



Ordre  
des ergothérapeutes  
du Québec

**OEQ**

Mémoire en réponse à la  
consultation du Secrétariat  
aux aînés (SA) du ministère  
de la Santé et des Services  
sociaux (MSSS) sur le *Plan  
d'action gouvernemental  
pour contrer la  
maltraitance envers les  
personnes âgées (PAM)  
2022-2027*

---

Mars 2021

# 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

<a href="#">Thème 1</a> – L'âgisme et le capacitisme.....	p. 1
<a href="#">Thème 2</a> – La maltraitance psychologique.....	p. 3
<a href="#">Thème 3</a> – La maltraitance organisationnelle.....	p. 6
<a href="#">Thème 4</a> – La bientraitance .....	p. 18
<a href="#">Conclusion</a> .....	p. 20
<a href="#">Synthèse des recommandations</a> .....	p. 21
<a href="#">Références bibliographiques</a> .....	p. 22
<a href="#">Remerciements</a> .....	p. 26

### QUESTION 1.1

Selon votre expérience, qu'est-ce que le gouvernement du Québec devrait faire pour lutter contre l'âgisme et le capacitisme?

- **Mettre en place des interventions reconnues efficaces de réduction de l'âgisme**

La mise en place d'interventions visant la réduction de l'âgisme par le gouvernement du Québec est essentielle pour favoriser un vieillissement en santé. Selon les premiers résultats du projet dirigé par l'équipe de Professeure Mélanie Levasseur (voir question 1.2), **trois types de stratégies** recensées doivent être appliquées pour lutter contre l'âgisme : **éducatives, impliquant un contact intergénérationnel et combinant les deux**. Le manque d'éducation sur le vieillissement est une des sources de mythes et de stéréotypes concernant les personnes âgées (ou les aînés). Par des interventions éducatives, les individus acquièrent des connaissances qui les amènent à adopter une vision plus réaliste et nuancée du vieillissement. Ils sont alors capables de remettre en question les mythes et les stéréotypes liés aux personnes âgées et de prendre conscience de l'hétérogénéité de cette population. De plus, les connaissances transmises permettent d'identifier les points communs et les forces des différentes générations, rapprochant ainsi l'ensemble de la société. Quant aux contacts intergénérationnels, ils offrent la possibilité d'échanger avec les autres générations, d'apprendre à les connaître et de corriger certains préjugés ou stéréotypes. Ainsi, l'éducation et le contact intergénérationnel permettent de valoriser le rôle des aînés et de transmettre une vision réaliste et nuancée du vieillissement. Il est donc primordial que le gouvernement du Québec agisse rapidement en ce sens, la pandémie ayant de surcroît exacerbé les défis liés à l'âgisme.

- **Favoriser l'implantation de projets éducatifs visant à contrer le capacitisme**

Il faut souligner que l'âgisme n'est qu'une des formes de discrimination menant à l'exclusion sociale et pouvant ultimement conduire à la maltraitance. Bien que l'âge soit un facteur important, **la forme de discrimination la plus liée à la maltraitance est le capacitisme**<sup>i</sup>, qui consiste en une discrimination en raison des capacités perçues d'une personne et qui se manifeste par des attitudes et des comportements infantilisants, paternalistes ou dénigrants envers la personne dont les capacités (affectives, cognitives ou physiques) sont jugées moindres ou inférieures (Drolet et Ruest, 2021)<sup>ii</sup>.

Le capacitisme induit des attitudes qui placent la personne ayant un handicap dans une position constante de dévalorisation et d'infériorité. En étant maintenue dans une vision déshumanisante, la personne est donc plus sujette à être maltraitée par autrui. En ce sens, une personne âgée qui perd des capacités fonctionnelles voit ses risques d'être victime de maltraitance accrus. Ainsi, de par la nature même de leur travail (soutenir les capacités fonctionnelles), **les ergothérapeutes sont des témoins directs de cette forme de maltraitance**. Il n'est donc pas étonnant que des projets de recherche effectués auprès d'ergothérapeutes fassent ressortir la persistance de cette culture non seulement empreinte d'âgisme, mais aussi de capacitisme, et ce, en dépit des campagnes de sensibilisation mises en place par le gouvernement<sup>iii</sup> <sup>iv</sup> <sup>v</sup> <sup>vi</sup> <sup>vii</sup>, d'où la nécessité de **favoriser l'implantation de projets dans la communauté visant à contrer le capacitisme**, dont un exemple est retrouvé à la Question 1.2.

Afin de contrer les effets néfastes du capacitisme, l'Ordre s'assurera que les programmes d'enseignement en ergothérapie abordent cet enjeu lié à la maltraitance, mais recommande également de :

---

**Enseigner les effets néfastes du capacitisme et les façons de le contrer dans l'ensemble des programmes de formation des professionnels de la santé**

---

### **QUESTION 1.2**

**À votre connaissance, existe-t-il des projets prometteurs qui visent à lutter contre l'âgisme ?**

Le projet « **Rupture avec l'âgisme : co-construction d'un plan d'action intersectoriel favorisant une santé, une valorisation et une participation sociale accrues des Québécois vieillissants** » est assurément une démarche probante et prometteuse dans la lutte contre l'âgisme. Mené par l'équipe de la professeure et ergothérapeute Mélanie Levasseur, ce projet vise à co-construire une vision commune de la place des aînés dans la société. À terme (en 2022), un plan d'action intersectoriel impliquant les professionnels de la santé, dont les ergothérapeutes, sera élaboré et permettra de déterminer les actions concrètes, socialement acceptables et efficaces à prioriser pour amener cette vision. Ultimement, ce projet devrait permettre aux aînés québécois de s'intégrer davantage dans la société, de maintenir des capacités individuelles et collectives accrues, d'avoir une meilleure santé et d'assurer un respect accru de leurs droits.

Actuellement, plusieurs démarches de ce projet sont en cours ou se déploieront plus tard cette année<sup>1</sup>. Ainsi, ce plan d'action représente une retombée rapide, concrète et positive pour les intervenants, les gestionnaires et les décideurs politiques de différents milieux appelés à agir pour mieux valoriser les aînés.

En ce qui a trait au capacitisme, un projet en résidence privé pour aînés - les communautés de retraités Massawippi - Grace Village, est en implantation par l'équipe de la professeure et ergothérapeute Chantal Viscogliosi, afin de favoriser l'utilisation des capacités préservées des résidents vivant avec un trouble neurocognitif majeur (TNM) et de diminuer la discrimination liée aux capacités (capacitisme) et à l'âge (âgisme). Des objectifs basés sur les histoires de vie, les valeurs et les intérêts des résidents ont été ciblés afin de maintenir un engagement dans leurs activités signifiantes. La détermination de ces objectifs a été appuyée par les histoires de vie réalisées lors de rencontres intergénérationnelles individuelles impliquant des étudiants de la communauté. Ces rencontres intergénérationnelles visaient à *faire voir* aux étudiants la personne au-delà des incapacités et ainsi favoriser les échanges potentiellement appuyés sur des intérêts communs. Un soutien est prévu aux intervenants, aux bénévoles et aux familles afin qu'ils puissent utiliser les stratégies cognitives pour favoriser le maintien de l'engagement dans les activités signifiantes ciblées. Parallèlement, il est prévu d'implanter un

---

<sup>1</sup> Notamment une recension réaliste des écrits des stratégies visant à rompre avec l'âgisme, dont les résultats seront bonifiés par des personnes aînées et autres experts, l'organisation de forums d'informateurs clés, une consultation de la population générale à l'échelle provinciale (« Grande interaction pour rompre avec l'âgisme » - GIRA) et locale. Accessible et ouvert à tous, cet espace public proposera des photos de l'artiste Ariane Clément qui présentent l'hétérogénéité du vieillissement et brisent certains stéréotypes. En outre, un *hackerspace* est prévu pour fédérer des gens de plusieurs horizons autour d'une même problématique et mobiliser les partenaires locaux et régionaux afin d'identifier des actions concrètes visant la réduction de la dévalorisation des aînés.

bistro ouvert sur la communauté assorti de capsules éducatives développées pour les membres de la communauté fréquentant ce bistro (et côtoyant les personnes vivant avec un TNCM) en vue de mieux comprendre les comportements des résidents et d'interagir de façon positive (et ainsi diminuer les comportements et attitudes liés au capacitisme). L'environnement du bistro sera aménagé afin de stimuler sa fréquentation et encourager la poursuite d'activités culturellement significatives (ex. projection de spectacles, matchs sportifs...).

## Thème 2 : La maltraitance psychologique

### QUESTIONS 2.1, 2.2 et 2.3

- Quelles initiatives pourraient être mises en place pour lutter contre la maltraitance psychologique ?
- Connaissez-vous des projets prometteurs qui visent à lutter contre la maltraitance psychologique ?
- Comment agir contre cette forme de maltraitance lorsqu'elle est concomitante avec d'autres formes de maltraitance ?

En ce qui a trait à la maltraitance psychologique, le [Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022](#) (ci-après appelé PA 2017-2022) fait notamment référence à certains gestes, paroles ou attitudes qui constituent une atteinte au bien-être ou à l'intégrité psychologique. Parmi ceux-ci, on retrouve la privation de pouvoir et la surveillance exagérée des activités, qui constituent des situations de violence psychologique, ainsi que l'isolement social qui fait davantage référence à de la négligence psychologique. Ce dernier, pouvant aussi être étroitement lié à l'âgisme par exclusion sociale, se manifeste notamment par la non-reconnaissance des droits, des compétences ou des connaissances des aînés.

Le document de consultation – Appel de mémoires<sup>viii</sup> fait également état des résultats d'une enquête où il est notamment démontré que **les personnes âgées ayant besoin d'aide pour leurs activités quotidiennes et recevant des services à domicile** (ex. : soins personnels ou activités domestiques) **sont davantage touchées par la maltraitance**, incluant la maltraitance psychologique. Puisque **la maltraitance organisationnelle prédispose à la maltraitance psychologique**<sup>ix,x</sup>, ces deux formes de maltraitance se retrouvent souvent imbriquées. Ainsi, bien que les directives du document précédemment cité suggèrent de les distinguer, leur imbrication dans la présente section est essentielle pour bien clarifier le propos.

Les gestes ou attitudes de violence ou de négligence psychologique précédemment mentionnés se retrouvent dans plusieurs sphères de la vie des aînés et dans leurs divers milieux de vie. Ils se manifestent notamment lors de situations où les aînés vivent des défis à l'égard du maintien :

- de leur autonomie (soins personnels, alimentation, ...) : par exemple, un aîné vivant à domicile ayant un TNCM qui se lève plus tôt que sa conjointe et qui veut aller faire son déjeuner, mais que la conjointe empêche de sortir de la chambre jusqu'à ce qu'elle se lève, par crainte que son conjoint compromette sa sécurité, confinant ainsi la personne dans sa liberté de mouvement (privation de pouvoir), ce qui génère souvent des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) chez l'aîné ainsi brimé. Cette

forme de violence psychologique pourrait bien souvent être évitée par le biais d'une **évaluation précoce de ses habiletés fonctionnelles et par de courtes interventions de réadaptation cognitive**, basées sur la philosophie d'autonomisation (voir Question 3.2 – Axe 1 – point C).

- de leur participation sociale (sorties extérieures, transports, ...) : par exemple, la personne qui veut sortir de son domicile pour rencontrer des gens ou faire quelques emplettes, mais qui a des enjeux d'accès (sortir du domicile, accéder à sa communauté), ceux-ci n'étant pas considérés dans l'offre de services du soutien à domicile, les critères de priorité d'intervention (voir Question 3.2 – Axe 2) n'étant pas toujours concordants avec le projet de vie de l'aîné qui, comme le démontre l'étude de Raymond et coll.<sup>xi</sup>, identifie souvent le fait de pouvoir être actif dans sa communauté comme une priorité. Ainsi, ignorer ce besoin de l'aîné contribue à son isolement social, ce dernier étant un critère de négligence psychologique.
- de la jouissance de leur bien, ce qui constitue une privation de pouvoir. À titre d'exemple, on assiste 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 (interventions d'autonomisation - voir Question 3.2 – Axe 1) pourraient suffire, mais, au lieu de cela, on exige de l'ergothérapeute de privilégier systématiquement une approche compensatoire, par exemple en adaptant le rez-de-chaussée, notamment par le biais d'un lit et d'une chaise d'aisance au salon, privant ainsi l'aîné de jouir d'un étage complet de son domicile, et ce, souvent de façon permanente.

Tel qu'indiqué précédemment, ces exemples démontrent que la maltraitance organisationnelle, dans le cas présent directement liée à l'offre de services, à l'approche préconisée ou aux critères de gestion établis, prédispose à la maltraitance psychologique, rendant parfois ces formes de maltraitance indissociables. Ainsi, pour lutter contre la maltraitance psychologique, plusieurs initiatives et projets prometteurs s'inscrivent parfaitement au plan d'action gouvernemental 2022-2027. Ils sont décrits ultérieurement à la Question 3.2.

#### **QUESTION 2.4**

**Les chiffres rapportés dans l'enquête de l'ISQ démontrent que les membres de la famille (enfants, belle-fille, beau-fils et conjoints) sont souvent les acteurs de la maltraitance. Comment faire pour mieux prévenir ces situations en intervenant auprès de l'entourage proche de la personne aînée ?**

L'OEQ aimerait attirer l'attention du gouvernement sur un acteur particulièrement impliqué auprès de la personne aînée et dont la nature et le contexte entourant son implication peut constituer un risque accru de maltraitance : il s'agit ici du proche aidant.

Tel que précédemment mentionné, le document de consultation – Appel de mémoires<sup>xii</sup> indique que les personnes aînées ayant besoin d'aide pour leurs activités quotidiennes et recevant des services à domicile, (ex. : soins personnels ou activités domestiques) sont davantage touchées par la maltraitance, et ce, pour les quatre formes de maltraitance. Parallèlement, il est allégué au PA 2017-2022 que l'entourage familial (conjoint, conjointe, enfant et autre membre de la famille) de la personne maltraitée est bien souvent identifié comme étant le premier responsable de la maltraitance commise envers les aînés et que la tension dans la relation entre l'aidé (aîné) et l'aidant est l'un des facteurs de risque les plus

rapportés dans la littérature scientifique à l'égard de la maltraitance. Il va sans dire que cette tension peut être alimentée par l'épuisement des proches aidants en milieu naturel face au fardeau qui souvent les dépasse. De fait, bien qu'ayant des compétences expérientielles, le proche aidant a également besoin d'être soutenu (notamment en matière d'éducation) et encouragé dans son vécu d'aidant. Ce dernier doit pouvoir disposer du soutien (ex. groupe de soutien, répit, aide financière) lui permettant de maintenir un équilibre occupationnel favorisant son bien-être et sa qualité de vie et ce, en dépit de ses contraintes et exigences de proche aidant. À cet égard, quoiqu'essentielles, les ressources de répit (intervenants à domicile) offertes par le système public sont nettement insuffisantes pour suffire à la demande. Ainsi, il devient d'autant plus impératif **d'agir directement auprès du proche aidant afin de l'outiller de façon à optimiser l'efficacité de ses interventions auprès de l'aidé (aîné), contribuant ainsi à diminuer le fardeau de l'aidant et à prévenir ou diminuer l'épuisement et, par conséquent, la tension dans la relation aidant/aidé**, cette dernière étant un facteur de risque important lié à la maltraitance, dont la maltraitance psychologique. Cette situation est particulièrement préoccupante auprès des proches aidants des personnes âgées ayant des TNCM, où la lourdeur du fardeau de l'aidant, amplement reconnue, est croissante au fil de l'évolution de la maladie.

C'est la raison pour laquelle l'OEQ croit que cette situation mérite une attention particulière de la part du MSSS en vue de prévenir la maltraitance et favoriser la bientraitance, d'où la recommandation qui suit.

---

### **Implanter des services d'éducation axés sur les stratégies optimisant le potentiel fonctionnel des aînés pour tous les proches aidants d'aînés ayant des troubles neurocognitifs majeurs (TNCM)**

---

Des initiatives et projets prometteurs existent à cet égard, notamment au Québec. On n'a qu'à penser à la [réadaptation cognitive](#) (RC) (présentement offerte au CIUSSS MCQ par les services d'ergothérapie dans le cadre du soutien à domicile - voir Question 3.2) qui comporte nécessairement un volet auprès du proche aidant afin de l'outiller dans l'utilisation des stratégies cognitives misant sur les capacités préservées des personnes vivant avec un TNCM en vue d'améliorer leur autonomie fonctionnelle et, ainsi, le maintien de leur engagement dans des activités signifiantes. Parmi les résultats obtenus (voir Question 3.2), on retrouve une diminution des SCPD, du fardeau des aidants et des tensions dans la relation entre la personne et son proche aidant, contribuant ainsi à diminuer le risque de maltraitance qui peut en découler, raison pour laquelle une récente [position de l'OEQ](#) (2020) vient réitérer la nécessité que la RC soit intégrée aux orientations ministérielles sur les TNCM.

Inspiré des résultats obtenus par le projet de réadaptation cognitive précédemment indiqué, un projet résultant d'un partenariat entre l'équipe de l'ergothérapeute et professeure Chantal Viscogliosi et la société Alzheimer des Maskoutains a récemment été instauré avec une visée similaire. À partir de situations identifiées par des proches aidants et intervenants œuvrant auprès des personnes ayant un TNCM, un algorithme décisionnel a été développé afin de leur permettre d'identifier les stratégies les plus pertinentes à déployer en vue d'optimiser le potentiel fonctionnel de la personne ayant un TNCM. L'appropriation de l'algorithme d'application des stratégies cognitives aux situations spécifiques identifiées se fera lors de huit ateliers de deux heures avec les proches aidants. Cet algorithme sera bientôt disponible en application Web pour les proches aidants et les intervenants.



## Thème 3 : La maltraitance organisationnelle

### QUESTION 3.1

**Au-delà des actions complétées et en cours de réalisation, quelles sont les démarches prioritaires à mettre de l'avant pour lutter contre la maltraitance organisationnelle ?**

Nous saluons les efforts gouvernementaux mis en place à l'égard de la création, la distribution et la diffusion de plusieurs campagnes et outils de sensibilisation visant à mieux faire connaître les différents types et formes de maltraitance, dont la maltraitance organisationnelle. Des travaux de recherche menés par des chercheuses en ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) et l'Université de Sherbrooke, révèlent que la maltraitance organisationnelle ne s'applique pas qu'en contexte d'hébergement, mais tout au long du continuum des soins de santé et des services sociaux, des services de soutien à domicile aux services d'hébergement, en passant par les séjours hospitaliers<sup>xiii,xiv</sup>. Comme mentionné précédemment, ces travaux révèlent également que, au même titre que l'âgisme est un terreau fertile à la maltraitance sous toutes ses formes<sup>xv</sup>, la maltraitance organisationnelle précède bien souvent d'autres formes de maltraitance, notamment la maltraitance physique et psychologique<sup>xvi xvii</sup>. C'est pourquoi nous saluons le fait que ce thème fasse partie de l'actuel appel de mémoires, car à l'instar de l'âgisme, **la maltraitance organisationnelle doit être combattue sur divers fronts pour contrer les autres formes de maltraitance qui en découlent et soutenir ainsi la bientraitance des aînés**. Pour l'OEQ, la lutte contre la maltraitance organisationnelle (et les autres formes qui en découlent) et le développement d'une culture de bientraitance sont intrinsèquement liés, les interventions de prévention de la maltraitance en étant issues. Ainsi, en mettant en priorité ces interventions, il devient possible d'agir sur les deux fronts.

Ainsi, en outre de ce qui a déjà été fait ou entrepris par le MSSS, l'OEQ croit que les actions qui devraient être mises en place en priorité pour lutter contre la maltraitance organisationnelle, sont celles qui en améliorent **A) la prévention** et **B) le repérage**.

---

**A) Afin de prévenir la maltraitance organisationnelle et de favoriser la bientraitance, l'OEQ recommande de :**

- 1) remplacer le modèle de prestation de services centré principalement sur l'approche compensatoire (faire à la place de l'aîné) par un modèle mettant en avant-plan une philosophie d'autonomisation (optimiser l'autonomie et la participation sociale de l'aîné);**
- 2) favoriser une gestion publique cohérente avec « l'approche centrée sur le client » en incluant des indicateurs de performance en fonction de critères de qualité et d'efficacité des interventions;**
- 3) se doter de « réels milieux de vie ».**

Ces recommandations seront détaillées sous chacun des trois axes de la Question 3.2, en réponse aux pratiques considérées comme de la maltraitance organisationnelle.

**B) Afin d'améliorer le repérage de la maltraitance organisationnelle, l'OEQ recommande de se doter d'un outil efficace pour repérer la maltraitance organisationnelle.**

---

Tel qu'indiqué au PA 2017-2022 : « une attention particulière est portée aux indices à repérer, c'est-à-dire aux signes observables qui peuvent témoigner d'une situation de maltraitance. La présence d'indices ne peut cependant confirmer à elle seule une situation de maltraitance

avérée. Il importe alors d'analyser la situation plus en profondeur et sous différents angles afin de s'assurer que ces indices sont bel et bien des indicateurs de maltraitance ». Bien que certaines mesures aient été mises en place à cet égard par le gouvernement, on observe toutefois que, hormis le repérage de la maltraitance financière, **aucun outil de repérage des situations de maltraitance de nature organisationnelle n'a jusqu'à maintenant été développé**. Or, l'OEQ aimerait porter à votre attention un projet, mis en branle par l'équipe de la professeure Marie-Josée Drolet, ergothérapeute et chercheuse à l'UQTR, qui implique une multitude de partenaires (ex. aînés et proches aidants, Chaire de recherche sur la maltraitance, Secrétariat aux aînés, chercheurs de l'UQTR, Université de Sherbrooke et Université Laval, CIUSSS MCQ, CHUL, Conseil pour la protection des malades, CLSC Bordeaux-Cartierville, divers professionnels et intervenants de la santé (ergothérapeutes, gériatre, infirmières, gestionnaire et travailleurs sociaux), FADOQ, INESSS, principaux ordres professionnels concernés (OEQ, OIIQ, OTSTCFQ)).

**Ce projet a pour objectif de co-développer avec ces partenaires un cadre d'analyse éthique, destiné aux intervenants du réseau public et privé de la santé et des services sociaux du Québec, visant à repérer, dénoncer et lutter contre la maltraitance organisationnelle vécue par les aînés tout le long du continuum des soins de santé et des services sociaux du Québec, et ce, sur la base des savoirs expérientiels, professionnels, scientifiques ou théoriques des divers partenaires impliqués. L'OEQ estime qu'il importe de développer un tel outil destiné aux intervenants terrain et aux gestionnaires des établissements de santé afin de repérer les situations de maltraitance organisationnelle, les dénoncer et lutter contre celles-ci.**

### **QUESTION 3.2**

**Quelles pratiques en place considérez-vous comme étant de la maltraitance organisationnelle et comment peut-on la prévenir concrètement ?**

Le document de consultation – Appel de mémoires<sup>xviii</sup> indique que la maltraitance organisationnelle fait spécifiquement référence à toute situation préjudiciable créée ou tolérée par les procédures d'organisations (privées, publiques ou communautaires) responsables d'offrir des soins ou des services de tout type qui compromettent l'exercice des droits et des libertés des personnes et qui peut notamment se manifester par des conditions ou pratiques organisationnelles qui entraînent le non-respect des choix ou des droits des personnes ainsi qu'une offre de service inadaptée aux besoins des personnes, une procédure administrative complexe, une formation inadéquate du personnel, un personnel non mobilisé, etc.

Basé sur ces éléments, l'OEQ identifie plusieurs pratiques qui peuvent être considérées comme de la maltraitance organisationnelle. Ces pratiques sont regroupées autour de trois grands axes, soit **1) la dispensation des soins et services aux personnes aînés selon une approche compensatoire, 2) la nouvelle gestion publique (NGP); 3) les « faux milieux de vie »**, et sont assorties de recommandations (énumérées précédemment dans la section 3.1 et explicitées dans la présente section) visant à les prévenir.

## **AXE 1 : La dispensation des soins et services aux personnes âgées principalement selon une approche compensatoire**

Les changements sociétaux récents liés notamment au travail et aux loisirs ont fait en sorte de diminuer le temps d'implication jadis dévolu à maintenir la sécurité et répondre aux besoins des personnes âgées vivant à domicile. De surcroît, la société n'a pu s'adapter convenablement à répondre aux besoins des âgés issus de cette nouvelle réalité, que ce soit en termes d'infrastructures (ex. : présence de barrières architecturales au domicile et dans la communauté, absence ou inadéquation des ressources de transport) ou de promotion de la santé et prévention de l'incapacité. Ainsi, **les besoins en services d'hébergement se sont accrus en dépit de la volonté des âgés de demeurer chez eux le plus longtemps possible.**

C'est dans ce contexte que l'État a sous-financé **les services de soutien à domicile aux âgés, ces services étant dispensés presque exclusivement selon une approche compensatoire, au détriment d'une approche qui vise à récupérer, maintenir ou améliorer les incapacités comme, par exemple, une approche d'autonomisation.** Ainsi, l'intervenant ou le proche aidant « fait pour » l'âgé, ce qui résulte en une sollicitation amoindrie de ses capacités (actuelles ou potentielles), le maintenant alors dans une spirale de dépendance qui perdure et s'amplifie avec le temps (notamment par la « non utilisation/stimulation » des capacités résiduelles ou « non réadaptation/rétablissement » des capacités potentielles).

Parallèlement, bien que certaines initiatives aient vu le jour afin d'améliorer les infrastructures, que ce soit au domicile (ex. : programme d'adaptation domiciliaire) ou dans la communauté (adaptation des infrastructures communautaires et de transport), elles demeurent à géométrie variable et encore grandement insuffisantes pour répondre aux besoins de l'ensemble des âgés vivant dans la communauté.

Par conséquent, on assiste à une demande sans cesse croissante de services de soutien à domicile aux âgés avec une réponse inadéquate du réseau (ex : pénurie de ressources pour répondre à leurs besoins, « listes d'attente » qui s'allongent et des phénomènes de « mise en priorité » pour répondre à des besoins de base) rendant ainsi le **système de soutien à domicile aux âgés non efficient** étant donné l'ampleur des besoins non répondus ou des délais démesurés pour y arriver.

Or, cette situation a un effet indéniable sur le bien-être et la qualité de vie de l'âgé, notamment en augmentant les chutes à domicile et en dégradant la condition de santé (déconditionnement) chez plusieurs âgés, de telle sorte qu'ils se retrouvent hospitalisés, parfois récurrentement, le phénomène des portes tournantes entre le domicile et les réadmissions à l'hôpital étant bien connu. Ultimement, une trop grande portion d'entre eux verront le sort de leur projet de vie affecté par la seule « option restante » qu'est la réorientation, pour certains, en résidence pour âgés (RPA) avec services et, pour d'autres, en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). **Ainsi, l'offre de service inadaptée aux besoins de l'âgé amène un non-respect de ses choix à l'égard de son milieu de vie, ce qui constitue une forme de maltraitance<sup>xix</sup>.**

En somme, les âgés émettent le désir de demeurer chez eux le plus longtemps possible, à condition d'avoir les services requis au moment opportun. Ils veulent continuer d'être impliqués dans leur communauté et être le plus autonome possible<sup>xx</sup>. Or, **l'approche compensatoire, actuellement retrouvée en tant qu'approche unique au soutien à domicile, est non seulement une approche économiquement non viable** [étant donné que les ressources humaines et financières qu'elle nécessite sont en constante croissance et que celles disponibles diminuent au même rythme (la diminution de la proportion de population « à charge »<sup>xxi</sup> étant de plus en plus amplifiée<sup>xxii</sup>), raison pour laquelle cette approche tétanise l'organisation du soutien à

domicile], mais elle va à l'encontre des bonnes pratiques (tel que démontré ci-après) et n'est pas conçue pour répondre aux choix et aspirations des aînés, constituant ainsi une forme importante de maltraitance organisationnelle.

---

**Recommandation associée à l'axe 1 :** Remplacer le modèle de prestation de services centré principalement sur l'approche compensatoire par un modèle mettant en avant-plan une philosophie d'autonomisation (visant à optimiser l'autonomie et la participation sociale de l'aîné).

---

L'autonomisation se définit comme un « processus par lequel une personne, ou un groupe social, acquiert la maîtrise des moyens qui lui permettent de se conscientiser, de renforcer son potentiel et de se transformer dans une perspective de développement, d'amélioration de ses conditions de vie et de son environnement » (OQLF, 2003). Elle cible donc l'autonomie et la participation sociale de l'aîné. Ainsi, la philosophie sur laquelle elle repose est cohérente avec :

- celle des instituts scientifiques québécois, tels :
  - l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), tel que retrouvé au document [L'autonomisation des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement](#) (2015) et récemment réitéré au document [Conciliation du milieu de soins et du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée](#) (septembre 2020);
  - l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), tel qu'en fait foi le document [Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel](#) (2008) où il y est notamment indiqué que ce modèle donne un ancrage au processus d'autonomisation des individus et des collectivités » (p.50). L'INSPQ a par la suite élaboré de multiples documents, notamment à l'égard de la [promotion de la santé cognitive](#) et de la [prévention des chutes chez les aînés](#), axés sur ledit modèle.
- les initiatives et politiques nationales, tel qu'en fait foi le [Plan d'action 2018-2023 : un Québec pour tous les âges](#). Rappelons que ce plan d'action, élaboré en concertation interministérielle, vise notamment à favoriser le vieillissement actif des aînés et permettre aux aînés de vieillir chez eux, dans leur communauté, le plus longtemps possible. Ce plan d'action est qualifié d'innovant puisqu'il vise à encourager la participation sociale des aînés, à valoriser leur contribution et à améliorer leurs conditions de vie, en particulier pour les plus vulnérables d'entre eux, ainsi qu'à permettre à ceux qui le souhaitent de demeurer chez eux le plus longtemps possible.

C'est dans ce contexte que l'OEQ, fort d'une culture professionnelle dont la philosophie d'autonomisation est intimement liée à son champ d'exercice<sup>2</sup>, désire attirer l'attention du MSSS sur certains éléments liés à cette philosophie qui, à son avis, constituent des « conditions gagnantes » qui permettront de conjuguer les impératifs économiques à ceux concernant la qualité de vie et le bien-être de nos aînés, tels qu'en font foi cinq mémoires de l'OEQ<sup>xxiii,xxiv,xxv,xxvi,xxvii</sup> portés à l'attention du gouvernement dans les cinq dernières années. Lorsqu'instaurées, ces « conditions gagnantes » permettront non seulement de contribuer à prévenir la maltraitance, mais également de **favoriser un milieu de vie sain, empreint de**

---

<sup>2</sup> 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 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. »

**bienveillance** envers les aînés, à l'image des pays assumant un leadership dans ce domaine, tels l'Angleterre, l'Écosse, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Danemark, et en cohérence avec les recommandations des instituts scientifiques québécois et les plus récentes politiques québécoises de santé publique précédemment citées. D'ailleurs, plus près de nous, le Nouveau-Brunswick a déjà initié cette démarche<sup>xxviii</sup> depuis quelques années.

Ainsi, afin de remplacer le modèle de prestation de services centré principalement sur l'approche compensatoire par un modèle mettant en avant-plan une philosophie d'autonomisation, c'est-à-dire un modèle visant à optimiser l'autonomie et la participation sociale des aînés, les conditions gagnantes à mettre en place sont les suivantes :

#### **A. Accroître les services visant à optimiser la participation sociale des aînés dans leur milieu de vie et dans leur communauté**

---

Il a été mentionné précédemment que les aînés veulent continuer d'être impliqué dans leur communauté et vivre le plus autonome possible, le respect de leur volonté de participation sociale s'inscrivant ainsi dans la foulée de prévenir la maltraitance et promouvoir la bienveillance.

De façon particulière aux interventions préventives (prévention et promotion de la santé) qui y concourent et tel que mentionné 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](#) (juin 2017), celles-ci sont particulièrement intéressantes sur le plan économique puisqu'elles peuvent notamment être intégrées en tant que stratégies populationnelles. Au cours des dernières années, de nombreux programmes et initiatives en prévention et promotion de la santé, 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)<sup>xxix</sup> ;
- Vivre en équilibre<sup>xxx</sup> ;
- Lifestyle Redesign<sup>xxxi,xxxii</sup>, discuté ultérieurement ;
- Accompagnement personnalisé d'intégration communautaire (APIC)<sup>xxxiii</sup> ;
- Le Réseau d'éclaireurs et de veilleurs pour les aînés (RÉVA)<sup>xxxiv</sup> ;
- Outil de sensibilisation à une conduite sécuritaire et responsable (OSCAR)<sup>xxxv</sup> ;
- Mon arthrite, je m'en charge<sup>xxxvi</sup> ;
- Musclez vos méninges<sup>xxxvii</sup> ;
- Inventaire des risques de l'environnement domiciliaire des aînés (IRÉDA) de l'intervention multifactorielle personnalisée (IMP)<sup>xxxviii</sup> ;
- Functional Status Assessment of Seniors in the Emergency Department (FSAS-ED)<sup>xxxix</sup>.

Malheureusement, exception faite du programme Lifestyle Redesign® (Clark et coll., 2015<sup>xl</sup>), la plupart de ces programmes de prévention et promotion de la santé ne sont que très peu (ou nullement) implantés en soutien à domicile au Québec, et ce, en dépit de résultats probants. Le programme Lifestyle Redesign® est une intervention novatrice d'ergothérapie préventive, basée sur la participation sociale et où le rapport coût-efficacité est bien démontré. Il a été récemment adapté à la population du Québec par l'équipe de Mélanie Levasseur, ergothérapeute et chercheuse (Levasseur et coll., document inédit<sup>xli</sup>). Le programme Remodeler sa vie (Lifestyle Redesign®) est une intervention innovante et efficace qui permet

aux ergothérapeutes de promouvoir, auprès d'aînés avec et sans incapacités, la participation sociale et le développement d'un mode de vie sain et porteur de sens pour eux. Deux essais cliniques ont non seulement démontré la rentabilité du programme, mais également qu'il favorise une **amélioration de la qualité des interactions sociales des aînés, ainsi que de leur fonctionnement, de leur vitalité, de leur santé mentale et de leur satisfaction envers la vie** <sup>xliii</sup> <sup>xliiii</sup>, contribuant ainsi à **prévenir la maltraitance et favoriser la bientraitance**. En plus d'engendrer une réduction des coûts liés à l'utilisation des services du système de santé, la grande majorité (90 %) de ces améliorations se maintiennent dans le temps.<sup>xliv</sup> <sup>xlv</sup> <sup>xlvi</sup> Cette approche de groupe combinée à quelques suivis individuels aborde plusieurs thématiques dont la sécurité à domicile et dans la communauté, les finances et les relations sociales. La notion d'abus financiers, associée à la maltraitance financière, est également discutée avec les participants. D'ailleurs, récemment, le programme Remodeler sa vie a été intégré aux travaux menés au CIUSSS de l'Estrie-CHUS et au CISSS de la Montérégie-Ouest par le biais d'une initiative ministérielle visant le déploiement de nouvelles pratiques visant à prévenir le déconditionnement chez les aînés ou à intervenir auprès de personnes atteintes du COVID-long<sup>xlvii</sup>. Ainsi, à l'instar des programmes et initiatives en prévention et promotion de la santé précédemment énumérés, ce programme devrait inspirer les pratiques québécoises en termes d'interventions d'autonomisation contributives à prévenir la maltraitance et favoriser la bientraitance.

Ainsi, **en vue de prévenir la maltraitance et favoriser la bientraitance** et à l'instar des recommandations émises par d'autres juridictions telles la Grande-Bretagne<sup>xlviii</sup> et l'Australie<sup>xlix</sup>, **les aînés vivant à domicile doivent avoir un meilleur accès aux services des ergothérapeutes et bénéficier d'interventions visant à faciliter leur autonomie et leur participation sociale**. Ce constat s'applique tant dans un contexte préventif que de rétablissement, c'est-à-dire:

- dans une optique de prévention du déclin fonctionnel chez l'aîné à risque ou vulnérable, les preuves d'efficacité de l'ergothérapie auprès de cette clientèle n'étant pas en marge, tel qu'en témoigne notamment une revue systématique auprès d'aînés physiquement fragiles vivant dans la communauté. Cette étude démontre un fort niveau d'évidence à l'effet que l'ergothérapie améliore leur fonctionnement.
- lorsque les capacités et l'environnement d'un individu ne lui permettent plus de s'engager dans des activités qui lui sont signifiantes, incluant sa participation sociale (voir point C).

#### **B. Miser sur l'évaluation des habiletés fonctionnelles dès que des enjeux liés au maintien de l'autonomie et de la participation sociale de l'aîné sont révélés**

---

Si les défis auxquels sont confrontés les aînés dans leur milieu de vie naturel sont de diverses natures, c'est l'impossibilité d'y vivre de façon suffisamment autonome et sécuritaire qui les amène à le quitter. En d'autres termes, il se crée un **déséquilibre entre les capacités de l'aîné, les exigences de son environnement et celles de ses occupations**, amenant ainsi un défi à l'égard de son autonomie. Ainsi, afin que l'aîné puisse demeurer dans sa communauté et y être actif, il faut impérativement **analyser ces trois composantes** en vue de faire ressortir non seulement les défis, mais également les facteurs sur lesquels il est possible d'agir (facteurs modifiables) dans une approche d'autonomisation, que ce soit en vue **d'éviter un déséquilibre ou de rétablir l'équilibre entre les trois composantes** préalablement mentionnées et ainsi optimiser l'autonomie fonctionnelle de l'aîné, **contribuant ainsi à prévenir la maltraitance et favoriser la bientraitance**.

L'analyse des composantes précitées est effectuée par le biais d'une **évaluation des habiletés fonctionnelles**.<sup>3</sup> Son caractère essentiel est d'ailleurs rappelé 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](#) (juin 2017), où l'une des conditions énumérées est :

*« Quel que soit le milieu de vie de l'aîné, dès que des enjeux liés au maintien de son autonomie et de sa participation sociale sont révélés, une évaluation de ses habiletés fonctionnelles s'avère incontournable. »*

Tel qu'énoncé audit document, une telle évaluation a pour but d'analyser comment l'interaction entre les capacités de la personne (aux plans cognitif, moteur, perceptif, sensoriel, affectif et relationnel), les caractéristiques de son environnement (physique et humain) et celles liées à ses occupations (p. ex. : routine, préférences et priorités) influence sa participation aux activités qui lui sont significatives. Cette évaluation 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 et la participation dans ses activités.

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<sup>li</sup>.

Or, tel qu'indiqué par l'OEQ dans un [mémoire](#) précédent, force est de constater que la présence d'ergothérapeutes dans plusieurs étapes du continuum de soins et services aux aînés est en nombre nettement insuffisant, voir même parfois inexistante, pour combler ce besoin, notamment en première ligne (ex. : urgence hospitalière, groupe de médecine familiale) et en hébergement où une évaluation des habiletés fonctionnelles réalisée par un ergothérapeute permet de statuer sur les problématiques de la personne tout autant que sur son potentiel, et ce, afin d'assurer une pleine participation sociale à la mesure de ses capacités et de ses objectifs de vie, s'inscrivant ainsi dans la foulée de prévenir la maltraitance et favoriser la bientraitance.

De façon particulière **en première ligne, une évaluation précoce permet non seulement de mettre rapidement en place les mesures requises, mais également d'éviter les pertes fonctionnelles et l'isolement (exclusion) social(e), étroitement associé à la maltraitance.** Parmi les pratiques probantes en la matière, citons les travaux de Nathalie Veillette, ergothérapeute, chercheuse et professeure au programme d'ergothérapie de l'Université de Montréal sur la pratique de l'ergothérapie à l'urgence ([www.ergotherapie-urgence.com](http://www.ergotherapie-urgence.com)). Ses recherches ont mené à la création de l'outil « Évaluation du Statut Fonctionnel à l'Urgence pour les Personnes Âgées (ESFU-PA) ». Il « a été développé spécifiquement pour les ergothérapeutes afin de préciser le statut fonctionnel de leurs clients lors d'une consultation à l'urgence. À partir des informations recueillies, l'évaluateur formule des recommandations relatives à l'orientation et au suivi à privilégier, pour ensuite les transmettre à l'équipe interdisciplinaire de l'urgence ».

---

<sup>3</sup> Par « habiletés fonctionnelles », on entend la manière dont une personne réalise ses habitudes de vie (occupations/activités) 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). Téléaccessible au [https://www.oeq.org/DATA/NORME/34~v~loi\\_90\\_guidemembre.pdf](https://www.oeq.org/DATA/NORME/34~v~loi_90_guidemembre.pdf)

Les objectifs spécifiques visés par l'utilisation de l'outil sont en étroite relation avec la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance :

- documenter la sécurité entourant le retour à domicile;
- prévenir des retours à domicile lorsque jugés non-sécuritaires;
- améliorer la sécurité entourant le retour à domicile;
- recenser les obstacles et les facilitateurs de l'environnement dans lequel la personne évolue;
- identifier des besoins non-comblés;
- suggérer un plan d'intervention;
- transmettre de l'information ciblée aux autres intervenants du continuum de soins.

**En ce qui a trait aux milieux d'hébergement**, bien que les aînés qui y vivent soient aux prises avec des problématiques de nature multiple et variée, ils ont tous en commun une diminution de leur autonomie et de leur participation sociale, raison pour laquelle ils sont hébergés.

Dans ce contexte, **l'évaluation des habiletés fonctionnelles dès l'admission de l'aîné dans son nouveau milieu de vie permet de faciliter cette transition** puisque les recommandations qui en seront issues cibleront l'adaptation du milieu de vie aux besoins et aux préférences occupationnelles de l'aîné. C'est la raison pour laquelle, dans un [document](#)<sup>iii</sup> portant sur la collaboration interprofessionnelle, **les seize ordres** des services de la santé et des relations humaines concernés **ont notamment statué sur la nécessité d'une évaluation de l'autonomie fonctionnelle de chaque résident à l'admission** dans son nouvel environnement et au besoin par la suite. Or, en raison de **l'expertise des ergothérapeutes dans l'évaluation des habiletés fonctionnelles des personnes et les interventions qui en découlent** (voir le point C), **cela fait donc d'eux des professionnels à privilégier pour faciliter la transition du domicile vers le CHSLD.**

L'OEQ reconnaît le caractère essentiel de la contribution de tous les acteurs à l'amélioration de la réponse aux besoins de la personne hébergée en perte d'autonomie. Les interventions d'autonomisation visant à optimiser la participation de l'aîné (contribuant du même coup à améliorer leur qualité de vie et leur bien-être) doivent toutefois reposer sur une évaluation adéquate des habiletés fonctionnelles de la personne hébergée et cette évaluation est au cœur du champ d'exercice de l'ergothérapeute.

### **C. Optimiser le potentiel fonctionnel des aînés ayant des incapacités**

---

Que ce soit en contexte de soutien à domicile ou d'hébergement, la philosophie d'autonomisation est peu encouragée, voire méconnue de plusieurs intervenants et proches aidants pour lesquels l'approche compensatoire est utilisée d'emblée, ce qui, tel que mentionné précédemment, constitue un terreau fertile à la maltraitance en allant contre la volonté de l'aîné d'utiliser ses capacités résiduelles (préservées), celles-ci se perdant par non-utilisation. Ainsi, pour l'aîné vivant à domicile, la perte des capacités résiduelles a pour effet de précipiter l'hébergement, et ce, au détriment de la volonté de l'aîné, ce qui constitue une forme de maltraitance organisationnelle en plus d'augmenter le fardeau financier de la société et d'aller à l'encontre des bonnes pratiques. Ainsi, en suivant la logique qui sous-tend la philosophie d'autonomisation, que l'aîné soit à domicile ou en milieu institutionnel, l'approche compensatoire ne devrait être utilisée qu'en dernier recours, c'est-à-dire, lorsque les capacités potentielles ou résiduelles de l'aîné sont définitivement perdues.



Bien entendu, des conditions sont requises pour que l'ensemble des intervenants (et proches aidants) puissent adhérer à cette philosophie contributive à prévenir la maltraitance et prévenir la bientraitance, soient 1) **la formation de chaque professionnel et non-professionnel** (intervenants, proches aidants), 2) **l'accès aux professionnels avec une expertise** particulière, le cas échéant, et 3) **un temps suffisant pour effectuer une intervention d'autonomisation**.

Les deux premières conditions font partie intégrante des opportunités de soutien et de valorisation offertes aux intervenants, ces dernières étant étroitement liées :

- à la pertinence et à la qualité des interventions centrées sur les besoins spécifiques de chaque usager;
- à la rétention du personnel en place (la stabilité du personnel étant également reconnue en tant qu'action pour lutter contre la maltraitance et favoriser la bientraitance);
- à une diminution de l'épuisement et de la perception de fardeau du proche aidant (voir Question 2.4).

Or, l'ergothérapeute est le professionnel de choix pour soutenir les intervenants et proches aidants à l'égard des interventions optimisant l'autonomie et la participation sociale de l'aîné, quel que soit son environnement. Ainsi, au terme de son évaluation des habiletés fonctionnelles, l'ergothérapeute effectue un plan d'intervention et des recommandations, ces dernières incluant des stratégies d'éducation aux intervenants/proches aidants.

En somme, **l'ergothérapeute est le « chef d'orchestre » des interventions visant à optimiser le potentiel fonctionnel des aînés, contribuant ainsi à prévenir la maltraitance et favoriser la bientraitance**, que ce soit :

- en hébergement : tel qu'allégué au point précédent (point B), l'expertise des ergothérapeutes dans l'évaluation des habiletés fonctionnelles des personnes et les interventions qui en découlent fait d'eux des professionnels à privilégier pour faciliter la transition du domicile vers l'hébergement. Ainsi, compte tenu de l'importance accordée à l'organisation physique des lieux et à l'adaptation du quotidien aux besoins du résident et à ses préférences occupationnelles, l'ergothérapeute pourra, en plus d'adapter l'environnement, soutenir la prestation des soins et services offerte par l'équipe de soins (infirmières auxiliaires et infirmières, préposés, technicien en loisirs, ...), en recommandant des interventions visant à favoriser l'autonomie et la participation de l'aîné dans les activités qu'il considère significatives, notamment par la sollicitation optimale de ses capacités résiduelle
- à domicile, dans le cadre d'interventions d'autonomisation : en Écosse, trois ans après la mise en place de la stratégie nationale Reshaping Care for Older People, intégrant **des interventions d'autonomisation et visant à adapter les services de manière à mieux répondre aux besoins de la population vieillissante, une réduction de 30 % des besoins de services de soutien à domicile et une utilisation réduite des lits en soins de longue durée a été constatée**. Tel qu'affirmé par l'INESSS en 2015 dans son avis sur l'autonomisation, celle-ci « ... a le potentiel de permettre des économies tout en répondant aux désirs de la population de vieillir à domicile ». C'est ainsi que, dans ce même document, **l'INESSS recommande l'introduction graduelle de l'autonomisation dans l'offre de service de soutien à domicile du Québec, en ciblant initialement les aînés ayant des incapacités légères ou modérées, et identifie les ergothérapeutes comme des professionnels de choix pour dispenser des interventions d'autonomisation**. De fait, bien que l'offre de tels services se fait par une complémentarité de ressources professionnelles et non-professionnelles pour des services de réadaptation à domicile de courte durée centrés sur les objectifs de la personne aînée, de par leurs compétences uniques, les ergothérapeutes sont

effectivement les professionnels de choix pour assurer l'encadrement clinique de tels programmes. Ainsi, les interventions visant à optimiser l'autonomie des aînés, donc axées sur la philosophie d'autonomisation, permettent aux aînés de continuer de vivre à domicile (et de faciliter la transition après une hospitalisation) et d'éviter ou de retarder la progression vers des services plus intensifs et plus coûteux. Tel est notamment le cas de la réadaptation cognitive (RC), tel qu'en fait mention une [prise de position de l'OEQ](#) (2020) à cet égard. La RC s'adresse aux personnes âgées présentant un TNCM et qui vise 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 naturel, 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. Tel que démontré audit document, cette approche est reconnue par les résultats de recherche et une initiative québécoise (au CIUSSS MCQ via les services d'ergothérapie au soutien à domicile) démontre des résultats des plus prometteurs. 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 diminution du fardeau des aidants, des tensions dans la relation aidant-aidé 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.

- [en première ligne](#) (urgence hospitalière ou soins aigus), en prévision d'un retour dans le milieu de vie : une étude américaine effectuée dans un milieu de soins aigus par des chercheurs en médecine<sup>liii</sup> et publiée dans SAGE en 2016 a démontré la **rentabilité économique des interventions en ergothérapie** (interventions effectuées auprès d'une clientèle majoritairement gériatrique, les services d'ergothérapie étant d'ailleurs les seuls parmi tous les services étudiés à corrélér significativement en faveur d'une diminution des taux de réadmission), ce qui a amené les auteurs à militer en faveur de leur accroissement. Au Québec, les travaux de Nathalie Veillette eu égard de la dispensation de services d'ergothérapie à l'urgence (voir point B) démontrent également le caractère essentiel des interventions en ergothérapie pour déterminer le potentiel fonctionnel des aînés. D'ailleurs, la présence de **services d'ergothérapie à l'urgence permet de faciliter l'orientation au congé et réduit le taux de réadmission au milieu hospitalier**<sup>liv</sup>.

#### **D. Doter les équipes interdisciplinaires de l'ensemble du continuum de soins et services de ressources suffisantes d'ergothérapeutes**

---

#### **AXE 2 : La « nouvelle gestion publique »**

La « nouvelle gestion publique » (NGP), est une logique administrative mise en place depuis une trentaine d'années, à des fins de rationalisation, pour gérer les organisations de santé. Néanmoins, **la NGP nuit à la réponse adéquate aux besoins des personnes aînés et, de ce fait, occasionne de la maltraitance organisationnelle à leur égard**<sup>lv</sup>. La NGP se fonde sur une logique marchande, voire bureaucratique qui se heurte à d'autres logiques, notamment à la logique professionnelle qui dominait les rapports sociaux avant l'introduction de la logique bureaucratique<sup>lvi,lvii</sup>. « Tandis que la logique professionnelle s'appuie sur les savoirs

scientifiques, techniques et expérientiels des professionnels pour solutionner les problèmes au quotidien, la logique bureaucratique par contraste opte plutôt pour le suivi de protocoles stricts émanant des gestionnaires »<sup>lviii</sup>, lesquels sont malheureusement souvent déconnectés des particularités des contextes et de la spécificité des besoins des aînés. **Un nombre croissant de chercheurs et d'acteurs sociaux s'entendent pour affirmer que les problèmes en santé proviennent notamment de l'implantation de la NGP au système de santé**<sup>lix,lx</sup>. Cette approche se heurte aux valeurs humanistes puisqu'elle ne permet pas aux intervenants de prendre le temps de fournir, d'une part, des soins et services de manière humaine et respectueuse de la dignité des aînés, en conformité avec l'approche centrée sur le client, et, d'autre part, des services psychosociaux dont l'efficacité peut difficilement être mesurée. Sur ce sujet, l'équipe de la professeure Drolet a constaté l'omerta et le manque d'autonomie professionnelle qui règnent dans plusieurs milieux, lesquels empêchent les gestionnaires et les intervenants de revendiquer une manière différente d'orienter les choix et l'organisation du travail et des soins, les récentes fusions des divers établissements en CI(U)SSS ayant accru ce problème. **Il importe de redonner un pouvoir d'action local aux gestionnaires pour qu'ils mettent en place des solutions adaptées à leur milieu ainsi que l'autonomie professionnelle aux intervenants pour qu'ils puissent faire leur travail suivant les meilleures pratiques, notamment en utilisant une approche centrée sur le client. Cette philosophie d'intervention, préconisée depuis longtemps par les ergothérapeutes**<sup>lxi,lxii</sup>, 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, ce qui s'inscrit dans une culture de bientraitance. Dans deux études récentes, il fut relevé que la capacité d'ergothérapeutes du soutien à domicile à exercer selon une approche centrée sur le client était inhibée par les mesures d'optimisation de la performance associées à la NGP<sup>lxiii,lxiv</sup>. Ainsi, il s'avère impératif dans un objectif de prévenir la maltraitance et promouvoir la bientraitance que l'approche centrée sur le client soit remise en avant-plan. À cet égard, l'ensemble des initiatives prometteuses mentionnées dans le présent mémoire y sont issues.

---

**Recommandation liée à l'axe 2 : Favoriser une gestion publique cohérente avec « l'approche centrée sur le client » en incluant des indicateurs de performance en fonction de critères de qualité et d'efficacité des interventions**

---

Actuellement, les indicateurs de mesure (performance) liés à la prestation des soins et services de santé sont basés principalement sur des critères factuels et opérationnels, tel le nombre ou le temps d'intervention, et ce, au détriment de critères sur la qualité des soins et des services. Ce faisant, ces critères influencent le raisonnement clinique et les actions des professionnels au détriment d'une « centration » sur les besoins du patient<sup>lxv</sup>. Ainsi, lors de sa présentation au Forum sur les meilleures pratiques en soutien à domicile en 2017, Véronique Provencher, ergothérapeute et chercheuse au centre de recherche sur le vieillissement de Sherbrooke, rapportait des données de recherche démontrant un faible degré de satisfaction et de qualité de vie des personnes fragiles retournant à domicile à la suite d'une hospitalisation, et ce, lié à des besoins psychosociaux non comblés, constituant ainsi de la maltraitance organisationnelle. Ainsi l'ajout d'indicateurs de qualité des soins et des services, tels la satisfaction et la qualité de vie de l'aîné et du proche aidant et la participation sociale de l'aîné s'avère une condition essentielle dans la poursuite de prévenir la maltraitance et favoriser la bientraitance. De plus, les outils d'évaluation des besoins, tel l'OEMC, auraient également intérêt à être révisés en ce sens, notamment en y incluant la participation sociale. Pour ce faire, **l'OEQ recommande au gouvernement de revoir les indicateurs de performance utilisés en santé en fonction de critères de qualité et d'efficacité des interventions plutôt que d'efficacité et de productivité**, et ce, en vue de favoriser une gestion publique cohérente avec « l'approche centrée sur le client ».

### AXE 3 : Les « faux milieux de vie »

Malgré la volonté ministérielle inscrite dans de nombreux documents à l'égard de faire des milieux d'hébergement de réels « milieux de vie », force est de constater que la situation demeure encore très préoccupante à cet égard. En effet, malgré une amélioration partielle et à géométrie variable, les milieux d'hébergement du Québec sont, de manière générale, encore loin de ce que devrait ressembler un « réel milieu de vie », c'est-à-dire, un milieu agréable, personnalisé et, dans la mesure du possible, exempt de matériel médical apparent, plus vert, correspondant aux désirs et aux choix des personnes, favorisant les contacts humains ...

Selon les travaux de la chercheuse Marie-Josée Drolet<sup>lxvi, lxvii</sup>, ces faux milieux de vie entraînent (a) un **manque de respect de l'autonomie et de la dignité humaine** (ex : pas de possibilité de choisir l'heure à laquelle on souhaite se lever, se laver, manger et se coucher, donner beaucoup de poids aux demandes des familles et peu à celles des aînés, ne pas fournir d'aides techniques qui optimiseraient l'autonomie, fournir des matelas de moindre qualité qui causent des plaies), (b) une **réponse inadéquate aux besoins fondamentaux** (ex. accès insuffisant à de l'eau, température excessivement élevée des aires de vie, presque aucune possibilité d'intimité, de gestes affectifs ou sexuels entre aînés, peu de possibilité de parler ou se confier à d'autres personnes), (c) une **insistance excessive sur la sécurité et la survie versus le bien-être et la qualité de vie** (ex. favoriser les contentions pour éviter les risques de chute, éviter de faire marcher les personnes pour éviter une chute), (d) la **privation et l'insignifiance occupationnelles** (ex. ne pas avoir accès à des activités qui font sens pour la personne, n'avoir aucune programmation d'activités).

#### Recommandation liée à l'axe 3 : Se doter de « réels milieux de vie »

En outre de ce qui a été mentionné au document intitulé Réponse de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec à la consultation des partenaires sociaux du ministère de la Santé et des Services sociaux – Soutien à domicile et CHSLD (2016)<sup>lxviii</sup> et dans un objectif de prévenir la maltraitance et promouvoir la bientraitance, l'OEQ aimerait pister le MSSS sur quelques actions déjà prévues voire initiées par ce dernier, mais dont les efforts en ce sens doivent être multipliés, tellement le besoin est criant.

En premier lieu, l'OEQ salue l'initiative gouvernementale à l'effet de **promouvoir les « maisons des aînés »**. Ce concept d'habitation pour les aînés en perte d'autonomie regroupant les caractéristiques d'un milieu naturel (en communauté, nombre restreint de résidents, îlot de verdure, chambre et salle de bain privée, ...) améliorera grandement la réponse aux besoins des aînés ne pouvant vivre à domicile de façon sécuritaire. Ce type d'habitation devrait supplanter la construction de centres d'hébergement, tels qu'on les connaît aujourd'hui. À cet égard et compte tenu du réchauffement climatique, il est essentiel de verdifier les espaces entourant les lieux d'hébergement actuels des aînés (pour briser les îlots de chaleur) et climatiser l'ensemble des résidences pour mettre fin aux décès causés par les récentes canicules qu'a connu le Québec.

Par ailleurs, il est impératif d'accentuer les initiatives visant à **reconnaître le proche aidant comme partenaire de soins et services en hébergement**, facilitant du même coup la transition entre le domicile et l'hébergement pour l'aîné et son adaptation.

Finalement, l'OEQ réitère une recommandation déjà adressée dans le présent mémoire, mais qui rejoint l'objectif de prévenir la maltraitance et promouvoir la bientraitance en « réel milieu de vie », soit **l'instauration d'une philosophie d'autonomisation**, en optimisant l'autonomie et

la participation sociale chez l'aîné hébergé dans des activités qu'il considère signifiante, incluant l'éducation des intervenants et proches aidants en ce sens. À cet égard, l'OEQ offre sa collaboration au MSSS pour l'implantation de tout projet visant à optimiser l'autonomie et la participation sociale des aînés, les ergothérapeutes étant, tel que mentionné antérieurement, des chefs d'orchestre à cet égard.

## Thème 4 : La bientraitance

### QUESTION 4.2

**La bientraitance est une approche inspirante qui vise à prévenir la maltraitance. Cela ne signifie cependant pas qu'à elle seule elle puisse mettre fin à la maltraitance.**

**Dans ce contexte, comment développer une culture de bientraitance qui n'occultera pas l'importance de la lutte contre la maltraitance ?**

Tel que mentionné à la Question 3.1, pour l'OEQ, la lutte contre la maltraitance organisationnelle (et les autres formes qui en découlent) et le développement d'une culture de bientraitance sont intrinsèquement liés, les interventions de prévention de la maltraitance, tels favoriser l'autonomie et la participation sociale des personnes âgées, en étant issues. Ainsi, les recommandations de l'OEQ visant à prévenir la maltraitance et promouvoir la bientraitance se retrouvent à la Question 3.2.

### QUESTION 4.3

**Quels sont les situations particulières ou les milieux de vie où il faut donner priorité au développement de pratiques bientraitantes ? Comment ?**

Tel que mentionné au document de consultation – Appel de mémoires<sup>lxix</sup>, le sujet de la bientraitance fait actuellement l'objet de recherches visant l'avancement des connaissances et des pratiques bientraitantes envers les personnes âgées. Il y est notamment mentionné un projet dirigé par Mme Sophie Éthier dont les résultats devraient contribuer à l'application de pratiques bientraitantes pour les personnes âgées vivant dans les milieux d'hébergement. Cela dit, les pratiques bientraitantes ne doivent pas faire l'objet de préoccupations et de recherche de solution qu'en milieu d'hébergement, mais bien dans tous les milieux de vie.

Ainsi, parallèlement au projet de Mme Éthier, des actions, programmes et initiatives visant la promotion de la bientraitance sont identifiées tout au long du présent mémoire, mais particulièrement à la Question 3.2.

*En outre, d'autres services contribuent globalement à prévenir la maltraitance et favoriser la bientraitance en soutenant l'autonomie, la participation sociale et l'engagement des aînés, tel que souligné par l'OEQ lors de 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](#) (OEQ, 2017), alors qu'il émettait notamment les recommandations suivantes :*

- **Rendre disponible certains services, tels que le transport, les loisirs et le soutien social et éduquer, informer et supporter les aînés en vue d'en promouvoir leur utilisation**, tel qu'il ressort du programme CarFreeMe et de celui sur l'apprentissage à l'utilisation du transport en commun chez les aînés, tous deux élaborés par des ergothérapeutes et favorisant la participation sociale

- **Favoriser l'accessibilité compétente aux technologies de l'information et des communications** (TIC), permettant non seulement aux aînés de faciliter une communication avec le proche aidant, mais aussi de créer des interactions sociales valorisantes, et ce, particulièrement chez les aînés vulnérables à la solitude et à la détresse psychologique. À cet effet, une étude randomisée effectuée par des chercheurs britanniques en ergothérapie a démontré des résultats prometteurs (Larsson et coll., 2016);
- **Poursuivre l'implantation de la démarche municipalité amie des aînés (MADA)** (et y accroître la contribution des ergothérapeutes) et autres projets de ce genre. D'ailleurs, l'OEQ tient à saluer la poursuite des actions ministérielles en ce sens et l'informer que plusieurs projets s'inspirant du modèle MADA sont entrepris par des ergothérapeutes. À titre d'exemple, un projet de chercheuses de l'Université de Sherbrooke et de l'Université du Québec à Trois-Rivières financé par l'Agence de santé publique du Canada, a récemment été mis en branle en vue d'implanter trois **communautés bienveillantes amies des personnes en perte d'autonomie cognitive**<sup>xx</sup>. Ce projet vise à maintenir la participation sociale des aînés en perte d'autonomie cognitive, et ce, en éduquant l'entourage sur les stratégies cognitives et les technologies visant à favoriser la sécurité à l'intérieur et à l'extérieur du domicile. Ainsi, des formations seront offertes non seulement aux proches aidants, mais également aux intervenants de proximité (pompiers, policiers, commis des pharmacies, des caisses populaires et des épiceries de quartier) afin qu'ils puissent interagir positivement face aux impacts des troubles cognitifs de ces personnes.
- **Intégrer les technologies les plus probantes en soutien dans le milieu de vie.** 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 et l'engagement de l'aîné.

De façon particulière aux technologies de l'information et des communications, des projets ont été effectués en ce sens par des chercheuses ergothérapeutes, notamment sur 1) la mise en place d'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/aîné, particulièrement celles à la mobilité (Auger et al., 2016); 2) l'implantation d'un système de vidéosurveillance intelligente pour détecter les chutes à domicile, entre autres causées par la présence d'incontinence urinaire (Lapierre et coll., 2016) et 3) l'utilisation des environnements intelligents pour supporter le maintien dans le milieu de vie des aînés vulnérables (Gagné, 2017; Bandy, 2017 ).

- **Favoriser l'intégration du concept de « visitabilité »<sup>4</sup> au Québec** : ce concept est déjà répandu aux États-Unis et prend de plus en plus d'importance au Canada. Le Québec s'intéresse également à ce concept, tel qu'en témoigne un projet de recherche effectué par le Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRIS), impliquant notamment des chercheuses ergothérapeutes (Morales et coll., 2014-2017).

---

<sup>4</sup> 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

## Conclusion

Dans la perspective de prévenir la maltraitance et favoriser la bientraitance, un regard systémique doit être apporté en vue d'une refonte globale du continuum de soins et services à développer autour de nos aînés. Ce système doit, entre autres, faire des milieux d'hébergement de réels milieux de vie et faire une place prépondérante aux soins et services à domicile, cette vision étant non seulement largement partagée par de nombreux experts d'ici et d'ailleurs, mais également mise en place (ou en cours d'implantation) dans plusieurs pays. À cet égard, ces pays ont communément adopté **des actions basées sur une philosophie d'autonomisation, celle-ci étant, de l'avis de l'OEQ, la pierre angulaire dans la réponse aux besoins des personnes âgées, contribuant ainsi à prévenir la maltraitance et favoriser la bientraitance.** Évidemment, cela implique de revoir la logique de gestion et les indicateurs de mesure qui s'y rapportent, de façon à mettre à l'avant-plan la réponse aux besoins des aînés, laquelle s'articule en tout cohérence avec la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance.

Forte de son leadership et de sa crédibilité auprès de la population, nous croyons que l'équipe du ministre de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec les autres équipes ministérielle concernées (soient celles de la ministre responsable des Aînés et des Proches aidants, de la ministre des Affaires municipales et de l'Habitation, et du ministre de la famille et le ministre des Transports) a tous les atouts en main pour effectuer cette réorganisation des soins et services aux aînés en mettant l'autonomie et la participation sociale de l'aîné au cœur de ses priorités. En jumelant la volonté et le savoir-faire de l'équipe ministérielle en place, l'OEQ a confiance que le Québec assumera un leadership mondial en matière de participation sociale de nos aînés, à l'instar des pays précédemment mentionnés qui ont mis de l'avant l'autonomisation, contribuant non seulement au bien-être et à la qualité de vie de nos aînés, de leur proche-aidant et de l'ensemble de la collectivité, mais, du même coup, à prévenir la maltraitance et favoriser la bientraitance chez les personnes âgées.

## Synthèse des recommandations

**Pour lutter contre l'âgisme et le capacitisme, l'OEQ recommande de :**

---

- mettre en place des interventions reconnues efficaces de réduction de l'âgisme,
- favoriser l'implantation de projets éducatifs visant à contrer le capacitisme,
- enseigner les effets néfastes du capacitisme et les façons de le contrer dans l'ensemble des programmes de formation des professionnels de la santé.

**Pour lutter contre la maltraitance psychologique, l'OEQ recommande de :**

---

- implanter des services d'éducation axés sur les stratégies optimisant le potentiel fonctionnel des aînés pour tous les proches aidants d'aînés ayant des troubles neurocognitifs majeurs.

**Pour prévenir et lutter contre la maltraitance organisationnelle et les autres formes qui y sont liées, notamment la maltraitance psychologique, et favoriser la bientraitance, l'OEQ recommande de :**

---

- remplacer le modèle de prestation de services centré principalement sur l'approche compensatoire (faire à la place de l'aîné) par un modèle mettant en avant-plan une philosophie d'autonomisation (optimiser l'autonomie et la participation sociale de l'aîné). Pour ce faire,
  - accroître les services visant à optimiser la participation sociale des aînés dans leur milieu de vie et dans leur communauté,
  - miser sur l'évaluation des habiletés fonctionnelles dès que des enjeux liés au maintien de l'autonomie et de la participation sociale de l'aîné sont révélés,
  - optimiser le potentiel fonctionnel des aînés ayant des incapacités,
  - doter les équipes interdisciplinaires de l'ensemble du continuum de soins et services de ressources suffisantes d'ergothérapeutes.
- favoriser une gestion publique cohérente avec « l'approche centrée sur le client » en incluant des indicateurs de performance en fonction de critères de qualité et d'efficacité des interventions.
- se doter de « réels milieux de vie ».
- se doter d'un outil efficace pour repérer la maltraitance organisationnelle.



## Références bibliographiques

- <sup>i</sup> Campbell, F. (2001). Inciting legal fictions: Disability's date with ontology and the ableist body of the law. *Griffith Law Review*, 10(1), 42-62.
- <sup>ii</sup> Drolet, M-J, & Ruest, M. (2021). De l'éthique à l'ergothérapie: un cadre théorique et une méthode pour soutenir la pratique professionnelle. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- <sup>iii</sup> Drolet, M-J., Lalancette, M., & Caty, M-È. (2020). Brisées par leur travail ! OU Au bout du rouleau : Réflexion critique sur les modes managériaux en santé. *Revue Canadienne de Bioéthique*, 3(1), 103-107.
- <sup>iv</sup> Paquette, M. A., Dubé, C., Thériault, J., & Desrosiers, J. (2020). L'ergothérapie au soutien à domicile au Québec, un travail qui a du sens ? *Revue francophone de recherche en ergothérapie*, 6(1), 35-54
- <sup>v</sup> Carrier, A., Freeman, A., Desrosiers, J., & Levasseur, M. (2020). Institutional context : What elements shape how community occupational therapists think about their clients' care ? *Health & social care in the community*, 28(4), 1209-1219.
- <sup>vi</sup> Carrier, A., Levasseur, M., Freeman, A, & Desrosiers, J. (2016). Reddition de compte et optimisation de la performance : impacts sur le choix des interventions ergothérpiques. *Santé publique*, 28(6), 769-780
- <sup>vii</sup> Carrier, A., Freeman, A., Levasseur, M., & Desrosiers, J. (2015). Standardized referral form: Restricting client-centered practice ? *Scandinavian journal of occupational therapy*, 22(4), 283-292.
- <sup>viii</sup> Gouvernement du Québec (2021). Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2022-2027. Document de consultation – appel de mémoires. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- <sup>ix</sup> <https://www.facebook.com/FondationUQTR/videos/noovo-fonds-pour-le-mieux-%C3%Aatre-des-a%C3%A9s/330880768175398>
- <sup>x</sup> <https://www.facebook.com/FondationUQTR/videos/projet-pour-la-bienveillance-envers-les-personnes-a%C3%AEn%C3%A9es/331266961464244/>
- <sup>xi</sup> Raymond, M.H., Demers, L. et Feldman, D.E. (2016). Reconsidering Waiting List Priorization Criteria for Home-based Occupational Therapy. Affiche présentée dans le cadre du Congrès annuel de l'Association canadienne des ergothérapeutes. Banff (Alberta), avril 2016.
- <sup>xii</sup> Gouvernement du Québec (2021). Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2022-2027. Document de consultation – appel de mémoires. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- <sup>xiii</sup> Fondation UQTR (2020) : <https://www.facebook.com/FondationUQTR/videos/noovo-fonds-pour-le-mieux-%C3%Aatre-des-a%C3%A9s/330880768175398>
- <sup>xiv</sup> Noovo (2020) : <https://www.facebook.com/FondationUQTR/videos/projet-pour-la-bienveillance-envers-les-personnes-a%C3%AEn%C3%A9es/331266961464244/>
- <sup>xv</sup> Gouvernement du Québec (2021). Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2022-2027. Document de consultation – appel de mémoires. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- <sup>xvi</sup> <https://www.facebook.com/FondationUQTR/videos/noovo-fonds-pour-le-mieux-%C3%Aatre-des-a%C3%A9s/330880768175398>
- <sup>xvii</sup> <https://www.facebook.com/FondationUQTR/videos/projet-pour-la-bienveillance-envers-les-personnes-a%C3%AEn%C3%A9es/331266961464244/>
- <sup>xviii</sup> Gouvernement du Québec (2021). Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2022-2027. Document de consultation – appel de mémoires. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- <sup>xix</sup> Gouvernement du Québec (2021). Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2022-2027. Document de consultation – appel de mémoires. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- <sup>xx</sup> Raymond, M.H., Demers, L. et Feldman, D.E. (2016). *Reconsidering Waiting List Priorization Criteria for Home-based Occupational Therapy*. Affiche présentée dans le cadre du Congrès annuel de l'Association canadienne des ergothérapeutes, Banff (Alberta), avril 2016.

- 
- <sup>xxi</sup> Le rapport de dépendance démographique correspond à la population dite « à charge », soit les jeunes (0-19 ans) et les aînés (65 ans et plus), rapportée à la population dite « en âge de travailler » (20-64 ans). Il s'exprime en nombre de jeunes et d'aînés pour 100 personnes de 20 à 64 ans.
- <sup>xxii</sup> L'Institut de la statistique du Québec (2019) anticipe une augmentation importante du rapport de dépendance démographique d'ici 2031, conséquence du passage des générations du baby-boom aux âges entre 65 et 84 ans (qui ferait grimper le rapport à 84, et même à davantage ultérieurement). Site téléaccessible au <https://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan2019.pdf#page=17>
- <sup>xxiii</sup> [Mémoire de l'OEQ sur le projet de Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022](#) (2016).
- <sup>xxiv</sup> [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](#) (2020).
- <sup>xxv</sup> [Plan d'action Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec \(VVE\) 2018-2023 - Réponse de l'Ordre à la consultation des partenaires nationaux du ministère de la Famille et du MSSS](#) (2017).
- <sup>xxvi</sup> [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](#) (2017).
- <sup>xxvii</sup> [Réponse de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec à la consultation des partenaires nationaux du ministère de la Santé et des Services sociaux - Soutien à domicile et CHSLD](#) (2016).
- <sup>xxviii</sup> La province du Nouveau-Brunswick a lancé, en avril 2014, sa stratégie « D'abord chez soi », qui a pour objectif d'aider les aînés du Nouveau-Brunswick à préserver leur autonomie et à continuer de vivre dans leur maison et dans leur communauté le plus longtemps possible... Une des initiatives est d'offrir des services rapides et améliorés de réadaptation et de « revalidation » pour les aînés. La « revalidation » est définie dans la stratégie comme « services qui aident les aînés à apprendre ou à réapprendre des aptitudes essentielles pour vivre de façon autonome et accomplir les activités quotidiennes de la vie tout en vivant avec une invalidité ». Province du Nouveau-Brunswick (2014). Téléaccessible au <https://www.welcomenb.ca/content/dam/gnb/Departments/sd-ds/pdf/DabordChezSoi.pdf>
- <sup>xxix</sup> Trickey, F., Parisien, M., Laforest, S., Genest, C. et Robitaille, Y. (2007, 2011). Guide d'animation, Programme intégré d'équilibre dynamique P.I.E.D.(2e éd.). Montréal : Direction de santé publique de Montréal, 180 pages. ISBN (2-89494-336-9).
- <sup>xxx</sup> Filiatrault, J., Parisien, M., Laforest, S., Lorthios-Guillemot, A., et Belley, A.-M. (2015). Programme Vivre en Équilibre. Guide de l'animateur (version 4). Montréal : Institut universitaire de gériatrie de Montréal et CSSS Cavendish.
- <sup>xxxi</sup> 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.
- <sup>xxxii</sup> 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.
- <sup>xxxiii</sup> 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)].
- <sup>xxxiv</sup> [www.moncsss.com/soins-et-services/personnes-en-perte-dautonomie/formation-reva.html](http://www.moncsss.com/soins-et-services/personnes-en-perte-dautonomie/formation-reva.html), 27 mai 2016

- 
- <sup>xxxv</sup> Levasseur, M., Renaud, J., Audet, T., Gélinas, I., Bédard, M., Coallier, J.-C., Langlais, M.-È. et Therrien, F.-H. (2014). Outil de Sensibilisation des conducteurs âgés aux capacités requises pour une Conduite Automobile sécuritaire et Responsable (OSCAR): développement et validation. *Recherche Transports Sécurité*, 4, 257-269.
- <sup>xxxvi</sup> 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).
- <sup>xxxvii</sup> Parisien, M., Gilbert, N., Amzallag, M., Guay, D., Nour, K. et Laforest, S. (2008). *Musclez vos méninges. Programme de promotion de la vitalité intellectuelle pour aînés. Guide d'animation.* Montréal : CSSS Cavendish-CAU, 600 p.
- <sup>xxxviii</sup> Levasseur, M., Bourdeau, I., Sergerie, D., Bégin, C. & Boudreault, V. (2009). Facteurs de risque liés à l'environnement domiciliaire. (Section 3.3, p. 33-42 ; 515-650). Dans : Sergerie, D., Bégin, C. & Boudreault, V. (Eds.). *La prévention des chutes chez les aînés : Intervention multifactorielle personnalisée (volet soutien à domicile)*. 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](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/643-PreventChutesAinesVivantDomicile_2eEdi_1.pdf)
- <sup>xxxix</sup> Veillette, N., Demers, L., Dutil, É. and McCusker, J. (2009). Development of a Functional Status Assessment of Seniors visiting Emergency Department. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48(2), 205-212. <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2008.01.009>.
- <sup>xl</sup> 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.
- <sup>xli</sup> 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 ergothérapique 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.
- <sup>xlii</sup> Clark F, Jackson J, Carlson M, Chou C-P, Cherry BJ, Jordan-Marsh M, et al. Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: results of the Well Elderly 2 Randomised Controlled Trial. *Journal of Epidemiology and Community Health* (1979-). 2012;66(9):782-90
- <sup>xliii</sup> Clark F, Azen SP, Carlson M, Mandel D, LaBree L, Hay J. et al. Embedding health-promoting changes into the daily lives of independent-living older adults: long-term follow-up of occupational therapy intervention. *The journals of gerontology Series B, Psychological sciences and social sciences*. 2001;56(1):60-3
- <sup>xliiv</sup> Clark F, Azen SP, Carlson M, Mandel D, LaBree L., Hay J. et al. Embedding health-promoting changes into the daily lives of independent-living older adults: long-term follow-up of occupational therapy intervention. *The journals of gerontology Series B, Psychological sciences and social sciences*. 2001;56(1):60-3
- <sup>xliv</sup> Hay J, LaBree L, Luo R, Clark F, Carlson M, Mandel D, et al. Cost-Effectiveness of Preventive Occupational Therapy for Independent-Living Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2002;50(8):1381-8.
- <sup>xlvi</sup> Lévesque M-H, Trépanier J, Sirois M-J, Levasseur M. Effets du Lifestyle Redesign chez les aînés: une recension systématique. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2019;86(1);48-60.
- <sup>xlvii</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Directives pour prévenir le déconditionnement de la personne aînée en contexte de pandémie*. 2020.
- <sup>xlviii</sup> 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]
- <sup>xlix</sup> Guideline Adaptation Committee (GAC) (2016). *Clinical Practice Guidelines and Principles of Care for People with Dementia*. Sydney (Australie), GAC, 28p.
- <sup>l</sup> 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.

- 
- <sup>li</sup> 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.
- <sup>lii</sup> Expertises professionnelles adaptées aux besoins des personnes hébergées en CHSLD – Collaboration interprofessionnelle (2016). Site téléaccessible au <https://collaborationinterprofessionnelle.ca/wp-content/uploads/2017/01/8472-expertises-prof-besoins-pers-chsld-coll-inter-20170116.pdf>
- <sup>liii</sup> Rogers, A. T., Bai, G., Lavin, R. A., & Anderson, G. F. (2016, September 2). Higher hospital spending on occupational therapy is associated with lower readmission rates. *Medical Care Research and Review*, 1–19.
- <sup>liv</sup> Robitaille, J. (2013). *L'évaluation du statut fonctionnel à l'urgence de la personne âgée ayant des troubles cognitifs : Un prédicteur de l'orientation à la sortie ?* Mémoire déposé dans le cadre de l'obtention du grade de Maître ès Sciences (M.Sc.), programme de Maîtrise en médecine expérimentale, Université Laval.
- <sup>lv</sup> Drolet, M.-J., Lalancette, M., & Caty, M.-È. (2020). Brisées par leur travail ! OU Au bout du rouleau : Réflexion critique sur les modes managériaux en santé. *Revue Canadienne de Bioéthique*, 3(1), 103-107.
- <sup>lvi</sup> Banoun A, Rochette C. Le gestionnaire public au cœur des logiques contradictoires: le cas des centres de services partagés. *Revue Française de Gestion*. 2017;3(266):11-30
- <sup>lvii</sup> Chénard J, Grenier J. Concilier des logiques pour une pratique de sens: exigences de solidarité. *Intervention la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec*. 2012;1:18-29.
- <sup>lviii</sup> Drolet, M.-J., Lalancette, M., & Caty, M.-È. (2020). Brisées par leur travail ! OU Au bout du rouleau : Réflexion critique sur les modes managériaux en santé. *Revue Canadienne de Bioéthique*, 3(1), 103-107.
- <sup>lix</sup> Baillargeon N. La santé malade de l'austérité: Sauver le système public ... et des vies ! Saint-Joseph-du-Lac: M. Éditeur; 2017.
- <sup>lx</sup> Grenier, J, Bourque M. Les services sociaux à l'ère managériale. Québec : PUL; 2018.
- <sup>lxi</sup> Association canadienne des ergothérapeutes (1997). *Promouvoir l'occupation: une perspective de l'ergothérapie*. Ottawa, Canadian Association of Occupational Therapists, 238 p.
- <sup>lxii</sup> Townsend EA, Polatajko HJ: *Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation*. Ottawa, Canadian Association of Occupational Therapists, 2007.
- <sup>lxiii</sup> Carrier, A., Levasseur, M., Freeman, A., & Desrosiers, J. (2016). Reddition de compte et optimisation de la performance: impacts sur le choix des interventions ergothérapeutiques. *Santé publique*, 28(6), 769-780
- <sup>lxiv</sup> Paquette, M.A., Duibé, C., Thjériault, J., & Desrosiers, J. (2020). L'ergothérapie en soutien à domicile au Québec, un travail qui a du sens ? *Revue francophone de recherche en ergothérapie*, 6(1), 35-54
- <sup>lxv</sup> Carrier, A., Levasseur, M., Freeman, A., & Desrosiers, J. (2016). Reddition de compte et optimisation de la performance: impacts sur le choix des interventions ergothérapeutiques. *Santé publique*, 28(6), 769-780
- <sup>lxvi</sup> <https://www.facebook.com/FondationUQTR/videos/noovo-fonds-pour-le-mieux-%C3%AAtre-des-a%C3%A9s/330880768175398>
- <sup>lxvii</sup> <https://www.facebook.com/FondationUQTR/videos/projet-pour-la-bienveillance-envers-les-personnes-a%C3%AEn%C3%A9es/331266961464244/>
- <sup>lxviii</sup>
- <sup>lxix</sup> Gouvernement du Québec (2021). Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2022-2027. Document de consultation – appel de mémoires. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- <sup>lxx</sup> Provencher, Pigot, Viscogliosi et al. : développement de communautés bienveillantes pour les personnes vivant avec un trouble neurocognitif majeur ? (MaTV, 2020; La Tribune, 2020). <https://www.latribune.ca/actualites/estrie-et-regions/un-premier-pas-vers-des-communautes-bienveillantes-pour-les-aines-atteints-dalzheimer-9502202b9880ce40444a350d393e9f69>

---

## Remerciements

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

- **Annie Carrier, erg., B.A.(psy), LL.M., M.Sc., Ph.D.**, Professeure adjointe, École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Québec (Canada) et Chercheure régulière, Centre de recherche sur le vieillissement, CIUSSS de l'Estrie-CHUS, Sherbrooke, Québec (Canada).
- **Marie-Josée Drolet, erg., Ph.D.**, éthicienne et professeure titulaire, Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), chercheuse à l'Institut d'éthique appliquée (IDÉA) de l'Université Laval et au Comité national d'éthique sur le vieillissement (CNEV).
- **Mélanie Levasseur, erg., 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.
- **Marc-André Paquette, erg.**, Soutien à domicile au CLSC Bordeaux-Cartierville, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.
- **Pier-Luc Turcotte, erg., M.erg., M.Sc.** Candidat au doctorat (santé communautaire), Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Centre de recherche sur le vieillissement du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.
- **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.

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](mailto:info@oeq.org)

[www.oeq.org](http://www.oeq.org)