



Ordre
des ergothérapeutes
du Québec

Position de l'Ordre des
ergothérapeutes du Québec
sur les services de soutien
à domicile : huit conditions
pour une dispensation optimale
de services aux aînés, en temps
opportun et en continuité

Juin 2017

ORDRE DES ERGOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC

MISSION

En vertu des dispositions du Code des professions, l'Ordre des ergothérapeutes du Québec assure la protection du public. À cet effet, l'Ordre encadre l'exercice de la profession et soutient le développement des compétences des ergothérapeutes favorisant ainsi la qualité des services. L'Ordre valorise également l'ergothérapie dans l'intérêt du public.

VISION

L'Ordre des ergothérapeutes du Québec est reconnu comme étant la référence en matière de compétence, d'intégrité et d'expertise des ergothérapeutes ainsi qu'à l'égard de la qualité des services qu'ils offrent à la population. Fort de sa crédibilité, de la cohérence de ses actions et de l'excellence de ses pratiques, l'Ordre agit et collabore avec leadership au sein du système professionnel.

CHAMP D'EXERCICE DE L'ERGOTHÉRAPEUTE

Le champ d'exercice de l'ergothérapeute consiste à évaluer les habiletés fonctionnelles, à déterminer et à mettre en œuvre un plan de traitement et d'intervention, à développer, à restaurer ou à maintenir les aptitudes, à compenser les incapacités, à diminuer les situations d'handicap et à adapter l'environnement dans le but de favoriser l'autonomie optimale de l'être humain en interaction avec son environnement.

Table des matières

Introduction	3
Mise en contexte.....	3
Les engagements du ministre et des présidents-directeurs généraux	4
Champs d'exercice et activités professionnelles des ergothérapeutes	5
Le champ d'exercice des ergothérapeutes.....	5
Les activités réservées aux ergothérapeutes.....	5
Les principales activités professionnelles des ergothérapeutes.....	6
Connaître la clientèle de leur territoire et assurer une réponse adaptée à ses besoins en matière de soutien à domicile	7
Condition n° 1 : Favoriser une approche axée sur la prévention et sur la promotion de la santé, à l'échelle individuelle, de groupe, communautaire et populationnelle.....	7
Condition n° 2 : Favoriser la participation sociale dans un contexte de prévention de l'incapacité et promotion de la santé.....	10
Condition n° 3 : Assurer la primauté d'une évaluation globale rigoureuse des besoins réels des aînés dans une perspective à long terme.....	11
Condition n° 4 : S'assurer que toute personne présentant des difficultés liées à son autonomie et à sa participation sociale bénéficier d'une évaluation de ses habiletés fonctionnelles réalisées par un ergothérapeute en vue de définir un plan d'intervention individualisé centré sur ces éléments.....	14
Condition n° 5 : S'assurer de fournir des interventions personnalisées en ergothérapie visant l'autonomie et la participation sociale des aînés à domicile basées sur les résultats de l'évaluation des habiletés fonctionnelles.....	15
Condition n° 6 : Assurer une offre de services adaptée aux aînés atteints de troubles neurocognitifs et à leurs proches aidants.....	18
Offrir un accompagnement personnalisé aux personnes qui requièrent des services de soutien à domicile et à leurs proches aidants	19
Condition n° 7 : S'assurer de fournir des interventions personnalisées en ergothérapie visant le soutien des proches aidants.....	20
Assurer la planification précoce du congé en collaboration avec les médecins et les autres établissements afin de ne pas compromettre ou retarder le retour à domicile, et ce, en repérant les usagers instables et en les référant au soutien à domicile en temps opportun ainsi qu'en planifiant le congé dès l'admission	21
Condition n° 8 : Assurer, dès l'admission, une évaluation des risques de déclin fonctionnel de l'aîné par un ergothérapeute.....	21
Autres thèmes	22
Les indicateurs de mesure.....	22
L'importance de l'approche patient-partenaire et de la collaboration interprofessionnelle.....	22
Les services contribuant globalement au soutien à domicile.....	23
Conclusion	23
Les huit conditions pour une dispensation optimale de services aux aînés, en temps opportun et en continuité	25
Remerciements	26

Mise en contexte

Quel que soit leur condition de santé, les personnes vieillissantes souhaitent demeurer dans leur communauté le plus longtemps possible en conservant une qualité de vie optimale, notamment par le maintien d'une vie active et leur participation à des activités significatives incluant leur participation sociale. Pour ce faire, l'implantation d'un réseau de soutien de qualité et bien orchestré est une condition essentielle. D'ailleurs, la tenue du Forum sur les meilleures pratiques en soutien à domicile (ci-après appelé le forum SAD) qui a eu lieu les 25 et 26 mai derniers en présence des principaux partenaires concernés, dont l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ), démontre l'importance de cet enjeu. Ainsi, l'OEQ tient à saluer les engagements pris en ce sens à l'issue de ce forum par le ministre de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les dirigeants des divers centres intégrés de santé et services sociaux (CISSS) ou centres intégrés universitaires de santé et services sociaux (CIUSSS) et est soucieux d'apporter sa collaboration en vue de contribuer à l'atteinte de ces engagements. En ce sens, le MSSS pourra compter sur l'appui de l'OEQ inspiré par sa mission de protection et d'intérêt du public. De plus, l'OEQ se réjouit de la volonté du MSSS de s'inspirer, dans sa démarche, des meilleures pratiques en place au Québec et des données scientifiques applicables. En effet, cela concorde parfaitement avec la propre volonté de l'OEQ de s'assurer de la qualité des services rendus à la population par les ergothérapeutes dans ce domaine et de les soutenir dans l'adoption des meilleures pratiques dans leur milieu clinique (voir la planification stratégique 2015-2020 de l'OEQ¹). Le présent document vise donc à exposer l'apport des ergothérapeutes en réponse à cet enjeu, et ce, dans la mesure où ils seront invités à occuper pleinement le champ d'exercice de l'ergothérapie.

Dans le cadre de la consultation des partenaires nationaux du ministère de la Santé et des Services sociaux sur le soutien à domicile et les CHSLD, l'OEQ a soumis le document *Réponse de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec à la consultation des partenaires nationaux du ministère de la Santé et des Services sociaux – Soutien à domicile et CHSLD (2016)*² en mettant de l'avant les soins et services en CHSLD, en continuité avec le forum ayant eu lieu sur le même thème en novembre dernier. Ainsi, les soins et services en soutien à domicile n'ont été abordés que brièvement. Par conséquent, le présent document vient préciser et compléter le document précité, à la lumière des orientations ministérielles prises au terme du forum SAD.

Tel que mentionné au document *Réponse de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec à la consultation des partenaires nationaux du ministère de la Santé et des Services sociaux - soutien à domicile et CHSLD (2016)*³, les ergothérapeutes sont présents en grand nombre en soutien à domicile, tant sur le plan clinique qu'en recherche et en gestion, et ce, à l'étendue de la province. L'OEQ et ses membres sont bien aux faits des défis contemporains que représentent l'adaptation de l'offre de services à une population vieillissante et dont la complexité des problèmes de santé est sans cesse croissante. Des enjeux d'autonomie, de participation

¹ Ordre des ergothérapeutes du Québec. Plan stratégique 2015-2020. Ordre des ergothérapeutes du Québec. Plan stratégique 2015-2020. <http://www.oeq.org/a-propos-de-l-ordre/l-organisation/plan-strategique-2015-2020.html>

² Ordre des ergothérapeutes du Québec (2016). *Réponse de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec à la consultation des partenaires nationaux du ministère de la Santé et des Services sociaux - Priorités du ministre 2016-2017 - Soutien à domicile et CHSLD*, 29 p.

³ Idem

sociale⁴, de prévention et promotion de la santé et de bientraitance⁵ des aînés sont présents dans leur milieu de vie⁶ et l'ergothérapeute est un professionnel de premier plan pour offrir une intervention la mieux adaptée à leurs situations particulières. D'ailleurs, la variété des sujets de recherche investis par les chercheurs en ergothérapie, dont plusieurs sont subventionnés par des organismes reconnus⁷, donne un aperçu de l'étendue de la contribution des ergothérapeutes auprès de cette population. Parmi ces sujets, on retrouve notamment la promotion de la santé, la prévention des chutes, l'évaluation de l'inaptitude, la sécurité à domicile, la participation sociale et les enjeux d'accessibilité, la réadaptation, le soutien à domicile, l'utilisation des technologies et des aides techniques, le soutien aux aidants, la conduite automobile ainsi que les troubles neurocognitifs et leurs influences sur les activités de la vie quotidienne.

Les engagements du ministre et des présidents-directeurs généraux

L'évaluation et l'intervention issues de l'expertise des ergothérapeutes s'inscrivent parfaitement dans les engagements du MSSS pour soutenir les établissements dans la mise en place des meilleures pratiques en SAD. Ainsi, les activités professionnelles des ergothérapeutes sont essentielles pour réaliser les engagements des présidents-directeurs généraux des CISSS et CIUSSS (ci-après appelés PDG) visant à :

- connaître la clientèle de leur territoire et à assurer une réponse adaptée à ses besoins en matière de soutien à domicile ;
- offrir un accompagnement personnalisé aux personnes qui requièrent des services de soutien à domicile et à leurs proches aidants ;
- assurer la planification précoce du congé en collaboration avec les médecins et les autres établissements afin de ne pas compromettre ou retarder le retour à domicile, et ce, en :
 - repérant les usagers instables et en les référant au soutien à domicile en temps opportun;
 - planifiant le congé dès l'admission.

Le présent document démontre l'importante contribution de l'ergothérapeute à la mise en place des meilleures pratiques soutenant la réalisation des engagements du MSSS et des PDG. Plus précisément, il décrit le rôle essentiel joué par l'ergothérapeute pour favoriser la bientraitance, la participation sociale et l'autonomie fonctionnelle et décisionnelle des aînés. Le présent document énonce certaines pratiques probantes en ergothérapie et, dans certains cas, les recommandations de guides de pratiques internationaux. En outre desdits engagements, d'autres thèmes liés aux services offerts dans les programmes de soutien à domicile et mentionnés lors du forum sont également discutés.

⁴ Selon Levasseur, Richard, Gauvin et Raymond (2011), on définit généralement la participation sociale par l'implication de la personne dans des activités en interaction avec les autres, dans la société ou dans la communauté. [Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L. et Raymond, E (2011). Aînés : vous avez dit participation sociale ? *La santé de l'homme*. N° 411 (janvier-février 2011), p 27-28. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-homme-411.pdf>]

⁵ Le MSSS (2013) a retenu la définition suivante de la bientraitance, telle qu'elle a été élaborée par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (France) : La bientraitance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant à l'esprit le risque de maltraitance. Elle ne se réduit ni à l'absence de maltraitance, ni à la prévention de la maltraitance. La bientraitance se caractérise par une recherche permanente d'individualisation et de personnalisation de la prestation. Elle ne peut se construire au sein d'une structure donnée qu'au terme d'échanges continus entre tous. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2013). [*Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées*. Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 471 p.]

⁶ Aux fins de la présente, le terme milieu de vie englobe à la fois le domicile et la communauté.

⁷ tels l'institut de recherche en santé du Canada (IRSC), le fond de recherche du Québec - Santé (FRQS), le fond de recherche société et culture Québec, le conseil de recherche en sciences humaines (CRSH).

Champ d'exercice et activités professionnelles des ergothérapeutes

Avant de décrire l'apport de l'ergothérapeute aux services offerts aux aînés dans leur milieu de vie⁸, il convient de mentionner les principes généraux guidant sa pratique professionnelle.

Le champ d'exercice des ergothérapeutes

Le champ d'exercice des ergothérapeutes, tel qu'il est défini à l'article 37. o) du Code des professions est :

« Évaluer les **habiletés fonctionnelles⁹ 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 l'autonomie optimale** de l'être humain en interaction avec son environnement. »¹⁰

De plus, l'article 39.4. du Code des professions ajoute à ce champ d'exercice une deuxième partie commune à toutes les professions du domaine de la santé et des services sociaux :

« L'information, la promotion de la santé et la prévention du suicide, de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux auprès des individus, des familles et des collectivités font également partie de l'exercice de la profession du membre dans la mesure où elles sont reliées à ses activités professionnelles. »

Les activités réservées aux ergothérapeutes

De manière particulière, parmi les activités professionnelles réservées que peuvent exercer les ergothérapeutes en application de l'article 37.1., 4° du Code des professions, on trouve les activités suivantes applicables à la situation des aînés vivant à domicile :

- 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 présentant une déficience ou une incapacité de sa fonction physique ;
- Prodiguer des traitements reliés aux plaies ;
- Décider de l'utilisation des mesures de contention ;
- Décider de l'utilisation des mesures d'isolement dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris ;
- Évaluer une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité.

⁸ Aux fins de la présente, le terme milieu de vie englobe à la fois le domicile et la communauté

⁹ Par « habiletés fonctionnelles », on entend la manière dont une personne (ou un groupe de personnes) réalise ses habitudes de vie (soins personnels, nutrition, déplacements, responsabilités, vie communautaire, communication et relations interpersonnelles, loisirs, etc.) 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 (Ordre des ergothérapeutes du Québec (2004). *Application de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé - Guide de l'ergothérapeute*).

¹⁰ La sélection en gras est la nôtre.

Les principales activités professionnelles des ergothérapeutes

De manière générale, et sans pour autant constituer une liste exhaustive, les activités professionnelles suivantes sont réalisées par les ergothérapeutes :

- l'évaluation des habiletés fonctionnelles de la personne qui inclut l'analyse de la répercussion des symptômes, des déficiences, des incapacités et des problématiques environnementales sur l'autonomie de la personne et sur sa sécurité ;
- l'intervention en vue du développement, de l'amélioration, de la restauration ou du maintien des aptitudes (p. ex. : la motricité, les capacités cognitives) nécessaires aux personnes pour l'accomplissement de leurs occupations (p. ex. : les soins personnels, l'alimentation, l'entretien du domicile) et pour leur participation à des activités significatives (p. ex. : la conduite automobile, les loisirs, les activités sociales, familiales et communautaires) ;
- l'intervention en vue de diminuer les situations de handicap, notamment en adaptant l'environnement physique ou les activités à réaliser, en déterminant le niveau et la nature de l'aide requise, en termes d'aide humaine, d'aides techniques ou d'équipements spécialisés ;
- l'intervention en vue d'optimiser la participation sociale et l'organisation de l'environnement socioculturel de l'individu afin qu'il puisse répondre à ses besoins ;
- l'enseignement et le soutien à la famille, aux intervenants et aux aidants afin d'assurer une participation optimale de la personne dans ses occupations ;
- la prévention et la promotion de la santé, notamment par la prévention du déclin fonctionnel et par la promotion de la participation sociale des aînés (incluant l'éducation à la santé), avec ou sans incapacité, et leur engagement dans des activités qui leur sont significatives afin de favoriser une meilleure qualité de vie dans leur communauté, de maintenir leur niveau d'autonomie et leur santé physique et mentale, contribuant ainsi à leur bien-être.

Par ailleurs, les ergothérapeutes sont parfois appelés à contribuer à l'établissement d'un diagnostic médical, d'un trouble mental ou d'un trouble neuropsychologique (p. ex. : par l'évaluation des habiletés fonctionnelles utile pour déterminer la présence de troubles neurocognitifs). Ils participent à l'élaboration et à la réalisation du plan d'intervention interdisciplinaire. Finalement, l'ergothérapeute peut jouer divers rôles dans l'équipe interdisciplinaire, notamment celui d'intervenant-pivot où sa formation de nature biopsychosociale fait de lui un intervenant tout désigné pour ce rôle.

Activités professionnelles contributives des ergothérapeutes aux engagements des présidents-directeurs généraux

Les activités professionnelles des ergothérapeutes contributives à la réalisation des engagements des présidents-directeurs généraux sont présentées ci-après et disposées en rubrique sous l'engagement auquel ils se rapportent.

Connaître la clientèle de leur territoire et assurer une réponse adaptée à ses besoins en matière de soutien à domicile

Tel que mentionné par le MSSS, sa volonté est d'adapter l'offre de service aux besoins des aînés à risque ou en perte d'autonomie. En vue de contribuer à l'adaptation des soins et services aux spécificités de la clientèle aînée, incluant le repérage des personnes vulnérables ou à risque quant à leur maintien sécuritaire dans leur milieu de vie¹¹, l'OEQ considère que les conditions suivantes sont essentielles.

Condition n° 1 Favoriser une approche axée sur la prévention et sur la promotion de la santé, à l'échelle individuelle, de groupe, communautaire et populationnelle

L'importance d'agir en prévention et en promotion de la santé (PPS) chez les aînés est largement démontrée. D'ailleurs, lors du forum SAD, la plupart des présentateurs en ont fait mention. À cet égard, la [pyramide de Kaiser](#), dont la base est globalement représentée par les interventions de prévention générale et de promotion de la santé a été abordée à plus d'une reprise. De plus, lors de sa conférence au forum SAD, M. Yves Couturier¹², Ph. D., a fait lui aussi ressortir quelques principes fondamentaux des services de soutien à domicile, notamment à l'effet que :

- une approche de soins **axée sur les capacités** a plus d'impact sur la santé de la population que les approches curatives ;
- une **approche populationnelle** est de mise, affirmation également partagée par Mme Cathy Bérubé, gestionnaire du réseau de la santé et des services sociaux et également présentatrice audit forum ;
- des services de soutien à domicile forts et **préventifs** permettent d'éviter les hospitalisations et ses effets indésirables (ex.: syndrome d'immobilisation et déclin fonctionnel).

De plus, cet expert indiquait que la plus grande portion des soins professionnels alloués aux personnes ayant des maladies chroniques est dévolue à seulement 3 à 5 % de la population, mettant ainsi de l'avant l'importance de la prévention des incapacités et de la promotion de la santé (PPS). En vue de faire face à la croissance des besoins et des demandes au soutien à domicile, il importe donc d'offrir à ces personnes des opportunités de maintenir leur santé le plus longtemps possible ou d'en prévenir la détérioration. C'est d'ailleurs ce que prévoit le régime de services de santé et de services sociaux québécois qui a pour but **le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie**¹³.

Par conséquent, **ces interventions en PPS doivent être intégrées au continuum de soins et services** et, ainsi, permettre qu'en bénéficie :

- la population vulnérable ou à risque, en vue de prévenir l'incapacité ou retarder son apparition.

¹¹ Aux fins de la présente, le terme milieu de vie englobe à la fois le domicile et la communauté

¹² Professeur-chercheur en travail social, directeur scientifique du Réseau de connaissances en services et soins de santé intégrés de première ligne et titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les pratiques professionnelles d'intégration des services en gérontologie

¹³ QUÉBEC, Loi sur les services de santé et les services sociaux : L.R.Q., chapitre S-4.2, article 1.

<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-4.2>

- la population ayant des incapacités, en vue de prévenir la détérioration, d'où l'importance pour les professionnels (dont les ergothérapeutes) qui exercent auprès d'aînés ayant des incapacités liées à la santé d'inclure ce type d'intervention à leur routine d'intervention actuelle. Ces interventions d'éducation à la santé misent sur la responsabilisation et l'autoprise en charge de l'aîné, ce qui nécessite de remettre en question des valeurs et de guider la personne dans un processus d'introspection (Tremblay et Brousseau, 2011¹⁴). **L'ajout de ces interventions implique évidemment un temps d'intervention professionnelle accru.**

Les interventions de prévention et de promotion de la santé chez les aînés permettent non seulement de prévenir ou retarder d'éventuelles incapacités, mais peuvent également contribuer à **repérer ceux qui sont particulièrement à risque ou vulnérables** et pour qui des interventions précoces et un suivi s'avèreront alors pertinents.

De par ses compétences, notamment son analyse des interactions entre la personne¹⁵, son environnement¹⁶ et ses occupations¹⁷, et sa position privilégiée dans le quotidien de l'aîné, l'ergothérapeute est à même d'effectuer le repérage des aînés à risque de chute, de blessure ou de douleur d'origine posturale, de plaie ou de pneumonie d'aspiration, mais également de détecter la maltraitance, l'abus ou des manifestations fonctionnelles de troubles neurocognitifs ou de dépression chez l'aîné.

Bien que ce repérage puisse s'effectuer à n'importe quel moment dans le continuum de soins et services, un repérage précoce des facteurs de risque (ex. : risque de chute) est favorable au maintien de l'aîné dans sa communauté ainsi qu'à son bien-être et sa qualité de vie. Ce repérage peut donc s'inscrire dans le cadre de la dispensation de programmes en prévention et en promotion de la santé.

Au cours des dernières années, de nombreux programmes et initiatives en PPS, issus de la recherche ont vu le jour, que ce soit à l'échelle populationnelle, communautaire, de groupe ou individuelle, dont plusieurs instaurés par des ergothérapeutes québécois, tels :

- Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) (Trickey et Parisien, 2007, 2011¹⁸) ;
- Vivre en équilibre (Filiatrault et coll., 2015¹⁹) ;
- Lifestyle Redesign (Clark et coll., 2015²⁰; (Levasseur *et coll.*, document inédit²¹)) ;
- Accompagnement personnalisé d'intégration communautaire (APIC) (Levasseur et coll., 2016²²)

¹⁴ Tremblay M., M. et Brousseau, M. (2011). Perspectives théoriques en éducation à la santé et tenue de dossiers. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 78, 6-12.

¹⁵ incluant ses déficiences et capacités/incapacités

¹⁶ physique et social

¹⁷ ou activités significatives

¹⁸ Trickey, F., Parisien, M., Laforest, S., Genest, C. et Robitaille, Y. (2007, 2011). *Guide d'animation, Programme intégré d'équilibre dynamique P.I.E.D.* (2e éd.). Montréal : Direction de santé publique de Montréal, 180 pages. ISBN (2-89494-336-9).

¹⁹ Filiatrault, J., Parisien, M., Laforest, S., Lorthios-Guillemot, A., et Belley, A.-M. (2015). *Programme Vivre en Équilibre. Guide de l'animateur (version 4)*. Montréal : Institut universitaire de gériatrie de Montréal et CSSS Cavendish.

²⁰ Clark, F. A., Blanchard, J., Sleight, A., Cogan, A., Eallonardo, L., Florindez, L., Gleason, S., Heymann, R., Hill, V., Holden, A., Jackson, J. M., Mandel, D. R., Murphy, M., Proffitt, R., Niemiec, S. S., Vigen, C. et Zemke, R. (2015). *Lifestyle redesign: The intervention tested in the USC Well Elderly Studies (2nd ed.)*. Bethesda, MD: The American Occupational Therapy Association, Inc.

²¹ Levasseur, M., Lévesque, M.-H., Larivière, N., Filiatrault, J., Provencher, V., Sirois, F., Couturier, Y., Corriveau, H. & Champoux, N. (document inédit). Lifestyle Redesign® : une intervention ergothérapeutique pour optimiser la santé et le mieux-être des aînés. Université de Sherbrooke et Centre de recherche sur le vieillissement (CdRV) du Centre de santé et des services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS). Avec la permission de l'auteure principale.

²² Levasseur, M., Lefebvre, H., Levert, M.J., Lacasse-Bédard, J., Desrosiers, J., Therriault, P.Y., Tourigny, A., Couturier, Y., Carbonneau (2016). Personalized citizen assistance for social participation (APIC) : A promising intervention for increasing

- Outil de sensibilisation à une conduite sécuritaire et responsable (OSCAR) (Levasseur et coll., 2014²³) ;
- Mon arthrite, je m'en charge (Laforest et coll, 2005²⁴) ;
- Muscler vos méninges (Parisien et coll., 2008²⁵);
- Inventaire des risques de l'environnement domiciliaire des aînés (IRÉDA) de l'intervention multifactorielle personnalisée (IMP) (Levasseur et coll., 2009²⁶)
- Functional Status Assessment of Seniors in the Emergency Department (FSAS-ED) (Veillette et coll., 2009²⁷).

Outre la création de programmes de PPS, les ergothérapeutes ont également un rôle d'agent multiplicateur à cet égard, notamment en supervisant des bénévoles ou d'autres intervenants à la dispensation, en tout ou en partie, de ce type de programmes.

Malheureusement, la plupart de ces programmes de PPS ne sont que très peu (ou nullement) implantés en soutien à domicile au Québec, et ce, en dépit de résultats probants. On n'a qu'à penser au programme Lifestyle Redesign (Clark et coll., 2015²⁸) où le rapport coût-efficacité de cette intervention qui combine une approche de groupe et d'ergothérapie préventive est bien démontré. Cette intervention novatrice, basée sur la participation sociale, et récemment adaptée à la population du Québec (Levasseur et coll., document inédit²⁹) devrait inspirer les pratiques québécoises.

mobility, accomplishment of social activities and frequency of leisure activities in older adults having disabilities. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 64(2016), 96-102. [[http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943\(16\)30001-2/abstract](http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943(16)30001-2/abstract)].

²³ Levasseur, M., Renaud, J., Audet, T., Gélinas, I., Bédard, M., Coallier, J.-C., Langlais, M.-È. et Therrien, F.-H. (2014). Outil de Sensibilisation des conducteurs âgés aux capacités requises pour une Conduite Automobile sécuritaire et Responsable (OSCAR): développement et validation. *Recherche Transports Sécurité*, 4, 257-269.

²⁴ Laforest, S. et Parisien, M. (2005). Manuel de l'accompagnateur, Programme Mon arthrite, je m'en charge! Montréal : Université de Montréal et CSSS Cavendish-CAU, 141 pages. ISBN (2- 9808928-0-7).

²⁵ Parisien, M., Gilbert, N., Amzallag, M., Guay, D., Nour, K. et Laforest, S. (2008). Muscler vos méninges. Programme de promotion de la vitalité intellectuelle pour aînés. Guide d'animation. Montréal : CSSS Cavendish-CAU, 600 p.

²⁶ Levasseur, M., Bourdeau, I., Sergerie, D., Bégin, C. & Boudreault, V. (2009). Facteurs de risque liés à l'environnement domiciliaire. (Section 3.3, p. 33-42 ; 515-650). Dans : Sergerie, D., Bégin, C. & Boudreault, V. (Eds.). La prévention des chutes chez les aînés : Intervention multifactorielle personnalisée (volet soutien à domicile). 2^e Édition. Institut national de santé publique du Québec; Québec (Canada). ISBN : 978-2-550-56341-9 https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/643-PreventChutesAinesVivantDomicile_2eEdi_1.pdf

²⁷ Veillette, N., Demers, L., Dutil, É. and McCusker, J. (2009). Development of a Functional Status Assessment of Seniors visiting Emergency Department. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48(2), 205-212. <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2008.01.009>.

²⁸ Clark, F. A., Blanchard, J., Sleight, A., Cogan, A., Eallonardo, L., Florindez, L., Gleason, S., Heymann, R., Hill, V., Holden, A., Jackson, J. M., Mandel, D. R., Murphy, M., Proffitt, R., Niemiec, S. S., Vigen, C. et Zemke, R. (2015). *Lifestyle redesign: The intervention tested in the USC Well Elderly Studies (2nd ed.)*. Bethesda, MD: The American Occupational Therapy Association, Inc.

²⁹ Levasseur, M., Lévesque, M.-H., Larivière, N., Filiatrault, J., Provencher, V., Sirois, F. Couturier, Y., Corriveau, H. & Champoux, N. (document inédit). Lifestyle Redesign® : une intervention ergothérapeutique pour optimiser la santé et le mieux-être des aînés. Université de Sherbrooke et Centre de recherche sur le vieillissement (CdRV) du Centre de santé et des services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS). Avec la permission de l'auteure principale.

Condition n° 2 Favoriser la participation sociale dans un contexte de prévention de l'incapacité et promotion de la santé

On sait que les habitudes de vie font partie intégrante des déterminants sociaux de la santé (MSSS, 2010³⁰). Il est toutefois important de comprendre que d'agir sur les habitudes de vie va bien au-delà de promouvoir une saine alimentation et une activité physique régulière. De fait, le maintien d'une vie active est aussi un facteur déterminant pour la santé³¹. Ainsi, les données probantes mettant en lumière les liens qui existent entre ce que les gens font tous les jours et leur santé et bien-être (Moll et coll., 2015³²). D'ailleurs, dans une méta-analyse (Holt-Lunstad and al, 2010³³) combinant les données de 148 études longitudinales (308 849 participants) sur les relations et la mortalité, des chercheurs ont démontré que les individus qui sont intégrés dans leur communauté ont la moitié moins de risque de mourir sur sept ans que ceux qui sont davantage isolés socialement. De plus, les effets de l'isolement social sur le risque de mortalité seraient comparables à ceux du tabagisme et de la consommation d'alcool et supérieurs à d'autres facteurs de risque, tels l'obésité et l'inactivité physique. En outre, plusieurs cadres de référence en promotion de la santé, dont la Charte d'Ottawa (OMS, 1986³⁴), font ressortir la participation et l'engagement en tant qu'éléments contributifs au bien-être d'une personne, cette perspective étant congruente avec les valeurs de l'ergothérapie. Parallèlement, selon statistiques Canada (2008-2009³⁵), environ un tiers (32.9%) des répondants âgés de 65 ans ou plus et vivant à domicile mentionnent avoir une faible interaction sociale positive. En 2010 au Québec, la prévalence de plusieurs maladies chroniques était plus élevée non seulement chez les aînés (p.71), mais également chez les personnes disposant de peu de soutien social (p.81) (Institut de la statistique du Québec, 2010³⁶). Compte tenu de l'ensemble de ces données, il s'avère essentiel de favoriser la participation sociale des aînés, et ce, en conformité avec la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale, l'Institut national de santé publique du Québec, le Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec et l'Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval. (Raymond et coll., 2008³⁷) qui considèrent la participation sociale comme une porte d'entrée privilégiée et accessible pour promouvoir la santé et le bien-être des aînés, ainsi que des communautés dont ils font partie.

³⁰ Ministère de la Santé et des Services sociaux, Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants. Résultat d'une réflexion commune, Québec, gouvernement du Québec, 2010, 35 p. (p.9)

³¹ MSSS, <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/promotion-de-la-sante/saines-habitudes/>

³² Moll, S.E., Gewurtz, R.E., Krupa, T.M., Law, M.C., Larivière, N. et Levasseur, M. (2015). "Do-Live-Well", A Canadian framework for promoting occupation, health, and well-being. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 82(1), 9-23.

³³ Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB (2010) Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Med* 7(7): e1000316. doi:10.1371/journal.pmed.1000316

³⁴ Organisation mondiale de la santé, Santé et bien-être Canada, Association canadienne de santé publique (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Une conférence internationale pour la promotion de la santé. Vers une nouvelle santé publique, Ottawa, Ontario, Canada. 17-21 novembre 1986.

³⁵ Gouvernement du Canada (2008-2009). <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2012004/article/11720/tbl/tbla-fra.htm>

³⁶ Institut de la statistique du Québec (2010). Portrait social du Québec - Données et analyses. <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/portrait-social2010.pdf>

³⁷ Raymond, É., Gagné, D., Sévigny, A., Tourigny, A. (2008). La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé. Réflexion critique appuyée sur une analyse documentaire. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Institut national de santé publique du Québec, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec et Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval, 111 pages. https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/859_RapportParticipationSociale.pdf p.83.

À l’instar des recommandations émises par d’autres juridictions (Grande-Bretagne³⁸, Australie³⁹), l’OEQ juge que **tous les aînés vivant à domicile doivent bénéficier d’interventions en ergothérapie visant à faciliter leur autonomie fonctionnelle et leur participation sociale**. Ces interventions peuvent porter sur :

- la personne elle-même (p. ex. : ses capacités motrices ou cognitives, son éducation à la santé) ;
- ses occupations (p. ex. : la simplification des tâches, l’entraînement à l’utilisation d’équipement ou de stratégies de résolution de problèmes) ;
- son environnement (p. ex. : l’adaptation du milieu de vie⁴⁰, incluant l’accès au domicile, l’éducation à la famille et aux intervenants). D’ailleurs, à l’égard de l’adaptation domiciliaire, plusieurs protocoles d’évaluation ont été réalisés par des ergothérapeutes, notamment l’ÉDIPE et ses versions adaptées à diverses clientèles (incapacités motrices⁴¹, visuelles⁴² et cognitives⁴³) ainsi que le *Housing Enabler*⁴⁴.

En plus d’optimiser l’autonomie fonctionnelle ainsi que la participation et l’engagement de l’aîné dans les activités qui lui sont significatives, tout en minimisant les facteurs de risque pouvant entraver cette participation, ces interventions favorisent le bien-être, la qualité de vie et l’autodétermination de la personne. Il est à souligner que ces objectifs sont en parfaite conformité avec le modèle conceptuel proposé par l’Institut national de santé publique du Québec à l’égard de perspectives pour un vieillissement en santé (Cardinal et coll., 2008⁴⁵) et qu’ils correspondent à la finalité des activités professionnelles des ergothérapeutes décrites précédemment.

Condition n° 3 Assurer la primauté d’une évaluation globale rigoureuse des besoins réels des aînés dans une perspective à long terme

Problématique

L’OEQ, de par ses prérogatives, est un observateur privilégié de l’évolution de l’offre de services à la population. En effet, par son processus d’inspection professionnelle de l’exercice des ergothérapeutes, il est à même de prendre connaissance d’un grand nombre de dossiers d’usagers recevant des services de soutien à domicile, et ce, à chaque année. L’accroissement des besoins en matière de soutien à domicile dans un

³⁸ National Institute for Health and Care Excellence (2006). *Dementia: supporting people with dementia and their carers in health and social care*. nice.org.uk/guidance/cg42.

³⁹ Guideline Adaptation Committee (GAC) (2016). *Clinical Practice Guidelines and Principles of Care for People with Dementia*. Sydney (Australie), GAC, 28p.

⁴⁰ Aux fins de la présente, le terme milieu de vie englobe à la fois le domicile et la communauté

⁴¹ Rousseau, J. (2016). L’Évaluation à domicile de l’interaction personne-environnement (ÉDIPE). In É. Trouvé (Ed.), *Agir sur l’environnement pour permettre les activités* (pp. 475-489). Pays-Bas: De Boeck Supérieur SA.

⁴² Carignan, M., Rousseau, J., Gresset, J., & Couturier, J. A. (2008). Content validity of a home-based person-environment interaction assessment tool for visually impaired adults. *J Rehabil Res Dev*, 45(7), 1037-1051. doi: 10.1682/JRRD.2007.10.0158

⁴³ Rousseau, J., Ska, B., & St-Arnaud, A. (2005). *Guide d’utilisation de l’Évaluation à domicile de l’interaction personne-environnement (ÉDIPE)-version cognitive, version préliminaire*. Centre de recherche de l’institut universitaire de gériatrie de Montréal: Document non publié.

⁴⁴ Iwarsson, S. (1999). The Housing Enabler-An objective tool for assessing accessibility. *British Journal of Occupational Therapy*, 62(11), 491-497.

Iwarsson, S., Haak, M., & Slaug, B. (2016). Housing Enabler. In É. Trouvé (Ed.), *Agir sur l’environnement pour permettre les activités* (pp. 463-473). Pays-Bas: De Boeck Supérieur.

⁴⁵ Cardinal, L., Langlois, M.C., Gagné, D. et Tourigny, A. (2008). *Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d’un modèle conceptuel*. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique et Institut national de santé publique du Québec, 58 p.

contexte de rareté des ressources a transformé les pratiques professionnelles : les évaluations sont davantage centrées sur un problème à résoudre plutôt que sur la globalité des besoins d'une personne et l'intervention est souvent ponctuelle ou de courte durée pour pallier les difficultés constatées.

L'évaluation globale des besoins de l'usager repose sur l'outil d'évaluation multiclientelle (OEMC) où ces besoins sont codifiés en fonction d'une cote de priorité pour attribuer des services. Ainsi, les usagers ne détenant pas une cote élevée peuvent être mis en attente pour une longue durée. Une telle façon de faire permet peut-être de subvenir aux besoins les plus urgents de la population d'un territoire donné tels qu'ils sont perçus par les intervenants, mais elle n'offre qu'une **vision fragmentée des besoins de chaque individu** (Levasseur et coll., 2016⁴⁶). Sans compter qu'une proportion appréciable de cette clientèle sur la liste d'attente, dont les temps d'attente peuvent être excessivement longs, notamment en ergothérapie (Raymond et coll., 2016⁴⁷, OIIAQ, 2017⁴⁸), voit ses besoins se complexifier, créant ainsi un goulot d'étranglement à l'égard des services à mettre en priorité et des coûts plus élevés de soins et services. Par conséquent, une telle façon de faire complexifie la planification à long terme du soutien requis par un aîné et ses proches, tout en favorisant une détérioration de l'autonomie fonctionnelle, un épuisement des proches aidants, une utilisation des services d'urgence et même parfois un changement du milieu de vie⁴⁹ des aînés.

Par ailleurs, c'est habituellement l'intervenant pivot / gestionnaire de cas qui est appelé à effectuer cette codification (OEMC), celui-ci n'étant pas nécessairement un ergothérapeute (ex. : travailleur social, infirmière). De fait, dans certains milieux, les ergothérapeutes agissent surtout en tant que « consultant » auprès de l'équipe (Carrier *et al.*, 2015⁵⁰). Or, il n'est pas rare, surtout pour les cas complexes, que l'ergothérapeute soit appelé à revoir la section « évaluation de l'autonomie fonctionnelle » (SMAF) de l'OEMC à la demande de l'intervenant pivot (Carrier *et al.*, 2015⁵¹). La clientèle du soutien à domicile se complexifiant, on peut se questionner sur les effets en termes d'efficacité (délai d'accès au service et coûts) de cette duplication de services. En appui à ces données, Mme Linda Gauthier, usagère et présidente d'un organisme de défense des droits (RAPLIQ⁵²), est intervenue lors du forum SAD afin de **déplorer l'absence des ergothérapeutes pour effectuer les OEMC**. Or, il appert que depuis quelques années, **le nombre de nouveaux diplômés des programmes universitaires d'ergothérapie au Québec dépasse très largement les offres d'emploi d'ergothérapeute**

⁴⁶ Levasseur, M.; Carrier, A.; Turcotte, P.-L. (2016). Réflexion sur l'utilisation de l'Outil d'évaluation Multiclientèle (OÉMC) pour identifier les besoins de participation sociale des aînés ayant des incapacités. *Revue Développement humain, handicap et changement social*, 2016, (22), 1.

⁴⁷ A structured telephone interview was conducted in 2012–2013 with the person who manages the occupational therapy waiting list in 55 home care programmes across Quebec. Questions pertained to strategies aimed at servicing low-priority clients, the date of the oldest referral and the number of clients waiting. Results were analysed using descriptive statistics and non-parametric tests. The median wait time for the oldest referral was 18 months (range: 2–108 months) (Raymond, M.-H., Demers, L. and Feldman, D. E. (2016), Waiting list management practices for home-care occupational therapy in the province of Quebec, Canada. *Health Soc Care Community*, 24: 154–164. doi:10.1111/hsc.12195).

⁴⁸ L'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec déplore des délais d'accès à des services d'ergothérapie pouvant atteindre six mois [Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (2017). Énoncé de position sur l'offre et la prestation de soins et services sécuritaires et de qualité répondant aux besoins des aînés à domicile, 21 p.

<http://www.oiaq.org/documents/file/Publications/2017-02-22-e-nonce-de-position-sad-vfinale.pdf>

⁴⁹ Aux fins de la présente, le terme milieu de vie englobe à la fois le domicile et la communauté

⁵⁰ Carrier, A., Freeman, A., Levasseur, M., et Desrosiers, J. (2015). Standardised referral form: Restricting client-centred practice? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy Special Issue « Critical Perspectives on Client-Centred Occupational Therapy »*, 22(4), 283-292. doi: 10.3109/11038128.2015.1019922

⁵¹ Carrier, A., Freeman, A., Levasseur, M., et Desrosiers, J. (2015). Standardised referral form: Restricting client-centred practice? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy Special Issue « Critical Perspectives on Client-Centred Occupational Therapy »*, 22(4), 283-292. doi: 10.3109/11038128.2015.1019922 Données non publiées. Avec la permission de l'auteure principale.

⁵² Regroupement activiste pour l'inclusion Québec

disponibles dans le secteur public, la problématique n'étant donc pas liée à une pénurie d'ergothérapeutes au Québec comme cela est souvent soutenu.

Finalement, les critères de priorité d'intervention sont généralement préétablis selon des règles administratives et donc extrinsèques à la volonté de l'utilisateur. Par conséquent, cette priorité d'intervention peut être concordante avec celle de l'utilisateur à l'égard de son projet de vie, mais, comme le démontre l'étude de Raymond et coll. (2016⁵³), ce n'est pas toujours le cas.

L'importance d'une évaluation globale rigoureuse des besoins réels des aînés dans une perspective à long terme

Afin de satisfaire l'engagement des PDG à l'effet d'assurer une réponse adaptée aux besoins de la clientèle en matière de soutien à domicile, l'un des moyens identifiés est « évaluer les besoins des usagers de façon systématique et effectuer une mise à jour régulière ». Les ergothérapeutes étant les experts du fonctionnement dans les activités quotidiennes, ils comprennent l'importance d'une évaluation globale des besoins de l'aîné et de ses proches pour déterminer le soutien le mieux adapté à leurs besoins de façon à ce que l'aîné puisse poursuivre son projet de vie et demeurer le plus longtemps possible dans son milieu de vie⁵⁴. Un suivi continu permet également d'anticiper l'évolution de la situation de l'utilisateur et de ses proches, de prévoir leurs besoins futurs et de les y préparer de manière optimale. Cette expertise permet aux ergothérapeutes d'apprécier les interactions entre les multiples activités dans lesquelles les aînés et leurs proches s'engagent ou désirent s'engager afin de dégager les priorités d'intervention en fonction de leurs besoins et dans le respect de leurs préférences occupationnelles, une valeur centrale à la profession d'ergothérapeute. De fait, pour assurer la prise en compte de la volonté personnelle de l'utilisateur et de ses proches, les ergothérapeutes préconisent depuis longtemps une **pratique centrée sur le client** (Association canadienne des ergothérapeutes, 1997⁵⁵ ; Townsend et Polatajko, 2007⁵⁶). À l'instar de l'approche patient-partenaire discutée ultérieurement, cette philosophie d'intervention s'avère incontournable lors de la mise en œuvre de services orientés vers la réappropriation du pouvoir d'agir et la participation sociale de ces personnes. D'ailleurs, cette philosophie d'intervention cadre parfaitement avec un l'orientation 1 de la politique *Vieillir et vivre ensemble* (MSSS, 2012⁵⁷) où l'un des choix stratégiques est de reconnaître et soutenir l'implication des personnes âgées dans leur communauté, notamment par la démarche Municipalité amie des aînés (MADA). Dans une perspective intersectorielle, la participation du MSSS à la mise en place de la politique précitée, jumelée à l'implication précoce des ergothérapeutes à l'évaluation globale des besoins de l'aîné dans une perspective à long terme contribueront fortement à la concrétisation de ce choix stratégique.

⁵³ Raymond, M.H., Demers, L. et Feldman, D.E. (2016). *Reconsidering Waiting List Prioritization Criteria for Home-based Occupational Therapy*. Affiche présentée dans le cadre du Congrès annuel de l'Association canadienne des ergothérapeutes, Banff (Alberta), avril 2016..

⁵⁴ Aux fins de la présente, le terme milieu de vie englobe à la fois le domicile et la communauté.

⁵⁵ Association canadienne des ergothérapeutes (1997). *Promouvoir l'occupation: une perspective de l'ergothérapie*. Ottawa, Canadian Association of Occupational Therapists, 238 p.

⁵⁶ Townsend EA, Polatajko HJ: *Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation*. Ottawa, Canadian Association of Occupational Therapists, 2007.

⁵⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). *Vieillir et vivre ensemble chez soi dans sa communauté*. Québec, Ministère de la famille et des aînés, 200p. (p.72)

Selon nos observations et les données issues de la recherche (Carrier et coll., 2015⁵⁸; Levasseur et coll., 2016⁵⁹), les modèles de prestation de services de soutien à domicile se restreignent de plus en plus aux soins de santé (perspective médicale), à la sécurité et au soutien aux activités quotidiennes liées aux soins personnels et aux activités domestiques. Pour assurer le maintien dans le milieu de vie⁶⁰ avec une qualité de vie satisfaisante pour la personne et ses proches, il nous apparaît nécessaire d'élargir l'évaluation des besoins au-delà de ces considérations, notamment sur le plan des loisirs et des activités réalisées dans la communauté, dans une perspective du maintien d'une participation sociale satisfaisante, à long terme. D'ailleurs, dans les travaux de Raymond et coll (2016⁶¹) sur l'évaluation des critères de priorité en soutien à domicile, les propos des aînés témoignent de leur besoin de participation sociale : en dépit du fait qu'ils craignent les chutes, les aînés mettent de l'avant leur propre responsabilité pour les prévenir, en surmontant leurs craintes et en restant actifs pour conserver leur autonomie. Pour ce faire, il est primordial pour eux de pouvoir sortir de leur domicile.

Condition n° 4 S'assurer que toute personne présentant des difficultés liées à son autonomie et à sa participation sociale bénéficie d'une évaluation de ses habiletés fonctionnelles réalisée par un ergothérapeute en vue de définir un plan d'intervention individualisé centré sur ces éléments

14

Tel que soulevé à de multiples reprises par l'OEQ, quel que soit le milieu de vie⁶² de la personne, dès que des enjeux liés au maintien de l'autonomie fonctionnelle et de la participation sociale de l'aîné sont révélés, une évaluation de ses habiletés fonctionnelles s'avère incontournable. Une telle évaluation a pour but d'analyser l'influence de l'interaction des capacités de la personne (au plan cognitif, moteur, perceptif, sensoriel, affectif et relationnel), des caractéristiques de son environnement (physique et social) et de celles liées à ses occupations (p. ex. : routine, préférences et priorités) sur sa participation aux activités qui lui sont significatives, notamment sa participation sociale. Cette évaluation inclut également les effets de la présence de facteurs de risque sur l'engagement et la participation dans ces activités, tels ceux liés aux chutes, aux blessures ou à l'apparition d'une plaie, d'une pneumonie d'aspiration ou d'une douleur d'origine posturale. Lors de sa présentation au forum SAD, M. Yves Couturier⁶³, Ph. D., émet notamment une recommandation à l'effet de rendre obligatoire, en groupe de médecine de famille (GMF), l'utilisation de l'outil de détection (PRISMA 7) du besoin d'une évaluation globale des besoins pour toute personne de plus de 75 ans. Dans la foulée de ce qui a été mentionné antérieurement, **cet outil de repérage devrait être lié à une évaluation des habiletés fonctionnelles par un ergothérapeute** en vue notamment d'évaluer la sécurité à domicile et les services à mettre en place, le cas échéant.

⁵⁸ Carrier, A., Levasseur, M.; Freeman, A.; Desrosiers, J. (2016). Reddition de compte et optimisation de la performance : impacts sur le choix des interventions ergothérapeutiques, *Santé Publique* 2016/6 (Vol. 28), p. 769-780.

⁵⁹ Levasseur, M.; Carrier, A.; Turcotte, P.-L. (2016). Réflexion sur l'utilisation de l'Outil d'évaluation Multiclientèle (OÉMC) pour identifier les besoins de participation sociale des aînés ayant des incapacités. *Revue Développement humain, handicap et changement social*, 2016, (22), 1.

⁶⁰ Aux fins de la présente, le terme milieu de vie englobe à la fois le domicile et la communauté

⁶¹ Raymond, M.H., Demers, L. et Feldman, D.E. (2016). *Reconsidering Waiting List Prioritization Criteria for Home-based Occupational Therapy*. Affiche présentée dans le cadre du Congrès annuel de l'Association canadienne des ergothérapeutes, Banff (Alberta), avril 2016..

⁶² Aux fins de la présente, le terme milieu de vie englobe à la fois le domicile et la communauté

⁶³ Professeur-chercheur en travail social, directeur scientifique du Réseau de connaissances en services et soins de santé intégrés de première ligne et titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les pratiques professionnelles d'intégration des services en gérontologie

L'évaluation des habiletés fonctionnelles est plus que déterminante pour certaines populations (p. ex. : les personnes atteintes de troubles neurocognitifs qui feront l'objet d'une prochaine section) et des lignes directrices internationales en font une activité essentielle de l'offre de service (NICE, 2006⁶⁴ ; GAC, 2016⁶⁵). D'ailleurs, rappelons que **le Gouvernement du Québec a réservé l'évaluation des habiletés fonctionnelles des personnes atteintes de troubles mentaux ou neuropsychologiques aux seuls ergothérapeutes**. Cet état de fait souligne la grande complexité de cette évaluation, le niveau élevé de compétences requises pour la réaliser et le haut risque de préjudice qu'elle comporte (Office des professions du Québec, 2013⁶⁶).

Condition n° 5 S'assurer de fournir des interventions personnalisées en ergothérapie visant l'autonomie et la participation sociale des aînés à domicile basées sur les résultats de l'évaluation des habiletés fonctionnelles

Favoriser une approche centrée sur le renforcement des capacités fonctionnelles

À l'heure actuelle, il est observé que l'offre de services en ergothérapie en soutien à domicile est grandement insuffisante pour répondre aux besoins sans cesse grandissants de la population. Par conséquent, cette situation crée un effet délétère sur la dispensation des services. En effet, dans leur impératif de répondre à un plus grand nombre d'utilisateurs possible, les milieux de soutien à domicile se dotent de règles administratives obligeant notamment les ergothérapeutes à privilégier une approche centrée exclusivement sur la compensation des incapacités au détriment d'une approche centrée sur le renforcement des capacités fonctionnelles. Ajouté à un contexte où les durées de séjour lors d'une hospitalisation sont minimisées, **il en résulte que les services de réadaptation dispensés par les ergothérapeutes sont nettement insuffisants pour répondre aux besoins de la population.**

Ainsi, on assiste, par exemple, au retour à domicile post-hospitalisation d'un aîné déconditionné (déclin fonctionnel) qui est alors incapable ou craintif de franchir les quelques marches d'escalier le menant à sa chambre ou à la salle de bain. Souvent, deux ou trois séances de réadaptation à domicile pourraient suffire, mais au lieu de cela, on exige de l'ergothérapeute qu'il adapte le rez-de-chaussée, notamment par le biais d'un lit et d'une chaise d'aisance au salon. Ainsi, on compense les incapacités qui, comme on le sait, risquent de devenir permanentes si aucun renforcement du potentiel fonctionnel de l'aîné n'est effectué. Et que dire de la participation sociale de ce dernier lorsque sa sécurité pour sortir de son domicile est compromise? Il n'est donc pas étonnant que la recherche ait démontré un faible degré de satisfaction et de qualité de vie des personnes fragiles lors du retour à domicile, tel que mentionné par Mme Véronique Provencher⁶⁷, erg., Ph. D., lors de sa conférence au forum SAD.

⁶⁴ National Institute for Health and Care Excellence (2006). *Dementia: supporting people with dementia and their carers in health and social care*. nice.org.uk/guidance/cg42.

⁶⁵ Guideline Adaptation Committee (GAC) (2016). *Clinical Practice Guidelines and Principles of Care for People with Dementia*. Sydney (Australie), GAC, 28p.

⁶⁶ Office des professions du Québec (OPQ) (2013). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. Guide explicatif*. Québec, OPQ, 94p.

⁶⁷ Professeure, École de réadaptation, Université de Sherbrooke; Chercheuse, Centre de recherche sur le vieillissement de Sherbrooke.

Tel que mentionné précédemment, et à l'instar des recommandations émises par d'autres juridictions telles la Grande-Bretagne (NICE, 2006⁶⁸) et l'Australie (GAC, 2016⁶⁹), les aînés vivant à domicile doivent bénéficier d'interventions en ergothérapie visant à faciliter leur autonomie et leur participation sociale. D'ailleurs, en 2015, l'**institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS⁷⁰) a recommandé l'introduction progressive de l'autonomisation⁷¹ en complément des services à domicile déjà offerts au Québec, incluant une courte réadaptation, et mentionne les ergothérapeutes comme des professionnels de choix pour dispenser des interventions d'autonomisation**. Le Québec peut donc s'inspirer de ces avancées sociales internationales pour rejoindre les pays assumant un leadership dans ce domaine.

Favoriser un environnement sécuritaire permettant l'engagement des aînés dans des occupations qui leur sont signifiantes, incluant la participation sociale

La sécurité de l'environnement fait l'objet de constantes préoccupations gouvernementales, que ce soit

- **à l'intérieur du domicile** où il est reconnu qu'un logement mal adapté aux limitations physiques ou fonctionnelles des occupants (par exemple, l'absence de rampes) ou encore mal entretenu (par exemple, des escaliers endommagés) augmente les risques de blessures et d'accidents, et ce, appuyé par des statistiques alarmantes (MSSS, 2007⁷²). D'ailleurs, dans la politique *Vieillir et vivre ensemble* (MSSS, 2012⁷³), la mise en place d'interventions pour prévenir les chutes chez les aînés, sous la responsabilité du MSSS, a été ciblée en tant que choix stratégique ; OU
- **dans la communauté** où prendre en compte les besoins spécifiques et grandissants des aînés dans les domaines de l'habitat et du transport est essentiel pour leur permettre de bien vieillir à domicile, dans leur communauté, tel qu'allégué dans l'orientation 3 de la politique *Vieillir et vivre ensemble* (MSSS, 2012⁷⁴).

Une récente revue systématique (Stark et al., 2017⁷⁵) constate un fort niveau d'évidence à l'égard des interventions en adaptation domiciliaire pour améliorer la fonction de personnes ayant une variété de conditions de santé. Cette revue mentionne d'ailleurs que le rôle de l'ergothérapeute pour offrir ce type d'interventions fait également l'objet d'évidences scientifiques. De plus, selon une revue de littérature portant

⁶⁸ National Institute for Health and Care Excellence (2006). *Dementia: supporting people with dementia and their carers in health and social care*. Repéré à : nice.org.uk/guidance/cg42.

⁶⁹ Guideline Adaptation Committee (GAC) (2016). *Clinical Practice Guidelines and Principles of Care for People with Dementia*. Sydney (Australie), GAC, 28p.

⁷⁰ Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). L'autonomisation des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Avis rédigé par Annie Tessier, avec la collaboration de Marie-Dominique Beaulieu, Renée Latulippe et Carrie Anna McGinn. ETMIS 2015; 11(01): 1-57

⁷¹ L'autonomisation met l'accent sur le développement ou le rétablissement des capacités d'un usager à vivre de façon aussi autonome que possible et accorde une priorité à la participation active de l'usager et de son proche aidant dans les décisions qui concernent les services de soutien à domicile qu'ils reçoivent.

⁷² Ministère de la Santé et des Services sociaux, La santé, autrement dit... Pour espérer vivre plus longtemps et en meilleure santé, Québec, gouvernement du Québec, 2007, 24 p.

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-245-02.pdf>. (p.8)

⁷³ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). *Vieillir et vivre ensemble chez soi dans sa communauté*. Québec, Ministère de la famille et des aînés, 200p. (p.95)

⁷⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). *Vieillir et vivre ensemble chez soi dans sa communauté*. Québec, Ministère de la famille et des aînés, 200p.

⁷⁵ Stark, S., Keglovits, M., Arbesman, M., & Lieberman, D. (2017). Effect of home modification interventions on the participation of community-dwelling adults with health conditions: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 71, 7102290010. <https://doi.org/10.5014/ajot.2017.018887>

sur les effets de modifications domiciliaires pour les personnes ayant des incapacités (Wahl et al., 2009⁷⁶), la majorité des études démontrent une amélioration des habiletés fonctionnelles à la suite des modifications domiciliaires.

Grâce à ses compétences avancées dans le domaine des aides techniques, de la technologie et de l'adaptation de l'environnement, l'ergothérapeute est un professionnel de premier plan pour déterminer le choix des équipements, dispositifs, matériels et adaptations permettant :

- 1) de favoriser la participation optimale de l'aîné au plan :
 - a) de l'hygiène, de l'habillement, de l'alimentation, des loisirs (par ex. : par l'identification d'aides techniques et le réaménagement de l'environnement) ;
 - b) des déplacements (p. ex. : par le choix d'une aide à la mobilité répondant le mieux aux besoins du résident) ;
 - c) de toute activité qui lui est signifiante, incluant sa participation sociale (p. ex. : faciliter les sorties familiales par la planification des équipements et adaptations domiciliaires requis, notamment pour l'accès au domicile, et d'un transport adéquat).

- 2) d'optimiser le positionnement et le confort en position assise ou couchée (p. ex. : par la recommandation de surfaces thérapeutiques, d'aides techniques à la posture) visant à favoriser le bien-être de l'utilisateur (p. ex. : l'amélioration du sommeil, la réduction de la douleur) et ainsi faciliter sa participation aux activités qui lui sont significatives, incluant sa participation sociale.

Un des engagements du MSSS est à l'effet d'augmenter la disponibilité des équipements requis pour soutenir l'autonomie des usagers à domicile. Les ergothérapeutes étant très impliqués dans le développement des gérontotechnologies, notamment pour la prévention et la détection des chutes (Lapierre et al., 2015a, 2015b⁷⁷ ; Londei et al.⁷⁸, 2009), ils pourraient notamment collaborer au succès d'une structure – une chaire de recherche, par exemple – qui serait mise en place en vue de favoriser l'intégration des technologies les plus probantes en soutien à domicile.

⁷⁶ Wahl, H.-W., Fänge, A., Oswald, F., Gitlin, L. N., & Iwarsson, S. (2009). The Home Environment and Disability-Related Outcomes in Aging Individuals: What Is the Empirical Evidence? *The Gerontologist*, 49(3), 355-367. doi: 10.1093/geront/gnp056

⁷⁷ Lapierre, N., Carpentier, I., St-Arnaud, A., Ducharme, F., Meunier, J., Jobidon, M., & Rousseau, J. (2015). Vidéosurveillance intelligente et détection des chutes : perception des professionnels et des gestionnaires: Intelligent videosurveillance and falls detection: Perceptions of professionals and managers. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 83(1), 33-41. doi: 10.1177/0008417415580431.

Lapierre, N., Proulx Goulet, C., St-Arnaud, A., Ducharme, F., Meunier, J., Turgeon Londei, S., . . . Rousseau, J. (2015). Perception et réceptivité des proches-aidants à l'égard de la vidéosurveillance intelligente pour la détection des chutes des aînés à domicile. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 34(04), 445-456. doi: doi:10.1017/S0714980815000392.

⁷⁸ Londei, S. T., Rousseau, J., Ducharme, F., St-Arnaud, A., Meunier, J., Saint-Arnaud, J., & Giroux, F. (2009). An intelligent videomonitoring system for fall detection at home: perceptions of elderly people. *J Telemed Telecare*, 15(8), 383-390. doi: 10.1258/jtt.2009.090107.

Condition n° 6 Assurer une offre de services adaptée aux aînés atteints de troubles neurocognitifs et à leurs proches aidants

En raison de la situation complexe qui en découle et de son ampleur grandissante, les aînés atteints de troubles neurocognitifs méritent une attention particulière dans le présent document. Tel que mentionné au document *Réponse de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec à la consultation des partenaires nationaux du ministère de la Santé et des Services sociaux - soutien à domicile et CHSLD (2016⁷⁹)*, une offre de services adaptée à leur situation, incluant leurs proches aidants, doit débiter précocement dans le milieu de vie⁸⁰. Elle doit assurer une intervention continue tout au long de l'évolution de la situation de l'aîné jusqu'à sa transition en CHSLD, si une telle éventualité devait survenir.

D'ailleurs, la politique ministérielle *Vieillir et vivre ensemble* (MSSS, 2012⁸¹) met l'accent sur la nécessité de mettre en œuvre des mesures d'évaluation (cliniques de cognition pour aînés avec problèmes complexes) et de traitement (services de gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence) pour les personnes ayant des déficits cognitifs liés au vieillissement.

Tel que mentionné précédemment, les ergothérapeutes devraient être appelés à contribuer d'une manière plus systématique à l'établissement d'un diagnostic médical, d'un trouble mental ou d'un trouble neuropsychologique (p. ex. : par l'évaluation des habiletés fonctionnelles utile pour déterminer la présence de troubles neurocognitifs). De plus, ils participent activement à l'élaboration et à la réalisation du plan d'intervention interdisciplinaire.

À nouveau, **les preuves scientifiques et les guides de pratique internationaux soulignent la contribution incontournable des ergothérapeutes dans ce domaine**. Le National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2006⁸²) stipule entre autres dans sa ligne directrice sur la démence que le plan de soins **devrait toujours comprendre** :

- **une évaluation en ergothérapie** portant sur les activités de la vie quotidienne (AVQ), des conseils de l'ergothérapeute sur la planification des soins liés aux AVQ de même que de la formation du personnel en la matière (p.26) ;
- **des modifications environnementales** visant à soutenir l'autonomie fonctionnelle, incluant les aides techniques, **basées sur les conseils d'un ergothérapeute** ou d'un psychologue (p.26).

Cette même ligne directrice insiste également sur la nécessaire contribution de professionnels diversifiés dans la gestion des comportements problématiques et des conséquences des troubles cognitifs, incluant **l'importance d'une analyse fonctionnelle**.

Le National Health and Medical Research Council d'Australie souligne également **l'importance de l'évaluation des habiletés fonctionnelles** des personnes atteintes de troubles neurocognitifs dans ses lignes directrices de

⁷⁹ Ordre des ergothérapeutes du Québec (2016). *Réponse de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec à la consultation des partenaires nationaux du ministère de la Santé et des Services sociaux - Priorités du ministre 2016-2017 - Soutien à domicile et CHSLD*, 29 p.

⁸⁰ Aux fins de la présente, le terme milieu de vie englobe à la fois le domicile et la communauté

⁸¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). *Vieillir et vivre ensemble chez soi dans sa communauté*. Québec, Ministère de la famille et des aînés, 200p. (p.95)

⁸² National Institute for Health and Care Excellence (2006). *Dementia: supporting people with dementia and their carers in health and social care*. Repéré à : nice.org.uk/guidance/cg42.

pratique clinique visant l'intervention auprès de personnes atteintes de démence [Guideline Adaptation Committee (GAC), 2016⁸³], par exemple :

- **les personnes atteintes de démence vivant dans la communauté devraient recevoir des services d'ergothérapie** qui incluent :
 - une évaluation et la modification de l'environnement pour faciliter l'autonomie fonctionnelle ;
 - la prescription d'aides techniques et technologiques ;
 - une intervention personnalisée afin de promouvoir l'autonomie dans les AVQ qui peut inclure de la résolution de problème, de la simplification des tâches de même que de l'éducation et de la formation destinées au personnel soignant et à la famille (p.14).

Ces lignes directrices insistent également sur **l'importance de la participation sociale et de l'engagement** des personnes atteintes de troubles neurocognitifs **dans des activités significatives** afin de réduire les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. À cette fin, une évaluation globale et rigoureuse doit être conduite par les professionnels appropriés (GAC, 2016⁸⁴, p.15).

Dans le même ordre d'idées, il est important de mentionner que des études ont démontré un **report du besoin d'institutionnalisation** lorsque des interventions individualisées en ergothérapie centrées sur le maintien de l'autonomie et l'engagement dans des activités significatives étaient offertes aux aînés ayant une démence (Amieva et coll., 2015⁸⁵), et ce, en réduisant la présence de comportements perturbateurs à domicile (Gitlin et coll., 2008⁸⁶), un des plus importants facteur d'institutionnalisation (Hébert et coll., 2001⁸⁷).

Offrir un accompagnement personnalisé aux personnes qui requièrent des services de soutien à domicile et à leurs proches aidants

L'importance de personnaliser les soins et services selon les capacités réelles des aînés et de leurs proches fait partie intégrante de l'approche des ergothérapeutes. Tel que mentionné précédemment, pour assurer la prise en compte de la volonté personnelle de l'utilisateur et de ses proches, les ergothérapeutes préconisent depuis longtemps une **pratique centrée sur le client** (Association canadienne des ergothérapeutes, 1997⁸⁸ ; Townsend

⁸³ Guideline Adaptation Committee (GAC) (2016). *Clinical Practice Guidelines and Principles of Care for People with Dementia*. Sydney (Australie), GAC, 28p.

⁸⁴ Guideline Adaptation Committee (GAC) (2016). *Clinical Practice Guidelines and Principles of Care for People with Dementia*. Sydney (Australie), GAC, 28p.

⁸⁵ Amieva H, Robert PH, Grandoulier A-S, Meillon C, De Rotrou J, Andrieu S, et coll. (2015). Group and individual cognitive therapies in Alzheimer's disease: the ETNA3 randomized trial. *Int Psychogeriatrics* [Internet]. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2015; 28(5), 707–17. Repéré à <https://www.cambridge.org/core/article/group-and-individual-cognitive-therapies-in-alzheimer-s-disease-the-etna3-randomized-trial/14946EA8476512D00627E2F6B037BD76>

⁸⁶ Gitlin, L.N., Winter, L., Burke, J., Chernet, N., Dennis, M.P. et Hauck, W.W. (2008). Tailored Activities to Manage Neuropsychiatric Behaviors in Persons With Dementia and Reduce Caregiver Burden: A Randomized Pilot Study. *American Journal of Geriatric Psychiatry* [Internet], 16(3), 229–39. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1064748112605843>

⁸⁷ Hébert R, Dubois MF, Wolfson C, Chambers L et Cohen C. (2001). Factors associated with long-term institutionalization of older people with dementia: data from the Canadian Study of Health and Aging. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* [Internet], 56(11), M693-9. Repéré à : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11682577>

⁸⁸ Association canadienne des ergothérapeutes (1997). *Promouvoir l'occupation: une perspective de l'ergothérapie*. Ottawa, Canadian Association of Occupational Therapists, 238 p.

et Polatajko, 2007⁸⁹). Cette philosophie d'intervention s'avère incontournable lors de la mise en œuvre de services orientés vers la réappropriation du pouvoir d'agir et la participation sociale de ces personnes. Les interventions des ergothérapeutes à l'égard des aînés ayant déjà été discutés aux conditions n^{os} 5 et 6 sous l'engagement précédent, ils ne seront donc pas repris dans la présente section.

Condition n° 7 S'assurer de fournir des interventions personnalisées en ergothérapie visant le soutien des proches aidants

Lors du récent forum SAD, un grand accent a été mis par divers acteurs, dont le ministre lui-même, sur la nécessité de soutenir le proche aidant, notamment en répondant aux besoins qui lui sont propres. En outre du respect de ses capacités et disponibilités, l'importance de reconnaître le proche aidant en tant que partenaire des soins et services à l'aîné et d'actualiser ce partenariat a été maintes fois soulignée. Cette reconnaissance passe à la fois par la prise en compte de ses compétences expérientielles et par sa liberté de choix, ainsi que par la valorisation et l'optimisation de ses compétences, notamment par le soutien et l'éducation provenant des autres intervenants de l'équipe de soins et services. L'ergothérapeute offre une contribution précieuse à cet égard, notamment en ce qui a trait à :

- la prise de repas, notamment en enseignant au proche aidant l'ensemble des attitudes et stratégies (p. ex. : indices verbaux, gestion de la présentation des plats) à adopter en vue de favoriser la participation optimale de la personne à la prise des repas ;
- la mobilité et les déplacements, notamment par la formation des proches à l'utilisation des aides à la mobilité ou aux déplacements à la marche en toute sécurité ;
- la gestion de la douleur d'origine neuromusculosquelettique (p. ex.: spasticité, scoliose) ou tissulaire (p. ex.: plaie), notamment par l'enseignement de stratégies visant sa résorption ou la prévention de son apparition;
- la prévention et la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), et ce, par le soutien et l'éducation du proche aidant aux attitudes et stratégies à adopter en vue de favoriser la prévention et la gestion des SCPD (p. ex. : structure et routines d'intervention) ;
- l'hygiène : l'évaluation des habiletés fonctionnelles de l'ergothérapeute est primordiale pour déterminer le degré optimal de participation de la personne et, par conséquent, du proche-aidant, à son hygiène. En outre et tel que mentionné précédemment, comme il s'agit d'une tâche où la survenance des SCPD est importante chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs et qui fait l'objet de préoccupations fréquentes chez les proches, une analyse fine de la réalisation de cette activité est cruciale. Les interventions de l'ergothérapeute pourront notamment porter sur l'adaptation de l'activité pour faciliter la réalisation de la tâche par les proches (p. ex. : modification de l'horaire, adaptation des méthodes d'hygiène).

Finalement, les multiples interventions de l'ergothérapeute dans le vécu quotidien du proche aidant font de lui un intervenant clé pour détecter sa détresse et mettre en place le soutien et les services appropriés.

⁸⁹ Townsend EA, Polatajko HJ: *Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation*. Ottawa, Canadian Association of Occupational Therapists, 2007.

Assurer la planification précoce du congé en collaboration avec les médecins et les autres établissements afin de ne pas compromettre ou retarder le retour à domicile, et ce, en repérant les usagers instables et en les référant au soutien à domicile en temps opportun ainsi qu'en planifiant le congé dès l'admission

Condition n° 8 Assurer, dès l'admission, une évaluation des risques de déclin fonctionnel de l'aîné par un ergothérapeute

Lors du forum SAD, Mme Véronique Provencher⁹⁰, erg., Ph.D, citait que la détérioration des capacités des aînés (déclin fonctionnel) pendant l'hospitalisation compromettrait souvent un retour à domicile « sécuritaire ». Cette chercheuse mentionnait également les résultats d'une étude canadienne à l'effet que 24 % des patients fragiles étaient réhospitalisés et 32 % avaient visité l'urgence dans les 30 jours après leur congé (\pm 2 fois plus que non-fragiles). Finalement, elle identifiait l'évaluation physique et psychosociale et le soutien au repérage des aînés fragiles en tant que meilleures pratiques durant la phase d'hospitalisation et concluait sur l'importance de minimiser les risques (ex. : réhospitalisation) tout en favorisant l'autonomie des aînés et des proches dans les prises de décision concernant le retour à domicile (ex. : poursuite d'activités significatives). Tel que mentionné antérieurement, les ergothérapeutes sont des professionnels de premier plan pour identifier les risques chez les aînés et effectuer les recommandations appropriées, que ce soit en termes de ressources (humaines ou matérielles) ou d'éducation, et ce, dans le respect de l'autonomie décisionnelle de l'usager et du proche aidant.

21

Une récente étude américaine publiée dans SAGE (Rogers et coll., 2016⁹¹) a été effectuée par des chercheurs en médecine qui, à l'instar de l'étude canadienne précitée, constataient des taux élevés de réhospitalisation. Ces chercheurs ont donc étudié l'association entre les dépenses des différents services hospitaliers en soins aigus et la réhospitalisation à l'intérieur de 30 jours, et ce, pour trois conditions médicales, soient la défaillance cardiaque, la pneumonie et l'infarctus du myocarde aigu. Les résultats ont démontré que seuls **les services d'ergothérapie corrélaient significativement avec une diminution des taux de réadmission**, et ce, pour les trois conditions précitées. Les auteurs expliquent que l'ergothérapie a un effet à la fois sur les déterminants de santé cliniques et sociaux. Ils indiquent que la clientèle gériatrique est particulièrement vulnérable au déconditionnement physique, mental ou cognitif et que les ergothérapeutes sont les professionnels de choix pour identifier les déficits fonctionnels des clients et leurs besoins en termes de ressources matérielles et humaines et d'éducation au client et au proche aidant. Finalement, les coûts relativement faibles (coût moyen par usager) associés aux services d'ergothérapie amènent ces auteurs à militer en faveur de leur accroissement, démontrant ainsi la valeur ajoutée de l'ergothérapie en soins aigus et, par conséquent, la nécessité d'augmenter l'offre de services dans ce secteur.

Lors du forum SAD, il a été mentionné par Mme Evelyne Pagé, gestionnaire au CIUSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec, qu'une des actions mises en place par ce CIUSSS était l'intensification des services à domicile et la poursuite de l'évaluation en dehors du centre hospitalier. Cette bonne pratique concorde avec

⁹⁰ Professeure, École de réadaptation, Université de Sherbrooke; Chercheuse, Centre de recherche sur le vieillissement de Sherbrooke.

⁹¹ Rogers, A. T., Bai, G., Lavin, R. A., & Anderson, G. F. (2016, September 2). Higher hospital spending on occupational therapy is associated with lower readmission rates. *Medical Care Research and Review*, 1–19.

les recommandations de l'INESSS (2015⁹²) à l'égard de l'introduction de l'autonomisation. Rappelons que l'INESSS identifie les ergothérapeutes comme des professionnels de premier plan pour dispenser ces services d'autonomisation.

Autres thèmes

Les indicateurs de mesure

Afin d'optimiser et d'améliorer les soins et services de santé, leur évaluation est certes essentielle. Néanmoins, les indicateurs mesurés pour la reddition de compte se doivent de refléter les changements souhaités. Actuellement, les indicateurs de mesure sont basés principalement sur des critères factuels et opérationnels, tel le nombre ou le temps d'intervention, et ce, au détriment de critères sur la qualité des soins et des services. Ainsi, lors de sa présentation au forum SAD, Mme Véronique Provencher⁹³, erg., Ph. D., rapportait des données de recherche démontrant un faible degré de satisfaction et de qualité de vie des personnes fragiles retournant à domicile à la suite d'une hospitalisation, et ce, lié à des besoins psychosociaux non comblés. Dans un souci de cohérence avec les objectifs visés et dans la même veine que les recommandations de M. Yves Couturier⁹⁴, Ph. D., lors de sa présentation au forum SAD, l'ajout d'indicateurs de qualité des soins et des services, tels la satisfaction et la qualité de vie de l'aîné et du proche aidant et la participation sociale de l'aîné s'avère une condition essentielle pour guider les engagements des PDG dans la poursuite des objectifs fixés. De plus, les outils d'évaluation des besoins, tel l'OEMC, auraient également intérêt à être révisés en ce sens, notamment en y incluant la participation sociale.

L'importance de l'approche patient-partenaire et de la collaboration interprofessionnelle

Tel que cité par Mme Marjolaine Landry⁹⁵, M.A., LL.M.(c), Ph. D. lors de sa présentation au forum SAD, le patient partenaire est une personne habilitée progressivement à faire des choix de santé libres et éclairés. Ses savoirs expérientiels sont reconnus et ses compétences de soins développées par l'équipe de soins. Le patient partenaire est respecté dans tous les aspects de son humanité, il est membre à part entière de l'équipe interprofessionnelle. Il oriente le cœur des préoccupations autour de son projet de vie et prend part ainsi aux décisions cliniques. Cette philosophie du patient partenaire converge en tous points avec l'approche de l'ergothérapeute qui a toujours mis le client et ses proches au cœur de l'intervention en ergothérapie. C'est la complémentarité des contributions apportées par les divers acteurs, tant celles des intervenants que celles de l'aîné et du proche aidant (savoir expérientiel) qui contribuera au succès du projet de vie de l'aîné et à son maintien à domicile le plus longtemps et dans les meilleures conditions possibles.

⁹² Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). L'autonomisation des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Avis rédigé par Annie Tessier, avec la collaboration de Marie-Dominique Beaulieu, Renée Latulippe et Carrie Anna McGinn. ETMIS 2015; 11(01): 1-57

⁹³ Professeure, École de réadaptation, Université de Sherbrooke; Chercheuse, Centre de recherche sur le vieillissement de Sherbrooke.

⁹⁴ Professeur-chercheur en travail social, directeur scientifique du Réseau de connaissances en services et soins de santé intégrés de première ligne et titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les pratiques professionnelles d'intégration des services en gérontologie

⁹⁵ Professeure au département des sciences infirmières au campus Drummondville de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR); Codirectrice du laboratoire interdisciplinaire de recherche en gérontologie (LIREG) de l'UQTR; Chercheure régulière à l'Institut universitaire de première ligne en santé et en services sociaux (IUPLSSS) du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

À l'égard de la collaboration interprofessionnelle, D^{re} Paule Lebel⁹⁶, MD, MSc., dans sa présentation au forum SAD, prônait l'implantation des unités de formation clinique interprofessionnelles (UFCI) en soutien à domicile. Les ergothérapeutes ont déjà une longue tradition de collaboration interprofessionnelle en soutien à domicile. Il n'en demeure pas moins que, dans la visée de soutenir des pratiques harmonisées, l'OEQ appuie l'implantation des UFCI.

Les services contribuant globalement au soutien à domicile

Bien qu'ils n'aient pas fait l'objet d'une section en soi dans le présent document, il n'en demeure pas moins qu'on se doit de souligner l'importance de la disponibilité de certains services tels le transport, les loisirs et le soutien social à la contribution globale au soutien à domicile des aînés. Ainsi, des projets visant l'accessibilité universelle (design inclusif) et la visitabilité voient le jour ou sont à l'étude dans plusieurs pays ainsi qu'au Québec (Morales et coll., 2014-2017⁹⁷). D'autres projets, tel MADA (mentionné antérieurement), sont également en développement au Québec et visent notamment la participation sociale des aînés dans la communauté. D'ailleurs, des organismes communautaires, municipaux ou régionaux sollicitent parfois des ergothérapeutes pour le développement de projets sociaux de ce genre.

Conclusion

À la lumière de ce qui a été mentionné précédemment, on peut constater que certains pays ont déjà adopté une vision élargie de la prestation de services aux aînés vivant à domicile qui va bien au-delà de la seule compensation des difficultés vécues dans les activités de la vie quotidienne et de la prestation de soins. Ces pays misent grandement sur la participation sociale des aînés et de leurs proches, qu'ils aient des difficultés particulières ou non, afin de promouvoir leur bien-être et leur autonomie. **Les preuves scientifiques soutiennent cette approche et le rôle de l'ergothérapeute y est clairement démontré. D'ailleurs, tel que reflété au présent document, le rôle de l'ergothérapeute est reconnu à toutes les étapes du continuum d'interventions visant à soutenir l'aîné dans son milieu de vie⁹⁸, tant en prévention et en promotion de la santé, en repérage précoce du risque de déclin fonctionnel et évaluation des besoins de l'aîné, qu'en réadaptation, incluant le renforcement des capacités fonctionnelles.**

À l'heure actuelle au Québec, le manque d'effectifs en ergothérapie en soins à domicile est criant, engendrant ainsi certains effets délétères. D'une part, on observe de lourds délais d'accès aux services d'ergothérapie, tel qu'en témoignent divers types de professionnels (Raymond et coll., 2016⁹⁹; OIIAQ¹⁰⁰, 2017). D'autre part, des impératifs administratifs contraignent les ergothérapeutes à utiliser exclusivement l'approche centrée exclusivement sur la compensation des incapacités au détriment d'une approche centrée sur le renforcement des capacités fonctionnelles. Cette pratique va à l'encontre non seulement des valeurs de la profession d'ergothérapeute, mais également des preuves scientifiques précédemment mentionnées et des

⁹⁶ Département de médecine familiale et de médecine d'urgence (DMFMU) et direction collaboration et partenariat patient (DCPP), Université de Montréal.

⁹⁷ Morales, E., Routhier, F., Rousseau, J., & Montreuil, B. (2014-2017). Pour un Québec "Visitable": l'application du concept de "visitabilité" chez les aînés. Québec, Canada: Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) Programme Québec Ami des aînés.

⁹⁸ Aux fins de la présente, le terme milieu de vie englobe à la fois le domicile et la communauté.

⁹⁹ Raymond, M.-H., Demers, L. and Feldman, D. E. (2016), Waiting list management practices for home-care occupational therapy in the province of Quebec, Canada. *Health Soc Care Community*, 24: 154–164. doi:10.1111/hsc.12195

¹⁰⁰ Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (2017). Énoncé de position sur l'offre et la prestation de soins et services sécuritaires et de qualité répondant aux besoins des aînés à domicile, 21 p.

<http://www.oiiq.org/documents/file/Publications/2017-02-22-e-nonce-de-position-sad-vfinale.pdf>

engagements énoncés au forum SAD, notamment à l'effet de retourner le client dans son milieu rapidement (et, par conséquent, avec plusieurs besoins) en vue d'une poursuite intensifiée des interventions à domicile. Finalement, il va sans dire que les impératifs administratifs précédemment mentionnés ne laissent malheureusement aux ergothérapeutes aucune place aux interventions d'éducation à la santé dans une optique de prévention du déclin fonctionnel chez l'aîné à risque ou vulnérable.

En somme, dans la poursuite de l'engagement du MSSS d'augmenter l'intensité de services nécessaires, engagement que nous saluons de nouveau, il est impératif de revoir l'offre de services en ergothérapie en vue d'y ajouter les effectifs suffisants. Rappelons à cet égard que, depuis quelques années, **le nombre de nouveaux diplômés des programmes universitaires d'ergothérapie au Québec dépasse très largement les offres d'emploi d'ergothérapeute disponibles dans le secteur public.** Ainsi, l'octroi du récent budget affecté au soutien à domicile, annoncé le 26 mai dernier par le MSSS, arrive à point nommé. Espérons que son utilisation s'inspirera des avancées sociales internationales afin que le Québec puisse rejoindre les pays assumant un leadership dans le domaine du soutien à domicile.

Les huit conditions pour une dispensation optimale de services aux aînés en temps opportun et en continuité

- 1 Favoriser une approche axée sur la prévention et sur la promotion de la santé, à l'échelle individuelle, de groupe, communautaire et populationnelle.
- 2 Favoriser la participation sociale dans un contexte de prévention de l'incapacité et promotion de la santé.
- 3 Assurer la primauté d'une évaluation globale rigoureuse des besoins réels des aînés dans une perspective à long terme.
- 4 S'assurer que toute personne présentant des difficultés liées à son autonomie et à sa participation sociale bénéficie d'une évaluation de ses habiletés fonctionnelles réalisée par un ergothérapeute en vue de définir un plan d'intervention individualisé centré sur ces éléments.
- 5 S'assurer de fournir des interventions personnalisées en ergothérapie visant l'autonomie et la participation sociale des aînés à domicile basées sur les résultats de l'évaluation des habiletés fonctionnelles.
- 6 Assurer une offre de services adaptée aux aînés atteints de troubles neurocognitifs et à leurs proches aidants.
- 7 S'assurer de fournir des interventions personnalisées en ergothérapie visant le soutien des proches aidants.
- 8 Assurer, dès l'admission, une évaluation des risques de déclin fonctionnel de l'aîné par un ergothérapeute.

Remerciements

L'Ordre des ergothérapeutes du Québec remercie chaleureusement les ergothérapeutes suivants pour leur collaboration à la rédaction de ce document :

- **Nathalie Bier, erg., Ph. D.**, professeure agrégée, Programme d'ergothérapie, École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal et Centre de recherche de l'Institut Universitaire de gériatrie de Montréal (CRIUGM).
- **Annie Carrier, erg., B.A.(psy), LL.M., M.Sc., Ph.D.**, Stagiaire postdoctorale, Chaire Politiques, Connaissances et Santé, Université de Montréal, Québec (Canada); Professeure (en recrutement), École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Québec (Canada).
- **Johanne Filiatrault, erg., Ph.D.**, Professeure agrégée, Programme d'ergothérapie, École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal; Chercheuse au Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (CRIUGM).
- **Mélanie Levasseur, Ph. D.**, Professeure, École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke; Chercheuse, Centre de recherche sur le vieillissement du CIUSSS de l'Estrie-CHUS.
- **Marie-Hélène Raymond, erg., Ph.D.**, Chargée d'enseignement, École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal.
- **Jacqueline Rousseau, erg., OT (c), Ph.D.**, Professeure titulaire, programme d'ergothérapie, École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal; Chercheuse et directrice du Laboratoire RE-PÈR+E (RElation PERsonne-Environnement) Centre de recherche Institut universitaire de gériatrie de Montréal (CRIUGM).
- **Pier-Luc Turcotte, erg., M.erg.**, Ergothérapeute et candidat à la maîtrise de recherche en sciences de la santé (santé communautaire), Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Centre de recherche sur le vieillissement du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

Ordre des ergothérapeutes du Québec

2021, avenue Union, bureau 920

Montréal (Québec) H3A 2S9

T 514 844 5778

F 514 844 0478

C info@oeq.org

www.oeq.org