence au Québec* ».

Votre participation à cette recherche, qui vise à mieux connaître la pratique professionnelle de l'ergothérapie à l'urgence au Québec, serait grandement appréciée. Ce projet de recherche a lieu dans le cadre de la rédaction de l'essai critique devant mener à l'obtention de la maîtrise en ergothérapie.

Objectifs

Les objectifs de ce projet de recherche sont de décrire la pratique professionnelle actuelle dans le domaine de l'ergothérapie à l'urgence au Québec, de comparer les résultats obtenus à ceux décrits dans une étude antérieure sur le sujet et d'identifier les besoins et pistes de solutions relatifs à la pratique de l'ergothérapie à l'urgence.

Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de la lire attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.

Tâche

Votre participation à ce projet de recherche consiste à remplir un questionnaire en ligne portant sur la pratique de l'ergothérapie à l'urgence.

Risques, inconvénients, inconforts

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet, soit environ 30 minutes, demeure le seul inconvénient.

Bénéfices

Votre contribution à l'avancement des connaissances au sujet de la pratique de l'ergothérapie à l'urgence au Québec représente le seul bénéfice direct prévu à votre participation. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée par un code numérique associé à chaque questionnaire complété. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'essai critique et d'article scientifique, ne permettront pas d'identifier les participants.

Les données recueillies seront conservées sur un ordinateur dont l'accès est protégé par un mot de passe et les seules personnes qui y auront accès seront l'étudiante-chercheuse et la directrice de recherche. Elles seront détruites en lors de l'obtention du diplôme de maîtrise, via la défragmentation du disque dur de l'ordinateur.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps et ce, sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Julie Bellemare à l'adresse courriel suivante : julie.bellemare@uqtr.ca.

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-12-185-06.10 a été émis le 21/11/2012.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de

l'Université du Québec à Trois-Rivières, au Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.

ANNEXE E
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Engagement de l'étudiante-chercheure

Moi, Julie Bellemare, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, _____[nom du participant]_____, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet *Description de la pratique de l'ergothérapie à l'urgence au Québec* . J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bénéfices éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participante ou participant :	Julie Bellemare, étudiante-chercheure
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

ANNEXE F
QUESTIONNAIRE PORTANT SUR LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE DE
L'ERGOTHÉRAPIE À L'URGENCE AU QUÉBEC

Section 1 / 4: INFORMATIONS RELATIVES À L'ERGOTHÉRAPEUTE
TRAVAILLANT DANS UN DÉPARTEMENT D'URGENCE

1. Quel est votre âge? __ ans
2. Quel est votre sexe?
 - Féminin
 - Masculin
3. Nombre d'**année(s)** d'expérience en ergothérapie (**en général**) : __ an(s)
4. Nombre d'**année(s)** d'expérience en ergothérapie (à l'**urgence**): __ ans
5. Quelles sont vos **expériences de travail antérieures** en ergothérapie?
6. Quelle est votre **formation universitaire** (programme, Université, certificat ou diplôme de cycle supérieur)?
7. Quelles sont, selon vous, les **compétences essentielles** pour travailler à l'urgence en tant qu'ergothérapeute?

Section 2 / 4: INFORMATIONS RELATIVES À LA CLIENTÈLE EN MILIEU
D'URGENCE

- 2.1 Combien de **patients** voyez-vous en moyenne **par jour**? ____ patients
- 2.2 Combien de **patients** voyez-vous en moyenne **par semaine**? ____ patients
- 2.3 Cochez toutes les **raisons de consultation rencontrées** lors de vos évaluations et interventions avec les clients à l'urgence?
 - chutes
 - blessures aux membres supérieurs
 - brûlures
 - orthopédie
 - neurologie

- troubles cognitifs
- personnes âgées de 65 ans et plus
- douleurs au dos
- troubles cardiovasculaires
- problèmes de mobilité
- clientèle pédiatrique
- clientèle en santé mentale
- traumatologie
- autres conditions

2.4 Si vous avez indiqué que vous rencontrez une **clientèle pédiatrique** lors de vos évaluations et interventions à l'urgence, précisez les diagnostics associés à cette clientèle.

2.5 Si vous avez indiqué que vous rencontrez une clientèle en **santé mentale** lors de vos évaluations et interventions à l'urgence, précisez les diagnostics associés à cette clientèle.

2.6 Si vous avez indiqué que vous rencontrez une clientèle en **traumatologie** lors de vos évaluations et interventions à l'urgence, précisez les diagnostics associés à cette clientèle.

2.7 Si vous avez indiqué que vous rencontrez dans votre pratique d'**autres raisons de consultation** qui ne figuraient pas parmi les choix de réponses suggérés, nommez-les ici.

Section 3 / 4: INFORMATIONS RELATIVES AU MILIEU DE PRATIQUE

3.1 Cochez la **région socio-sanitaire** dans laquelle vous exercez.

- Bas-Saint-Laurent
- Saguenay—Lac-Saint-Jean
- Capitale-Nationale
- Mauricie et Centre-du-Québec
- Estrie
- Montréal
- Outaouais
- Abitibi-Témiscamingue
- Côte-Nord

- Nord-du-Québec
- Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine
- Chaudière-Appalaches
- Laval
- Lanaudière
- Laurentides
- Montérégie
- Nunavik
- Terres-Cries-de-la-Baie-James

3.2 Cochez le **type** d'établissement dans lequel vous pratiquez à l'urgence.

- Centre hospitalier (CH)
- Centre hospitalier universitaire (CHU)
- Autre

3.3 Si vous pratiquez dans un **type d'établissement autre** que ceux présentés à la question précédente, précisez de quel type d'établissement il s'agit?

3.4 Nombre de **lits** de l'établissement (approximativement): _____ lits

3.5 Nombre d'**ergothérapeute(s)** dans le département d'urgence: __ ergothérapeut(e)s

3.6 Quel est votre **horaire** de travail habituel à l'urgence?

- Tous les jours de la semaine
- Certains jours précis de la semaine
- La fin de semaine (samedi et/ou dimanche)
- Occasionnellement durant la semaine (sur appel)

3.7 Quel **quart de travail** correspond à votre pratique à l'urgence? Vous pouvez cocher plus d'une réponse, si applicable.

- Heures régulières de jour
- Soir
- Nuit

3.8 Selon vous, est-ce que votre **horaire de travail** (jours, heures) est **adapté** à la clientèle en urgence?

- Oui
- Non

3.9 Si vous trouvez que votre **horaire** n'est **pas adapté** à la clientèle à l'urgence, quel

horaire de travail plus adapté proposeriez-vous?

3.10 Pourcentage du temps travaillé à **l'urgence** (versus d'autres milieux de pratique, comme la pratique sur les étages en milieu hospitalier par exemple): ____ %

3.11 Pourcentage du temps que vous passez à l'urgence qui est strictement consacré aux personnes âgées de **plus de 65 ans** à l'urgence: ____%

3.12 Quels sont les **professionnels** avec lesquels vous collaborez à l'urgence?

3.13 Y a-t-il d'**autres professionnels** avec lesquels il serait pertinent pour vous de collaborer? Si oui, lesquels?

3.14 Quelles sont les **forces** de votre milieu de pratique?

3.15 Quelles sont les **difficultés** ou **limites** rencontrées dans votre milieu de pratique?

3.16 À quelles **sources d'information** faites-vous appel pour maintenir votre pratique professionnelle à jour? Cochez toutes les réponses applicables.

- Formations continues
- Revues professionnelles
- Forums de discussion
- Autres

3.17 Si vous avez mentionné que vous utilisiez des **revues professionnelles** comme sources d'information pour maintenir votre pratique votre pratique professionnelle à jour, nommez-les.

3.18 Si vous avez mentionné que vous utilisiez des **forums de discussion** comme sources d'information pour maintenir votre pratique votre pratique professionnelle à jour, nommez-les.

3.19 Si vous avez mentionné que vous utilisiez des **sources d'information différentes** de celles qui sont mentionnées, nommez ces sources.

3.20 Quel est votre **niveau de satisfaction personnelle** par rapport à votre pratique à l'urgence en général (cochez)?

- très insatisfait
- plutôt insatisfait
- ni satisfait ni insatisfait
- plutôt satisfait
- très satisfait

3.21 À votre connaissance, quelles ont été les raisons ou les motivations pour **démarrer** un service d'ergothérapie à l'urgence?

Section 4 / 4: INFORMATIONS LIÉES À LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE DE L'ERGOTHÉRAPIE À L'URGENCE

Cette section traite des informations générales, des évaluations et des interventions en lien avec la pratique professionnelle de l'ergothérapie à l'urgence.

4.1 Dans quel **lieu spécifique** du département d'urgence les services d'ergothérapie sont-ils prodigués?

4.2 Quel est le nombre approximatif de **références** par semaine en ergothérapie?
_____ références

4.3 De quelles **ressources** (outils/batteries d'évaluation, aides techniques) disposez-vous à l'urgence?

4.4 Quel(s) **modèle(s) de pratique** privilégiez-vous pour votre pratique professionnelle à l'urgence, si applicable (ex. : MCRO, MOH, PPH, CIF, autres modèles à préciser) ?

4.5 Quel(s) **schèmes de référence** privilégiez-vous pour votre pratique professionnelle à l'urgence, si applicable (par exemple : biomécanique, apprentissage moteur, cognitivo-comportemental, etc.) ?

4.6. Quel est votre **rôle principal** à l'urgence (est-il davantage lié à l'évaluation, la consultation, l'intervention, etc.)? Précisez.

4.7 Sur quels **aspects** portent vos **évaluations** à l'urgence (ex. : évaluation des déplacements, de l'autonomie dans les soins personnels, sécurité à domicile, etc.)?

4.8 Quelles **méthodes** favorisez-vous lors de vos **évaluations** à l'urgence (ex. : mises en situation, outils ou portions d'outils, incluant les outils-maison)?

4.9 Quelle est la **provenance** des consultations et/ou demandes d'avis professionnels?
Cochez.

- Médecin
- Infirmière de liaison
- Travailleur social
- Autre

4.10 Si la provenance des consultations et/ou demandes d'avis professionnels que vous recevez ne figurait pas dans les choix de réponses de la question précédente, précisez les sources.

4.11 Sur **quoi** portent les demandes de **consultation** et les demandes d'avis professionnel à l'urgence (exemple : orientation au congé, etc.)?

4.12 Quel **pourcentage** de votre temps de travail à l'urgence consacrez-vous aux **évaluations**? ___ %

4.13 Quel **pourcentage** de votre temps de travail à l'urgence consacrez-vous aux **interventions**? ___ %

4.14 Sur **quoi** portent vos **recommandations** et **interventions** à l'urgence?

- recommandation d'aides techniques
- référence à des services communautaires
- référence à d'autres professionnels
- opinion quant à la possibilité du retour à domicile
- visite du domicile
- autres

4.15 Si vos recommandations et interventions à l'urgence portent sur la **recommandation d'aides techniques**, précisez quelles sont ces aides techniques.

4.16 Si vos recommandations et interventions à l'urgence portent sur la **référence à des services communautaires**, précisez lesquels.

4.17 Si vos recommandations et interventions à l'urgence portent sur la **référence à d'autres professionnels**, précisez qui sont ces professionnels.

4.18 Si vos recommandations et interventions à l'urgence portent sur **d'autres thèmes** que ceux mentionnés dans les choix de réponses, précisez ces thèmes.


4.19 Quelle est la durée moyenne de votre évaluation à l'urgence avec des personnes dont la problématique est **simple**? ___ minutes

4.20 Quelle est la durée moyenne de votre évaluation à l'urgence avec des personnes dont

la problématique est **complexe**? ___ minutes

Créé par Julie Bellemare, étudiante-chercheure, sous la supervision de Nathalie Veillette, erg.
Ph.D.

ANNEXE G
CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

 **Université du Québec à Trois-Rivières**
CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

RAPPORT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE :

Le comité d'éthique de la recherche, mandaté à cette fin par l'Université, certifie avoir étudié le protocole de recherche :

Titre du projet : Description de la pratique de l'ergothérapie à l'urgence au Québec

Chercheurs : Julie Bellemare
Département d'ergothérapie

Organismes :

et a convenu que la proposition de cette recherche avec des êtres humains est conforme aux normes éthiques.

PÉRIODE DE VALIDITÉ DU PRÉSENT CERTIFICAT :

Date de début : 21 novembre 2012 Date de fin : 21 novembre 2013

COMPOSITION DU COMITÉ :

Le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières est composé des catégories de personnes suivantes, nommées par le conseil d'administration :

- six professeurs actifs ou ayant été actifs en recherche, dont le président et le vice-président;
- une personne membre ou non de la communauté universitaire, possédant une expertise dans le domaine de l'éthique
- un(e) étudiant(e) de deuxième ou de troisième cycle;
- un technicien de laboratoire;
- une personne ayant une formation en droit et appelée à siéger lorsque les dossiers le requièrent;
- une personne extérieure à l'Université;
- un secrétaire provenant du Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche ou un substitut suggéré par le doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche.

SIGNATURES :

L'Université du Québec à Trois-Rivières confirme, par la présente, que le comité d'éthique de la recherche a déclaré la recherche ci-dessus mentionnée entièrement conforme aux normes éthiques.


Hélène-Marie Thérien
Présidente du comité


Fanny Longpré
Secrétaire du comité

Date d'émission : 21 novembre 2012

N° du certificat : CER-12-185-06.10
DECSR