



Réponse de l'Ordre des ergothérapeutes
du Québec à la consultation des
partenaires nationaux du ministère
de la Famille et du ministère de la Santé
et des Services sociaux

Plan d'action
Vieillir et vivre ensemble,
chez soi, dans sa communauté,
au Québec (VVE) 2018-2023

Octobre 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

Ordre des ergothérapeutes du Québec	1
Introduction	3
Champ d'exercice et activités professionnelles des ergothérapeutes	4
Le champ d'exercice des ergothérapeutes	4
Les activités réservées aux ergothérapeutes	5
Les principales activités professionnelles des ergothérapeutes	5
Orientation 1 : Favoriser la participation des personnes âgées à la société	6
Thème 1 – Mettre en valeur et soutenir l'engagement social et citoyen des personnes âgées .	6
Thème 2 – Favoriser l'embauche, le maintien et le retour en emploi des travailleurs expérimentés	7
Orientation 2 : Permettre aux personnes âgées de bien vieillir en santé dans leur communauté	8
Thème 3 – Favoriser la concertation des acteurs pour mieux soutenir les personnes âgées à domicile et dans la communauté.....	8
Thème 4 – Reconnaître, accompagner et soutenir les proches aidants d'aînés.....	13
Orientation 3 : Créer des environnements sains, sécuritaires et accueillants	14
Thème 6 – Rendre les habitations adaptables, adaptées, abordables et sécuritaires pour les personnes âgées	14
Thème 7 – Assurer la mobilité des personnes âgées	17
Conclusion	19
Références	20
Remerciements	25

Introduction

Les personnes vieillissantes souhaitent demeurer dans leur communauté le plus longtemps possible en conservant une qualité de vie optimale. Cette qualité de vie inclut notamment le maintien d'une vie active, incluant la participation sociale. Pour ce faire, l'implantation d'un environnement physique et social qui y concoure est une condition essentielle. D'ailleurs, la tenue du Forum *Vieillir et vivre ensemble - Bilan, échanges et perspectives* ayant eu lieu les 1^e et 2 juin derniers en présence des principaux partenaires concernés, dont l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ), en démontre l'importance. Ainsi, l'OEQ est enthousiaste à l'égard des efforts ministériels démontrés en ce sens lors du bilan du plan d'action *Vieillir et vivre ensemble - Chez soi, dans sa communauté, au Québec* (VVE) 2012-2017. Il tient également à saluer la présente démarche de consultation et est soucieux d'apporter sa collaboration en vue de contribuer à la réflexion soutenant l'élaboration du plan d'action VVE 2018-2023. En ce sens, le ministère de la Famille et le ministère de la Santé de des Services Sociaux (MSSS) pourront 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 de ces deux ministères de s'inspirer, dans sa démarche, des meilleures pratiques et des données scientifiques applicables, notamment à l'égard du vieillissement actif. 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 et de les soutenir dans l'adoption des meilleures pratiques (voir le plan stratégique 2015-2020 de l'OEQ disponible sur le site internet de l'OEQ).

Dans le cadre d'une consultation précédente des partenaires nationaux du ministère de la Santé et des Services sociaux sur le soutien à domicile et les CHSLD, l'OEQ a notamment soumis le document *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* (OEQ, 2017) en mettant de l'avant les services de soutien à domicile, en continuité avec le forum ayant eu lieu sur le même thème en mai dernier. Dans le document précité, l'OEQ expose sa vision des services de soutien à domicile comme faisant partie d'un continuum de services visant le maintien des personnes vieillissantes dans la communauté. En effet, 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. Des enjeux d'autonomie, de participation sociale¹, de prévention et promotion de la santé et de bienveillance² des aînés sont présents dans leur milieu de vie³ et l'ergothérapeute est un professionnel de premier plan pour offrir une intervention la mieux adaptée à leur situation, tant en promotion de la santé, en prévention de l'incapacité et repérage précoce du risque de déclin fonctionnel et évaluation des besoins de l'aîné, qu'en réadaptation, incluant le renforcement des capacités fonctionnelles, tel que témoigné au dit document.

¹ 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 et coll., 2011)

² Le gouvernement du Québec a retenu la définition suivante de la bienveillance : La bienveillance vise le bien-être, le respect de la dignité, l'épanouissement, l'estime de soi, l'inclusion et la sécurité des personnes. Elle s'exprime par des attentions, des attitudes, des actions et des pratiques respectueuses des valeurs, de la culture, des croyances, du parcours de vie, de la singularité et des droits et libertés de la personne aînée. Extrait du Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2017-2022. (Ministère de la Famille, 2017)

³ Aux fins de la présente, le terme milieu de vie englobe à la fois le domicile et la communauté.

D'ailleurs, la variété des sujets de recherche investis par les chercheurs en ergothérapie, dont plusieurs sont subventionnés par des organismes reconnus⁴, 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. Le document précité souligne également l'importance de la disponibilité des services contribuant globalement au soutien des aînés dans leur communauté. Ces services comprennent notamment le transport, les loisirs et le soutien social pour lesquels des organismes communautaires, municipaux ou régionaux sollicitent parfois des ergothérapeutes en vue du développement de projets sociaux ciblant ces aspects (OEQ, 2017, p.23).

Le présent document énonce l'opinion et les recommandations de l'OEQ au terme d'une réflexion à l'égard des thèmes soumis par les deux ministères précités. La plupart des thèmes répondus par l'OEQ ont déjà fait l'objet d'une réflexion par l'OEQ lors de l'élaboration du document *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* (OEQ, 2017). Ils sont donc repris aux fins du présent document. Finalement, le présent document démontre l'importance de l'apport de l'ergothérapeute à la participation sociale de la personne vieillissante et à la réussite du plan d'action VVE 2018-2023, dans la mesure où il sera invité à occuper pleinement le champ d'exercice de l'ergothérapie.

Champ d'exercice et activités professionnelles des ergothérapeutes

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 fonctionnelles**⁵ 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.** »⁶

⁴ Tels l'Institut de recherche en santé du Canada (IRSC), le Fonds de recherche du Québec - Santé (FRQS), le Fonds de recherche société et culture Québec, le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH).

⁵ 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 (OEQ, 2004).

⁶ La sélection en gras est la nôtre.

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 dans la communauté :

- 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.

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 ;
- 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 signifiantes 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 ;
- 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'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, le travail) 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'enseignement et le soutien à la famille, aux intervenants et aux aidants afin d'assurer une participation optimale de la personne dans ses occupations.

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.

Orientation 1 : Favoriser la participation des personnes âgées à la société

Thème 1 – Mettre en valeur et soutenir l'engagement social et citoyen des personnes âgées

Pour ce thème, deux questions soumises à l'appel de mémoire sont répondues par l'OEQ.

Quels moyens peuvent être mis en œuvre pour mettre en valeur le rôle des personnes âgées et la contribution qu'elles apportent à notre société?

- **Impliquer activement les aînés dans le transfert des connaissances en prévention de l'incapacité et promotion de la santé**

Une avenue privilégiée en vue de favoriser la participation sociale de nos aînés est de les impliquer activement dans le transfert de connaissances en prévention de l'incapacité et promotion de la santé (PPS). Au cours des dernières années, de nombreux programmes et initiatives en PPS, issus de la recherche ont vu le jour, dont plusieurs instaurés par des ergothérapeutes québécois (voir thème 3 pour des exemples de programmes et initiatives issus de la recherche instaurés par des ergothérapeutes québécois). Parmi ces derniers, plusieurs programmes instaurés à l'échelle populationnel, communautaire ou de groupe sont maintenant dispensés par des aînés qui ont été formés à cette fin. De fait, les ergothérapeutes ont notamment un rôle d'agent multiplicateur à cet égard, par exemple, en supervisant les aînés à la dispensation, en tout ou en partie, de ce type de programmes. Les aînés sont des personnes privilégiées pour s'impliquer activement dans le transfert des connaissances compte tenu de la crédibilité apportée par leur lien d'appartenance à la population ciblée par le programme.

Selon vous, quelles sont les approches qui devraient être favorisées pour que les personnes âgées isolées et en situation de vulnérabilité puissent vivre régulièrement des interactions sociales valorisantes?

- Guider l'aîné à s'engager dans des activités, en fonction de ses capacités, de son environnement et de ses préférences occupationnelles
- Utiliser les technologies de l'information et des communications (TIC)

Au document d'appel de mémoire (Gouvernement du Québec, 2017), on souligne l'importance d'une bonne connaissance des facteurs favorisant l'engagement des aînés dans les activités de bénévolat et le maintien de leur participation à ces activités. De par la nature même de leur champ d'exercice et de leurs principales activités professionnelles, les ergothérapeutes sont des experts pour guider l'aîné à s'engager dans des activités en fonction de ses capacités et de son environnement, mais en tenant également compte de ses 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, 1997; Townsend et Polatajko, 2007). Cette philosophie d'intervention s'avère incontournable lors de la mise en œuvre de services orientés vers la réappropriation du pouvoir d'agir et l'engagement social et citoyen des aînés.

Par ailleurs, les TIC sont un terrain à explorer en vue de favoriser des interactions sociales valorisantes chez les aînés, particulièrement chez ceux vulnérables à la solitude et à la détresse psychologique. À cet effet, une récente étude randomisée effectuée par des chercheurs britanniques en ergothérapie a démontré des résultats prometteurs (Larsson et coll., 2016).

Thème 2 – Favoriser l'embauche, le maintien et le retour en emploi des travailleurs expérimentés

Pour ce thème, une question soumise à l'appel de mémoire est répondue par l'OEQ.

Quelles sont les actions ou les bonnes pratiques qui devraient être priorisées pour favoriser le soutien à la recherche d'emploi, l'embauche, le maintien ou le retour en emploi des travailleurs expérimentés?

- Établir le potentiel de l'individu à occuper un emploi

Compte tenu du délai pour répondre à la présente consultation, l'OEQ n'a pu investir pleinement cette question. Néanmoins, de par son analyse des interactions entre la personne⁷, son

⁷ incluant ses déficiences et capacités/incapacités

environnement⁸ et ses occupations⁹, le rôle de l'ergothérapeute est reconnu auprès des individus ayant des enjeux à l'égard du travail, que ce soit dans un contexte de retour en emploi à la suite d'un problème d'origine physique ou mental ou de transition entre deux périodes de la vie (p. ex.: transition école-vie active). L'ergothérapeute est donc en mesure d'établir le potentiel fonctionnel d'une personne vieillissante à occuper un emploi.

Orientation 2 : Permettre aux personnes âgées de bien vieillir en santé dans leur communauté

Thème 3 – Favoriser la concertation des acteurs pour mieux soutenir les personnes âgées à domicile et dans la communauté

Pour ce thème, deux questions soumises à l'appel de mémoire sont répondues par l'OEQ et leurs réponses sont regroupées puisque la participation sociale s'inscrit dans un contexte de prévention et promotion de la santé.

Quels services seraient à privilégier dans la communauté pour intervenir précocement ou encore pour retarder le développement des maladies chroniques ou la perte d'autonomie des personnes âgées?

Quels sont les services ou pratiques susceptibles de favoriser la participation sociale des aînés?

- Favoriser une approche axée sur la prévention et sur la promotion de la santé, incluant la participation sociale, à l'échelle individuelle, de groupe, communautaire et populationnelle;
- Assurer la primauté d'une évaluation globale rigoureuse des besoins des aînés dans une perspective à long terme, incluant nécessairement une évaluation des habiletés fonctionnelles visant à statuer sur le potentiel de risque de perte d'autonomie et le pronostic de participation sociale;
- Favoriser une approche centrée sur le renforcement des capacités fonctionnelles (autonomisation)

Dans le document *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* (OEQ, 2017), l'un des constats effectué par l'OEQ est à l'effet que des impératifs administratifs liés au manque d'effectifs en ergothérapie 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 (OEQ, 2017, p.23-24). Or, les preuves d'efficacité de l'ergothérapie auprès de cette clientèle ne sont pas en marge, tel qu'en témoigne notamment une récente revue systématique auprès d'aînés physiquement fragiles

⁸ physique et social

⁹ ou activités significatives

vivant dans la communauté (De Coninck, 2017). Cette étude démontre un fort niveau d'évidence à l'effet que l'ergothérapie améliore leur fonctionnement.

Tel qu'indiqué au document précité, il est impératif d'adopter une vision élargie de la prestation de services aux aînés vivant dans la communauté 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. Les preuves scientifiques vont en ce sens. Pour ce faire, les services à mettre en place à cet égard, , doivent permettre, **tout au long du continuum d'intervention**, de : a) favoriser une approche axée sur la prévention et sur la promotion de la santé, incluant la participation sociale, à l'échelle individuelle, de groupe, communautaire et populationnelle; b) assurer la primauté d'une évaluation globale rigoureuse des besoins des aînés dans une perspective à long terme, incluant nécessairement une évaluation des habiletés fonctionnelles visant à statuer sur le potentiel de risque de perte d'autonomie et le pronostic de participation sociale; c) favoriser une approche centrée sur le renforcement des capacités fonctionnelles (autonomisation).

a) Favoriser une approche axée sur la prévention et sur la promotion de la santé, incluant la participation sociale, à l'échelle individuelle, de groupe, communautaire et populationnelle

Lors de sa conférence au Forum sur les meilleures pratiques en soutien à domicile qui a eu lieu les 25 et 26 mai derniers, M. Yves Couturier¹⁰, Ph. D., a fait 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 (p. 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. 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.

¹⁰ 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.

- 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, 2011). 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 personne¹¹, son environnement¹² et ses occupations¹³, 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 (incluant sa participation sociale), à son bien-être et sa qualité de vie. Ce repérage peut donc s'inscrire dans le cadre de la dispensation de programmes en PPS.

À l'instar des recommandations émises par d'autres juridictions [Grande-Bretagne (NICE, 2006), Australie (GAC, 2016)], 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 vie¹⁴, incluant l'accès au domicile, l'éducation à la famille et aux intervenants).

En plus d'optimiser l'autonomie fonctionnelle ainsi que la participation et l'engagement de l'aîné dans les activités qui lui sont signifiantes, 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

¹¹ incluant ses déficiences et capacités/incapacités

¹² physique et social

¹³ ou activités signifiantes

¹⁴ Aux fins de la présente, le terme milieu de vie englobe à la fois le domicile et la communauté

de perspectives pour un vieillissement en santé (Cardinal et coll., 2008) et qu'ils correspondent à la finalité des activités professionnelles des ergothérapeutes décrites précédemment.

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 coll., 2007, 2011) ;
- Vivre en équilibre (Filiatrault et coll., 2015) ;
- Lifestyle Redesign (Clark et coll., 2015; (Levasseur *et coll.*, document inédit)) ;
- Accompagnement personnalisé d'intégration communautaire (APIC) (Levasseur et coll., 2016)
- Outil de sensibilisation à une conduite sécuritaire et responsable (OSCAR) (Levasseur et coll., 2014) ;
- Mon arthrite, je m'en charge (Laforest et Parisien, 2005) ;
- Muscler vos méninges (Parisien et coll., 2008);
- Inventaire des risques de l'environnement domiciliaire des aînés (IRÉDA) de l'intervention multifactorielle personnalisée (IMP) (Levasseur et coll., 2009)
- Functional Status Assessment of Seniors in the Emergency Department (FSAS-ED) (Veillette et coll., 2009).

Malheureusement, la plupart de ces programmes de PPS ne sont que très peu (ou nullement) implantés en soutien à la communauté au Québec, et ce, en dépit de résultats probants. On n'a qu'à penser au programme Lifestyle Redesign (Clark et coll., 2015) 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 inédit), ne devrait-elle pas être une source d'inspiration pour les pratiques québécoises et les orientations gouvernementales?

b) Assurer la primauté d'une évaluation globale rigoureuse des besoins des aînés dans une perspective à long terme, incluant nécessairement une évaluation des habiletés fonctionnelles visant à statuer sur le potentiel de risque de perte d'autonomie et le pronostic de participation sociale

Tel qu'expliqué au document *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* (OEQ, 2017), en soutien à domicile, **l'évaluation globale des besoins** de l'utilisateur repose actuellement sur un outil d'évaluation (OEMC) qui n'offre qu'une vision fragmentée des besoins de chaque individu (Levasseur et coll., 2016). Or, 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 sa participation sociale et demeurer le plus longtemps possible dans son milieu de vie¹⁵.

¹⁵ Aux fins de la présente, le terme milieu de vie englobe à la fois le domicile et la communauté.

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. : routines, préférences et priorités) sur sa participation aux activités qui lui sont signifiantes, notamment sa participation sociale. D'ailleurs, cette évaluation est plus que déterminante pour certaines populations (p. ex. : les personnes atteintes de troubles neurocognitifs) et des lignes directrices internationales en font une activité essentielle de l'offre de service (NICE, 2006 ; GAC, 2016). 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, 2013).

L'évaluation des habiletés fonctionnelles inclut également les effets de la présence de facteurs de risque, 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, sur l'engagement de la personne dans ses activités, notamment sa participation sociale. Lors de sa présentation au Forum sur les meilleures pratiques en soutien à domicile, M. Yves Couturier¹⁶, 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.

Outre l'évaluation globale, 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.

c) Favoriser une approche centrée sur le renforcement des capacités fonctionnelles (autonomisation)

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

¹⁶ 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.

une approche centrée exclusivement sur la compensation des incapacités au détriment d'une approche centrée sur le renforcement des capacités fonctionnelles.

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 Provencher¹⁷, erg., Ph. D., lors de sa conférence au Forum sur les meilleures pratiques en soutien à domicile.

Tel que mentionné précédemment, et à l'instar des recommandations émises par d'autres juridictions telles la Grande-Bretagne (NICE, 2006) et l'Australie (GAC, 2016), 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 (INESSS, 2015) a recommandé l'introduction progressive de l'autonomisation¹⁸ en complément des services à domicile déjà offerts au Québec, incluant une courte réadaptation, **et identifie les ergothérapeutes comme des professionnels de choix pour dispenser des interventions d'autonomisation**. La province de Québec aurait donc clairement intérêt à s'inspirer de ces avancées sociales internationales pour rejoindre les pays assumant un leadership dans ce domaine.

Thème 4 – Reconnaître, accompagner et soutenir les proches aidants d'aînés

Pour ce thème, une question soumise à l'appel de mémoire est répondue par l'OEQ.

Selon vous, quelles sont les actions ou les bonnes pratiques qui devraient être prioritaires afin d'améliorer les services offerts aux proches aidants d'aînés?

- **Reconnaître le proche aidant en tant que partenaire des soins et services**

Lors du récent Forum sur les meilleures pratiques en soutien à domicile, un grand accent a été mis par divers acteurs, dont le ministre¹⁹ 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

¹⁷ Professeure, École de réadaptation, Université de Sherbrooke; Chercheuse, Centre de recherche sur le vieillissement de Sherbrooke.

¹⁸ 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.

¹⁹ M. Gaétan Barrette, ministre de la Santé et des Services Sociaux.

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 des compétences expérientielles du proche aidant 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 en vue de fournir des interventions personnalisées au proche aidant 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 l'aîné 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, 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.

Orientation 3 : Créer des environnements sains, sécuritaires et accueillants

Thème 6 – Rendre les habitations adaptables, adaptées, abordables et sécuritaires pour les personnes aînées

Pour ce thème, deux questions soumises à l'appel de mémoire sont répondues par l'OEQ.

Quelles sont les actions et les pratiques qui devraient être prioritaires pour diversifier l'offre en matière d'habitation afin de mieux répondre aux besoins des aînés?

- Cette question est répondue au thème 7 alors qu'on aborde des pistes de solution aux besoins des aînés dans la planification des aménagements urbains

Quels sont les moyens à privilégier, particulièrement en milieu rural, afin de permettre aux personnes aînées de demeurer chez elles et de prendre part à la vie de leur communauté le plus longtemps possible?

- Voir stratégies énumérées au thème 3
- Rendre disponible certains services, tels le transport, les loisirs et le soutien social
- Favoriser l'accessibilité compétente aux TIC (thème 1)
Poursuivre l'implantation de la démarche MADA (Municipalité amie des aînés) et autres projets de ce genre

Plusieurs stratégies ont déjà été mentionnées et explicitées à cet effet au thème 3, tel l'importance de a) favoriser une approche axée sur la prévention et sur la promotion de la santé, incluant la participation sociale, à l'échelle individuelle, de groupe, communautaire et populationnelle; b) assurer la primauté d'une évaluation globale rigoureuse des besoins des aînés dans une perspective à long terme, incluant nécessairement une évaluation des habiletés fonctionnelles visant à statuer sur le potentiel de risque de perte d'autonomie et le pronostic de participation sociale; c) favoriser une approche centrée sur le renforcement des capacités fonctionnelles (autonomisation).

Par ailleurs, 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. De façon spécifique aux transports collectifs adaptés, de nombreux enjeux y sont présents et méritent une attention particulière.

De plus, tel que mentionné au thème 1, l'accessibilité compétente aux technologies de l'information et des communications par les aînés est aussi une voie à explorer puisqu'elle permet l'interaction avec autrui, qu'il soit pair ou proche aidant.

La poursuite de l'implantation de la démarche MADA et de projets sociaux de ce genre, où des ergothérapeutes sont parfois impliqués dans leur développement, combinée à l'implication des ergothérapeutes dans le développement des stratégies précitées contribueront fortement à reconnaître et soutenir la participation sociale des aînés dans leur communauté.

En termes d'adaptation des logements, quels moyens devraient être privilégiés pour répondre aux besoins des personnes âgées qui ont des limitations fonctionnelles ou sont en perte d'autonomie?

- **Maintenir l'accessibilité personnalisée (adaptation domiciliaire)**
- **Intégrer les technologies les plus probantes en soutien dans le milieu de vie**

En termes de sécurité à domicile, 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, 2007).

Par conséquent, outre le concept de «visitabilité» décrit ultérieurement au thème 7, l'accessibilité personnalisée demeure un incontournable dans certaines situations, en particulier lorsque les capacités et l'environnement d'un individu ne lui permettent plus de s'engager dans des activités qui lui sont significatives, incluant sa participation sociale. Une récente revue systématique (Stark et al., 2017) 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 sur les effets de modifications domiciliaires pour les personnes ayant des incapacités (Wahl et al., 2009), la majorité des études démontrent une amélioration des habiletés fonctionnelles à la suite des modifications domiciliaires.

L'adaptation de l'environnement aux besoins des personnes âgées fait partie intégrante du travail de l'ergothérapeute. D'ailleurs, l'admissibilité d'une personne au soutien financier des programmes d'adaptation de domicile existants (le programme PAD de la Société de l'habitation du Québec, par exemple) requiert le rapport d'évaluation d'un ergothérapeute. Ainsi, 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 motrices (Rousseau, 2016), visuelles (Carignan et al., 2008) et cognitives (Rousseau et coll., 2005)] ainsi que le *Housing Enabler* (Iwarsson, 1999).

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 de favoriser la participation sociale de l'âné.

De façon particulière aux technologies de l'information et des communications, des projets ont été effectués en ce sens par des ergothérapeutes, mentionnons les projets des chercheuses ergothérapeutes Claudine Auger, Jacqueline Rousseau et Nathalie Bier. Mme Auger réalise présentement un projet permettant de mettre en place une plateforme web professionnel - pair aidant pour soutenir ce dernier à l'égard de problématiques rencontrées lors de l'utilisation d'aides techniques par l'aidé (âné), particulièrement celles à la mobilité (Auger et al., 2016). Le projet de

Mme Rousseau vise à implanter un système de vidéosurveillance intelligente pour détecter les chutes à domicile, entre autres causées par la présence d'incontinence urinaire (Lapierre et coll., 2016). Enfin, Mme Bier réalise un projet de recherche sur l'utilisation des environnements intelligents pour supporter le maintien dans le milieu de vie des personnes âgées vulnérables²⁰.

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, 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 dans le milieu de vie.

Thème 7 – Assurer la mobilité des personnes âgées

Pour ce thème, trois questions soumises à l'appel de mémoire sont répondues par l'OEQ. Les réponses aux deux premières questions sont regroupées.

Selon vous, quelles sont les actions ou les bonnes pratiques qui devraient être appliquées afin de favoriser la mobilité des aînés et, ainsi, de mieux répondre à leur réalité? Comment les mettre en œuvre?

- Maintenir l'accessibilité personnalisée (adaptation domiciliaire) (voir thème 6)
- Favoriser l'éducation et l'information relative aux ressources de transport (voir question ultérieure du présent thème relative aux moyens d'encourager les aînés à utiliser les transports actifs ou collectifs)

Quels acteurs devraient être mis à contribution pour favoriser la mobilité des aînés dans leurs différents milieux de vie?

- Les ergothérapeutes

En considérant la forte dépendance des personnes âgées à l'automobile, comment peut-on les encourager à utiliser les transports actifs ou collectifs pour leurs déplacements quotidiens? Comment y arriver, notamment en milieu rural?

- Éduquer, informer et supporter

Bon nombre d'aînés doivent, à un certain moment, cesser la conduite automobile. Or, l'éventail de ce qui est disponible et utilisé par des aînés, en termes de services et de ressources d'aide à la mobilité, est peu connu. Ces aînés ont besoin d'être informés à cet égard, mais ils doivent de surcroît être éduqués et soutenus dans le processus menant à la cessation de la conduite, et ce, en

²⁰ Ce projet est réalisé en collaboration étroite avec le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal. (Gagné, 2017; Bandaly, 2017)

vue de maintenir leur participation sociale. À cet égard, le programme *CarFreeMe* est une intervention de groupe conçue par une chercheure ergothérapeute Australienne (Liddle et al., 2013) visant à assister les aînés (support et éducation) lors de la cessation de conduite. De façon particulière, ce programme vise à promouvoir l'engagement communautaire et la mobilité et prévenir la dépression et l'isolement chez l'aîné qui est confronté à la cessation de la conduite. Cette intervention est principalement basée sur des théories empruntées à l'ergothérapie [le Modèle Personne-Environnement-Occupation (PEO) (Law, Cooper, Strong, Stewart, Rigby, & Letts, 1996) et le Modèle de l'occupation humaine (Kielhofner, 2002)] ainsi que sur des principes d'andragogie. Les auteures mentionnent l'ergothérapeute et le pair aidant en tant qu'intervenants recommandés pour administrer l'intervention. Ayant démontré des résultats probants, cette intervention est présentement en cours d'adaptation au Québec par une équipe de recherche du Centre de recherche sur le vieillissement du CIUSSS de Sherbrooke dont la chercheuse principale est ergothérapeute (Blais et coll., document inédit). Par ailleurs, une étude québécoise effectuée par des ergothérapeutes du centre précédemment nommé sur les effets d'un programme sur l'apprentissage à l'utilisation du transport en commun chez les aînés a démontré une amélioration du degré de confiance, d'aisance et de connaissance des participants à cet égard (Ducharme et coll., 2015).

Selon vous, quelles sont les pistes de solution qui devraient être suivies afin de tenir compte des besoins des aînés dans la planification des aménagements urbains?

- Poursuivre le déploiement de la démarche MADA
- Appliquer le concept de visitabilité au Québec

L'OEQ salue et encourage le processus de déploiement de la démarche MADA, et ce, de concert avec les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé qui en fait une priorité. De fait, il est reconnu qu'une MADA encourage le vieillissement actif en optimisant la santé, la participation et la sécurité des citoyens âgés, pour améliorer leur qualité de vie (Organisation mondiale de la santé, 2007, p.1). En adaptant ses structures et services aux besoins et capacités des aînés, on favorise ainsi leur participation sociale.

D'ailleurs, tel que mentionné dans l'étude de Raymond et coll. (2016), la priorité généralement identifiée par les aînés en termes de besoin est de pouvoir sortir de leur domicile afin de demeurer actif. Par conséquent, dans l'objectif de favoriser la participation sociale de l'aîné, l'adaptation du domicile aux fins de son accessibilité est un incontournable. Ainsi, dans le domaine de l'aménagement urbain l'application du concept de visitabilité²¹ qui est déjà répandu aux États-Unis, et qui prend de plus en plus d'importance au Canada, s'inscrit dans l'ensemble des solutions en vue de favoriser la participation sociale de l'aîné. Le Québec s'intéresse également au concept de «visitabilité», tel qu'en témoigne un projet de recherche en cours par le Centre interdisciplinaire

²¹ «La visitabilité des maisons signifie la conception et la construction de maisons disposant d'un niveau d'accessibilité de base. De telles maisons offrent un accès indépendant à tout le monde, y compris aux personnes handicapées ou à mobilité limitée» (SHRM, feuillet de renseignements).

de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIIS), impliquant notamment des chercheurs ergothérapeutes (Morales et coll., 2014-2017).

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 dans leur milieu de vie 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 démontré au présent document, l'ergothérapeute est un professionnel reconnu pour favoriser la participation sociale de l'aîné, et ce, tant en promotion de la santé et en prévention de l'incapacité qu'en réadaptation. On peut ainsi affirmer que l'ergothérapeute a un rôle déterminant dans la contribution au succès de la politique VVE 2018-2023.

Références

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

Auger, C., Demers, L., Mortenson, B., Guay, M., Bier, N., Michaud, F., Ahmed, S. (2016). Web-based systematic telemonitoring and teletraining for user-caregiver dyads after provision of assistive technology. *Gerontechnology*;15(suppl). doi:10.4017/gt.2016.15.s.861.00.

Bandaly, S., Couture, M., Giroux, S., Lussier, M., Bottari, C., Pigot, H., Belchior, P., Bier, N. Soutien à domicile via la technologie des personnes à risque de négligence de soi : perception des acteurs impliqués. Journée Scientifique du CRIUGM-CAREC, Montréal, 17 mai 2017.

Blais, E., Bolduc-Rouleau, E., Fontaine-Pagé, L., Grondin, R., Lanoie, N., Laramée, C., Gabaude, C., Levasseur, M. (document inédit). Continuum d'outils d'aide à la mobilité des aînés: de l'optimisation d'une conduite sécuritaire et responsable à l'utilisation de transports alternatifs. Avec la permission de l'auteure principale.

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.

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

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.

De Coninck, L., Bekkering, G.E., Bouckaert, L., Declercq, A., Graff, M.J.L., & Aertgeerts, B. (2017). Home- and Community-Based Occupational Therapy Improves Functioning in Frail Older People: A Systematic Review. *Journal of the American Geriatric Society*, 65(8), 1863-1869.

Ducharme, C., O'Neill, E., Girard, S.-M., Bélair, C., Chagnon, M. et Levasseur, M. (2015). Effets du programme d'apprentissage à l'utilisation du transport en commun (ATRACo) : une étude pré-expérimentale. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 1(2), 24-44. doi: <https://doi.org/10.13096/rfre.v1n2.20>

Filiatrault, J., Parisien, M., Laforest, S., Lorthios-Guilledroit, 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.

Gagné, H. (2017). «De meilleurs soins à domicile pour aider les aînés à rester à la maison», *TVA nouvelles*, [En ligne]. [<http://www.tvanouvelles.ca/2017/09/20/de-meilleurs-soins-a-domicile-pour-aider-les-aines-a-rester-a-la-maison>] (Consulté le 4 octobre 2017).

Gouvernement du Québec (2017). *Appel de mémoires - Élaboration du PA-VVE 2018-2023. Document de consultation*. Bibliothèque et archives nationales du Québec.

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

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.

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.

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

Kielhofner, G. (2002). *Model of Human Occupation: Theory and Application*. Baltimore (États-Unis), Lippincott Williams & Wilkins, 576p.

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).

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 videovigilance 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 Londej, S., St-Arnaud, J., Giroux, F., 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:10.1017/S0714980815000392.

Larsson, E., Padyab, M., Larsson-Lund, M., Nilsson, I. (2016). Effects of a social Internet-based intervention program for older adults: An explorative randomized crossover study. *British Journal of Occupational Therapy*, 79(10), 629-636.

Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P. & Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, (63), 9-23.

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.

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.

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 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)].

Levasseur, M., Renaud, J., Audet, T., Gélinas, I., Bédard, M., Coallier, J.-C., Langlais, M.-È. 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.

Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L., Raymond, E. (2011). Aînés : vous avez dit participation sociale ? *La santé de l'homme*. No. 411 (janvier-février 2011), 27-28. [<http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-homme-411.pdf>]

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. (2009). La prévention des chutes chez les aînés : Intervention multifactorielle personnalisée (volet soutien à domicile). 2e 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]

Liddle, J., Haynes, M., Pachana, N.A., Mitchell, G., McKenna, K., Gustafsson, L. (2013). Effect of a Group Intervention to Promote Older Adults' Adjustment to Driving Cessation on Community Mobility: A Randomized Controlled Trial. *The Gerontologist*, 54(3), 409-422. doi:10.1093/geront/gnt019

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.

Ministère de la famille et des aînés et 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.
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.

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, 24p. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-245-02.pdf>]

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. [<http://www.cirris.ulaval.ca/fr/pour-un-quebec-visitable-lapplication-du-concept-de-visitabilite-chez-les-aines>]

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]

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.

Ordre des ergothérapeutes du Québec (2017). *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*, 26 p.

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>]

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*.

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

Raymond, M.H., Demers, L., 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.

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.

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.

Société d'habitation et de rénovation du Manitoba (SHRM) (n.d.) Concept de «visitabilité» des maisons. Feuillet de renseignements.

[https://www.gov.mb.ca/housing/pubs/visitable_housing_fr.pdf]

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). <https://doi.org/10.5014/ajot.2017.018887>.

Townsend, E.A., Polatajko H.J. (2007). *Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation*. Ottawa, Canadian Association of Occupational Therapists.

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

Trickey, F., Parisien, M., Laforest, S., Genest, C., 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).

Veillette, N., Demers, L., Dutil, É., 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>].

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

Remerciements

Nathalie Bier, erg., Ph. D., Professeure agrégée, École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal; Chercheure, Centre de recherche de l'Institut Universitaire de gériatrie de Montréal (CRIUGM).

Johanne Filiatrault, erg., Ph.D., Directrice des programmes d'études supérieures en sciences de la réadaptation et Professeure agrégée, École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal; Chercheuse, Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (CRIUGM).

Mélanie Levasseur, erg., Ph. D., Professeure, École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke; Directrice de l'axe Autonomisation et environnement et Chercheure, Centre de recherche sur le vieillissement du CIUSSS de l'Estrie-CHUS.

Jacqueline Rousseau, erg., Ph.D., Professeure titulaire, 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).

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