



Ordre
des ergothérapeutes
du Québec

OEQ

Position de l'Ordre des
ergothérapeutes du Québec
quant à l'opportunité d'intégrer
la réadaptation cognitive
aux orientations ministérielles
sur les troubles neurocognitifs
majeurs

Mars 2020

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

1. La réadaptation cognitive : un maillon essentiel à intégrer aux orientations ministérielles.....	p. 2
2. La réadaptation cognitive : au-delà de la promotion de la santé cognitive.....	p. 3
3. Pertinence dans le contexte actuel	p. 3
4. Quelques données de recherche à l'égard de la réadaptation cognitive	p. 5
5. Initiative québécoise de réadaptation cognitive.....	p. 5
6. Conclusion.....	p. 7
7. Références.....	p. 9
8. Remerciements.....	p. 10

1. La réadaptation cognitive : un maillon essentiel à intégrer aux orientations ministérielles

Le vieillissement de la population est un phénomène reconnu à l'échelle mondiale et le Québec n'y fait pas exception. Parallèlement, les troubles neurocognitifs (TNC) de type Alzheimer et autres sont aussi en accroissement et constituent la principale cause d'invalidité chez les Canadiens de 65 ans et plus¹. Dans une optique d'améliorer les services actuels et pour répondre efficacement à la croissance projetée des personnes présentant une maladie d'Alzheimer ou un autre TNC majeur, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec s'est doté d'orientations² à cet égard. Ces orientations (aussi appelées « Initiative Alzheimer »), dont la 3^e phase est actuellement en préparation, visent ultimement à promouvoir le dépistage précoce de la clientèle et à assurer un suivi adapté tout au long de la maladie.

Jusqu'à présent, plusieurs actions ont été mises en place à cet égard, dont la porte d'accès aux services s'effectue principalement via les groupes de médecine de famille (GMF). Parmi ces actions, on retrouve notamment le dépistage précoce, un suivi systématique, le déploiement d'équipes SCPD³ et le développement de partenariats entre les GMF et les partenaires, tels que les cliniques de mémoire et le soutien à domicile. L'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ) salue tout le travail accompli jusqu'à présent ainsi que les priorités d'action élaborées par le MSSS pour la 3^e phase à venir, parmi lesquelles figurent notamment la promotion de la santé et de la réserve cognitives.

Dans un désir de collaborer activement au bon déploiement de la 3^e phase des orientations ministérielles sur les TNC majeurs et en cohérence avec sa position émise en 2017 quant à la nécessité d'assurer une offre de services adaptée aux aînés ayant un TNC et à leurs proches aidants (OEQ, 2017, p.18)⁴, l'OEQ aimerait porter votre attention sur un pan du déploiement des services à cette clientèle encore peu connu au Québec, mais qui s'avère des plus prometteurs puisqu'il constitue, à notre avis, un « maillon essentiel » dans la mise en place des services visant à assurer à la clientèle un suivi adapté tout au long de la maladie : il s'agit de la réadaptation cognitive (RC).

Dans un premier temps, la RC sera brièvement définie. Par la suite, la pertinence de la RC sera démontrée et ensuite appuyée par des données de recherche et contextuelles (audits de dossier), ces dernières provenant d'une initiative d'implantation de la RC au sein du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSSMCQ).

¹ Société Alzheimer du Canada (2010). *Raz-de-marée : Impact de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes au Canada*. Ontario.

² Retrouvé à <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-chroniques/alzheimer-et-autres-troubles-neurocognitifs-majeurs/>

³ Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

⁴ OEQ (2017). 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. Document téléaccessible au <https://www.oeq.org/DATA/MEMOIRE/18~v~position-de-l-ordre-des-ergotherapeutes-du-quebec-sur-les-services-de-soutien-a-domicile-huit-conditions-pour-une-dispensation-optimale-de-services-aux-aines-en-temps-opportun-et-en-continuite.pdf>

2. La réadaptation cognitive : au-delà de la promotion de la santé et de la réserve cognitives

L'importance d'améliorer la santé cognitive en améliorant l'efficacité des zones saines du cerveau⁵ est reconnue. Il est d'ailleurs démontré que l'entraînement cognitif aurait des effets sur les habiletés cognitives chez les personnes n'ayant aucun TNC ou un TNC mineur⁶ et que la stimulation cognitive aurait un effet sur le ralentissement de la progression des symptômes⁷. Toutefois, il est clairement constaté dans la littérature scientifique que ces deux modalités ne démontrent aucun effet sur l'autonomie fonctionnelle^{8 9 10}, alors que cet enjeu est présent chez toutes les personnes ayant un TNC majeur (puisqu'il s'agit d'un critère diagnostique). Pour ces personnes, les interventions doivent donc aller au-delà de la promotion de la santé et de la réserve cognitives.

C'est ce que fait la RC. Elle s'adresse aux personnes âgées présentant un TNC majeur de stade léger ou modéré et vise notamment à améliorer leur autonomie, leur sentiment de compétence ainsi que leur qualité de vie. S'appuyant sur « l'empowerment » et effectuées en milieu de vie (domicile), ces interventions de RC sont basées sur des objectifs fonctionnels établis par les usagers (ex. : automédication, préparer son déjeuner). La RC vise donc l'utilisation des capacités préservées (ex. : mémoire procédurale, récupération implicite de l'information) pour créer de nouveaux apprentissages automatisés et favoriser l'autonomie.

3. Pertinence dans le contexte actuel

Tel que mentionné précédemment, plusieurs actions ont été mises de l'avant par le MSSS pour assurer un suivi adapté de la clientèle tout au long de la maladie. Cela a notamment donné lieu à l'établissement de partenariat entre les GMF, les organismes communautaires et le soutien à domicile afin de déployer des effectifs (ressources humaines) visant à compenser la perte d'autonomie fonctionnelle de la personne ayant un TNC majeur, et ce, nonobstant la présence d'habiletés préservées et d'un potentiel d'apprentissage de l'utilisateur ayant un TNC majeur, et/ou offrir du soutien au proche aidant.

Appliquée d'emblée, l'approche compensatoire engendre toutefois des effets pervers. D'une part, les effectifs déployés étant nettement insuffisants pour répondre aux besoins, des enjeux de sécurité de la clientèle, d'alourdissement du fardeau des proches aidants et de maintien à domicile demeurent.

⁵ Tiré de la présentation *Améliorer la santé cognitive pour intervenir en amont des principales atteintes cognitives* effectuée par Dre Denise Aubé, Médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive, Médecin conseil, INSPQ, Dossier Vieillesse en santé, dans le cadre de la journée d'échange sur les troubles neurocognitifs organisée par le MSSS le 10 juin 2019. Présentation téléaccessible au https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/journee-d-echange-sur-les-troubles-neurocognitifs-majeurs/5_12h45_ameliorer_la_sante_cognitive.pdf

⁶ Clare, L. et Woods, R.T., 2004; Martin, M. et al., 2011

⁷ Clare, L. et Woods, R.T., 2004 ; Woods, B. et al., 2012

⁸ Revue Cochrane dont le résumé est téléaccessible au https://www.cochrane.org/CD005562/DEMENTIA_can-cognitive-stimulation-benefit-people-with-dementia;

⁹ Téléaccessible au <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5770003/>;

¹⁰ Téléaccessible au <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4267515/>

D'autre part, l'approche compensatoire engendre une diminution d'activité par l'individu, accélérant ainsi la détérioration de sa condition, d'autant plus que la venue de ressources à domicile puisse parfois être vue comme intrusif et contribuer à une diminution de l'estime de soi. Finalement, la perte d'autonomie fonctionnelle a un effet sur la qualité de vie de l'individu, ce qui peut également l'amener à développer d'autres conditions, tel que la dépression ou des SCPD. Devant ces constats, un questionnement émerge :

Pourrait-on améliorer les capacités fonctionnelles et l'autonomie de cette clientèle (en dépit, à ce jour, d'une inéluctable dégénérescence des fonctions cognitives), favorisant ainsi une amélioration de l'estime de soi et de la qualité de vie, une réduction des SCPD liés à la dépendance fonctionnelle, une diminution du fardeau des aidants et de l'allocation de ressources du réseau (impact économique), ainsi qu'un report d'hébergement (impact économique) ?

Des données issues de la recherche ainsi qu'une initiative novatrice récemment instaurée en contexte québécois et appuyée sur ces données de recherche vont positivement en ce sens, tel qu'il sera démontré dans les sections suivantes. Il n'est donc pas surprenant que des pays reconnus comme le Royaume-Uni et l'Australie incluent la RC dans leurs lignes directrices sur la démence (NICE¹¹, GAC¹²). Dans la même veine, en 2015, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)¹³ recommandait l'introduction progressive de l'autonomisation¹⁴ en complément des services à domicile déjà offerts au Québec, prônant ainsi l'approche de réadaptation.

Le Québec devrait donc s'inspirer :

- des lignes directrices provenant de pays reconnus pour leur leadership dans ce domaine, ainsi que plus près de nous,
- d'un avis de l'INESSS sur l'autonomisation, et
- d'une initiative novatrice québécoise sur la réadaptation cognitive,

pour instaurer la réadaptation cognitive à l'échelle québécoise, celle-ci étant une condition essentielle à l'optimisation de la qualité de vie des personnes ayant un TNC et s'inscrivant parfaitement dans la foulée d'assurer une réponse adaptée et en temps opportun aux besoins de la clientèle.

¹¹ Téléaccessible au <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97/resources/dementia-assessment-management-and-support-for-people-living-with-dementia-and-their-carers-pdf-1837760199109> p.20

¹² Téléaccessible au <https://cdpc.sydney.edu.au/wp-content/uploads/2019/06/Dementia-Guideline-Recommendations-WEB-version.pdf> p.14

¹³ Téléaccessible au https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_Avis_Autonomisation.pdf (pp. 20, 41, 43)

¹⁴ *L'autonomisation a pour objet d'aider les personnes âgées à continuer de vivre à domicile et d'éviter ou de retarder la progression vers des services plus intensifs et plus coûteux. L'autonomisation met l'accent sur le développement ou le rétablissement des capacités d'un usager à vivre de façon aussi autonome que possible. Elle accorde aussi 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.* https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_Avis_Autonomisation.pdf

4. Quelques données de recherche à l'égard de la réadaptation cognitive

Des données de recherche auprès d'individus ayant un TNC majeur et ayant bénéficié de RC démontrent :

- des liens significatifs entre ces interventions et
 - l'amélioration de la performance occupationnelle et de l'autonomie de l'utilisateur (TNC majeur de stage léger et modéré surtout)¹⁵. D'ailleurs, la durée du maintien s'étendrait à plus de 21 mois lorsque les apprentissages sont utilisés hebdomadairement, et ce, en dépit de l'évolution de la maladie.¹⁶
 - l'amélioration de la satisfaction personnelle et l'augmentation du sentiment de compétence de l'utilisateur¹⁷
 - une amélioration de la qualité de vie (réelle ou perçue) de l'utilisateur¹⁸
 - une diminution de l'assistance requise (et du fardeau perçu) par les aidants¹⁹
 - un report d'hébergement²⁰
- une tendance en faveur
 - d'une réduction des SCPD^{21,22}
 - d'une réduction des coûts en services²³

5. Initiative québécoise de réadaptation cognitive

Il y a quelques années, le CIUSSSMCQ a participé à l'un des projets pilote du MSSS dans le cadre de l'instauration de l'initiative Alzheimer. Ainsi, dans l'objectif de promouvoir un dépistage précoce de la clientèle ayant un TNC et d'assurer un suivi adapté tout au long de l'évolution de la maladie, le CIUSSSMCQ a mis en place des structures et un partenariat pour améliorer le dépistage précoce et pour instaurer des services à cette clientèle, notamment le soutien à domicile dans une optique d'approche compensatoire (ex. : ajout d'ASSS²⁴ pour compenser les incapacités fonctionnelles, notamment lors des repas ou de la prise de la médication). Ce faisant, le CIUSSSMCQ s'est vite rendu compte des limites liées à cette approche, notamment les effectifs (ASSS) requis pour ce faire qui dépassaient largement ceux disponibles dans le réseau. Par conséquent, le CIUSSSMCQ s'est tourné vers d'autres facettes encore inexplorées à ce jour au Québec pour répondre aux besoins de cette clientèle.

¹⁵ Clare, L., et Woods, R.T., 2004; Clare, L. et al., 2010; Bahar-Fuchs, et al., 2013; Clare et al, 2010; Amieva et al., 2016

¹⁶ Amieva et al. (2016)

¹⁷ Clare, L., et Woods, R.T. (2004); Clare, L. et al. (2010); Bahar-Fuchs, et al. (2013); Clare et al. (2010); Amieva et al. (2016); De Werd, et al. (2013)

¹⁸ Clare, L., et Woods, R.T. (2004); Clare, L. et al. (2010); Bahar-Fuchs, et al. (2013); Clare et al. (2010); Amieva et al. (2016); De Werd, et al. (2013)

¹⁹ Amieva et al. (2016)

²⁰ Amieva et al. (2016)

²¹ Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

²² Amieva et al. (2016)

²³ Amieva et al. (2016)

²⁴ Auxiliaire aux services de santé et services sociaux

C'est ainsi qu'en 2016, basées sur des données probantes et appuyées par des lignes directrices dans le domaine de la cognition et sur l'avis de l'INESSS prônant l'autonomisation, des interventions de réadaptation cognitive (RC) effectuées via le service d'ergothérapie²⁵ du soutien au domicile (SAD)²⁶ ont été élaborées. Ces interventions s'adressent aux personnes âgées présentant un TNC majeur de stade léger ou modéré et visent notamment à améliorer leur autonomie, leur sentiment de compétence ainsi que leur qualité de vie. Les rencontres ont lieu à domicile en collaboration avec les proches aidants afin d'assurer l'intégration au quotidien.

Récemment, trente-trois audits de dossiers ont été réalisés puis analysés afin de mesurer les retombées de la RC. En moyenne, trois interventions de 60 minutes par objectif travaillé sont effectuées par les ergothérapeutes, jusqu'à trois objectifs pouvant être travaillés simultanément.

Les résultats²⁷ démontrent notamment :

- une augmentation de l'autonomie des usagers (80 % des objectifs étant totalement atteints et 13 % étant partiellement atteints) ET un maintien des acquis dans le temps (médiane : 35 semaines; étendue : 9 à 78 semaines; 66 % des objectifs répertoriés étant encore en cours au moment de la collecte des données, donc non comptabilisés, et s'étendant jusqu'à 130 semaines). De fait, lorsque les stratégies sont utilisées sur une base hebdomadaire, en raison d'une réalisation fréquente des occupations, les gains d'autonomie sont maintenus pendant plusieurs mois malgré l'évolution de la maladie, et ce, en concordance avec les données de recherche préalablement mentionnées.
- une réduction/évitement des heures-soins requises au quotidien chez 52 % des usagers, variant de 1,5 à 7 heures-soins par semaine, ce qui est concordant avec la tendance observée dans la recherche, tel qu'indiqué précédemment.

²⁵ De par son champ d'exercice « Évaluer les habiletés fonctionnelles, 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 » et son activité réservée « évaluer les habiletés fonctionnelles d'une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité », l'ergothérapeute est l'acteur principal de la RC. Pour plus de renseignements sur le rôle de l'ergothérapeute auprès de cette clientèle et à l'égard de l'autonomisation, voir les deux documents [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 ; [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 . Tel qu'allégué au guide explicatif sur le projet de loi 21 : « l'ergothérapeute évalue et analyse l'impact de divers troubles, notamment les troubles ..., neuropsychologiques, ... sur la performance de la personne dans la réalisation de ses habitudes de vie... Cette analyse permet à l'ergothérapeute de déterminer des modalités d'intervention adaptées aux besoins de la personne en harmonie avec son environnement. ». Ce guide est téléchargeable à l'adresse https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Guide_explicatif_decembre_2013.pdf . La RC implique préalablement l'évaluation de l'impact des difficultés cognitives sur le fonctionnement de la personne dans ses occupations. Cette évaluation permettra donc à l'ergothérapeute de déterminer les stratégies d'intervention cognitive à mettre en place en vue d'atteindre les objectifs fixés par l'utilisateur.

²⁶ En concertation avec l'équipe du GMF qui réfère en RC du SAD dès que des difficultés fonctionnelles se manifestent (TNCM lég/mod) et que la personne a une certaine conscience de ses difficultés fonctionnelles.

²⁷ Tiré de la présentation *La réadaptation cognitive pour l'autonomisation des aînés présentant des troubles neurocognitifs* effectuée par Jessica Déry, erg., M.Réad., coordonnatrice clinique CEG, Amélie Poulin, conseillère cadre aux services gériatriques et au programme de soins palliatifs et de fin de vie et Caroline Morin, erg., coordonnatrice clinique en réadaptation, CIUSSMCO, effectuée au Comité consultatif ministériel sur l'initiative Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs le 5 novembre 2019.

- une prolongation du maintien à domicile chez 88 % des usagers pour qui un changement de milieu de vie devenait nécessaire pour assurer la sécurité, ce qui concorde avec les données de recherche où une diminution du taux d'institutionnalisation a été observée à 24 mois post-RC²⁸.

Quant aux données expérientielles, les audits de dossiers²⁹ font ressortir :

- une augmentation
 - de leur sentiment de compétence ;
 - de l'engagement dans des activités significatives ;
 - de l'acceptation de la maladie ;
 - de la qualité de vie ;
 - de la satisfaction des usagers.
- une diminution
 - du fardeau des aidants ;
 - des SCPD ;
 - des tensions dans la relation entre l'utilisateur et son proche aidant.

Ces données vont également dans le sens des résultats de recherche précédemment énoncés.

Ainsi, devant des résultats « fort concluants », le projet de RC est actuellement en déploiement pour s'étendre progressivement à l'ensemble des réseaux locaux de service (RLS) du CIUSSSMCQ.

6. Conclusion

Dans l'optique d'améliorer les services actuels et pour répondre efficacement à la croissance projetée des personnes présentant une maladie d'Alzheimer ou un autre TNC majeur, plusieurs actions sont actuellement déployées ou prévues par le MSSS dans le cadre de l'initiative Alzheimer, incluant notamment l'allocation de ressources dans le milieu de vie pour compenser la perte d'autonomie fonctionnelle. Or, cette approche compensatoire comporte son lot de limites, et ce, de par l'effet engendré tant sur la clientèle (↓estime de soi/qualité de vie et ses effets délétères, tels la dépression et les SCPD, ↑détérioration de la condition de l'utilisateur) que sur le système de santé (ampleur des effectifs déployés pour répondre aux besoins et ses effets délétères, tels les conséquences financières ou la pénurie d'effectifs engendrant des enjeux de sécurité et un fardeau accru des proches aidants).

Fort heureusement, il existe une approche reconnue par les résultats de recherche et dont une initiative québécoise démontre des résultats des plus prometteurs, soit la réadaptation cognitive (RC). Ces résultats vont uniformément dans le sens d'une amélioration d'aspects, tels l'autonomie et les capacités fonctionnelles, l'estime de soi, la qualité de vie et les SCPD liés à la dépendance fonctionnelle, d'une

²⁸ Amieva et al. (2016)

²⁹ Tiré de la présentation *La réadaptation cognitive pour l'autonomisation des aînés présentant des troubles neurocognitifs* effectuée par Jessica Déry, erg. M.Réad., coordonnatrice clinique CEG, Amélie Poulin, conseillère cadre aux services gériatriques et au programme de soins palliatifs et de fin de vie et Caroline Morin, erg., coordonnatrice clinique en réadaptation, CIUSSSMCQ, effectuée au Comité consultatif de mise en œuvre du plan ministériel sur les troubles neurocognitifs le 5 novembre 2019.

diminution du fardeau des aidants et de l'allocation des ressources du réseau ainsi que du report d'hébergement. Pas étonnant que des pays reconnus pour leur leadership dans ce domaine, tels le Royaume-Uni et l'Australie, aient inclus la RC dans leur ligne directrice. Cela va d'ailleurs dans le sens des recommandations de l'INESSS à l'égard de l'introduction de l'autonomisation au Québec.

L'OEQ est d'avis que la RC, fort de sa reconnaissance internationale, de l'avis de l'INESSS et d'une initiative québécoise prometteuse, devrait être intégrée aux orientations ministérielles sur les TNC majeurs.

7. Références

Amieva, H., Robert, P.H., Grandoulier, A-S., Meillon, C., De Rotrou, J., Sandrine, A. et al. (2016). Group and individual cognitive therapies in Alzheimer's disease: The ETNA3 randomized trial. *International psychiatrics*, 28(5), 707-717

Bahar-Fuchs, A., Clare, L. et Woods, B. (2013). Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 6

Clare, L., et Woods, R.T. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease : a review. *Neuropsychological Rehabilitation*, 14 (4), 385-401

Clare, L. et al. (2010). Goal-setting cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer disease : a single-blind randomized controlled trial of clinical efficacy. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 928-939

De Werd, M.M.E., Boelen, D., Olde Rikkert, M.G.M., et Kessels, R.P.C. (2013). Errorless learning of everyday tasks in people with dementia. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 1177-1190. doi: 10.2147/CIA.546809

Martin, M., Clare, L., Altgassen, A.M., Cameron, M.H., et Zehnder, F. (2011). Cognition-based interventions for healthy older people and people with mild cognitive impairment (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1

Woods, B., Aguirre, E., Spector, A.E., Orrell, M. (2012). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2

8. Remerciements

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

Jessica Déry, erg. M.Réad., Coordonnatrice clinique des Centres d'expertise gériatrique (CEG), Direction adjointe au programme SAPA - assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Chantal Viscogliosi, Ph. D., Professeure, École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke; Chercheure, Centre de recherche sur le vieillissement du CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Position de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec quant à l'opportunité d'intégrer la réadaptation cognitive aux orientations ministérielles sur les troubles neurocognitifs majeurs. Mars 2020

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