

Juin 2005

Participation du personnel non-ergothérapeute à la prestation des services d'ergothérapie

Lignes directrices



Ordre
des ergothérapeutes
du Québec

LIGNES
DIRECTRICES

LIGNES
DIRECTRICES

RECHERCHE, RÉDACTION ET COORDINATION

Louise Tremblay, erg., responsable des services professionnels
de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec

ÉQUIPE DE SOUTIEN

Françoise Rollin, erg.	Présidente de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec
Christiane-L. Charbonneau	Directrice générale et secrétaire de l'Ordre
Marie-Pierre Dufort, erg.	Services professionnels de l'Ordre
Jacques Gauthier, erg.	Services professionnels de l'Ordre
Sonia Paquette, erg.	Services professionnels de l'Ordre (jusqu'en octobre 2004)

COLLABORATEURS

Plusieurs personnes ont contribué, par leur collaboration ou leurs commentaires, à l'une ou l'autre des étapes de la conception de ces lignes directrices.

Les ergothérapeutes exerçant dans les programmes de soutien à domicile qui ont participé aux groupes de discussion :

Nicole Authier	Gérard De Marbre	Johanne Mathon
Marie-France Berthiaume	Carole Dessureault	Caroline Mercille
Marie-Josée Beaulieu	Isabelle Duranleau	Nicole Meunier
Geneviève Benoit	Suzie Duranleau	Marie Morrissette
Michèle Boisvenu	Isabelle Emond	Marie-Christine Poirier
Martine Brousseau	Jasmine Foulem	Caroline Roy
Christine Claveau	Johanne Goulet	Marie-Claude Sauvageau
Lise Côté	Michelle Harnois	Lise St-Arnaud
Hélène Critchley	Brigitte Leboeuf	Estelle Tremblay
Céline Dagenais	Carmen Lefebvre	

Les ergothérapeutes membres du comité sur les pratiques professionnelles :

Claudine Auger	Isabelle Coursol	Sylvie Lapointe
Ginette Biron	Guylaine Dufour	Élaine Tremblay
Lucie Bouvrette		

Droits d'auteur

Le contenu de ce document est la propriété de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec et il est protégé par les lois applicables. La reproduction intégrale d'extraits est interdite, sauf à la suite de l'accord donné par écrit par l'Ordre des ergothérapeutes du Québec ou à moins que telle reproduction partielle ou totale soit faite strictement dans le cadre d'une exception prévue à la Loi sur le droit d'auteur du Canada et avec mention de la source.

Le présent document peut être consulté à la section **publications et logo de l'Ordre** du site Web de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, dont l'adresse est : www.oeq.org

Juin 2005

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Table des matières

Introduction	3
Énoncés de principe	5
L'ergothérapeute, maître d'œuvre des services d'ergothérapie	7
LA COMPÉTENCE DE L'ERGOTHÉRAPEUTE	7
LES OBLIGATIONS LÉGALES LIÉES À L'EXERCICE DE LA PROFESSION	8
LA RESPONSABILITÉ DE L'ERGOTHÉRAPEUTE	9
Les activités professionnelles liées au processus d'intervention ergothérapique	11
LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES DÉCOULANT DU CHAMP D'EXERCICE DE LA PROFESSION	11
LES TÂCHES NON CLINIQUES	12
LES ACTIVITÉS CLINIQUES	12
LES ACTIVITÉS CLINIQUES QUI NE PEUVENT JAMAIS ÊTRE ASSIGNÉES À DU PERSONNEL NON-ERGOTHÉRAPEUTE	13
L'assignation d'activités cliniques reliées au processus d'intervention ergothérapique à du personnel non-ergothérapeute	15
1. LES CONDITIONS PRÉALABLES À L'ASSIGNATION DES ACTIVITÉS CLINIQUES	15
L'organisation clinique du milieu	15
Les qualifications du personnel non-ergothérapeute	15
L'encadrement du personnel non-ergothérapeute	16
2. L'ANALYSE DES FACTEURS DÉTERMINANTS POUR L'ASSIGNATION D'UNE ACTIVITÉ CLINIQUE	16
Les facteurs personnels du client	16
Les composantes de l'activité	17
Les facteurs environnementaux	17
Le risque de préjudice pour le client	17
3. LES CONDITIONS FINALES POUR L'ASSIGNATION DES ACTIVITÉS CLINIQUES	18

La tenue des dossiers professionnels dans un contexte d'assignation d'activités cliniques à du personnel non-ergothérapeute	19
Les structures clinico-administratives et organisationnelles et la gestion de la qualité de l'exercice de la pratique professionnelle	21
LES STRUCTURES CLINICO-ADMINISTRATIVES ET ORGANISATIONNELLES ...	21
LA GESTION DE LA QUALITÉ DE L'EXERCICE DE LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE	21
ORGANISATION CLINIQUE INCLUANT LA PARTICIPATION DE PERSONNEL NON-ERGOTHÉRAPEUTE	
Exemple d'application dans le cadre d'un programme de soutien à domicile à l'égard des besoins d'assistance à la réalisation des soins d'hygiène personnelle	23
LE CONTEXTE	23
DEUX FAÇONS D'APPROCHER LES BESOINS D'ASSISTANCE À LA RÉALISATION DES SOINS D'HYGIÈNE PERSONNELLE	24
DEUX MODÈLES D'ORGANISATION CLINIQUE POUR COMBLER LES BESOINS D'ASSISTANCE À LA RÉALISATION DES SOINS D'HYGIÈNE PERSONNELLE	25
Glossaire	30
Annexe 1 ÉVALUATION DES HABILÉTÉS FONCTIONNELLES	31
Annexe 2 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES EXIGEANT L'APPARTENANCE À L'ORDRE	31
Annexe 3 PROCESSUS D'INTERVENTION ERGOTHÉRAPIQUE	32

Introduction

La mission principale de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (l'Ordre) consiste à assurer la protection du public, notamment en surveillant l'exercice de la profession par ses membres, dans le respect de normes élevées de pratique et de déontologie professionnelles. L'Ordre est donc soucieux de maintenir la qualité des services d'ergothérapie qui sont offerts à la population. Dans ce sens, l'Ordre est sensible aux préoccupations actuelles des ergothérapeutes et de leurs employeurs à l'égard de l'organisation clinique des services d'ergothérapie offerts dans les différents milieux de pratique et de l'accessibilité de ces services. L'Ordre croit qu'à l'heure actuelle, il est dans l'intérêt du public que des mesures soient prises pour assurer à la population du Québec des services d'ergothérapie accessibles, de qualité, sécuritaires, efficaces et efficaces.

Une des mesures envisagées pour favoriser l'atteinte de ces objectifs est la participation de personnel non-ergothérapeute à la prestation des services d'ergothérapie en vue de soutenir l'ergothérapeute dans son intervention. Par *participation du personnel non-ergothérapeute à la prestation des services d'ergothérapie*, l'Ordre entend l'accomplissement d'activités cliniques reliées au processus d'intervention ergothérapique par un membre du personnel d'un milieu dans lequel des services d'ergothérapie sont offerts. L'Ordre considère que ce type d'organisation clinique peut être profitable en autant que celle-ci est balisée par des règles qui assurent en tout temps la sécurité du public et qui respectent les obligations professionnelles des ergothérapeutes. L'Ordre appuie le recours au personnel non-ergothérapeute en autant que l'ergothérapeute demeure le maître d'œuvre des services d'ergothérapie fournis à ses clients, dans les limites de l'offre de services d'ergothérapie du milieu dans lequel il exerce.

Ce document présente des lignes directrices, destinées aux ergothérapeutes, pour l'exercice de la profession dans le cadre d'une organisation clinique intégrant la participation de personnel non-ergothérapeute à la prestation des services d'ergothérapie. Elles reposent sur la responsabilité des ergothérapeutes envers l'assignation d'activités cliniques reliées au processus d'intervention ergothérapique à du personnel non-ergothérapeute et précisent les conditions requises pour que cette assignation puisse être réalisée. Ces lignes directrices se veulent donc un outil à la prise de décision et dans ce sens, elles ne remplacent pas le jugement professionnel¹ que l'ergothérapeute doit exercer dans chaque situation.

Un chapitre de ces lignes directrices est consacré à la présentation de deux modèles d'organisation clinique inter-reliés qui incluent la participation de personnel non-ergothérapeute. L'exemple présenté réfère plus spécifiquement à une situation qui prévaut actuellement dans les programmes de soutien à domicile des centres de santé et de services sociaux (CSSS), dans les installations ayant une mission de services communautaires². Cependant, le modèle d'organisation clinique proposé peut être appliqué dans tous les programmes dans lesquels des services d'ergothérapie sont offerts, en tenant compte des spécificités de chacun d'eux.

1. Dans le présent document, les termes *jugement professionnel* et *jugement* sont employés distinctement selon les situations, conformément aux définitions données par l'Office québécois de la langue française. Ainsi, le terme *jugement professionnel* réfère à « la capacité du membre d'une profession à apprécier une situation sans en connaître tous les éléments avec certitude ou de choisir une ligne de conduite acceptable dans les cas où les normes professionnelles laissent une certaine latitude ». Quant au terme *jugement*, il réfère à « la capacité qu'a une personne de réfléchir avec discernement, perspicacité, finesse et bon sens, sur des choses qui ne font pas l'objet d'une connaissance immédiate certaine, ni d'une démonstration rigoureuse ». *Le grand dictionnaire terminologique de l'Office québécois de la langue française*, 2005.
2. À des fins de simplification, le sigle CLSC sera utilisé dans le document pour faire référence à ces installations.

Énoncés de principe

L'Ordre des ergothérapeutes du Québec soutient que toute organisation clinique des services d'ergothérapie doit reposer sur le fait que l'ergothérapeute est un professionnel de la santé qui doit avoir l'autonomie professionnelle nécessaire pour exercer ses responsabilités à l'égard des services qu'il fournit. Cette autonomie s'exerce dans le respect de la mission du milieu dans lequel les services d'ergothérapie sont offerts, qu'il s'agisse d'une organisation publique ou privée.

L'Ordre soutient que l'ergothérapeute doit demeurer le maître d'œuvre des services d'ergothérapie fournis à ses clients, dans les limites de l'offre de services d'ergothérapie du milieu dans lequel il exerce. Ce principe repose sur le fait que l'ergothérapeute est le seul professionnel qui a la compétence nécessaire pour déterminer les services d'ergothérapie dont une personne a besoin, qu'il a des obligations légales envers ses clients et qu'il assume en tout temps la responsabilité qui en découle.

L'Ordre soutient que l'ergothérapeute doit avoir l'autorité pour déterminer, dans chaque cas, s'il est approprié d'assigner des activités cliniques reliées au processus d'intervention ergothérapique à du personnel non-ergothérapeute. Par *assigner des activités cliniques reliées au processus d'intervention ergothérapique à du personnel non-ergothérapeute*, l'Ordre désigne le fait de confier à ce personnel la réalisation de certaines parties ou composantes de l'intervention ergothérapique.

L'Ordre soutient que l'ergothérapeute qui assigne de telles activités à du personnel non-ergothérapeute doit en assurer l'encadrement clinique. Par *encadrement clinique*, l'Ordre désigne ici un processus par lequel l'ergothérapeute s'assure que le personnel non-ergothérapeute à qui il assigne des activités cliniques est en mesure d'accomplir celles-ci de manière appropriée. Cet encadrement ne signifie pas que le personnel non-ergothérapeute se situe dans

une relation de subordination (employé-employeur) par rapport à l'ergothérapeute.

L'Ordre s'attend à ce que l'ergothérapeute assume sa responsabilité à l'égard de l'administration de sa pratique professionnelle et de la gestion de la qualité de celle-ci³. Plus spécifiquement à l'égard de l'encadrement de sa pratique professionnelle par des structures clinico-administratives et organisationnelles propices à son exercice et à l'égard des conditions optimales permettant d'assurer la qualité de ses services et l'intégrité de ses clients⁴, l'Ordre s'attend à ce que l'ergothérapeute fasse valoir à son employeur ses préoccupations relativement à l'organisation clinique des services d'ergothérapie et qu'il travaille de façon proactive à la résolution des difficultés qui peuvent survenir.

3. Ces deux compétences sont des compétences attendues des ergothérapeutes telles qu'énoncées dans le document *Compétences et responsabilités professionnelles* (OEQ, 2004).

4. Ces deux responsabilités professionnelles correspondent aux responsabilités n° 16 et 22 énoncées dans le document *Compétences et responsabilités professionnelles* (OEQ, 2004).

L'ergothérapeute, maître d'œuvre des services d'ergothérapie

Énoncé de principe. « L'Ordre soutient que l'ergothérapeute doit demeurer le maître d'œuvre des services d'ergothérapie fournis à ses clients. Ce principe repose sur le fait que l'ergothérapeute est le seul professionnel qui a la compétence nécessaire pour déterminer les services d'ergothérapie dont une personne a besoin, qu'il a des obligations légales envers ses clients et qu'il assume en tout temps la responsabilité qui en découle. »

LA COMPÉTENCE DE L'ERGOTHÉRAPEUTE

La compétence professionnelle de l'ergothérapeute lui permet de déterminer les services d'ergothérapie dont une personne a besoin.

L'ergothérapeute est le seul professionnel qui a la compétence nécessaire pour déterminer les services d'ergothérapie dont une personne a besoin.

Cette compétence repose d'abord sur la formation en ergothérapie par laquelle l'ergothérapeute :

- acquiert un vaste ensemble de connaissances pertinentes à l'exercice de la profession, appartenant tant aux sciences biomédicales qu'aux sciences sociales, à la biomécanique, à la psychologie et aux sciences de l'occupation (le *savoir*);
- développe les habiletés nécessaires à l'établissement et au maintien de la relation thérapeutique et des relations interpersonnelles (le *savoir-être*);
- développe les habiletés nécessaires à l'exercice de la profession, c'est-à-dire la maîtrise du processus d'intervention ergothérapique, l'administration de la pratique professionnelle et la gestion

de la qualité de l'exercice de la pratique professionnelle (le *savoir-faire*).

Ensuite, cette compétence repose sur la capacité de l'ergothérapeute à utiliser ses connaissances, ses habiletés et son jugement professionnel lors de la réalisation de ses activités professionnelles.

Par ailleurs, aucune autre catégorie de personnel, professionnel ou non, n'a de formation équivalente à celle des ergothérapeutes ni, de ce fait, n'a la compétence pour déterminer les services d'ergothérapie dont une personne pourrait avoir besoin. Plus spécifiquement concernant le personnel non-ergothérapeute appelé à participer à la prestation des services d'ergothérapie, on trouve, selon les milieux, du personnel dont la formation est de niveau universitaire (kinésologue, éducateur physique, récréologue...); de niveau collégial (éducateur spécialisé, thérapeute en réadaptation physique, technicien en éducation à l'enfance, technicien en loisirs...); ou de niveau secondaire (préposé aux bénéficiaires, auxiliaire familial et social...), cette dernière pouvant être complétée par de la formation en cours d'emploi (moniteur en ergothérapie ou en réadaptation, auxiliaire familial et social⁵...).

La compétence professionnelle est la capacité de l'ergothérapeute à utiliser ses connaissances, ses habiletés et son jugement professionnel pour analyser une situation complexe, définir un problème, solutionner, proposer des actions ainsi qu'interagir avec ses clients et l'environnement du secteur d'activité dans lequel il exerce la profession.

5. L'appellation « auxiliaire familial et social plus » réfère au titre donné, dans certains CLSC, à l'auxiliaire familial et social qui a reçu une formation spécifique pour l'habiliter à effectuer certaines activités cliniques habituellement réalisées par des ergothérapeutes.

LES OBLIGATIONS LÉGALES LIÉES À L'EXERCICE DE LA PROFESSION

Les activités professionnelles de l'ergothérapeute sont soumises à un ensemble de règles et d'obligations qui découlent de l'appartenance de la profession au système professionnel québécois.

Pour déterminer si un ordre professionnel doit ou non être constitué, il est tenu compte d'un ensemble de facteurs que la profession d'ergothérapeute a rencontré⁶ :

- les connaissances qui sont requises pour exercer la profession ;
- le degré d'autonomie dans l'exercice de la profession ;
- le caractère personnel des rapports qui existent entre le professionnel et les personnes recourant à ses services ;
- la gravité du préjudice résultant d'un acte posé par le professionnel ou de son omission ;
- le caractère confidentiel des renseignements que le professionnel est appelé à connaître sur ses clients.

Du fait de l'appartenance de la profession au système professionnel, l'ergothérapeute est soumis aux exigences de la protection du public. Il doit respecter un ensemble d'obligations professionnelles pour lesquelles il est assujéti aux mécanismes de contrôle, à savoir l'inspection professionnelle, le syndic et la discipline. Plus spécifiquement, l'ergothérapeute doit :

- respecter le *Code des professions* ;
- respecter le *Code de déontologie des ergothérapeutes* et les autres règlements de l'Ordre ;

- respecter le secret professionnel⁷ ;
- respecter les normes de pratique professionnelle portant sur : 1) les paramètres de l'exercice de la profession ; 2) l'approche systématique de l'exercice de la profession ; et 3) les obligations inhérentes à l'exercice de la profession⁸ ;
- assurer l'amélioration continue de sa compétence en suivant l'évolution des connaissances pertinentes à l'exercice de la profession par la formation continue et en intégrant ces nouvelles connaissances et habiletés à sa pratique professionnelle.

L'ergothérapeute doit donc s'acquitter avec intégrité de ses obligations professionnelles, démontrer son jugement professionnel dans toutes les situations de sa pratique et utiliser une approche structurée dans la prestation des services qu'il fournit. À défaut, sa compétence pourrait être mise en doute par l'Ordre.

À l'opposé, le personnel non-ergothérapeute qui peut être appelé à participer à la prestation des services d'ergothérapie n'appartient habituellement pas à une profession reconnue par le *Code des professions*. De ce fait, il n'est assujéti ni à des normes de pratique ni aux mécanismes de contrôle énoncés.

Bien que la majorité des établissements du réseau de la santé et des services sociaux se soient dotés d'un code de conduite à l'intention du personnel et des usagers et que l'évaluation du personnel est une responsabilité de l'employeur, il n'en demeure pas moins que le personnel non-ergothérapeute n'est pas soumis aux mêmes exigences que les ergothérapeutes à l'égard de leur travail.

6. *Code des professions*, article 25.

7. Il convient de distinguer le *secret professionnel* de la *confidentialité*. Dans ce document, les définitions données à ces termes par l'Office québécois de la langue française ont été retenues. Le *secret professionnel* est « l'interdiction faite aux professionnels, sous peine de sanctions pénales, de divulguer auprès de tiers tout ce qui concerne ce qu'ils ont pu connaître à l'occasion de l'exercice de leur profession ». La *confidentialité* fait référence à « la propriété d'une information ou de renseignements personnels qui ne doivent pas être divulgués à des personnes ou à des entités non autorisées, sans que des sanctions soient prévues en cas de non-respect ». *Le grand dictionnaire terminologique de l'Office québécois de la langue française*, 2005.

8. Les normes de pratique des ergothérapeutes énoncées dans le document *Compétences et responsabilités professionnelles – Guide de l'ergothérapeute*. (OEQ, 2004) sont regroupées sous ces trois thèmes.

LA RESPONSABILITÉ DE L'ERGOTHÉRAPEUTE

L'ergothérapeute est responsable des services d'ergothérapie qu'il fournit ainsi que de leur impact sur l'état de santé de ses clients. Il ne peut se soustraire à sa responsabilité à l'égard des activités qu'il exerce, des gestes qu'il fait et des décisions qu'il prend dans le cadre de l'exercice de la profession. Il est également redevable de la qualité des services professionnels qu'il rend.

Une faute commise dans le cadre de l'exercice de la profession peut entraîner des poursuites en responsabilité civile ou criminelle devant les tribunaux et en responsabilité professionnelle devant le comité de discipline de l'Ordre.

Dans le cas où l'ergothérapeute assignerait des activités cliniques reliées au processus d'intervention ergothérapique à du personnel non-ergothérapeute, il est imputable :

- de sa décision d'assigner de telles activités ;
- du choix de ces activités ;
- du choix et de la fiabilité des outils qu'il met à la disposition du personnel non-ergothérapeute ;
- de la qualité générale du service d'ergothérapie rendu au client.

Par ailleurs, l'ergothérapeute n'est pas imputable des actes et des gestes posés, ou de leur omission, par le personnel non-ergothérapeute à qui il a assigné une activité clinique reliée au processus d'intervention ergothérapique, à moins que cette faute puisse être reliée à un acte ou à une omission de sa part.

Pour ces raisons, l'ergothérapeute devra s'assurer que le personnel non-ergothérapeute à qui il assigne ces activités cliniques a la formation requise pour la réalisation de l'activité et qu'il l'effectue de manière appropriée.

Le personnel non-ergothérapeute qui participe à la prestation des services d'ergothérapie ne peut donc agir que lorsque l'ergothérapeute a jugé qu'il pouvait en être ainsi et ne peut, en tout ou en partie, déterminer les services d'ergothérapie requis par une personne.

Lorsque l'organisation clinique des services d'ergothérapie intègre du personnel non-ergothérapeute, il ne peut en aucun cas être considéré que l'ergothérapeute et ce personnel sont interchangeable.

L'ergothérapeute est imputable des activités professionnelles qu'il exerce, des gestes qu'il fait et des décisions qu'il prend, incluant celles d'assigner des activités reliées au processus d'intervention ergothérapique à du personnel non-ergothérapeute.

Les activités professionnelles liées au processus d'intervention ergothérapique

LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES DÉCOULANT DU CHAMP D'EXERCICE DE LA PROFESSION

Le *Code des professions*⁹ habilite l'ergothérapeute à exercer l'ensemble des activités professionnelles qui s'inscrivent dans le champ d'exercice de la profession dans le but de favoriser l'autonomie optimale d'une personne, à savoir :

- évaluer les habiletés fonctionnelles¹⁰ d'une personne ;
- déterminer et mettre en œuvre un plan de traitement et d'intervention ;
- développer, restaurer ou maintenir les aptitudes ;
- compenser les incapacités ;
- diminuer les situations de handicap ;
- adapter l'environnement.

Le *Code des professions* précise également les activités professionnelles réservées aux membres de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec¹⁰ :

- procéder à l'évaluation fonctionnelle d'une personne lorsque cette évaluation est requise en application d'une loi ;
- évaluer la fonction neuromusculosquelettique d'une personne qui présente une déficience ou une incapacité de sa fonction physique ;

- prodiguer des traitements reliés aux plaies ;
- décider de l'utilisation des mesures de contention.

Par ailleurs, d'autres activités professionnelles, sans être légalement réservées aux ergothérapeutes, exigent l'appartenance à l'Ordre pour être réalisées. Ces activités sont généralement liées à l'application de lois et de règlements ou à l'accès à des programmes d'aide gouvernementale¹².

Plus spécifiquement à l'égard du processus d'intervention ergothérapique¹³, lequel est entièrement décrit dans le document *Compétences et responsabilités professionnelles – Guide de l'ergothérapeute*, les activités professionnelles dont l'ergothérapeute est responsable sont les suivantes :

- rassembler les informations pertinentes à l'évaluation ;
- procéder à l'évaluation ;
- élaborer et mettre en œuvre un plan d'intervention approprié ;
- assurer la continuité des services ;
- tenir ses dossiers professionnels.

9. Champ d'exercice de l'ergothérapie. *Code des professions*, article 37 o) « Évaluer les habiletés fonctionnelles d'une personne, déterminer et mettre en œuvre un plan de traitement et d'intervention, développer, restaurer ou maintenir les aptitudes, compenser les incapacités, diminuer les situations de handicap et adapter l'environnement dans le but de favoriser une autonomie optimale. » et article 39.4 « L'information, la promotion de la santé et la prévention des maladies, des accidents et des problèmes sociaux auprès des individus, des familles et des collectivités sont comprises dans le champ d'exercice du membre d'un ordre dans la mesure où elles sont reliées à ses activités professionnelles. »
10. Voir l'annexe 1. Évaluation des habiletés fonctionnelles. Extrait du document *Application de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé – Guide de l'ergothérapeute* (OEQ, 2004).
11. Les activités professionnelles réservées énoncées ici sont celles en vigueur au moment de la rédaction de ces lignes directrices (article 37.1, 4^e du *Code des professions*). La nature et la portée de ces activités sont expliquées dans le document *Application de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé – Guide de l'ergothérapeute* (OEQ, 2004). Toutefois, pour l'application de ces lignes directrices, l'ergothérapeute devra inclure toute nouvelle activité professionnelle qui sera ultérieurement réservée aux ergothérapeutes.
12. Voir l'annexe 2. Activités professionnelles exigeant l'appartenance à l'Ordre. Extrait du document *Application de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé – Guide de l'ergothérapeute* (OEQ, 2004).
13. Voir l'annexe 3. Processus d'intervention ergothérapique. Extrait du document *Compétences et responsabilités professionnelles – Guide de l'ergothérapeute* (OEQ, 2004).

Toutes les activités professionnelles de l'ergothérapeute doivent être exercées dans le respect des lois et des règlements pertinents à sa pratique professionnelle¹⁴.

Les activités reliées à la prestation des services d'ergothérapie sont de deux types : les tâches non cliniques et les activités cliniques.

Différentes activités et tâches sont reliées à la prestation des services d'ergothérapie. Il est donc essentiel, avant de parler d'assignation à du personnel non-ergothérapeute, de distinguer les types d'activités ou de tâches qui peuvent être effectuées dans le cadre de l'exercice des activités professionnelles décrites.

LES TÂCHES NON CLINIQUES

Les tâches non cliniques sont celles qui sont liées au soutien logistique de la prestation des services d'ergothérapie. Quoiqu'elles soient nécessaires à la prestation des services d'ergothérapie, elles ne sont pas reliées au processus d'intervention ergothérapeutique lui-même. Elles incluent, mais ne sont pas limitées, aux tâches suivantes :

- la gestion des équipements spécialisés et des aides techniques utilisés par le milieu (enregistrement des prêts, récupération, nettoyage, réparation, inventaire);
- le déplacement des personnes pour qu'elles puissent recevoir les services d'ergothérapie;
- la préparation générale du matériel nécessaire aux activités thérapeutiques;
- le classement et le rangement du matériel utilisé en ergothérapie;
- l'entretien du matériel utilisé à des fins thérapeutiques;
- la préparation et le rangement des espaces de traitement.

Ces tâches sont encore très souvent effectuées, en tout ou en partie, par l'ergothérapeute, et ce, même lorsque les ressources en ergothérapie sont limitées. L'Ordre considère que pour assurer à la po-

pulation des services d'ergothérapie accessibles, efficaces et efficients et avant de recourir à l'assignation d'activités cliniques reliées au processus d'intervention ergothérapeutique à du personnel non-ergothérapeute, le milieu devrait prendre les mesures appropriées pour que les tâches non cliniques soient réalisées par d'autres catégories de personnel que l'ergothérapeute.

Tant que des tâches non cliniques sont effectuées par l'ergothérapeute, aucune activité clinique reliée au processus d'intervention ergothérapeutique ne devrait être assignée à du personnel non-ergothérapeute.

LES ACTIVITÉS CLINIQUES

Les activités cliniques sont celles qui sont réalisées pour le bénéfice de chaque client et qui sont directement reliées au processus d'intervention ergothérapeutique. Elles sont ici scindées en deux catégories : les activités cliniques directes et les activités cliniques indirectes.

Les **activités cliniques directes** sont celles qui impliquent des contacts directs avec le client. Elles incluent mais ne sont pas limitées aux activités suivantes :

- la collecte de données à l'aide d'un formulaire ou d'un questionnaire;
- l'observation structurée du client lors d'une activité ou d'une mise en situation;
- l'évaluation par l'entrevue, la mise en situation ou l'administration de tests;
- la conception et la fabrication d'une orthèse;
- l'utilisation de modalités d'intervention en application du plan d'intervention;
- l'enseignement et l'entraînement à l'utilisation de stratégies compensatoires en vue du développement des habiletés fonctionnelles nécessaires à la réalisation d'activités ou d'habitudes de vie;
- l'essai d'équipement spécialisé ou d'une aide technique et l'entraînement à son utilisation;
- la prise de mesures anthropométriques;

14. Par exemple : Loi sur les services de santé et les services sociaux; Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé; Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels; Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui; Loi sur le curateur public; Code de la sécurité routière; Code civil; règlements de la Société de l'assurance automobile du Québec, de la Régie de l'assurance maladie du Québec, de la Commission de la santé et de la sécurité du travail, de la Société d'habitation du Québec, etc.

- la supervision ou la surveillance du client lors de la réalisation d'une activité ou d'une habitude de vie ;
- la transmission d'informations confidentielles au client (les résultats de l'évaluation, le plan d'intervention ergothérapique, le pronostic, les recommandations...).

Les **activités cliniques indirectes** sont celles qui, quoique réalisées pour le bénéfice du client et directement reliées au processus d'intervention ergothérapique, ne requièrent pas la présence du client. Elles incluent mais ne sont pas limitées aux activités suivantes :

- la collecte de données à l'aide du dossier du client, d'informations données par le demandeur de services ou par un tiers autorisé ;
- la fabrication ou la réparation d'une aide technique ou de certaines parties d'une orthèse ;
- l'adaptation de l'environnement et du matériel nécessaire à la réalisation des activités thérapeutiques pour le client ;
- la prise de mesures d'éléments architecturaux en vue de l'adaptation de l'environnement pour le client ;
- la recherche de ressources communautaires, de ressources de soutien (loisir, hébergement, éducation, travail...);
- la recherche de l'équipement spécialisé et des aides techniques recommandés par l'ergothérapeute et la demande de soumission à des fournisseurs ;
- l'installation d'équipement spécialisé ou d'aide technique dans le milieu de vie ou de travail du client ;
- l'échange d'informations confidentielles à propos du client (demandeur de services, réunions interdisciplinaires, autres professionnels en vue du transfert dans un autre milieu, proches et aidants...);
- la tenue des dossiers professionnels.

LES ACTIVITÉS CLINIQUES QUI NE PEUVENT JAMAIS ÊTRE ASSIGNÉES À DU PERSONNEL NON-ERGOTHÉRAPEUTE

Certaines activités cliniques ne peuvent en aucun temps, en tout ou en partie, faire l'objet d'une assignation à du personnel non-ergothérapeute¹⁵. Il s'agit de :

- les activités professionnelles réservées que l'ergothérapeute peut exercer en vertu du *Code des professions*¹⁶;
- les activités professionnelles qui, sans être légalement réservées aux ergothérapeutes, exigent l'appartenance à l'Ordre des ergothérapeutes du Québec¹⁷;
- l'interprétation de la demande de services en ergothérapie (responsabilité n° 9);
- la détermination du type d'informations à recueillir et des moyens pour les obtenir en vue de procéder à l'évaluation (responsabilité n° 9);
- l'interprétation et l'analyse des résultats de l'évaluation (responsabilité n° 10);
- la détermination des objectifs du plan d'intervention et le choix des modalités appropriées aux objectifs visés (responsabilité n° 12);
- la transmission des résultats de l'évaluation, du plan d'intervention, des opinions et des recommandations de l'ergothérapeute au client, au demandeur de services et à l'équipe interdisciplinaire ;
- la décision de mettre fin à l'intervention ergothérapique (responsabilité n° 12);
- la décision de référer le client à d'autres ressources (responsabilité n° 13).

15. Certaines activités sont énoncées sous la forme d'indicateurs associés à des responsabilités liées au processus d'intervention ergothérapique dans le document *Compétences et responsabilités professionnelles – Guide de l'ergothérapeute* (OEQ, 2004). Lorsque c'est le cas, ces activités sont suivies du numéro de la responsabilité à laquelle elles sont associées.

16. Activités réservées par le *Code des professions*, article 37.1, 4°.

17. Voir l'annexe 2. Activités professionnelles exigeant l'appartenance à l'Ordre. Extrait du document *Application de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé – Guide de l'ergothérapeute* (OEQ, 2004).

L'assignation d'activités cliniques reliées au processus d'intervention ergothérapeutique à du personnel non-ergothérapeute

Énoncé de principe. « L'Ordre soutient que l'ergothérapeute doit avoir l'autorité pour déterminer, dans chaque cas, s'il est approprié d'assigner des activités cliniques reliées au processus d'intervention ergothérapeutique à du personnel non-ergothérapeute. »

Du fait des responsabilités que l'ergothérapeute doit assumer à l'égard des services d'ergothérapie fournis à ses clients et aux fins d'assurer des services d'ergothérapie efficaces et sécuritaires à ceux-ci, il est essentiel qu'un processus d'assignation soit mis en œuvre pour déterminer, dans chaque cas, s'il est approprié de confier à du personnel non-ergothérapeute des activités cliniques¹⁸ reliées au processus d'intervention ergothérapeutique. Ce processus d'assignation s'articule autour :

1. des **conditions préalables** qui doivent être remplies pour que l'ergothérapeute puisse envisager d'assigner une activité clinique ;
2. de l'**analyse des facteurs déterminants** pour l'assignation d'une activité clinique ; et
3. des **conditions finales** qui doivent être remplies pour que l'ergothérapeute puisse assigner une activité clinique.

1. LES CONDITIONS PRÉALABLES À L'ASSIGNATION DES ACTIVITÉS CLINIQUES

L'organisation clinique du milieu

L'assignation d'activités cliniques à du personnel non-ergothérapeute suppose que le milieu qui offre des services d'ergothérapie a mis en place un modèle d'organisation clinique qui inclut la partici-

pation de personnel non-ergothérapeute et qui permet aux ergothérapeutes d'assurer l'encadrement de ce personnel lors de la réalisation de l'activité assignée.

Les qualifications du personnel non-ergothérapeute

En tout temps, l'ergothérapeute doit s'assurer que le personnel non-ergothérapeute à qui il envisage d'assigner une activité clinique reliée au processus d'intervention ergothérapeutique répond aux exigences suivantes.

De manière générale¹⁹ :

- il a reçu l'orientation pertinente sur les éléments essentiels du champ d'exercice de l'ergothérapie : valeurs, objectifs d'intervention et modalités d'intervention ainsi que sur les procédures et le matériel généralement associés au processus d'intervention ergothérapeutique dans le secteur d'activité visé ;
- il est informé des rôles et des responsabilités qui seront généralement attendus de sa part, de même que des limites qui lui seront généralement imposées.

De manière spécifique :

- il a la compétence requise sur le plan des connaissances, des habiletés et du jugement²⁰ pour réaliser l'activité assignée ;
- il a la formation requise pour l'utilisation adéquate et sécuritaire des outils, instruments, matériels ou équipements nécessaires à la réalisation de l'activité assignée ;

18. Les tâches non cliniques ne sont pas considérées comme des activités devant faire l'objet d'une assignation pour être réalisées par du personnel non-ergothérapeute du fait que l'Ordre considère qu'elles ne devraient pas être effectuées par les ergothérapeutes.

19. L'Ordre soutient que les ergothérapeutes doivent participer à l'élaboration du contenu et à la formation du personnel non-ergothérapeute appelé à participer à la prestation des services d'ergothérapie.

20. Voir la note 1 ou le glossaire pour la distinction entre le *jugement professionnel* et le *jugement*.

- il connaît les limites dans lesquelles il peut agir (contre-indications, modifications de l'activité, etc.) pour réaliser l'activité assignée ;
- il connaît les circonstances ou situations dans lesquelles il doit entrer en communication avec l'ergothérapeute responsable du client.

L'encadrement du personnel non-ergothérapeute

Énoncé de principe. « L'Ordre soutient que l'ergothérapeute qui assigne des activités cliniques reliées au processus d'intervention ergothérapeutique à du personnel non-ergothérapeute doit en assurer l'encadrement. »

Les modalités de cet encadrement doivent être définies pour chaque activité assignée. Elles concernent :

*Encadrement :
Processus par lequel
l'ergothérapeute
s'assure que
le personnel non-
ergothérapeute
à qui il assigne des
activités cliniques
reliées au processus
d'intervention
ergothérapeutique
est en
mesure d'accomplir
celles-ci de manière
appropriée.*

- le degré : rapproché, à distance²¹ ;
- la fréquence : modérée, élevée ;
- les limites dans lesquelles le personnel non-ergothérapeute peut agir : contre-indications, modifications de l'activité, etc. ;
- les situations pour lesquelles le personnel non-ergothérapeute doit entrer en communication avec l'ergothérapeute ;
- les mécanismes de communication privilégiés.

2. L'ANALYSE DES FACTEURS DÉTERMINANTS POUR L'ASSIGNATION D'UNE ACTIVITÉ CLINIQUE

L'assignation d'une activité clinique doit relever de la responsabilité de l'ergothérapeute et la décision de recourir à l'assignation repose sur son jugement professionnel²².

Avant d'assigner une activité clinique reliée au processus d'intervention ergothérapeutique à du personnel non-ergothérapeute, l'ergothérapeute doit s'assurer que l'assignation ne compromet ni la sécurité du client ni la qualité des services qui lui seront rendus. À cette fin, les facteurs dont l'ergothérapeute doit tenir compte sont les suivants :

- les facteurs personnels du client ;
- les composantes de l'activité ;
- les facteurs environnementaux ;
- le risque de préjudice pour le client.

Les facteurs personnels du client²³

Les facteurs personnels concernent les caractéristiques appartenant à une personne telles que l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, les systèmes organiques et les aptitudes. Les déficiences des systèmes organiques et les incapacités résultant de la réduction des aptitudes d'une personne affectent la réalisation de ses habitudes de vie.

L'ergothérapeute doit déterminer si les facteurs personnels en présence peuvent affecter l'intervention ergothérapeutique. Ainsi, l'assignation d'activités cliniques directes à du personnel non-ergothérapeute ne devrait pas se faire lorsque les facteurs personnels du client sont :

- une déficience, une incapacité ou une combinaison de celles-ci nécessitant des connaissances et des habiletés approfondies ou l'utilisation d'approches, de techniques ou de stratégies particulières ;
- une déficience, une incapacité ou une combinaison de celles-ci nécessitant un suivi rapproché pendant l'application du plan d'intervention ergothérapeutique pour être en mesure d'ajuster ce plan (objectifs,

21. Par « encadrement rapproché », on entend que la présence sur place de l'ergothérapeute est nécessaire. Par « encadrement à distance », on entend que l'ergothérapeute n'est pas sur place mais est facilement accessible.

22. Voir la note 1 ou le glossaire pour la distinction entre le *jugement professionnel* et le *jugement*.

23. La nomenclature du Processus de production du handicap est utilisée dans cette section.

modalités, fréquence...) à l'évolution de la condition physique ou mentale du client ;

- une condition physique ou mentale instable nécessitant un jugement professionnel continu pendant la durée de la réalisation de l'activité pour être en mesure d'ajuster rapidement l'intervention en fonction des variations de la condition physique ou mentale du client ou de ses réactions ;
- toute autre combinaison de facteurs personnels du client pour laquelle l'ergothérapeute estime nécessaire d'intervenir lui-même.

Les composantes de l'activité

Les composantes de l'activité concernent notamment la nature et la complexité de l'activité à accomplir, les connaissances et les habiletés nécessaires à sa réalisation.

L'ergothérapeute doit déterminer si les composantes de l'activité peuvent affecter l'intervention ergothérapique. Ainsi, de manière générale, l'assignation d'activités cliniques à du personnel non-ergothérapeute peut être envisagée lorsque les conditions préalables (qualifications du personnel non-ergothérapeute et encadrement) sont présentes et que les activités sont, notamment :

- des activités cliniques indirectes ;
- des activités cliniques directes qui consistent en la supervision ou la surveillance du client lorsque ce dernier effectue une activité enseignée au préalable par l'ergothérapeute ;
- des activités cliniques directes qui consistent en l'accompagnement du client lorsque ce dernier réalise une habitude de vie qui représente une situation de handicap pour lui (par exemple : faire l'épicerie, aller à la banque, utiliser le transport en commun, etc.) ;
- des activités cliniques directes qui consistent en l'application d'un programme d'activités thérapeutiques établi par l'ergothérapeute pour un client ou un groupe de personnes ;
- des activités cliniques directes qui consistent, lors de la réalisation d'une tâche ou d'une habitude de vie par le client, à observer et à noter les comportements du client à l'aide d'une grille ou d'un formulaire conçu à cet effet ;

- des activités cliniques directes qui consistent, lors de la réalisation d'une tâche ou d'une habitude de vie par le client, à utiliser un organigramme décisionnel qui ne requiert pas d'exercer un jugement professionnel²⁴ et qui indique clairement les situations où le personnel non-ergothérapeute doit suspendre son intervention et consulter un ergothérapeute.

Les facteurs environnementaux²⁵

Les facteurs environnementaux concernent les caractéristiques de l'environnement physique (nature et importance des barrières architecturales et technologiques) et les caractéristiques de l'environnement socioculturel (réseau et climat familial et social ; valeurs et attitudes personnelles et culturelles) dans lesquels l'activité assignée sera réalisée.

Avant d'assigner une activité clinique à du personnel non-ergothérapeute, l'ergothérapeute doit déterminer de quelle manière les facteurs environnementaux en présence peuvent constituer des obstacles entravant l'accomplissement de l'activité et comment il convient d'y faire face. En présence de tels obstacles, les activités cliniques directes ou indirectes reliées au processus d'intervention ergothérapique peuvent être assignées à du personnel non-ergothérapeute en autant que ce dernier connaisse les mesures de sécurité à appliquer et sache comment contourner ou corriger la situation s'il y a lieu.

Le risque de préjudice pour le client

Le risque de préjudice concerne, tous les facteurs précédents ayant été pris en considération,

- la probabilité qu'un événement dommageable pour le client survienne lors de la réalisation de l'activité clinique ;
- la nature et le caractère d'irréversibilité de l'impact sur le client advenant sa survenance.

24. Par exemple, un organigramme basé sur la présence et l'absence de facteurs ou de situations bien définis, indiquant les actions à entreprendre : un « oui » implique telle action, un « non » implique telle autre action, sans autre alternative possible.

25. La nomenclature du Processus de production du handicap est utilisée dans cette section.

Le tableau suivant (figure 1) illustre les relations existant entre les deux et leur effet sur l'assignation d'une activité clinique à du personnel non-ergothérapeute. L'analyse du risque de préjudice déterminera si l'activité peut être assignée à du personnel non-ergothérapeute.

<p>Forte probabilité Faible impact</p> <p>⇓</p> <p>Assignation de l'activité possible</p>	<p>Forte probabilité Impact important</p> <p>⇓</p> <p>Pas d'assignation de l'activité possible</p>
<p>Faible probabilité Faible impact</p> <p>⇓</p> <p>Assignation de l'activité possible</p>	<p>Faible probabilité Impact important</p> <p>⇓</p> <p>Assignation de l'activité possible</p>

Figure 1. Relation existant entre la probabilité qu'un événement préjudiciable survienne, l'impact sur le client et l'assignation d'une activité clinique²⁶.

Le diagramme ci-dessous (figure 2) représente le processus par lequel l'ergothérapeute détermine s'il est approprié d'assigner à du personnel non-ergothérapeute des activités cliniques reliées au processus d'intervention ergothérapique et les modalités de l'encadrement requis pour la réalisation de l'activité. Les modalités indiquées sont inscrites à titre de balises seulement. Seul le jugement professionnel appliqué à chaque situation permettra de déterminer de manière précise les modalités de l'encadrement.

3. LES CONDITIONS FINALES POUR L'ASSIGNATION DES ACTIVITÉS CLINIQUES

Au terme de son analyse des quatre facteurs énoncés, lorsque l'ergothérapeute décide qu'il peut assigner une activité clinique directe ou indirecte à du personnel non-ergothérapeute, il doit :

- donner au personnel désigné l'information suffisante pour lui permettre d'agir efficacement et de manière sécuritaire dans la réalisation de l'activité assignée ;
- s'assurer que le personnel désigné a la formation requise pour l'utilisation adéquate et sécuritaire des outils, instruments, matériels ou équipements nécessaires à la réalisation de l'activité assignée ;
- examiner sa propre disponibilité lors de la réalisation de l'activité assignée afin d'être en mesure d'assurer l'encadrement défini pour cette activité ;
- indiquer au personnel désigné les limites dans lesquelles il peut agir (contre-indications, modifications de l'activité, etc.) et les circonstances ou situations dans lesquelles il doit entrer en communication avec l'ergothérapeute responsable du client (ou en son absence, avec un autre ergothérapeute) ;
- déterminer et indiquer au personnel désigné le degré et la fréquence de l'encadrement requis pour l'activité assignée ;
- informer le client et obtenir son consentement à l'effet que certaines activités cliniques directes reliées au processus d'intervention ergothérapique seront réalisées par du personnel non-ergothérapeute ;
- indiquer dans son plan d'intervention que du personnel non-ergothérapeute va participer à la réalisation d'activités cliniques directes.

Facteurs personnels du client + composantes de l'activité + facteurs environnementaux			
Degré de risque de préjudice			
<p>Forte probabilité Faible impact</p> <p>⇓</p> <p>Assignation possible</p> <p>Modalités d'encadrement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ encadrement à distance possible ; ■ fréquence élevée ; ■ limites d'intervention bien définies ; ■ situations requérant la communication bien définies. 	<p>Forte probabilité Impact important</p> <p>⇓</p> <p>Pas d'assignation possible</p>	<p>Faible probabilité Faible impact</p> <p>⇓</p> <p>Assignation possible</p> <p>Modalités d'encadrement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ encadrement à distance ; ■ fréquence modérée ; ■ limites d'intervention souples ; ■ situations requérant la communication souples. 	<p>Faible probabilité Impact important</p> <p>⇓</p> <p>Assignation possible</p> <p>Modalités d'encadrement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ encadrement rapproché ; ■ fréquence élevée ; ■ limites d'intervention strictes ; ■ situations requérant la communication strictes.

Figure 2. Analyse des facteurs déterminants menant à la décision d'assigner une activité clinique à du personnel non-ergothérapeute²⁷.

26. Inspiré de *Assigning of Service Components to Unregulated Support Personnel – Practice Guideline*. College of Occupational Therapists of British Columbia, 2004.

27. *Idem*.

La tenue des dossiers professionnels dans un contexte d'assignation d'activités cliniques à du personnel non-ergothérapeute

L'ergothérapeute a la responsabilité d'élaborer et de tenir un dossier professionnel pour chacun de ses clients²⁸.

Dans le cas où l'ergothérapeute a choisi d'assigner une ou des activités cliniques reliées au processus d'intervention ergothérapique à du personnel non-ergothérapeute, il doit indiquer dans le dossier du client quelles **activités cliniques directes** sont assignées, à qui elles sont assignées et quelles modalités d'encadrement sont prévues. Il doit également indiquer qu'il a informé le client de cette assignation et que ce dernier y consent.

Selon les politiques d'accès au dossier des clients dans le milieu où l'ergothérapeute exerce, le personnel non-ergothérapeute auquel sont assignées des activités cliniques reliées au processus d'intervention ergothérapique peut ou non avoir accès à ces dossiers²⁹.

Dans le cas où le personnel non-ergothérapeute a accès au dossier du client pour y inscrire ses notes d'observation, il doit clairement indiquer qu'il agit dans le cadre de la prestation des services d'ergothérapie et quels services il a rendu au client avant de signer chacune de ses notes d'observation. L'ergothérapeute ne doit pas contresigner les notes de ce personnel non-ergothérapeute. Dans ses propres notes ou rapports, l'ergothérapeute tient compte des observations inscrites par le personnel non-ergothérapeute dans le cadre de la prestation des services d'ergothérapie et en indique la source.

Dans le cas où le personnel non-ergothérapeute n'a pas accès au dossier du client, l'ergothérapeute tient compte, dans ses propres notes ou rapports, des observations faites par le personnel non-ergothérapeute. Il doit alors indiquer le nom de la personne qui a fait les observations et dans quel cadre elle a agi.

Aux fins de consigner les observations du personnel non-ergothérapeute, que ce dernier ait ou non accès au dossier du client, l'ergothérapeute peut utiliser des formulaires ou des grilles d'observation conçus à cet effet. Selon les politiques du milieu, ces documents peuvent être versés au dossier du client au même titre que les autres documents utilisés par l'ergothérapeute ou conservés dans le dossier de travail de l'ergothérapeute³⁰.

28. Dans les établissements assujettis à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, le dossier de l'utilisateur est considéré comme tenant lieu de dossier de l'ergothérapeute. Dans toutes les autres situations, l'ergothérapeute doit tenir un dossier professionnel distinct. À cet effet, consulter également le *Règlement sur la tenue des dossiers et des cabinets de consultation d'un membre de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec* et le document *Cadres légal et normatif de la tenue des dossiers en ergothérapie – Guide de l'ergothérapeute* (OEQ, 2004).

29. Habituellement, seul le personnel professionnel ou technique qui fournit des services cliniques directs a accès au dossier du client.

30. Pour les distinctions à faire entre le dossier du client et le dossier de travail de l'ergothérapeute, consulter le document *Cadres légal et normatif de la tenue des dossiers en ergothérapie – Guide de l'ergothérapeute* (OEQ, 2004).

Les structures clinico-administratives et organisationnelles et la gestion de la qualité de l'exercice de la pratique professionnelle

Énoncé de principe. « L'Ordre s'attend à ce que l'ergothérapeute assume sa responsabilité à l'égard de l'administration de sa pratique professionnelle et de la gestion de la qualité de celle-ci. »

LES STRUCTURES CLINICO-ADMINISTRATIVES ET ORGANISATIONNELLES

L'ergothérapeute doit voir à ce que sa pratique professionnelle soit encadrée par des structures clinico-administratives et organisationnelles propices à son exercice³¹ ou, de manière plus générale, à la prestation des services d'ergothérapie dans un milieu donné.

Dans les milieux où du personnel non-ergothérapeute participe à la prestation des services d'ergothérapie, les politiques et procédures en vigueur doivent faire état des règles relatives à cette participation³². Celles-ci doivent inclure les règles spécifiques à l'assignation d'activités reliées au processus d'intervention ergothérapique, notamment celles visant les conditions requises pour que l'assignation des activités cliniques puisse se faire, soit les qualifications et l'encadrement du personnel non-ergothérapeute.

LA GESTION DE LA QUALITÉ DE L'EXERCICE DE LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE

Eu égard à ses rôles dans un milieu donné, l'ergothérapeute doit également assumer un ensemble de responsabilités à l'égard de la gestion de la qualité de sa pratique professionnelle³³ :

- rechercher les conditions optimales permettant d'assurer la qualité de ses services et l'intégrité de ses clients (responsabilité n° 22) ;
- mettre en œuvre les moyens pour assurer le respect de la confidentialité³⁴ (responsabilité n° 23) ;
- développer une pratique basée sur les connaissances scientifiques reconnues (responsabilité n° 24) ;
- ajuster les services offerts en ergothérapie dans le milieu d'exercice pour répondre aux besoins de la clientèle et des demandeurs de services (responsabilité n° 25) ;
- améliorer la qualité de sa pratique professionnelle (responsabilité n° 26).

31. Responsabilité n° 16 dans le document *Compétences et responsabilités professionnelles – Guide de l'ergothérapeute* (OEQ, 2004).

32. Le document *Administration de la pratique professionnelle en ergothérapie – Structures clinico-administratives et organisationnelles*, annexé au document *Cadres légal et normatif de la tenue des dossiers en ergothérapie – Guide de l'ergothérapeute*, fait référence à cet élément.

33. Responsabilités n°s 22 à 26 dans le document *Compétences et responsabilités professionnelles – Guide de l'ergothérapeute* (OEQ, 2004).

34. À cet effet, relire la définition de la confidentialité à la note 7 ou dans le glossaire.

ORGANISATION CLINIQUE INCLUANT LA PARTICIPATION DE PERSONNEL NON-ERGOTHÉRAPEUTE

Exemple d'application dans le cadre d'un programme de soutien à domicile à l'égard des besoins d'assistance à la réalisation des soins d'hygiène personnelle

LE CONTEXTE

L'Ordre a été interpellé tant par des ergothérapeutes que par des gestionnaires à propos de la situation qui prévaut actuellement dans les programmes de soutien à domicile des CLSC, plus spécifiquement à l'égard des besoins d'assistance à la réalisation des soins d'hygiène personnelle. En effet, dans plusieurs CLSC, des auxiliaires familiaux et sociaux sont impliqués dans la détermination des besoins d'assistance, humaine ou technique, pour la réalisation des soins d'hygiène personnelle, et ce, sans qu'un ergothérapeute ait procédé à l'évaluation des habiletés fonctionnelles des personnes demandant une telle assistance et de leur environnement³⁵. Cette situation a pour effet de soulever d'importants questionnements chez les ergothérapeutes.

Historiquement, depuis l'avènement des CLSC dans les années 1980, les ergothérapeutes ont été impliqués dans l'évaluation des habiletés fonctionnelles³⁶ des personnes qui faisaient appel aux services de soutien à domicile. Cette évaluation permet de cerner le degré d'autonomie d'une personne dans la réalisation de ses habitudes de vie et de déterminer les interventions qui permettraient de restaurer ou de maintenir ses aptitudes, de compenser ses incapacités par des moyens de nature comportementale, technologique ou environnementale et de diminuer les situations de handicap qu'elle vit. L'ergothérapeute est alors appelé à se prononcer sur l'aptitude à demeurer à domicile, sur les besoins d'assistance à la réalisation des activités de la vie quotidienne et sur les besoins en services

d'ergothérapie notamment pour la réadaptation fonctionnelle, la recommandation des aides techniques utiles à la réalisation des habitudes de vie, l'apprentissage à leur utilisation et l'adaptation de l'environnement.

Mais la population vieillissante augmente de manière exponentielle et, incidemment, les besoins en services de santé et en services de soutien à l'autonomie aussi. Par ailleurs, les avancées médicales et technologiques permettent à des personnes lourdement handicapées de vivre dans la communauté à la condition que des services de soutien à l'autonomie répondant à leurs besoins soient accessibles. De plus, la diminution de la durée de séjour dans les centres hospitaliers crée une augmentation importante des besoins d'assistance à domicile sur une base temporaire. En conséquence, on assiste à une augmentation significative des demandes de services en ergothérapie pour évaluer les habiletés fonctionnelles des personnes présentant des incapacités aux plans moteur, sensoriel, perceptif, cognitif, intellectuel et comportemental, ainsi que pour déterminer et mettre en place les moyens favorisant la réalisation des habitudes de vie de ces personnes.

On assiste en même temps à une pénurie d'ergothérapeutes dans tous les secteurs d'activités. Les ergothérapeutes exerçant dans les CLSC ne suffisent plus à répondre à ces demandes. Cette situation a pour effet d'allonger le délai d'attente pour recevoir des services d'ergothérapie. Le manque d'accessibilité de ces services pendant des périodes parfois longues n'est pas sans danger pour la santé et la sécurité des personnes et de leurs aidants, qui

35. Selon notre analyse de la situation, il apparaît qu'à l'heure actuelle le personnel non-ergothérapeute le plus souvent utilisé comme ressource dans les CLSC est l'auxiliaire familial et social. Toutefois, plusieurs ergothérapeutes ont rapporté que des thérapeutes en réadaptation physique et même d'autres catégories de personnel étaient impliqués dans ce type d'intervention dans leur milieu.

36. Revoir l'annexe 1. Évaluation des habiletés fonctionnelles. Extrait du document *Application de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé - Guide de l'ergothérapeute* (OEQ, 2004).

doivent composer avec la condition physique et mentale de la personne aidée et l'environnement physique souvent inadéquat.

Ces considérations nous amènent à chercher une façon efficace et efficiente de déterminer, dans les meilleurs délais possibles, les besoins des personnes éprouvant des difficultés dans la réalisation de leurs soins d'hygiène personnelle³⁷. Cette problématique peut être abordée de différentes manières.

DEUX FAÇONS D'APPROCHER LES BESOINS D'ASSISTANCE À LA RÉALISATION DES SOINS D'HYGIÈNE PERSONNELLE

Les difficultés éprouvées dans la réalisation des soins d'hygiène personnelle sont le symptôme d'une perte d'autonomie qui affecte certainement les autres habitudes de vie de la personne pour lesquelles des services d'ergothérapie pourraient être requis

Les assises de ce point de vue sont les valeurs de la profession d'ergothérapeute et la finalité de l'intervention en ergothérapie. L'ergothérapeute valorise avant tout l'engagement de la personne dans les activités humaines. Son intervention a donc pour but de développer, de restaurer et de maintenir l'autonomie optimale des personnes dans la réalisation de leurs habitudes de vie.

Une demande d'assistance à la réalisation des soins d'hygiène personnelle est le signe d'une perte d'autonomie liée à la présence d'une déficience physique ou mentale, d'une incapacité, d'un obstacle environnemental ou d'une situation de handicap. Une évaluation des habiletés fonctionnelles réalisée par un ergothérapeute est donc requise, d'une part, pour mettre en lumière des problématiques de santé physique ou mentale ou des problématiques so-

ciales à la source de cette perte d'autonomie et pour demander au besoin l'intervention d'autres professionnels de la santé. D'autre part, une telle évaluation est requise pour analyser la performance de la personne dans la réalisation de ses différentes habitudes de vie et pour déterminer le plan d'intervention approprié en vue de favoriser l'atteinte d'un degré optimal d'autonomie et d'assurer sa sécurité lors de la réalisation de ses différentes activités de la vie quotidienne.

Dans ce sens, il est légitime pour l'ergothérapeute de soutenir que l'évaluation des habiletés fonctionnelles doit être préalable à la prestation d'un service d'assistance à la réalisation des soins d'hygiène personnelle. Cette façon de faire permet d'agir afin de prévenir une détérioration plus grande des capacités des personnes et leur assure des services qui répondent effectivement à leurs besoins, tant par leur nature que par leur intensité.

Les délais d'attente en ergothérapie peuvent affecter la sécurité des personnes qui auraient besoin d'une assistance, humaine ou technique, à la réalisation des soins d'hygiène personnelle

L'assise de ce point de vue est la volonté d'offrir à la population des services de santé et des services sociaux équitables et accessibles³⁸.

La collecte de données réalisée à l'aide de l'Outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC)³⁹ permet de dresser un profil de l'autonomie des personnes par la collecte de données biopsychosociales minimales et de déterminer le plan d'allocation de services requis par ces personnes. L'évaluation des habiletés fonctionnelles réalisée par un ergothérapeute n'est pas nécessaire dans toutes les situations et les services d'assistance à la réalisation des soins d'hygiène personnelle peuvent être rendus à la suite d'observations faites par du per-

37. Sont exclues les personnes qui sont transférées d'une autre installation du CSSS ou d'un établissement du réseau local de santé et de services sociaux et qui ont reçu des services d'ergothérapie au cours desquels les habiletés fonctionnelles de la personne ont été évaluées et ont fait l'objet de réadaptation et de recommandations. Dans ces cas, les besoins d'assistance et les façons de procéder aux soins d'hygiène personnelle ont habituellement été déterminés et, à moins que la condition physique ou mentale du client ou son environnement aient changé, l'ergothérapeute du CLSC n'a généralement pas à intervenir pour une évaluation des besoins concernant les soins d'hygiène personnelle.

38. *Chez soi : Le premier choix – La politique de soutien à domicile* (MSSS, 2003).

39. L'Outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC), produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux, est largement utilisé dans les CLSC aux fins de dépister diverses problématiques et de dresser un portrait des besoins des personnes en matière de services de santé et de services sociaux. En aucun cas l'Ordre ne considère que cet outil est un instrument de mesure en ergothérapie. Tout au plus permet-il à l'ergothérapeute de cibler les domaines qui nécessiteraient une évaluation plus approfondie en ergothérapie.

sonnel non-ergothérapeute, plus disponible que l'ergothérapeute. L'ergothérapeute interviendra au besoin, en fonction des problématiques affectant l'autonomie qui auront été soulevées, des priorités établies et de sa disponibilité, pour évaluer les habiletés fonctionnelles de la personne et établir un plan d'intervention approprié.

Dans ce sens, il est légitime pour le CLSC de soutenir qu'il doit remplir sa mission en tenant compte des ressources professionnelles et non-professionnelles à sa disposition. Cette façon de faire permettrait d'offrir rapidement un service d'assistance à la réalisation des soins d'hygiène personnelle afin d'assurer la sécurité des personnes et de répondre au besoin immédiat ressenti par la personne elle-même ou par son entourage.

DEUX MODÈLES D'ORGANISATION CLINIQUE POUR COMBLER LES BESOINS D'ASSISTANCE À LA RÉALISATION DES SOINS D'HYGIÈNE PERSONNELLE

Quoiqu'ils reposent sur des préoccupations différentes, chacun de ces points de vue apparaît légitime. Comment peut-on les concilier pour le bénéfice de la personne qui ressent le besoin d'avoir recours aux services de soutien à domicile du CLSC ?

Pour les personnes en perte d'autonomie, c'est souvent la difficulté à réaliser les soins d'hygiène qui déclenche la demande de services de soutien à domicile. De plus, la salle de bain est un des endroits du domicile où les accidents sont les plus fréquents chez ces personnes, avec les risques d'entraîner une plus grande perte d'autonomie. Dans ces conditions, offrir rapidement un service d'assistance à la réalisation des soins d'hygiène personnelle s'avère important pour prévenir une détérioration de la situation.

Malgré cela, l'Ordre considère qu'aux fins de dispenser à la population des services de soutien à domicile appropriés aux besoins réels, une évaluation de la condition de santé de la personne et de la situation qu'elle vit dans son milieu de vie est essentielle. L'évaluation des habiletés fonctionnelles réalisée par un ergothérapeute permet de miser sur le potentiel de la personne tout en lui offrant le soutien humain et technique dont elle a besoin pour la

réalisation de ses différentes habitudes de vie.

L'Ordre a donc développé deux modèles d'organisation clinique, qui peuvent coexister dans un milieu de pratique, applicables aux services de soutien à domicile à l'égard des besoins d'assistance à la réalisation des soins d'hygiène personnelle. Tous deux respectent les normes de pratique des ergothérapeutes et, lorsqu'il y a lieu, les lignes directrices énoncées dans ce document :

- l'intervention du personnel non-ergothérapeute s'inscrit dans le processus d'intervention ergothérapeutique et à ce titre est considérée comme une activité clinique assignée par l'ergothérapeute ;
- l'intervention du personnel non-ergothérapeute est indépendante du processus d'intervention ergothérapeutique et à ce titre n'est pas considérée comme une activité clinique assignée par l'ergothérapeute.

Le modèle d'organisation clinique par lequel l'ergothérapeute a la responsabilité de procéder à l'évaluation des habiletés fonctionnelles et d'assigner une activité clinique à du personnel non-ergothérapeute peut être le seul modèle mis en place dans un milieu de pratique, puisqu'il permet une utilisation efficace et efficiente des ressources utiles en ergothérapie pour répondre aux besoins de toutes les clientèles desservies.

Par contre, lorsque le second modèle d'organisation clinique est mis en place, il doit obligatoirement être relié au premier modèle exposé. En effet, puisqu'il ne répond qu'à une problématique bien circonscrite (dans ce cas, les besoins d'assistance à la réalisation des soins d'hygiène personnelle) et qu'il ne peut être utile qu'avec certaines clientèles et dans des conditions déterminées, il ne peut être le seul modèle d'organisation clinique existant dans un milieu de pratique.

L'intervention du personnel non-ergothérapeute s'inscrit dans le processus d'intervention ergothérapeutique

L'intervention du personnel non-ergothérapeute s'inscrit dans le cadre d'une demande de services pour laquelle l'évaluation des habiletés fonctionnelles d'une personne, plus spécifiquement celles relatives à la réalisation des soins d'hygiène personnelle, est requise. L'ergothérapeute doit

donc procéder à l'évaluation des habiletés fonctionnelles de la personne. Les compétences de l'ergothérapeute lui permettent d'intervenir auprès de toutes les clientèles, présentant des problématiques diverses, de simples à complexes, ainsi que dans tous les types d'environnement, physique et social.

L'évaluation des habiletés fonctionnelles est composée de plusieurs activités cliniques directes et indirectes et l'ergothérapeute doit déterminer si le personnel non-ergothérapeute peut intervenir dans le processus d'intervention ergothérapeutique. Conformément aux lignes directrices décrites dans ce document, l'ergothérapeute doit s'assurer que :

- l'information disponible concernant la situation du client est suffisante pour cerner la problématique à la base de la demande de services. Sinon, il devra recueillir l'information nécessaire à cette fin (responsabilité n° 9);
- les conditions préalables à l'assignation sont remplies, plus spécifiquement les qualifications et l'encadrement du personnel non-ergothérapeute ;
- il est approprié d'assigner une ou plusieurs activités cliniques reliées à cette activité professionnelle. À cette fin, il a appliqué le processus de prise de décision par l'analyse, à partir de l'information disponible, des facteurs personnels du client, des composantes de l'activité, des facteurs environnementaux et du risque de préjudice ;
- les conditions finales à l'assignation sont remplies.

Lorsque l'ergothérapeute prend la décision d'assigner des activités cliniques au personnel non-ergothérapeute il doit, toujours conformément aux lignes directrices :

- déterminer le type d'information à recueillir et les moyens pour l'obtenir en vue de procéder à l'évaluation (responsabilité n° 9);
- assigner au personnel non-ergothérapeute la tâche de recueillir une partie de cette information à l'aide des outils appropriés (responsabilité n° 10). Le choix des outils qu'il met à la disposition du personnel non-ergothérapeute lui incombe. Par exemple une grille conçue pour relever et consigner les éléments pertinents qui doivent être observés ou un organigramme décisionnel qui ne requiert pas d'exercer un jugement professionnel et qui indique clairement la marche à suivre, les décisions à prendre et les situations où le personnel non-

ergothérapeute doit suspendre son intervention et consulter l'ergothérapeute ;

- analyser l'information recueillie (responsabilité n° 10) par le personnel non-ergothérapeute assigné, déterminer si elle est suffisante pour porter un jugement professionnel sur la situation de la personne et au besoin la compléter par les moyens qu'il détermine ;
- déterminer le plan d'intervention approprié : nature (technique et humaine) des services d'assistance à la réalisation des soins d'hygiène personnelle qui doivent être fournis et manière dont ils doivent l'être (responsabilité n° 12);
- rendre compte dans le dossier du client de sa décision d'assigner des activités cliniques et des interventions réalisées par le personnel non-ergothérapeute et par lui-même (responsabilité n° 14);
- assurer le suivi du plan d'intervention et des services requis par le client (responsabilités n° 12 et n° 13).

D'aucune façon l'assignation de telles activités cliniques à du personnel non-ergothérapeute ne peut être considérée comme une déresponsabilisation de l'ergothérapeute à l'égard du processus d'intervention ergothérapeutique. En fonction de l'information obtenue lors de la réalisation des activités cliniques assignées ou ultérieurement alors que les services d'assistance à la réalisation des soins d'hygiène personnelle sont fournis, l'ergothérapeute peut juger qu'il est nécessaire de poursuivre l'évaluation des habiletés fonctionnelles pour les autres habitudes de vie de la personne, au moment où il le juge opportun.

L'ergothérapeute doit faire preuve de jugement professionnel dans chacune de ses décisions et de ses interventions auprès du client et du personnel non-ergothérapeute impliqué dans le processus d'intervention ergothérapeutique.

L'intervention du personnel non-ergothérapeute est indépendante du processus d'intervention ergothérapeutique et est sous la responsabilité de l'employeur

Dans ce modèle d'organisation clinique, l'intervention du personnel non-ergothérapeute est limitée à l'application d'un protocole qui est mis en œuvre par les autorités du CLSC. L'intervention du personnel non-ergothérapeute qui est habilité à appliquer ce protocole ne s'inscrit pas dans le cadre d'une de-

mande de services en ergothérapie. Ce n'est donc pas une activité clinique qui fait partie du processus d'intervention ergothérapeutique et il est certain que ce personnel ne procède pas à l'évaluation des habiletés fonctionnelles de la personne. Les règles et les responsabilités définies par les lignes directrices sur la participation du personnel non-ergothérapeute à la prestation des services d'ergothérapie ne s'appliquent pas.

Les responsabilités qui incombent aux autorités du CLSC sont notamment :

- d'élaborer et de mettre en œuvre un protocole conçu à l'intention spécifique du personnel non-ergothérapeute pour réaliser une activité bien définie (la détermination des besoins d'assistance à la réalisation des soins d'hygiène personnelle et leur mise en œuvre) auprès de clientèles déterminées et bien définies et sous certaines conditions ;
- de déterminer le personnel non-ergothérapeute habilité à intervenir ;
- d'assurer la formation et l'encadrement de ce personnel ;
- de s'assurer que le protocole est appliqué de la manière et aux fins prévues seulement ;
- d'assumer la responsabilité des décisions prises par le personnel qu'il a habilité ;
- de mettre en œuvre les moyens appropriés pour que l'intervention de ce personnel soit consignée au dossier de l'utilisateur ;
- d'assurer un suivi rigoureux du protocole afin d'éviter que ce modèle d'organisation clinique serve à contourner les délais d'attente pour obtenir les services d'ergothérapie, risquant ainsi de causer des préjudices à la personne.

Pour l'expertise qu'il peut y apporter, l'ergothérapeute devrait contribuer à l'élaboration de ce protocole et participer à la formation du personnel habilité.

La responsabilité de l'ergothérapeute est limitée, s'il y a lieu, à sa participation à l'élaboration et à la mise à jour du protocole ainsi qu'à la formation du personnel à son utilisation.

Afin d'assurer la protection des personnes qui font l'objet de ce type d'intervention, le protocole doit faire état :

- des qualifications que doit avoir le personnel non-ergothérapeute habilité à réaliser l'activité ;
- du rôle attendu de ce personnel pour déterminer les besoins des personnes au plan des services d'assistance à la réalisation des soins d'hygiène personnelle seulement ;
- des conditions dans lesquelles ce personnel est habilité à intervenir en appliquant le protocole :
 - les limites des caractéristiques des clientèles visées, notamment les diagnostics, les déficiences, les limitations motrices, les comportements ;
 - les limites des caractéristiques de l'environnement physique (salle de bain) du client ;
 - les limites des caractéristiques de l'environnement humain (aidants) du milieu de vie du client ;
- des moyens qu'il est autorisé à utiliser pour parvenir à la détermination des besoins d'assistance à la réalisation des soins d'hygiène personnelle et y pourvoir, notamment les organigrammes décisionnels, les grilles d'observation, les aides techniques, les méthodes de transfert ;
- des situations pour lesquelles l'intervention de l'ergothérapeute doit être demandée ;
- des mécanismes de communication privilégiés avec l'ergothérapeute.

Ce protocole devrait être assorti des outils appropriés, tels que :

- une grille conçue pour consigner les éléments pertinents devant être observés aux fins de déterminer le besoin d'assistance à la réalisation des soins d'hygiène personnelle ;
- un organigramme décisionnel qui :
 - nécessite l'application du simple jugement de la part du personnel non-ergothérapeute⁴⁰ ;
 - indique clairement les situations où le personnel non-ergothérapeute habilité doit suspendre son intervention et consulter un ergothérapeute ;
 - permet de statuer sur la manière qui apparaît la plus appropriée de fournir l'assistance à la réalisation des soins d'hygiène personnelle : aides techniques et méthodes de transfert à utiliser ;

40. Rappelons que le *jugement* réfère à « la capacité qu'a une personne de réfléchir avec discernement, perspicacité, finesse et bon sens, sur des choses qui ne font pas l'objet d'une connaissance immédiate certaine, ni d'une démonstration rigoureuse » alors que le *jugement professionnel* réfère à « la capacité du membre d'une profession à apprécier une situation sans en connaître tous les éléments avec certitude ou de choisir une ligne de conduite acceptable dans les cas où les normes professionnelles laissent une certaine latitude ».

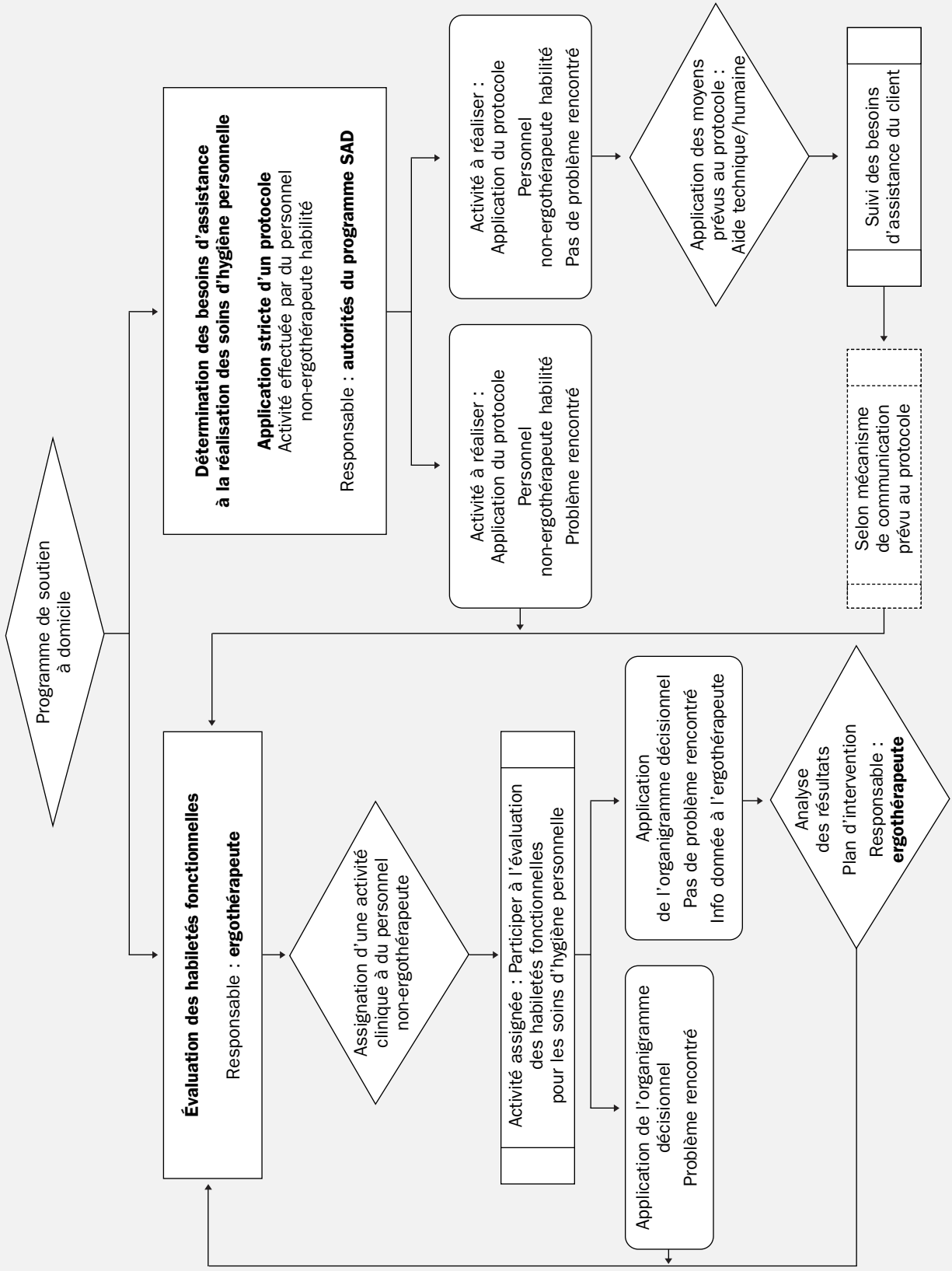
- un guide sur l'enseignement de la méthode de transfert et l'utilisation des aides techniques identifiées par l'organigramme décisionnel.

Comme il ne s'agit pas d'une activité clinique reliée au processus d'intervention ergothérapique, l'ergothérapeute n'a pas à rendre compte dans le dossier du client du travail effectué par le personnel non-ergothérapeute ni à contresigner les décisions issues de leur intervention.

Ce n'est que lors de la survenance d'une situation pour laquelle l'intervention de l'ergothérapeute est demandée que celui-ci sera impliqué auprès du client. À partir de ce moment, l'ergothérapeute devra considérer qu'il s'agit d'une demande de services d'ergothérapie. Dès lors, l'intervention du personnel non-ergothérapeute s'inscrit comme une activité clinique reliée au processus d'intervention ergothérapique et les lignes directrices sur l'assignation d'activités cliniques à du personnel non-ergothérapeute prennent effet de la manière décrite dans le modèle d'organisation clinique précédent.

Le diagramme suivant (figure 3) illustre les deux modèles d'organisation clinique proposés pour répondre aux besoins des clientèles desservies par le programme de soutien à domicile. Il est applicable dans divers milieux ou programmes, en santé physique et en santé mentale, en autant que les activités déterminées sont bien précisées et encadrées.

Figure 3. Modèles d'organisation clinique incluant la participation de personnel non-ergothérapeute



Glossaire

ASSIGNATION D'ACTIVITÉS CLINIQUES RELIÉES AU PROCESSUS D'INTERVENTION ERGOTHÉRAPIQUE À DU PERSONNEL NON-ERGOTHÉRAPEUTE

Confier à ce personnel la réalisation de certaines parties ou composantes de l'intervention ergothérapeutique.

CONFIDENTIALITÉ

Propriété d'une information ou de renseignements personnels qui ne doivent pas être divulgués à des personnes ou à des entités non autorisées, sans que des sanctions soient prévues en cas de non-respect.

ENCADREMENT CLINIQUE

Processus par lequel l'ergothérapeute s'assure que le personnel non-ergothérapeute à qui il assigne des activités cliniques est en mesure d'accomplir celles-ci de manière appropriée. Cet encadrement ne signifie pas que le personnel non-ergothérapeute se situe dans une relation de subordination (employé-employeur) par rapport à l'ergothérapeute.

ENCADREMENT RAPPROCHÉ

Présence de l'ergothérapeute sur les lieux où l'activité clinique assignée est réalisée.

ENCADREMENT À DISTANCE

L'ergothérapeute n'est pas sur les lieux où l'activité clinique assignée est réalisée mais est facilement accessible.

JUGEMENT

Capacité qu'a une personne de réfléchir avec discernement, perspicacité, finesse et bon sens, sur des choses qui ne font pas l'objet d'une connaissance immédiate certaine, ni d'une démonstration rigoureuse.

JUGEMENT PROFESSIONNEL

Capacité du membre d'une profession à apprécier une situation sans en connaître tous les éléments avec certitude ou de choisir une ligne de conduite acceptable dans les cas où les normes professionnelles laissent une certaine latitude.

PARTICIPATION DU PERSONNEL NON-ERGOTHÉRAPEUTE À LA PRESTATION DES SERVICES D'ERGOTHÉRAPIE

Accomplissement d'activités cliniques reliées au processus d'intervention ergothérapeutique par un membre du personnel d'un milieu dans lequel des services d'ergothérapie sont offerts.

SECRET PROFESSIONNEL

Interdiction faite aux professionnels, sous peine de sanctions pénales, de divulguer auprès de tiers tout ce qui concerne ce qu'ils ont pu connaître à l'occasion de l'exercice de leur profession.

Annexe 1

ÉVALUATION DES HABILITÉS FONCTIONNELLES⁴¹

Par « **habiletés fonctionnelles** », on entend la manière dont une personne réalise ses habitudes de vie compte tenu de son état de santé, de ses capacités, de l'environnement dans lequel elle évolue, ainsi que de ses rôles sociaux, de ses valeurs et de ses intérêts.

Par « **évaluer les habiletés fonctionnelles** » on entend que l'ergothérapeute doit, par l'étude des composantes inhérentes à chaque activité et des rapports existant entre elles :

- analyser la performance d'une personne dans la réalisation de ses activités et de ses habitudes de vie ;
- déterminer les facteurs qui influencent cette performance dans le but de les évaluer, ces facteurs représentant plus spécifiquement les caractéristiques personnelles telles que l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, les systèmes organiques et les aptitudes (notamment aux plans sensori-moteur, perceptif, cognitif, intellectuel, comportemental, communicationnel) et l'environnement (les facteurs physiques, socioéconomiques et socioculturels) ;
- utiliser des méthodes et des instruments d'évaluation appropriés ;
- analyser les résultats de son évaluation et porter un jugement clinique sur ceux-ci.

Par « **déterminer et mettre en œuvre un plan de traitement et d'intervention** », on entend que l'ergothérapeute doit :

- transposer l'analyse des résultats de son évaluation sous la forme d'objectifs observables et mesurables, appropriés aux besoins et aux attentes de la personne ;
- déterminer les moyens et les modalités de traitement et d'intervention à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs ;
- appliquer ou assurer l'application du plan de traitement et d'intervention ; et
- ajuster le plan de traitement et d'intervention en fonction de l'évolution de la condition de la personne.

41. Reproduit du document *Application de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé – Guide de l'ergothérapeute* (OÉQ, 2004).

Par « **développer, restaurer ou maintenir les aptitudes** », on entend que l'intervention de l'ergothérapeute vise à optimiser les aptitudes d'une personne pour lui donner la possibilité d'accomplir les activités nécessaires à la réalisation de ses habitudes de vie.

Par « **compenser les incapacités** », on entend que l'intervention de l'ergothérapeute vise à :

- rechercher des moyens compensatoires, de nature comportementale, technologique ou environnementale, et des stratégies d'adaptation appropriés à la condition de la personne ; et
- assurer l'entraînement à l'utilisation de ceux-ci pour que la personne soit en mesure d'exploiter ses aptitudes.

Par « **diminuer les situations de handicap** », on entend que l'intervention de l'ergothérapeute vise à permettre la réalisation des habitudes de vie de la personne en agissant au plan des interactions entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux.

Par « **adapter l'environnement** », on entend que l'intervention de l'ergothérapeute vise à :

- évaluer les caractéristiques de l'environnement physique et social ;
- identifier les facilitateurs et les obstacles à l'accomplissement des habitudes de vie ; et
- agir sur l'environnement à domicile, au travail, à l'école ou ailleurs.

Par « **favoriser une autonomie optimale** », on entend utiliser les forces de la personne et les ressources environnementales (adaptations et aides technologiques ; réseaux social, familial, communautaire et organisationnel), afin de permettre la réalisation des habitudes de vie ou, de manière plus générale, de permettre à la personne de se gouverner par ses propres moyens et de subvenir à ses besoins personnels.

Annexe 2

ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES EXIGEANT L'APPARTENANCE À L'ORDRE

L'utilisation du titre professionnel *ergothérapeute* est réservée aux seuls membres de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec en vertu de l'article 36 o) du *Code des professions*.

Lorsque le titre *ergothérapeute* est utilisé aux fins d'identifier le type d'intervenant autorisé à agir en application de lois, de règlements ou de programmes gouvernementaux, cet intervenant doit nécessairement être membre de son ordre professionnel. Quelques-uns des textes dans lesquels les ergothérapeutes sont identifiés comme étant des professionnels reconnus aux fins d'exercer certaines activités sont nommés ci-dessous.

- *Loi sur l'assurance automobile* ;
- Règlement d'application de la Loi sur l'assurance automobile ;
- *Code de la sécurité routière* ;
- *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* – Recueil des politiques en matière de réadaptation et d'indemnisation ;

- Règlement sur les appareils suppléant à une déficience physique et assurés en vertu de la *Loi sur l'assurance maladie* ;
- Programme d'adaptation de domicile pour personnes handicapées (SHQ) ;
- Programme sur les aides à la vie quotidienne et à la vie domestique (MSSS) ;
- Programme d'attribution des ambulateurs (MSSS) ;
- Programme d'attribution des triporteurs et quadriporteurs (MSSS) ;
- Programme d'attribution des tricycles et vélos adaptés (MSSS) ;
- Programme des aides techniques à la communication – Guide d'attribution (MSSS).

Pour en savoir davantage concernant ces textes, consultez le document *Application de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé – Guide de l'ergothérapeute* (OÉQ, 2004).

Annexe 3

PROCESSUS D'INTERVENTION ERGOTHÉRAPIQUE

Sont reproduits ici, à partir du document *Compétences et responsabilités professionnelles – Guide de l'ergothérapeute*, les responsabilités professionnelles attendues des ergothérapeutes à l'égard du processus d'intervention ergothérapeutique et les principaux comportements qui sont attendus à cet égard.

COMPÉTENCE : MAÎTRISER LE PROCESSUS D'INTERVENTION ERGOTHÉRAPIQUE

Responsabilité n° 9

Rassembler les informations pertinentes à l'évaluation.

Indicateurs essentiels :

- précise les motifs de la demande de service ;
- identifie le type d'informations à recueillir et les moyens pour les obtenir en vue de procéder à l'évaluation ;
- obtient le consentement du client avant de procéder à l'évaluation.

Responsabilité n° 10

Procéder à l'évaluation et à l'analyse des résultats.

Indicateurs essentiels :

- utilise des méthodes d'évaluation appropriées à sa clientèle ;
- utilise des instruments de mesure appropriés à sa clientèle ;
- analyse les résultats de l'évaluation.

Responsabilité n° 11

Impliquer le client dans le processus d'intervention ergothérapeutique.

Responsabilité n° 12

Élaborer et mettre en œuvre un plan d'intervention approprié.

Indicateurs essentiels :

- formule de façon claire et précise des objectifs appropriés au mandat, à la demande de services, à l'analyse des résultats d'évaluation et aux attentes du client ;
- choisit et applique les approches théoriques appropriées ;
- choisit les modalités d'intervention appropriées aux objectifs visés, ainsi que les méthodologies ou les protocoles qui leur sont liés ;
- obtient le consentement du client en vue de l'application du plan d'intervention ;
- applique les modalités d'intervention choisies ;
- formule des conclusions, des recommandations appropriées au mandat, à la demande de services, aux objectifs identifiés et à l'analyse des résultats des évaluations.

Autres indicateurs pertinents :

- détermine la fréquence, l'échéancier des interventions ;
- identifie les parties du plan d'intervention qui peuvent être réalisées par du personnel non-ergothérapeute et en assure l'encadrement lorsque requis ;
- cadre son plan d'intervention ergothérapeutique avec le plan d'intervention interdisciplinaire et l'ajuste au besoin ;
- valide son intervention auprès de son client ;
- évalue et révisé au besoin le plan d'intervention ;
- justifie les modifications apportées au plan d'intervention ;
- prépare le client à la fin de l'intervention.

Responsabilité n° 13

Assurer la continuité des services requis par le client.

Responsabilité n° 14

Élaborer et tenir des dossiers professionnels.

Indicateurs essentiels :

- rend compte de la demande de services ;
- rend compte des méthodes et des instruments d'évaluation choisis selon les approches théoriques sélectionnées ;
- rend compte des résultats de l'évaluation et de leur analyse ;
- rend compte des discussions (avec le client, le demandeur de services, d'autres intervenants, etc.) pertinentes à l'intervention ;
- rend compte du plan d'intervention et de ses modifications selon les approches théoriques sélectionnées : objectifs et modalités d'intervention ;
- rend compte des services professionnels rendus ;
- rend compte de la fin de l'intervention : atteinte des résultats, conclusions, recommandations et suivi.



Ordre
des ergothérapeutes
du Québec

OEQ

2021, av. Union, bureau 920
Montréal, Québec H3A 2S9
Téléphone : (514) 844-5778 ou 1 800 265-5778
Télécopieur : (514) 844-0478

www.oeq.org