



Ordre
des ergothérapeutes
du Québec

OEQ

Position de l'Ordre des
ergothérapeutes du Québec
sur la *Politique d'hébergement
et de soins et services de longue
durée - Des milieux de vie
qui nous ressemblent* du
ministère de la Santé et des
Services sociaux

Septembre 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

Introduction.....	p. 1
Champ d'exercice des ergothérapeutes.....	p. 2
Activités réservées aux ergothérapeutes.....	p. 2
Autres activités réalisées par les ergothérapeutes.....	p. 4
Contexte et fondements de la Politique.....	p. 5
Axe 1 : la personne hébergée.....	p. 11
Axe 2 : les proches.....	p. 21
Axe 3 : les prestataires de service.....	p. 23
Axe 4 : le milieu de vie et de soins	p. 30
Axe 5 : la communauté.....	p. 33
Conclusion.....	p. 36

INTRODUCTION

L'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ) salue la *Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée – Des milieux de vie qui nous ressemblent* (ci-après appelée Politique), qui démontre la volonté ministérielle d'apporter des changements pérennes en vue de s'assurer que la personne hébergée ait un milieu de vie de qualité et que l'ensemble de ces milieux de vie deviennent un modèle exemplaire de bonnes pratiques en la matière. À cet égard, l'OEQ ne peut qu'être enthousiaste quant au projet des maisons des aînés et maisons alternatives (MDAMA) qui s'inscrivent dans cette démarche visant à offrir à l'ensemble des personnes hébergées des soins et des services adaptés pour elles.

Par ailleurs, la Politique énonce le souhait du gouvernement d'ancrer les milieux d'hébergement au cœur de leur communauté avec la contribution essentielle de l'ensemble des organismes communautaires qui favorisent la participation sociale des adultes hébergés.

La promotion de la participation sociale étant au cœur de la profession d'ergothérapeute, ce professionnel, dont la formation est à la fois issue des sciences de la santé et du domaine psychosocial, peut apporter une contribution unique et inestimable à la réalisation de ce souhait, tel que mentionné au document [Réponse de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec à la consultation des partenaires nationaux du ministère de la Santé et des Services sociaux – soutien à domicile et CHSLD \(décembre 2016\)](#). Ce document ne faisant pas partie des références bibliographiques consultées pour l'élaboration de la Politique, l'OEQ invite les instances ministérielles concernées à en prendre connaissance préalablement à l'élaboration du plan d'action lié à sa mise en œuvre.

Certes, l'actualisation de la volonté ministérielle s'inscrit dans un chantier d'envergure qui nécessitera les efforts de tous les partenaires impliqués. C'est dans cet esprit que l'OEQ tient à exprimer sa volonté de contribuer aux objectifs ministériels et de s'inscrire activement au plan d'action préalablement mentionné dont la mise en branle est prévue incessamment.

Tel qu'indiqué dans la Politique, le maintien à domicile demeure l'option à privilégier, le plus longtemps possible. D'ailleurs, la Politique soulève la nécessité de miser sur le développement et le maintien des capacités des personnes ainsi que de soutenir leur souhait à une plus grande autonomie.

Cet énoncé ministériel est entièrement partagé par l'OEQ qui a déjà énoncé à maintes reprises^{1,2,3,4} que le maintien des capacités des personnes en vue de favoriser leur autonomie et leur participation sociale est la pierre angulaire au maintien de la qualité de vie des personnes âgées, et ce, à toutes les étapes du continuum de soins et services. Avec l'augmentation rapide du nombre de personnes âgées dans notre société, il va sans dire que le continuum de soins et services se doit d'être analysé dans son ensemble, du domicile à l'hébergement, afin de résoudre l'équation du maintien de leur qualité de vie. Quelques éléments de réflexion seront apportés ultérieurement à cet égard.

¹ <https://www.oeq.org/DATA/MEMOIRE/9~v~reponse-de-lordre-des-ergotherapeutes-du-quebec-a-la-consultation-des-partenaires-nationaux-du-ministere-de-la-sante-et-des-services-sociaux-soutien-a-domicile-et-chsld.pdf>

² <https://www.oeq.org/DATA/MEMOIRE/27~v~memoire-en-reponse-a-la-consultation-du-secretariat-aux-aines-du-msss-sur-le-plan-d-action-gouvernemental-pour-contrer-la-maltraitance-envers-les-personnes-aines-2022-2027.pdf>
https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Qualite_milieu_de_vie.pdf

³ <https://www.oeq.org/DATA/MEMOIRE/19~v~plan-daction-vieillir-et-vivre-ensemble-chez-soi-dans-sa-communaute-au-quebec-vve-2018-2023-reponse-de-lordre-a-la-consultation-des-partenaires-nationaux-du-ministere-de-la-famille-et-du-msss.pdf>

⁴ <https://www.oeq.org/DATA/MEMOIRE/18~v~position-de-lordre-des-ergotherapeutes-du-quebec-sur-les-services-de-soutien-a-domicile-huit-conditions-pour-une-dispensation-optimale-de-services-aux-aines-en-temps-opportun-et-en-continue.pdf>

D'entrée de jeu, dans ce document sont présentés un rappel du champ d'exercices et des principales activités professionnelles effectuées par les ergothérapeutes auprès des adultes hébergés (dont certaines activités réservées), mais également, en amont, auprès des adultes en perte d'autonomie à domicile dont la condition de santé nécessite qu'un continuum de soins et services soit effectué (personnes en perte d'autonomie liée à l'âge ou pour une condition spécifique telle qu'un TSA, un problème de santé mentale ou de comorbidité). S'ensuit une réflexion sur certains éléments de la Politique, notamment en ce qui a trait au contexte (continuum de services, transitions, démographie) et aux fondements (vision, principes directeurs) de celle-ci. Finalement, pour chacun des axes de la Politique, la contribution essentielle des ergothérapeutes dans la poursuite des objectifs ministériels est mise en exergue par un encadré orangé.

CHAMP D'EXERCICE DES ERGOTHEAPEUTES

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 personne⁵, déterminer et mettre en œuvre un plan de traitement et d'intervention, développer, restaurer ou maintenir les aptitudes, compenser les incapacités, diminuer les situations de handicap et adapter l'environnement dans le but de favoriser l'autonomie optimale de l'être humain en interaction avec son environnement. »⁶

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

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

CHAMPS D'ACTIVITÉ DES ERGOTHÉRAPEUTES

De manière particulière, parmi les activités professionnelles réservées que peuvent exercer les ergothérapeutes en application de l'article 37.1., 4° du Code des professions, on trouve les activités suivantes applicables à la situation des personnes hébergées ou en perte d'autonomie à domicile dont la condition de santé nécessite un continuum de soins et services :

- Procéder à l'évaluation fonctionnelle d'une personne lorsque cette évaluation est requise en application d'une loi

Exemple : évaluation pour l'attribution d'une aide à la marche, à la locomotion et/ou à la posture, attribution d'un triporteur/quadriporteur.

⁵ Par « évaluer les habiletés fonctionnelles » on entend que l'ergothérapeute doit, par l'étude des composantes inhérentes à chaque activité et des rapports existant entre elles : analyser la performance d'une personne dans la réalisation de ses activités et de ses habitudes de vie, déterminer les facteurs qui influencent cette performance dans le but de les évaluer tel que les systèmes organiques et les aptitudes (notamment aux plans sensori-moteur, perceptif, cognitif, intellectuel, comportemental, communicationnel) et l'environnement, utiliser des méthodes et des instruments d'évaluation appropriés ; analyser les résultats de son évaluation et porter un jugement clinique sur ceux-ci.
https://www.oeg.org/DATA/NORME/34~v~loi_90_guidemembre.pdf. (p.13)

⁶ Le soulignement est le nôtre.

- Évaluer la fonction neuromusculosquelettique d'une personne présentant une déficience ou une incapacité de sa fonction physique

Exemple : évaluation de la fonction sensorimotrice du mécanisme oro-pharyngo-laryngée en contexte de dysphagie, évaluation de la force, motricité, coordination, tonus musculaire et contrôle postural suite à un AVC, évaluation du contrôle moteur chez un adulte souffrant de la maladie de Parkinson, évaluation posturale chez une personne hébergée souffrant d'une condition neurodégénérative telle que la maladie d'Alzheimer.

- Prodiguer des traitements reliés aux plaies⁷

Exemple : prévention et traitement des plaies de pression, notamment la gestion optimale des forces de pression, friction ou de cisaillement qui s'exercent sur la personne au quotidien par l'utilisation de surfaces préventives et curatives, d'aides techniques à la posture et à la mobilité, de méthodes de transfert et de réalisation des activités quotidiennes.

- Décider de l'utilisation des mesures de contention⁸

Exemple : à la suite de l'évaluation des habiletés fonctionnelles, l'ergothérapeute interviendra en vue d'une gestion des risques (chute, blessure, fugue) optimale en recommandant les stratégies d'intervention jugées les plus appropriées à la situation telles que l'approche à préconiser, les mesures alternatives à la contention, dont les aides technologiques, la modification et adaptation de la tâche/activité en fonction des besoins et capacités sensorielles, motrices et cognitives, le choix du matériel/équipement, les aides techniques, l'adaptation de l'environnement (chambre, milieu de vie).

- Décider de l'utilisation des mesures d'isolement dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris

Exemple : toujours dans la visée d'une gestion des risques optimale, dont la protection du client et de son environnement, l'ergothérapeute pourrait, à la lumière de son analyse des comportements problématiques, recommander des stratégies préventives et/ou alternatives à l'utilisation d'une mesure d'isolement et, si nécessaire, déterminer la mesure d'isolement jugée la plus adéquate et sécuritaire pour la personne, tout en précisant les modalités d'intervention et de suivi.

- Évaluer une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique⁹ attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité. Tel que le spécifie la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (PL 21) (2009)*, l'ergothérapeute « *évalue les habiletés fonctionnelles d'une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique...* ».

⁷ https://www.oeg.org/DATA/NORME/39~v~tx_des_plaies-activite_reservee-docu_membres.pdf

⁸ https://www.oeg.org/DATA/NORME/33~v~lignes_directrices_contention.pdf

⁹ Le trouble neuropsychologique est une « affection cliniquement significative qui se caractérise par des changements neurocomportementaux (de nature cognitive, émotionnelle et comportementale) liés au dysfonctionnement des fonctions mentales supérieures à la suite d'atteintes du système nerveux central ». https://www.oeg.org/DATA/NORME/62~v~2020-21_020_guide-explicatif-sante-rh-28-04-2021.pdf, p. 3.

Exemple : l'ergothérapeute procède à l'évaluation des habiletés fonctionnelles de la clientèle hébergée ou à domicile présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence en vue d'élaborer un plan d'intervention permettant de répondre de façon adaptée aux capacités résiduelles et aux besoins de la personne, qu'ils soient de nature motrices, sensoriels, psychosociaux, occupationnels et/ou environnementaux.

AUTRES ACTIVITÉS RÉALISÉES PAR LES ERGOTHÉRAPEUTES

De manière générale, et sans pour autant constituer une liste exhaustive, les activités professionnelles suivantes sont réalisées par les ergothérapeutes auprès des personnes hébergées ou en perte d'autonomie à domicile dont la condition de santé nécessite un continuum de soins et services :

- L'évaluation des habiletés fonctionnelles de la personne qui inclut l'analyse de la répercussion des symptômes, des déficiences, des incapacités et des problématiques environnementales sur l'autonomie de la personne et sur sa sécurité. Cette évaluation permet notamment à l'ergothérapeute de mettre en lumière les enjeux associés à la gestion de risque [fugue, chute/blessure, maltraitance (par ex., abus financiers), aspiration (associé à la présence de dysphagie), plaies, etc.].
- L'intervention en vue du développement, de l'amélioration, de la restauration ou du maintien des aptitudes (sensorielles, motrices, cognitives, comportementales) nécessaires aux personnes pour l'accomplissement de leurs occupations (p. ex. : les soins personnels, l'alimentation, l'entretien du domicile) et pour leur participation à des activités significatives (p. ex. : la conduite automobile, les loisirs, les activités sociales, familiales et communautaires).
- L'intervention en vue de diminuer les situations de handicap, de déterminer le milieu de vie approprié à la condition de santé physique et mentale de la personne et de prévenir ou diminuer les SCPD, notamment en adaptant l'environnement physique ou les activités à réaliser, en déterminant le niveau et la nature de l'aide requise en termes d'aide humaine, d'aides techniques ou d'équipements spécialisés.

Exemple : il est notoire dans la littérature que la survenue de SCPD augmente en raison d'une incongruence entre les capacités fonctionnelles de la personne et les exigences de la tâche et/ou son environnement, l'ergothérapeute proposera l'adaptation de la tâche selon le niveau de cognition fonctionnelle de l'utilisateur, en plus d'enseigner, coacher et entraîner le personnel soignant/proche aidant dans la mise en place de stratégies efficaces et de résolution de problème en adéquation aux capacités réelles de la personne souffrant d'un TNC majeur.

- L'intervention en vue d'optimiser la participation sociale et l'organisation de l'environnement socioculturel de l'individu afin qu'il puisse répondre à ses besoins et afin de prévenir ou diminuer les SCPD.

Exemple : Plusieurs stratégies peuvent être mises en place pour augmenter les possibilités occupationnelles et les contacts sociaux. L'adaptation de l'environnement et de la routine quotidienne du client en respect aux dimensions sociale et culturelle favorise le maintien de l'identité de la personne, et ce, en respect à son histoire de vie, ses croyances et valeurs, et elle contribue à l'implication et à la mise en action de l'individu.

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

Exemples : les techniques de transfert et de mobilisation en respect à la biomécanique humaine, les techniques d'assistance lors des soins personnels (hygiène, alimentation, utilisation de la toilette, etc.) ou de toute autre activité, l'enseignement/coaching portant sur la simplification de la tâche et l'utilisation de consignes ciblées en adéquation au style d'apprentissage ou capacités résiduelles de la personne, ainsi que sur l'approche à préconiser lors de la résistance aux soins ou autre SCPD.

- La prévention et la promotion de la santé, notamment par la prévention du déclin fonctionnel et par la promotion de la participation sociale des aînés (incluant l'éducation à la santé), avec ou sans incapacité, et leur engagement dans des activités qui leur sont significatives afin de favoriser une meilleure qualité de vie dans leur communauté, de maintenir leur niveau d'autonomie et leur santé physique et mentale, contribuant ainsi à leur bien-être. Des exemples sont présentés à la section *Contexte et fondements de la Politique* présentée ci-dessous.
- La prévention et détection de la maltraitance (psychologique, physique, sexuelle, matérielle ou financière, organisationnelle) chez la personne âgée (voir Orientation 9).
- Par ailleurs, les ergothérapeutes sont parfois appelés à contribuer à l'établissement d'un diagnostic médical, d'un trouble mental ou d'un trouble neuropsychologique, notamment par l'évaluation des habiletés fonctionnelles souvent nécessaire pour déterminer la présence de troubles neurocognitifs. D'ailleurs, il est fréquent que l'ergothérapeute repère des changements au niveau mental ou cognitif qui l'amènent à approfondir sa démarche évaluative afin de transmettre au médecin un portrait précis des habiletés fonctionnelles du client, qui peut être compatible avec les symptômes d'une psychopathologie spécifique. Ils participent à l'élaboration et à la réalisation du plan d'intervention interdisciplinaire. Ils peuvent également jouer divers rôles dans l'équipe interdisciplinaire, notamment celui d'intervenant-pivot.

CONTEXTE ET FONDEMENTS DE LA POLITIQUE

La Politique reprend les termes de la *Politique de soutien à domicile* publiée en 2003 qui mentionne : « Avant le recours à l'hébergement de longue durée, le domicile sera toujours envisagé comme la première option puisque c'est le souhait des personnes d'y demeurer ». De même, elle énonce : « Le recours à l'hébergement ne doit pas être une réponse au manque de ressources disponibles, de SAD particulièrement » (...) « Il faut s'assurer que l'ensemble des interventions biopsychosociales ainsi que l'organisation des soins et services tels que ceux de soutien à domicile (SAD), de suivi intensif dans le milieu (SIM) ou le soutien d'intensité variable (SIV) ont été réalisés, évitant ainsi un hébergement prématuré ou inapproprié. »

De fait et tel que mentionné à maintes reprises par l'OEQ, et plus récemment au [Mémoire de l'OEQ en réponse à la consultation ministérielle sur la Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2022-2027](#) (mars 2021) :

« Les aînés 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 possible¹⁰. Or, l'approche compensatoire, actuellement

¹⁰ Raymond, M.H., Demers, L. et Feldman, D.E. (2016). Reconsidering Waiting List Prioritization Criteria for Home-based Occupational Therapy. Affiche présentée dans le cadre du Congrès annuel de l'Association canadienne des ergothérapeutes, Banff (Alberta), avril 2016.

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 croissance constante et que les ressources disponibles diminuent au même rythme (la diminution de la proportion de population « à charge »¹¹ étant de plus en plus amplifiée¹²), raison pour laquelle cette approche tétanise l'organisation du soutien à domicile], mais elle va à l'encontre des bonnes pratiques¹³ et n'est pas conçue pour répondre aux choix et aspirations des aînés, constituant ainsi une forme importante de maltraitance organisationnelle. »

À cet égard, l'OEQ recommandait de remplacer le modèle de prestation de services centré principalement sur l'approche compensatoire (faire à la place de ...) par un modèle mettant en avant-plan une philosophie d'autonomisation (optimiser l'autonomie et la participation sociale), et pour ce faire de :

- 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.

L'OEQ ne peut que réitérer cette recommandation, puisqu'en permettant d'optimiser l'autonomie et la participation sociale de la personne ayant une atteinte de ses capacités fonctionnelles, la philosophie et les interventions d'autonomisation (aussi appelées l'autonomisation) font partie intégrante de la réponse : a) aux besoins des personnes (notamment les personnes âgées) dont la condition de santé s'inscrit dans un continuum de soins et services et b) aux impératifs économiques¹⁴ de l'État.

D'ailleurs, dans son [avis sur l'autonomisation](#) (2015), l'INESSS affirme que celle-ci « (...) a le potentiel de permettre des économies tout en répondant aux désirs de la population de vieillir à domicile ». Dans ce même avis, l'INESSS identifie les ergothérapeutes comme des professionnels de choix pour dispenser des interventions d'autonomisation, leurs interventions visant l'optimisation de l'autonomie et de la participation sociale incluant notamment des interventions axées sur les

¹¹ 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.

¹² 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/populationdemographie/bilan2019.pdf#page=17>

¹³ Le document d'où est tiré la présente citation en fait d'ailleurs la démonstration.

¹⁴ L'augmentation rapide de la proportion d'aînés, jumelée à une diminution anticipée de la proportion de population « à charge », favorise un accroissement de l'actuelle pénurie de main d'œuvre et, du coup, une amplification des effets délétères (soutien à domicile aux aînés non efficient étant donné l'ampleur des besoins non répondus ou les délais démesurés pour y arriver, lié à l'augmentation des chutes et du déconditionnement, et à l'augmentation des hospitalisations et de l'institutionnalisation) actuellement observés à l'égard des soins et services aux personnes âgées fournis principalement selon un modèle de prestation de services centré principalement sur l'approche compensatoire. Les interventions visant à optimiser l'autonomie des personnes âgées, donc axées sur la philosophie d'autonomisation, leur permettent de continuer de vivre à domicile et d'éviter ou de retarder la progression vers des services plus intensifs et plus coûteux, notamment la réorientation vers un milieu de vie institutionnel. À titre d'exemple, en 2010, l'Écosse a mis en place la stratégie nationale Reshaping Care for Older People, intégrant des interventions d'autonomisation, qui avait pour objet d'adapter les services de manière à mieux répondre aux besoins de la population vieillissante. Trois ans après, soit en 2013, le gouvernement a dressé un état de situation afin d'en mesurer les progrès. Sur le plan clinique, l'évaluation révèle une réduction de 30 % des besoins de services de soutien à domicile et une utilisation réduite des lits en soins de longue durée depuis l'introduction de cette stratégie.

capacités physiques et cognitives. Pas étonnant, tel qu'affirmé par l'INESSS, que l'autonomisation ait reçu du soutien politique et est en expansion dans plusieurs pays.

En outre, le concept d'autonomisation est un élément central à la qualité de vie de toute personne ayant des enjeux à l'égard de son autonomie et de sa participation sociale. Ainsi, il s'applique également à une clientèle ayant un problème de santé mentale, un TSA, un TNCM (quel que soit l'âge) ou toute autre déficience, ainsi qu'en présence de comorbidité (p.ex. : des problèmes cardiaques, pulmonaires, rénaux ou métaboliques), et ce, durant tout le continuum de soins et services, incluant évidemment la maison alternative.

La section 5.1 de la Politique fait état d'un changement de paradigme nécessaire à la concrétisation de la vision du milieu de vie et mentionne à cet égard :

« Les gestionnaires et l'ensemble des acteurs du système de santé et de services sociaux doivent faire preuve d'audace, de créativité et de flexibilité afin de donner accès à un continuum résidentiel évolutif et adapté aux divers besoins des personnes concernées. Plusieurs initiatives intéressantes déjà existantes répondent à cette vision et placent la personne hébergée au cœur des préoccupations du milieu de vie ».

L'OEQ salue le fait que l'autonomisation fasse partie de la Politique. Cela dit, l'autonomisation est perçue en tant qu'élément ciblant une seule orientation, alors qu'elle vient teinter plusieurs principes directeurs et orientations de la Politique.

À l'égard des principes directeurs, en favorisant l'autonomie et la participation sociale de la personne dans ses activités significatives, l'autonomisation contribue directement au respect de la dignité (principe directeur 5.2.1) et de l'autodétermination (principe directeur 5.2.2) de la personne. L'actualisation de ses principes nécessite qu'une approche de gestion des risques soit mise de l'avant, notamment à l'égard du risque de fugue, de chute ou de blessure, qui peut aussi impliquer la gestion des contentions.

Pour ce faire, une évaluation des habiletés fonctionnelles permettra d'identifier ces risques et de mettre en place un plan d'intervention et des recommandations permettant d'optimiser l'autonomie et la participation sociale de la personne tout en favorisant une gestion optimale des risques. Ainsi, l'autonomisation contribue à personnaliser les soins, les services et le milieu de vie de la personne (principe directeur 5.2.5), ainsi que son mieux-être (principe directeur 5.2.4) et s'inscrit en toute cohérence dans la promotion et l'actualisation de la bienveillance (principe directeur 5.2.6), tel que notamment démontré au mémoire en réponse à la consultation du secrétariat aux aînés du MSSS sur le plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2022-2027¹⁵.

L'approche de partenariat (principe directeur 5.2.3) est congruente à la promotion de l'autonomisation qui nécessite l'engagement de tous les partenaires, incluant notamment les prestataires de services et les proches. Ainsi, l'OEQ ne saurait réitérer combien il est essentiel que cette approche (philosophie et interventions) soit mise à l'avant-plan parmi les principes directeurs et les axes et orientations de la Politique puisqu'elle implique en soi un changement de paradigme dont l'adhésion est cruciale en vue de favoriser le bien-être et la qualité de vie de la personne hébergée.

Quant aux initiatives à cet égard, de multiples projets visant à favoriser l'autonomie et la participation sociale existent, et ce, quel que soit le milieu de vie (naturel ou substitué) de la personne. L'OEQ en

¹⁵ <https://www.oeq.org/DATA/MEMOIRE/27~v~memoire-en-reponse-a-la-consultation-du-secretariat-aux-aines-du-msss-sur-le-plan-d-action-gouvernemental-pour-contrer-la-maltraitance-envers-les-personnes-ainees-2022-2027.pdf>
https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Qualite_milieu_de_vie.pdf

a fait la promotion à de multiples reprises^{16,17,18,19}, notamment dans ses prises de position et réponses à des consultations ministérielles, dont certains projets sont énumérés ultérieurement à la section Orientations 11 et 12 de ce document.

De façon particulière aux milieux de vie substituts, des initiatives prometteuses existent ou y sont aisément généralisables, notamment :

- dans la province de Québec
 - un projet²⁰ en résidence privé pour aînés – les communautés de retraités Massawippi Grace Village – 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 (TNCM) et de diminuer la discrimination liée aux capacités (capacitisme) et à l'âge (âgisme). Voir la section Orientations 11 et 12 de ce document pour plus de renseignements.
 - un projet²¹ en CHSLD (IUGM) a consisté à concevoir un espace sensoriel visant à favoriser l'engagement occupationnel des personnes ayant un TNCM (et SCPD).
 - un projet en cours²² dirigé par la professeure et ergothérapeute Mélanie Levasseur et généralisable aux MDAMA permettra de comparer le bonheur, la participation sociale, l'âgisme et le sentiment d'appartenance à la communauté d'aînés vivant en résidence privée pour aînés (RPA) et dans un domicile conventionnel (en logement ou à la maison).
- hors-Québec
 - les travaux de l'ergothérapeute et chercheuse, Lesley Collier (Royaume-Uni), sommité en regard à l'approche et l'environnement multisensoriel auprès des personnes hébergées souffrant d'un TNCM, démontrent également des résultats positifs dans la gestion des SCPD (stades de la maladie modéré à sévère), en particulier la réduction de l'agitation, de l'anxiété et de l'apathie en plus de permettre l'amélioration de l'autonomie fonctionnelle en contexte d'hébergement²³.

¹⁶<https://www.oeq.org/DATA/MEMOIRE/9~v~reponse-de-lordre-des-ergotherapeutes-du-quebec-a-la-consultation-des-partenaires-nationaux-du-ministere-de-la-sante-et-des-services-sociaux-soutien-a-domicile-et-chsld.pdf>

¹⁷ <https://www.oeq.org/DATA/MEMOIRE/27~v~memoire-en-reponse-a-la-consultation-du-secretariat-aux-aines-du-msss-sur-le-plan-d-action-gouvernemental-pour-contrer-la-maltraitance-envers-les-personnes-ainees-2022-2027.pdf>

https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Qualite_milieu_de_vie.pdf

¹⁸ <https://www.oeq.org/DATA/MEMOIRE/19~v~plan-daction- vieillir-et-vivre-ensemble-chez-soi-dans-sa-communaute-au-quebec-vve-2018-2023-reponse-de-lordre-a-la-consultation-des-partenaires-nationaux-du-ministere-de-la-famille-et-du-msss.pdf>

¹⁹ <https://www.oeq.org/DATA/MEMOIRE/18~v~position-de-lordre-des-ergotherapeutes-du-quebec-sur-les-services-de-soutien-a-domicile-huit-conditions-pour-une-dispensation-optimale-de-services-aux-aines-en-temps-opportun-et-en-continuite.pdf>

²⁰ Viscogliosi, C., Rahimaly, S., Breton, L., Klinck, S., Carboneau, H., Couturier, Y., Delli Colli, Giroux, D., N., Provencher, V. (2021). Promoting engagement in meaningful activities of seniors with cognitive impairment living in residential care: using strategies that build on preserved capacities. Atelier de formation pour le personnel. Laboratoire d'optimisation cognitive de l'Université de Sherbrooke. Société des retraités de Massawippi, Grace Village.

²¹ Présentation au congrès de l'Association canadienne des ergothérapeutes
Aquin, C., Alarie, C., Dionne, F., Bier, N., Bourbonnais, A., Lungu, O., Bruneau, M-A. (2021, 16-19 mai) *Implantation d'un espace sensoriel pour aînés manifestant des comportements réactifs*. [communication par affiche]. Congrès de l'Association canadienne des ergothérapeutes 2021, Canada.

²² Levasseur, M., Naud, D., Duque, M., Maurice, L., Généreux, M., Lord, S., Bédard, M.-É., Lagacé, M., Raymond, É., Kataroyan, R. & Hebblethwaite, S. (2021). *Le bonheur, la participation sociale, l'âgisme et l'intégration dans la communauté d'aînés vivant en résidence privée et à domicile : Une étude mixte*. Projet de recherche. Centre de recherche sur le vieillissement, CIUSSS de l'Estrie - CHUS.

²³ Collier, L., et Jakob, A. (2017). The multisensory environment (MSE) in dementia care: examining its role and quality from a user perspective. *Health Environments Research and Design*, 19(5), 39-51.

- l'approche probante COTid (Community occupational therapy for people with dementia and their families)²⁴, développée au Royaume-Uni par des chercheurs en ergothérapie, vise le maintien à domicile par des interventions d'autonomisation permettant d'améliorer les capacités fonctionnelles de la personne souffrant d'un TNC majeur tout en réduisant le fardeau des aidants. C'est une approche qui a démontré son efficacité sur le plan clinique et et sur le plan de la rentabilité. Son implantation en résidence pour personnes âgées a été étudiée et les résultats démontrent des avantages significatifs, notamment en regard d'une diminution des SCPD. Par cette approche de résolution de problème, l'ergothérapeute analyse le fonctionnement et les aptitudes de la personne à partir de ses activités significatives et évalue ses besoins tout en tenant compte de son environnement, ce qui lui permet d'élaborer des interventions pour compenser le déclin cognitif tout en favorisant la participation et l'engagement occupationnels.
- l'approche TAP ²⁵ (Tailored activity program TAP"), développée aux États-Unis par l'ergothérapeute-chercheuse Laura Gitlin, a été étudiée initialement dans un contexte de milieu naturel puis en centre hospitalier. Bien que cette approche soit appliquée à domicile, les auteurs sont d'avis qu'elle pourrait tout à fait s'adapter en contexte de soins de longue durée²⁶. L'approche, élaborée pour réduire les SCPD, reconnaît le besoin continu de réaliser des activités significatives, le pouvoir d'agir, le besoin de contrôle et de stimulation tout au long de la maladie. À partir de cette approche d'intervention, qui se décline en trois phases, l'ergothérapeute dresse un portrait précis des habiletés fonctionnelles du client puis élabore un programme d'activités thérapeutiques adaptées à celles-ci en adéquation avec l'environnement. L'ergothérapeute joue un rôle majeur auprès de l'aidant (personnel soignant) qu'il entraîne et amène à développer des compétences dans l'adaptation de l'activité et de l'approche. Les résultats des études démontrent hors de tout doute son

Collier, L., McPherson, K., Ellis-Hill, C., Staal, J. et Bucks, R. Multisensory stimulation to improve functional performance in moderate to severe dementia-interim results. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 25(8), 698-703.

Staal, J.A., Sacks, A., Matheis, R., Collier, L., Calia, T., Hanif, H., Kofman, E.S. (2007). The effects of Snoezelen (multi-sensory behavior therapy) and psychiatric care on agitation, apathy and activities of daily living in dementia patients on a short-term geriatric psychiatric inpatient unit. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 37(4), 357-370.

²⁴ Graff, M.J.L., Vernooij-Dassen, M.J.M., Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W.H.L. & Rikkert, M.G.M.O.(2006). Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. *British Medical Journal*,333(7580),1196-1199.

Graff, M.J.L., Adang, E.M.M., Vernooij-Dassen, M.J.M., Dekker, J., Jönsson, L., Thijssen, M. et al (2008). Community occupational therapy for older patients with dementia and their care givers: cost effectiveness study. *British Medical Journal*,336(7636),134-138.

Manni ,B., Federzoni, L., Lanzoni, A., Garzetta, G., Graff, M. et Fabbo, A (2018). Occupational therapy in special respite care: a new multicomponent model for challenging behavior in people with dementia. *Geriatric Care*, 4 (7649).

²⁵ Gitlin,L.N., Winter, L., Burke, J., Chernet, N., Dennis, M.P. et Hauck, W.W. (2008). Tailored activities to manage neuropsychiatric behaviors in persons with dementia and reduce caregiver burden: A randomized pilot study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(3), 229-239.

Gitlin, L.N., Winter, L., Earland, T.V., Herge, E.A., Chernet, N.L., Pierson, C.V. et Burke, J.P. (2009). The Tailored Activity Program to Reduce Behavioral Symptoms in Individuals With Dementia: Feasibility, Acceptability, and Replication Potential *Gerontologist*, 49(3), 428-439.

Gitlin, L.N., Piersol, C.V., Hodgon, N., Marx, K., Roth, D.L., Johnston, D., Samus, Q., Pizzi, L., Jutkowitz, E. et Lyketsos, C.G (2016). Reducing neuropsychiatric symptoms in persons with dementia and associated burden in family caregivers using tailored activities: design and methods of a randomized clinical trial. *Contemporary Clinical Trials*, 49(1), 92-102.

Gitlin, L.N., Marx, K.A., Alonzi, D., Kvedar, T., Moody J., Trahan, M. et Van Haitsma, K. (2017). Feasibility of the Tailored Activity Program for hospitalized (TAP-H) Patients with behavioral symptoms. *The Gerontologist*, 57(3) 575-584.

Gitlin, L.N., Arthur, P., Piersol, C., Hessels, V., Wu, S.S., Yunfeng, D., Mann, W.C. (2018). Targeting behavioral symptoms and functional decline in Dementia: A randomized clinical trial. *Journal of the American Geriatric Society*, 66, 339-345.

Marx, K.A., Scott, J.B. et Piersol, C.V. (2019). Tailored activities to reduce neuropsychiatric behaviors in persons with dementia: Case report. *The American Journal of Occupational Therapy*, 73(2), 1-9.

²⁶ • Manni, B., Gitlin L., Garzetta, G., Collier, L. & Fabbo, A. (2020). Occupational therapy in nursing home. Dans Manni, B., Gitlin, L., Garzetta, G., Collier, L. et Fabbo, A. (dir.), *Occupational therapy for older people*. Springer.

efficacité, mentionnons la réduction des SCPD, de la détresse ressentie par les proches/soignants, du nombre d'heures-soins investis par autrui, de la douleur, ainsi que l'augmentation de l'engagement occupationnel, du sentiment d'auto-efficacité (maîtrise, compétence) de l'aidant et de la qualité de vie.

Finalement, on ne saurait conclure cette section sans saluer la volonté du MSSS d'améliorer les transitions. Tel que mentionné dans la Politique, afin d'éviter que cette étape soit stressante voire traumatisante pour certains, l'accompagnement et le soutien des usagers et de leurs proches sont primordiaux. »

À ce sujet, l'OEQ désire souligner le rôle crucial des ergothérapeutes dans la gestion des transitions. À l'égard des proches, le rôle des ergothérapeutes est expliqué ultérieurement (voir la section Orientations 4 et 5 de ce document). En ce qui a trait aux personnes hébergées, bien que leur condition de santé soit distincte, tous les résidents ont en commun une diminution de leur autonomie et de leur participation sociale, raison pour laquelle ils sont hébergés. C'est ainsi que, dans un [document](#) produit en 2016, seize ordres professionnels des services de la santé et des relations humaines ont 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, cela fait d'eux des professionnels à privilégier pour faciliter la transition du domicile vers le CHSLD.

En effet, en dressant un portrait précis des habiletés fonctionnelles du client, l'ergothérapeute met en place des interventions, avant, pendant et après la relocalisation en vue de favoriser une transition réussie. Le raisonnement clinique de l'ergothérapeute étant teinté par les sciences occupationnelles, l'adaptation de l'individu à travers ses habitudes de vie, incluant ses loisirs, constitue un objectif d'intervention et il élabore son plan en respect de la trajectoire de vie du client.

Il est bien connu dans la documentation que des impacts psychosociaux et fonctionnels considérables peuvent survenir à la suite d'un changement de milieu de vie causé par une chute, une diminution d'autonomie fonctionnelle ou la survenue de SCPD. L'analyse de l'ergothérapeute lui permet de déterminer les facteurs de risque pouvant faire entrave à une transition réussie, ce qui lui permettra de mettre en œuvre divers moyens afin de faciliter celle-ci. Parmi ces moyens, on retrouve notamment le coaching du personnel soignant, du technicien en loisir ou du technicien en éducation spécialisée, la planification d'une routine occupationnelle adaptée aux besoins et capacités réelles, l'adaptation/modification de la tâche et de l'environnement, l'intégration d'activités thérapeutiques adaptées et les interventions en vue de la prévention des risques de chute.

Une relocalisation représente un évènement majeur pour tout individu, ce qui peut engendrer beaucoup de stress. Tel qu'énoncé dans la Politique, il s'agit d'un évènement potentiellement traumatique pour le résident. Ceci peut certes engendrer un franc impact sur les habiletés fonctionnelles de cette personne. Sachant de plus que le seuil de tolérance au stress diminue progressivement chez la clientèle aînée, et notamment chez les personnes atteintes de TNCM, il est crucial de planifier des interventions en vue de favoriser une transition réussie. La transition peut concerner le changement d'un milieu de vie à un autre, mais également à même le milieu de vie (p. ex. : changement d'unité ou de chambre).

L'ergothérapeute est particulièrement sensible aux impacts d'un changement chez la personne âgée et valorise le maintien de l'identité (sens du « soi ») de la personne, ce qui requiert d'utiliser des stratégies adaptatives. C'est à travers une perspective occupationnelle que l'ergothérapeute interviendra en vue de maintenir les habiletés fonctionnelles et ainsi optimiser le sentiment de compétence du client.

ORIENTATIONS 1 et 2

Considérer la personne dans sa globalité et soutenir sa participation dans le maintien et le développement de ses capacités

Assurer une réponse aux besoins spécifiques des personnes

La Politique mentionne à cet égard que toutes les actions énumérées doivent favoriser le maintien ou l'amélioration de l'autonomie de la personne dans ses habitudes de vie et dans sa participation sociale. Ainsi, en vue d'assurer la réussite du plan d'action faisant suite à la Politique, il va sans dire que l'ergothérapeute doit être au cœur de ce plan d'action.

Tel qu'en font foi le champ d'exercice et les principales activités (réservées ou non) exercées par les ergothérapeutes précédemment mentionnés, les actions ciblant l'autonomie et la participation sociale de la personne sont en parfaite congruence avec les valeurs de la profession d'ergothérapeute qui a une longue tradition eu égard à considérer la personne dans sa globalité et à soutenir sa participation dans le maintien et le développement de ses capacités, et ce, en vue d'assurer une réponse aux besoins spécifiques de cette personne.

À cette fin, la Politique identifie plusieurs moyens pour y arriver, notamment en soutenant l'autonomisation des personnes âgées.

À cet égard, elle mentionne :

« (...) faire avec » plutôt que « faire à la place de » (...) en contexte d'hébergement, cette philosophie d'intervention permet de s'adapter aux besoins et aux capacités des personnes hébergées et d'avoir une perspective moins âgiste ou stigmatisante. Au cours de son hébergement, la situation de chaque personne est appelée à évoluer et les services doivent également s'adapter à cette évolution ainsi qu'aux besoins des personnes âgées présentant des comorbidités, telles que des troubles mentaux, des déficiences ou un TSA. Les évaluations et l'intervention seront axées sur le renforcement des capacités et miseront sur ces dernières et les forces de la personne, même pour celles en sévère perte d'autonomie. Conséquemment, les prestataires de services adapteront le soutien offert en misant sur ce que la personne est en mesure de faire par elle-même.

Tel que mentionné précédemment, notamment par l'INESSS, les ergothérapeutes sont des professionnels de choix pour dispenser ces interventions d'autonomisation. L'évaluation des habiletés fonctionnelles effectuée par l'ergothérapeute permet d'apporter une réponse adaptée et personnalisée aux besoins diversifiés des personnes hébergées.

Ce libellé témoigne de la nécessité d'avoir accès à l'expertise, lorsque requise, dont l'incontournable expertise de l'ergothérapeute, notamment à l'égard de l'évaluation et des interventions liées à l'adaptation de l'environnement ainsi qu'à l'optimisation de la participation sociale, tel qu'abordé antérieurement.

L'ergothérapeute intervient auprès des équipes et détaille le niveau d'autonomie fonctionnelle tout en précisant le degré d'assistance nécessaire à la réalisation des habitudes de vie, en cohérence avec les capacités et les besoins réels du client.

D'ailleurs, des liens peuvent être faits avec le segment de la politique qui stipule :

« (...) la routine de soins et de services doit être ajustée au rythme des personnes hébergées et de leurs proches. Par conséquent, l'organisation du travail doit être souple et flexible et s'articuler autour de la meilleure réponse possible aux besoins des personnes et de leurs proches, tout en considérant les particularités associées à l'état de santé de la personne hébergée ».

L'ergothérapeute est le professionnel ciblé pour évaluer les habiletés fonctionnelles à travers les activités de la vie quotidienne d'une personne et sa démarche évaluative lui permet d'identifier ses capacités réelles ainsi que la façon dont la réalisation des soins devrait avoir lieu, en respect à ses valeurs, préférences, aptitudes sur les plans moteur sensoriel, cognitif, comportemental, etc., par exemple, tout en considérant l'environnement. L'horaire et la routine occupationnelle sont des éléments considérés d'emblée par l'ergothérapeute qui analyse ceux-ci en regard aux besoins du client.

Exemple : un client présentant de la résistance aux soins peut se voir proposer une modification de son horaire par l'ergothérapeute qui, par à son évaluation, a décelé une surcharge sensorielle et observé le fait que ce client présente des difficultés de traitement de l'information secondaire au moment où le soin était habituellement prévu.

L'évaluation des habiletés fonctionnelles permet à l'ergothérapeute d'identifier des facteurs de risques d'apparition de déficiences et d'intervenir de manière à maintenir les capacités fonctionnelles tout en assurant une gestion des risques optimale (aspiration dans les voies respiratoires, chutes, plaie, blessures secondaires à la conduite d'un fauteuil motorisé, etc.)

La Politique souligne également :

« La considération d'une personne dans sa globalité ne peut se faire sans connaître son histoire de vie et son projet de vie (..). Le projet de vie, quant à lui, offre une perspective qui projette vers l'avenir. Il permet aux personnes, aux proches et aux prestataires de services de participer à l'atteinte des objectifs de la personne hébergée. Il soutient la mobilisation de celle-ci dans des actions contribuant à son rétablissement, au développement de ses compétences ou à l'atteinte de ses objectifs tout en respectant ses préférences et ses capacités ».

L'ergothérapie est à la fois centrée sur le client et holistique²⁷, ce qui signifie que la personne est considérée dans sa globalité, et ce, afin d'offrir des soins et services de qualité et répondant à ses besoins uniques.

L'évaluation de l'ergothérapeute est tout à fait pertinente au projet de vie de l'utilisateur hébergé étant donné que, à la lumière des résultats de son évaluation, l'ergothérapeute est en mesure de faciliter l'atteinte des objectifs fonctionnels qui y sont liés. De même, dans sa démarche, l'ergothérapeute prend en compte l'histoire de vie, bonifie le questionnaire à l'admission, s'il y a lieu, afin de s'assurer d'avoir une compréhension juste de l'histoire de vie, de la trame narrative et occupationnelle, et des besoins occupationnels et sensoriels de cette personne, entre autres, afin de minimiser les enjeux ou obstacles à la réalisation de son projet de vie.

²⁷ https://www.caot.ca/site/adv/advocacy?language=fr_FR&nav=sidebar

Dans la présente sous-section de la Politique se rapportant à l'autonomisation, trois éléments y sont présentés de façon distincte.

1. Les troubles neurocognitifs majeurs

Tel qu'indiqué dans la Politique :

Au 31 mars 2020, on constatait que plus de 75 % des personnes hébergées en CHSLD avaient un profil ISO-SMAF de 10 et plus, ce qui constitue un groupe présentant majoritairement des atteintes cognitives (...). Le trouble neurocognitif majeur (...) affecte significativement le fonctionnement quotidien de la personne, qui doit désormais recevoir de l'aide pour répondre à ses besoins de base.

L'apport incontournable de l'ergothérapeute pour statuer sur l'impact fonctionnel d'incapacités cognitives et intervenir afin d'optimiser l'autonomie, la participation sociale et la qualité de vie d'une personne doit encore une fois être réitéré, d'autant plus que le gouvernement du Québec a réservé l'évaluation des habiletés fonctionnelles des personnes atteintes de troubles mentaux ou neuropsychologiques aux seuls ergothérapeutes. Cet état de fait souligne la grande complexité de cette évaluation, le niveau élevé de compétences requises pour la réaliser et le haut risque de préjudice qu'elle comporte (Office des professions du Québec, 2013).

La cognition fonctionnelle concerne un domaine de compétence propre aux ergothérapeutes qui sont formés en vue de se prononcer sur l'impact des incapacités cognitives sur la capacité du client à réaliser ses habitudes de vie. L'évaluation et l'analyse de la participation occupationnelle est particulièrement cruciale à la démarche ergothérapeutique.

Quelques exemples

- une personne souffrant d'un TNCM chez qui la capacité à gérer ses biens et/ou sa personne est questionnée par l'équipe.
- un client avec TNCM souffrant de dysphagie et présentant des risques d'aspiration (apport important de la cognition sur le processus de déglutition, et donc, sur la sécurité).
- d'autres situations qui requièrent l'opinion de l'ergothérapeute vu le risque de préjudice aux clients, tel que la capacité à gérer sa médication/condition de santé, à se déplacer à l'extérieur, à conduire un appareil motorisé (p. ex. : un quadriporteur) ou à réaliser ses soins d'hygiène de façon adéquate.

2) Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)

Il est indiqué dans la politique :

« ... Le concept de besoins compromis est à la base de la compréhension des SCPD et il postule que les aînés atteints de TNCM adoptent des comportements dans un but précis et cherchent à répondre à un besoin non satisfait ou compromis, ou à communiquer ce besoin à autrui. Ainsi, le besoin compromis serait un facteur contribuant au déclenchement des SCPD. Dans ce cas, la réponse adaptée aux besoins est absolument essentielle puisqu'elle pourra jouer un rôle déterminant dans l'apparition ou l'aggravation du SCPD. La compétence et la connaissance des prestataires de services des TNCM sont donc requises pour intervenir selon une approche pertinente ».

Ce libellé témoigne de la nécessité d'avoir accès à l'expertise, lorsque requise, dont l'expertise incontournable de l'ergothérapeute. L'OEQ est d'avis que la clé d'une réponse adaptée aux besoins réside dans la connaissance de chaque personne hébergée, ce pourquoi il apparaît évident qu'un portrait clair des habiletés fonctionnelles doit être dressé. À cet égard et de concert avec les principes énoncés à la [Politique nationale pour les proches aidantes](#), l'ergothérapeute travaille en partenariat avec le proche aidant, ce dernier détenant les compétences expérientielles nécessaires pour broser un portrait réel de la personne hébergée. D'ailleurs, en respect à l'activité réservée discutée à la section précédente, il va sans dire que l'ergothérapeute doit faire partie intégrante de l'équipe de base en regard à son rôle distinct dans l'évaluation des habiletés fonctionnelles nécessaires à la mise en place d'un plan d'intervention adéquat. À l'heure actuelle, le rôle et les interventions efficaces de l'ergothérapeute en matière de SCPD sont bien démontrées dans la documentation²⁸.

Sachant qu'il est bien connu qu'un besoin est souvent insatisfait/compromis en raison d'une incongruence entre les capacités réelles de l'individu, les exigences de la tâche et les demandes de l'environnement, l'analyse de l'ergothérapeute permet de déterminer les stratégies d'intervention optimales et ainsi enrichir le plan d'intervention interdisciplinaire.

Exemple : il arrive fréquemment qu'un aîné souffrant d'un TNCM présente de la résistance aux soins (p. ex.: l'hygiène) en raison d'une approche et un environnement non adaptés à ses capacités/aptitudes sur les plans moteur, sensoriel, cognitif ou comportemental. À la suite de son évaluation, l'ergothérapeute pourrait recommander de modifier la tâche (niveau de complexité des consignes, type d'assistance, séquence à réaliser, manœuvres de mobilisation, objets/matériel à utiliser par le client/soignant) et de l'environnement (éclairage, température, aménagement de l'espace, etc.) tout en misant sur les capacités résiduelles du client.

Les risques de préjudice associés aux SCPD sont considérables, sachant qu'ils sont associés à un déclin cognitif plus rapide, à une diminution des capacités fonctionnelles, et à une augmentation du

²⁸ Gitlin, L.N., Winter, L., Burke, J., Chernett, N., Dennis, M.P. et Hauck, W.W. (2008). Tailored activities to manage neuropsychiatric behaviors in persons with dementia and reduce caregiver burden: A randomized pilot study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(3), 229-239.

Gitlin, L.N., Winter, L., Earland, T.V., Herge, E.A., Chernett, N.L., Pierson, C.V. et Burke, J.P. (2009). The Tailored Activity Program to Reduce Behavioral Symptoms in Individuals With Dementia: Feasibility, Acceptability, and Replication Potential. *Gerontologist*, 49(3), 428-439.

Gitlin, L.N., Piersol, C.V., Hodgson, N., Marx, K., Roth, D.L., Johnston, D., Samus, Q., Pizzi, L., Jutkowitz, E. et Lyketsos, C.G. (2016). Reducing neuropsychiatric symptoms in persons with dementia and associated burden in family caregivers using tailored activities: design and methods of a randomized clinical trial. *Contemporary Clinical Trials*, 49(1), 92-102.

Gitlin, L.N., Marx, K.A., Alonzi, D., Kvedar, T., Moody, J., Trahan, M. et Van Haitsma, K. (2017). Feasibility of the Tailored Activity Program for hospitalized (TAP-H) Patients with behavioral symptoms. *The Gerontologist*, 57(3) 575-584.

Gitlin, L.N., Arthur, P., Piersol, C., Hessels, V., Wu, S.S., Yunfeng, D., Mann, W.C. (2018). Targeting behavioral symptoms and functional decline in Dementia: A randomized clinical trial. *Journal of the American Geriatric Society*, 66, 339-345.

Graff, M.J.L., Vernooij-Dassen, M.J.F.J., Hoefnagels, W.H.L., Dekker, J., de Witte, L.P. (2003). Occupational therapy at home for older individuals with mild to moderate cognitive impairments and their primary caregivers: A pilot study. *Occupation, participation and health*, 23(4), 155-164.

Graff, M.J.L., Vernooij-Dassen, M.J.M., Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W.H.L., Olde Rikkert, M.G.M. (2006). Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomized controlled trial, *British Medical Journal*, 333(7580), 1196.

Graff, M.J.L., Vernooij-Dassen, M.J.M., Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W.H.L. et Oude Rikkert, M.G.M. (2007). Effects of community occupational therapy on quality of life, mood, and health status in dementia patients and their caregivers: a randomized controlled trial, *The Journal of Gerontology*, 62(9), 1002-1009.

Kim, S-Y., Yoo, E-Y, Jung, M-Y, Park, S-H et Park, J-H. (2012). A systematic review of the effects of occupational therapy for persons with dementia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *NeuroRehabilitation*, 31(2), 107-115.

Manni, B., Gitlin, L., Garzetta, G., Collier, L. & Fabbo, A. (2020). Occupational therapy in nursing home. Dans Manni, B., Gitlin, L., Garzetta, G., Collier, L. et Fabbo, A. (dir.), *Occupational therapy for older people*. Springer.

Padilla, R. (2011). Effectiveness of interventions designed to modify the activity demands of the occupations of self-care and leisure for people with Alzheimer's disease and related dementias. *American Journal of occupational therapy*, 65(1), 523-531.

risque d'hospitalisation et d'institutionnalisation (relocalisation)²⁹ ainsi que du niveau de détresse/fardeau chez l'aidant/soignant.³⁰ D'ailleurs, il est reconnu dans la documentation que cette clientèle amène son lot de défis pour le personnel soignant, ce qui constitue un facteur associé à l'épuisement professionnel (burn-out).³¹ Les conséquences des SCPD étant non négligeables et les coûts associés substantiels, il est essentiel de constituer des équipes compétentes et de valoriser la formation des différents prestataires de services en la matière.

L'occupation étant au cœur des interventions de l'ergothérapeute, une approche non pharmacologique prometteuse concerne l'utilisation d'activités thérapeutiques adaptées (activités autoportantes), parfois appelée « approche occupationnelle ». Par l'adaptation, la modification et la simplification de la tâche, l'utilisation de stratégies compensatoires, d'aides techniques, d'adaptations simples dans l'environnement, l'ergothérapeute utilise l'activité comme moyen d'intervention pour capitaliser sur les capacités préservées de l'aîné atteint de TNCM tout en respect à son histoire de vie, ses rôles valorisés et ses intérêts.

Ce type d'approche ergothérapique a fait ses preuves : les évidences scientifiques concernant son efficacité³² étant très fortes. Ceci permet un meilleur engagement et participation occupationnels vu la congruence du système personne-environnement-occupation, en plus d'une réduction de SCPD et du recours aux antipsychotiques³³, ce qui est d'ailleurs en conformité avec le projet OPUS-AP³⁴.

Par ailleurs, l'OEQ souhaite souligner que, bien que la Politique présente les catégories de comportements problématiques (l'errance, l'agitation/agressivité, la résistance aux soins...), les symptômes psychologiques ne sont pas suffisamment mis en lumière alors qu'une forte prévalence de dépression et d'anxiété touchent la clientèle souffrant de TNCM³⁵, et ce, à tous les stades de la maladie, et qu'ils contribuent à une perte de capacités fonctionnelles et de qualité de vie. De même,

²⁹ Kales, H.C., Chen, P., Blow, F.C., Welsh, D.E. et Mellow, A.M. (2005). Rates of clinical depression diagnosis, functional impairment, and nursing home placement in coexisting dementia and depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(6), 441-449.

Wancata, J., Windhaber, J., Krautgartner, M. et Alexandrowicz, R. (2003). The consequences of non-cognitive symptoms of dementia in medical hospital departments. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 33(3), 257-271.

³⁰ de Vugt, M.E., Steven, F., Aalten, P., Lousberg, R., Jaspers, N., Winkens, I., Jolles, J. et Verhey, F.R.J. (2004). Do caregiver management strategies influence patient behaviour in dementia? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(1), 85-92.

van den Wijngaart, M., Vernooji-Dassen, M.J. et Felling, A. (2007). The influence of stressors, appraisal and personal conditions on the burden of spousal caregivers of persons with dementia. *Aging and Mental Health*, 11(6), 626-636.

³¹ Costello, H., Walsh, S., Cooper, C. et Livingston, G. (2019). A systematic review and meta-analysis of the prevalence and associations of stress and burnout among staff in long-term care facilities for people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 31(8):1203-1216.

³² Padilla, R. (2011). Effectiveness of interventions designed to modify the activity demands of the occupations of self-care and leisure for people with Alzheimer's disease and related dementias. *American Journal of occupational therapy*, 65(1), 523-531.

Gitlin, L.N., Winter, L., Burke, J., Chernett, N., Dennis, M.P. et Hauck, W.W. (2008). Tailored activities to manage neuropsychiatric behaviors in persons with dementia and reduce caregiver burden: A randomized pilot study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(3), 229-239.

Gitlin, L.N., Winter, L., Earland, T.V., Herge, E.A., Chernett, N.L., Pierson, C.V. et Burke, J.P. (2009). The Tailored Activity Program to Reduce Behavioral Symptoms in Individuals With Dementia: Feasibility, Acceptability, and Replication Potential. *Gerontologist*, 49(3), 428-439.

Gitlin, L.N., Piersol, C.V., Hodgon, N., Marx, K., Roth, D.L., Johnston, D., Samus, Q., Pizzi, L., Jutkowitz, E. et Lyketsos, C.G. (2016). Reducing neuropsychiatric symptoms in persons with dementia and associated burden in family caregivers using tailored activities: design and methods of a randomized clinical trial. *Contemporary Clinical Trials*, 49(1), 92-102.

Gitlin, L.N., Marx, K.A., Alonzi, D., Kvedar, T., Moody, J., Trahan, M. et Van Haitsma, K. (2017). Feasibility of the Tailored Activity Program for hospitalized (TAP-H) Patients with behavioral symptoms. *The Gerontologist*, 57(3) 575-584.

Gitlin, L.N., Arthur, P., Piersol, C., Hessels, V., Wu, S.S., Yunfeng, D., Mann, W.C. (2018). Targeting behavioral symptoms and functional decline in Dementia: A randomized clinical trial. *Journal of the American Geriatric Society*, 66, 339-345.

³³ Fossey J, Ballard C, Juszczak E, James I, Alder N, Jacoby R, Howard R. Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. *Br Med J*. 2006;332(7544):756-8.

³⁴ <https://www.fcass-cfhi.ca/what-we-do/spread-and-scale-proven-innovations/appropriate-use-of-antipsychotics/opus-ap>

³⁵ Vasil, N., Pinard, G.F. et Gauthier, S.G. (2016). Troubles neurocognitifs. Dans Lalonde, P. et Pinard, G.F. (dir.), *Psychiatrie clinique : approche bio-psycho-sociale* (4e éd.). Montréal, Qc. : Chenelière éducation

la présence de symptômes psychologiques, qui incluent également les hallucinations, le délire et même les troubles du sommeil (selon certains auteurs) peuvent contribuer à la survenue de comportements problématiques (p. ex. : errance, résistance aux soins, agitation, etc.).

Par son expertise à l'égard de l'occupation, notamment auprès de la clientèle en santé mentale, l'ergothérapeute est un intervenant fort précieux pour contribuer à l'évaluation et enrichir le plan d'intervention interdisciplinaire, tel que mentionné précédemment.

3) L'usage optimal de la médication

La Politique mentionne :

Les approches non pharmacologiques s'inscrivent de manière parfaitement cohérente avec la volonté de contribuer au mieux-être des personnes hébergées en améliorant leur qualité de vie et leur état général (...) visent à réduire l'usage inapproprié des antipsychotiques chez les usagers présentant des troubles neurocognitifs majeurs avec des SCPD en CHSLD (...). Plus précisément ce projet vise à (...) renforcer l'application des stratégies de l'approche de base en matière de SCPD et rehausser le recours aux interventions non pharmacologiques démontrées efficaces pour la prise en charge des SCPD en CHSLD.

Par sa formation, l'ergothérapeute cible couramment des approches non pharmacologiques découlant des schèmes de référence qui guident sa pratique clinique et qui sont issues d'évidences scientifiques. Ainsi, il est fréquent que l'ergothérapeute combine plus d'une approche afin de répondre aux besoins uniques de l'utilisateur hébergé, et ce, en vue de prévenir ou intervenir directement lors de SCPD, que ce soit par une approche sensorielle, comportementale, occupationnelle et/ou environnementale.

L'ergothérapeute travaille en étroite collaboration avec le personnel médical (infirmière, médecin, pharmacien) en vue de réduire et minimiser l'usage d'antipsychotiques en cas de SCPD. Les impacts fonctionnels des effets de la médication sont souvent évalués par l'ergothérapeute en lien avec son expertise en regard aux habiletés fonctionnelles et au système nerveux.

Exemple : l'évaluation de l'ergothérapeute peut permettre de faire un lien entre l'introduction d'une nouvelle médication et l'augmentation du risque : a) de chute lors des déplacements ou b) d'aspiration/étouffement lors de l'alimentation d'une personne à risque.

En favorisant la réalisation des habitudes de vie des personnes ayant une déficience ou un TSA

À cet égard, la Politique mentionne :

« Lorsque l'hébergement de longue durée doit être envisagé, le projet de vie de la personne est la pierre angulaire quant à cette décision, et c'est pourquoi sa révision fait partie intégrante de la pratique des intervenants. L'équipe clinique, en partenariat avec la personne et ses proches, détermine et met en place les adaptations environnementales (...) liées au diagnostic de la personne et à ses caractéristiques personnelles pour lui permettre de développer, de reprendre et de maintenir ses habitudes de vie. À titre d'exemple, il pourrait s'agir d'apporter les adaptations requises afin de réduire les sensibilités auditives, visuelles ou sensorielles d'une personne ayant un TSA (...) »

Encore une fois, ce libellé fait notamment référence à l'adaptation de l'environnement, ce qui nécessite au préalable une évaluation de l'impact des composantes sensorimotrices (ex. : particularités sensorielles - voir Orientation 9), cognitives et affectives sur le fonctionnement de la personne dans la réalisation de ses habitudes de vie, ce qui se fait par une évaluation des habiletés fonctionnelles effectuée par un ergothérapeute. D'ailleurs, le législateur a réservé cette évaluation

aux ergothérapeutes dans certains contextes/situations, notamment lorsqu'une personne est atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité.

Exemple : À la lumière de son évaluation, l'ergothérapeute peut apporter les modifications nécessaires à l'environnement et/ou l'activité qui y prend place afin de faciliter le traitement de l'information sensorielle, voire protéger l'individu d'une surcharge sensorielle, qui peut compromettre sa participation occupationnelle et le maintien de ses habitudes de vie. L'analyse de la routine occupationnelle permet également à l'ergothérapeute d'ajuster les différentes composantes de la routine (activités, soins, environnements, niveau et type d'assistance requise, moment de la journée) de façon à favoriser l'utilisation optimale des capacités et le bien-être de la personne.

Il est pertinent de rappeler que les ergothérapeutes sont des professionnels très impliqués au Québec auprès de la clientèle TSA. D'ailleurs, un projet de recherche en cours mené par Mme Justine Marcotte, ergothérapeute [sous la direction des professeures Marie Grandisson (ergothérapie), et Elise Milot (service social) de l'Université Laval] s'intéresse à l'autonomie résidentielle des personnes ayant un TSA. Les ergothérapeutes étant des acteurs clés pour accompagner cette clientèle dans le développement de leur autonomie, le projet propose la création d'environnements résidentiels plus favorables à cette autonomie.

L'OEQ est d'avis que le MSSS aurait tout avantage à solliciter la contribution de tels experts en vue de la création de milieux de vie adaptés et favorable à l'autonomie et au développement ou la reprise des habitudes de vie.

En orientant les efforts vers le rétablissement des personnes présentant un trouble mental

La Politique fait référence à bon escient aux principes directeurs du plan d'action en santé mentale 2015-2020 – Faire ensemble³⁶ autrement L'OEQ avait d'ailleurs souligné son appui en regard des principes et des orientations de ce plan d'action, et salué particulièrement le rétablissement et la participation sociale des personnes comme éléments centraux, soulignant que ces éléments rejoignent le cœur de notre raison d'être professionnelle³⁷.

Dès lors, l'OEQ avait émis la recommandation d'ajouter une valeur supplémentaire, soit la pleine citoyenneté de la personne. Plus précisément que les personnes vivant avec des troubles mentaux sont des citoyens à part entière qui doivent pouvoir vivre une participation sociale optimale.

L'OEQ avait également souligné l'importance de la sensibilisation du public aux conséquences néfastes de la stigmatisation sur la participation et l'inclusion sociale des personnes et de leurs effets collatéraux sur leur état de santé. Puisqu'il est établi que l'engagement dans des activités significatives contribue à la santé et à la qualité de vie des personnes, les ergothérapeutes travaillent à favoriser la participation et l'inclusion sociale de toutes les personnes en situation d'handicap et d'exclusion.

Les préjugés sur la santé mentale sont malheureusement encore très répandus, même au sein des établissements de santé. Or, la Politique souligne : *Le milieu de vie constitue un des déterminants de la santé, soit un facteur structurel qui a une influence sur la santé mentale d'une personne.*

³⁶ <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-914-17W.pdf>

³⁷ *Rétroaction de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec sur le projet de Plan d'action en santé mentale 2015-2020.* OEQ. Mars 2015

À l'instar des principes énoncés ci-avant, le milieu de vie pourra constituer un déterminant positif de la santé, dans la mesure où les environnements physiques et humains sont non stigmatisants, non aliénants et qu'ils favorisent l'engagement dans des activités significatives. Cela passe par l'adoption d'une perspective sociale du handicap plutôt qu'une perspective uniquement biopsychologique des troubles mentaux. Cela passe également par une adéquation étroite entre les habiletés fonctionnelles de la personne, les caractéristiques de l'environnement et celles des activités.

La contribution des ergothérapeutes pour appuyer les milieux de vie en ce sens est actuellement sous exploitée. Or, l'ergothérapeute est le professionnel tout désigné pour soutenir la personne et le milieu vers cette adéquation, en adoptant une approche de partenariat. Pour ce faire, l'ergothérapeute évaluera tout d'abord les habiletés fonctionnelles de la personne (activité réservée aux ergothérapeutes lorsque la personne est atteinte d'un trouble mental) et la soutiendra dans la réalisation de ses objectifs et de ses projets de vie, notamment en favorisant l'utilisation optimale de ses capacités fonctionnelles et en adaptant au besoin les caractéristiques de l'activité et de l'environnement.

Par ailleurs, comme relevé dans la Politique :

Chez les personnes âgées, il arrive que les symptômes de la maladie mentale soient confondus avec le développement de maladies physiques, la détérioration des fonctions cognitives ou, plus largement, les effets du vieillissement. L'isolement, la solitude et le stress lié à la détérioration de la santé physique sont des facteurs qui nuisent à la santé mentale des personnes âgées.

D'ailleurs, les aînés atteints de maladie physiques invalidantes ou ceux vivant en milieu d'hébergement de soin de longue durée sont nettement plus à risque de souffrir d'une dépression³⁸. Cette psychopathologie est trop souvent sous-diagnostiquée, voire minimisée, dans le contexte de la perte d'autonomie et des deuils associés au vieillissement. De plus, il est connu qu'une dépression qui survient tard dans la vie d'une personne accentue de façon significative son risque de souffrir d'un TNC.

Il arrive également que les symptômes de trouble de santé mentale ou toutes autres situations entraînant des difficultés d'adaptation, se présentent sous la forme de comportements externalisés et ne soient pas reconnues comme telles. Ces situations sont particulièrement propices aux interprétations erronées de la situation par les intervenants et à des préjugés pour la clientèle. Cela entraîne malheureusement l'adoption d'approches basées sur la modification du comportement qui s'avère inappropriée aux besoins de la personne, d'où l'importance d'avoir accès en temps opportun à des professionnels détenant les compétences requises pour ces situations, en l'occurrence les ergothérapeutes, puisqu'ils sont formés pour considérer l'ensemble des dimensions de la personne. L'apport de ce professionnel est d'ailleurs reconnu en réadaptation psychosociale en vue d'optimiser l'autonomie, la santé et la qualité de vie.

Exemple : L'ergothérapeute pourrait intervenir auprès d'un client présentant une diminution de la volition (motivation), des difficultés de gestion du stress, une rupture identitaire, des difficultés d'adaptation occupationnelle, un déséquilibre occupationnel ou un épuisement, etc., sachant que des impacts considérables au niveau fonctionnel en résultent souvent.

³⁸ Vasil, N., Pinard, G.F. et Gauthier, S.G.(2016). Troubles neurocognitifs. Dans Lalonde, P. et Pinard, G.F. (dir.), *Psychiatrie clinique : approche bio-psycho-sociale* (4e éd.). Montréal, Qc. : Chenelière éducation

À cet égard, la Politique mentionne :

La littérature met de l'avant l'importance d'ancrer la pratique auprès des personnes aux prises avec une dépendance ou en situation d'itinérance dans une vision holistique. Cette approche implique que les personnes soient accueillies avec respect et considération et que des efforts soient constamment déployés afin de diminuer la stigmatisation dont elles font l'objet.

En effet, ces personnes cumulent de nombreux facteurs de stigmatisation et d'exclusion sociale. Il faut rappeler que la majorité des personnes itinérantes vivent avec des incapacités et présentent souvent de multiples comorbidités qui ont un impact sur leurs habiletés fonctionnelles et donc sur leur autonomie et leur participation aux activités significatives et nécessaires à leur quotidien³⁹. Les conditions souvent notées chez cette clientèle incluent notamment le trouble de santé mentale, le traumatisme crânien, les maladies infectieuses ainsi des incapacités physiques⁴⁰. Souvent, l'incapacité fut un élément à l'origine de l'itinérance, ce qui fait d'ailleurs obstacle pour la transition en hébergement⁴¹.

Étant donné leur expertise en regard aux habiletés fonctionnelles et leurs interventions en vue de soutenir les personnes pour qu'elles puissent participer pleinement aux activités de leur quotidien, les ergothérapeutes peuvent fournir une perspective unique et nécessaire dans l'identification de solutions facilitant la transition de ces personnes en hébergement⁴². En aidant ces personnes à développer des occupations significatives qui leur permettent de reprendre leur vie en main, l'ergothérapie les rend capables de faire des changements positifs et permanents dans leur vie⁴³. Cela s'applique également aux personnes avec une dépendance, puisqu'elle s'accompagne souvent de choix occupationnels ayant des impacts négatifs sur leur santé physique, mentale et sociale. En soutenant la personne dans l'identification de ses forces, ses valeurs, ses intérêts, ses ressources et ses défis, l'ergothérapeute construit un plan de rétablissement en partenariat avec la personne qui lui permet de s'engager dans des occupations plus significatives et valorisantes⁴⁴.

Ainsi, le rôle des ergothérapeutes rejoint étroitement l'approche préconisée dans la Politique, en regard du soutien à l'autonomisation. Cela se reflète en l'occurrence par leurs compétences dans l'assistance active auprès de toute personne qui vit des défis occupationnels, et ce, à tout âge et pour toute problématique de santé ou autre, dans la prise de pouvoir et l'autonomisation au regard de sa situation, et ce, dans le respect de ses droits et responsabilités, de ses valeurs, de son expérience et de son individualité⁴⁵.

³⁹ Marshall, C.A., Boland, L., Westover, L.A., Wickette, S., Roy, L., Mace, J., Gewurz, R., Barbic, S. et Kirsh, B. (2020). Occupational experiences of homelessness: A systematic review and meta-aggregation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 27(6), 394-407.

⁴⁰ Fazel, S., Geddes, J.R. et Kushel, M. (2014). The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet*, 384(9953), 1529-1540.

⁴¹ https://www.osot.on.ca/docs/practice_resources/Bridging_the_Transition_from_Homeless_to_Housed.pdf

⁴³ <https://www.erudit.org/fr/revues/smq/2000-v25-n2-smq1323/014454ar.pdf>

⁴⁴ [Substance Use - Fact Sheet.pdf \(in1touch.org\)](#)

⁴⁵ [19675_Norme_OEO.indd](#)

À cet égard, la politique mentionne :

Lorsqu'une personne inapte vit en hébergement de longue durée, les proches et les représentants légaux seront des alliés incontournables pour adapter les soins et les services à la personne (...) Étant donné que les majeurs inaptes ne sont pas toujours en mesure d'exprimer clairement leurs besoins et leurs préférences, ils peuvent être susceptibles de recevoir des soins moins bien adaptés pour eux ou de se retrouver dans un contexte social qui leur correspond moins bien. La vigilance de toute l'équipe entourant cette personne est cruciale afin que celle-ci ne se retrouve pas en situation de vulnérabilité ou de maltraitance.

Bien qu'en accord avec la Politique à l'égard de l'attention à accorder aux majeurs inaptes, il importe que cette vigilance et cette valorisation de l'apport des proches soient appliquées à toute personne en situation de vulnérabilité, ce qui est généralement le cas des personnes hébergées. D'une part, les difficultés d'expression peuvent être rencontrées par des personnes hébergées qui ne sont pas inaptes ou pour qui une mesure de protection n'a pas été mise en place. D'autre part, sans une écoute active et attentive de la part des intervenants pour favoriser l'expression de leurs besoins et leurs préférences, les personnes hébergées et leurs proches risquent de ne pas être entendues.

À cet égard, l'ergothérapeute détient des compétences essentielles lui permettant de soutenir le client et ses proches dans la prise de conscience de ses besoins, de ses responsabilités, de ses capacités et de ses limites ainsi que dans l'expression de ses valeurs, de ses expériences et de son individualité. Ainsi, l'ergothérapeute pourra contribuer au plan d'intervention et notamment transmettre les résultats de son évaluation et analyse afin de présenter ses constats quant aux préférences et capacités résiduelles du client qui doivent être mises de l'avant afin de favoriser un pouvoir d'agir et l'autodétermination. De cette manière, on favorisera une réponse adaptée aux besoins dans un contexte social le plus congruent possible. En promouvant ainsi les valeurs, les préférences et les intérêts du client, l'ergothérapeute sensibilise l'ensemble des intervenants de l'équipe à la bientraitance.

En ce qui a trait à la réforme en cours concernant les régimes de protection des personnes, il faut savoir que celle-ci repose sur des principes directeurs qui interpellent notre profession, en l'occurrence, la valorisation de l'autonomie de la personne, le respect de ses droits, de ses volontés et de ses préférences, ainsi que des mesures de protection ou d'assistance adaptées à sa situation. Ces principes s'inscrivent notamment par la modulation de la tutelle par le Tribunal qui déterminera le degré d'autonomie et les actes que la personne peut poser seule. Dans ce contexte, l'évaluation des habiletés fonctionnelles effectuée par un ergothérapeute apporte l'éclairage requis pour une décision juste et un dispositif de protection adaptés aux capacités réelles de la personne.

En agissant avec compétence et compassion auprès des personnes en soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) :

À cet égard, la politique mentionne :

De plus, le Plan de développement 2015-2020 en soins palliatifs et de fin de vie précise qu'on doit (...) s'assurer que le personnel peut compter sur une équipe ayant une expertise reconnue en SPFV.

L'ergothérapeute fait déjà partie intégrante de cette équipe, quand elle est en place, puisqu'il détient une expertise reconnue en SPFV. L'ergothérapeute adresse particulièrement les besoins physiques, sociaux, émotionnels et spirituels de même que la poursuite d'occupations significatives, valorisées et choisies par la personne.

Quelques exemples

Certaines interventions en ergothérapie ciblent la gestion de la douleur, le positionnement, la prévention des plaies, l'alimentation sécuritaire et satisfaisante, la gestion de l'anxiété, la gestion de l'énergie et l'aménagement de l'environnement pour optimiser la sécurité en plus de favoriser la présence de la famille.

Toujours en respect aux objectifs et projet de vie de la personne, l'ergothérapeute intervient de façon à adapter les activités significatives de la personne à ses capacités, notamment par la recommandation et l'entraînement à l'utilisation d'équipements ou d'aides techniques facilitant la réalisation des habitudes de vie, la révision de l'horaire occupationnel favorisant l'équilibre occupationnel, et ce, en accompagnant et en soutenant la personne et ses proches tout au long de cette étape de la vie.

Ces interventions contribuent au maintien des capacités de la personne et au respect de ses volontés, de son individualité et de sa dignité.

AXE 2 – LES PROCHES

Orientation 3

Accueillir les proches pour préserver les liens avec la personne hébergée

À cet égard, la Politique mentionne :

- *Pour y parvenir, il est primordial que les proches soient bien accueillis dès l'arrivée dans le milieu de vie et qu'ils soient invités à se joindre à la vie de ce milieu. Que ce soit pour participer aux activités sociales dans le milieu ou dans la communauté, pour être présent lors des repas, pour partager un moment d'intimité ou pour passer du temps de qualité avec la personne hébergée avec à sa disposition du matériel de loisir, le proche doit se sentir bienvenu.*

Un des principaux défis vécus par les proches est le fait qu'ils se sentent souvent démunis face à la perte d'autonomie du résident et ne savent pas comment approcher, engager la personne et faire une activité avec eux. L'ergothérapeute a un rôle d'enseignement quant aux impacts de la condition médicale (p. ex. : TNCM) et fait la promotion de l'engagement occupationnel et de la participation sociale étant donné les impacts positifs pour le client.

L'ergothérapeute est un allié de choix pour les proches, notamment en effectuant du coaching quant à la modification d'une tâche, sur l'adaptation de celle-ci et de l'environnement. Ce type de soutien auprès des proches leur permet de développer des aptitudes et d'améliorer leur compréhension de la situation de leur proche, ainsi que leurs sentiments d'utilité et de compétence, ce qui est très valorisant et favorise par le fait même le désir de poursuivre l'accompagnement de leur proche de leur côté et d'entretenir ainsi une relation sociale plus satisfaisante.

- *Il est également important d'encourager la socialisation à distance, notamment en contexte de distanciation physique, en facilitant les communications fréquentes et régulières avec les proches. Bien que les contacts en personne et par téléphone soient les moyens de communication que préfèrent les usagers, il est important de considérer un éventail de méthodes, telles que l'utilisation des nouvelles technologies (courriel, vidéo, réseaux sociaux, etc.), mais surtout de se renseigner sur les besoins et les préférences des proches et des personnes hébergées quant aux moyens à privilégier (courriel, envoi par la poste, etc.) et de leur offrir de l'assistance au besoin.*

Communiquer étant une activité fonctionnelle cruciale au quotidien de toute personne, l'ergothérapeute peut intervenir afin d'adapter la tâche aux habiletés fonctionnelles de la personne et de répondre à ses besoins socioaffectifs.

Exemple : des aides technologiques à la communication peuvent être recommandées. L'entraînement à l'utilisation de telles aides est réalisé par l'ergothérapeute selon le style et le potentiel d'apprentissage du client. L'ergothérapeute met l'accent sur les forces du client afin de maximiser son indépendance fonctionnelle à ce niveau, et ainsi lui permettre d'être le plus autonome possible dans sa communication avec ses proches. Au même titre, l'ergothérapeute considérera les défis communicationnels du proche.

- *Lorsque la situation le permet et que la personne hébergée et ses proches sont en accord, des sorties de quelques jours sont possibles pour que la personne hébergée puisse profiter d'un nouvel environnement ou aller dans son ancien domicile. Dans ce cas, il faudra soutenir la personne et ses proches dans les démarches facilitant cette sortie.*

Dans de telles situations, l'ergothérapeute est très souvent sollicité par l'équipe de soins, la famille et le client étant donné qu'il peut statuer sur la possibilité d'un tel séjour en regard des habiletés fonctionnelles du client et de l'environnement dans lequel il se retrouvera. Lors d'un séjour temporaire à l'extérieur du milieu de vie, plusieurs recommandations sont généralement émises par l'ergothérapeute afin de favoriser un séjour agréable, sécuritaire et répondant aux attentes de la personne hébergée et celles de leurs proches.

Quelques exemples

L'ergothérapeute s'assure notamment de recommander l'ajout d'équipements dans l'environnement (si présence de barrières architecturales), les stratégies ou techniques à utiliser lors de soins (p. ex. : technique à l'alimentation, techniques de transferts, stratégies pour faciliter les soins d'hygiène et l'habillement, etc.).

En présence de difficultés cognitives, l'ergothérapeute enseigne aux proches comment assister la personne dans ses habitudes de vie, comment adapter son approche, le niveau de supervision requis, les modalités sensorielles à préconiser, etc. Les « pour » et les « contre » d'un tel séjour, notamment l'impact possible sur le comportement ou la dimension affective du client, sont aussi pris en compte par l'ergothérapeute qui les partage avec le client, ses proches et l'équipe de soins.

Orientations 4 et 5.

Reconnaître, mobiliser et soutenir les personnes proches aidantes dans le respect de leurs volontés et capacités d'engagement

Le proche aidant doit être reconnu comme partenaire de soins et services à l'aîné, et ce, quel que soit son milieu de vie (domicile ou hébergement). Bien qu'ayant des compétences expérientielles, le proche aidant a également besoin d'être soutenu (notamment en matière d'éducation), valorisé et encouragé dans son vécu d'aidant.

L'ergothérapeute est un professionnel qui peut apporter un soutien considérable au proche aidant, notamment à l'égard des stratégies permettant d'optimiser la qualité des services qu'il dispense (p. ex. : soins d'hygiène, transferts, alimentation, activités de loisir) et sa sécurité (p. ex. : prévention des chutes et des blessures, réaction de catastrophe), dans le respect de sa volonté et de sa capacité d'engagement.

AXE 3 – LES PRESTATAIRES DE SERVICES

Orientation 6

Offrir des soins et des services de qualité

Tel que mentionné dans la Politique, pour la personne hébergée et ses proches, la qualité des soins et services doit notamment se traduire par :

- *La pertinence et la qualité des soins et services rendus (en adéquation avec les besoins et convenus avec la personne), sécuritaires.*

Les interventions de l'ergothérapeute s'inscrivent en parfaite cohérence à cet égard car elles favorisent l'autonomie et la participation sociale des personnes hébergées, ces deux éléments étant centraux à leur qualité de vie. D'ailleurs, au document *Qualité du milieu de vie en centre d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie*, et tel que repris dans la Politique, l'INESSS précise que « la qualité de vie est un concept multidimensionnel qui fait référence à la capacité qu'a une personne à actualiser son plein potentiel ... ». S'inscrivant dans cette foulée, les interventions de l'ergothérapeute auprès de la personne hébergée démontrent cette pertinence.

- *L'accessibilité (offert dans le milieu de vie), la disponibilité (présent en temps opportun) et la continuité (pendant la durée requise) des soins et services.*

L'ergothérapeute joue un rôle essentiel à cet égard, tel que mentionné ultérieurement (voir l'orientation n° 8).

Dans la présente orientation, la Politique met notamment en exergue les activités signifiantes :

« L'activité stimule les personnes et démontre qu'il est possible de vivre des moments agréables en dépit d'une maladie ou d'un handicap important. Le fait de « vivre dans un environnement où rien n'arrive, outre les soins de base, peut mener non seulement à l'ennui, mais aussi au désespoir. Il est fondamental d'innover dans le développement d'activités stimulantes et génératrices de sens et porteuses pour les personnes. Malgré la présence de limitations psychologiques, physiques ou cognitives, plusieurs activités peuvent être adaptées pour répondre à leurs besoins. Les activités offertes doivent donc donner la possibilité de « mettre de la vie » dans le quotidien et de recréer du sens dans la vie des personnes, d'entretenir des relations sociales, de soutenir l'exercice des rôles sociaux, de se ressourcer, d'être stimulé ou

apaisé et de contribuer aux stratégies d'adaptation et de réadaptation. Dans tous les cas, les activités doivent s'adapter aux différentes clientèles concernées. »

Les ergothérapeutes militent contre toute forme d'injustice occupationnelle chez la personne hébergée, dont la privation occupationnelle. L'occupation signifiante se situant au cœur même de la profession, les conséquences considérables sur l'état de santé sont bien connues des ergothérapeutes, ce pourquoi l'OEQ salue cette volonté d'offrir des activités adaptées et signifiantes à la clientèle.

À cet égard, bien qu'il y ait habituellement une offre de loisirs diversifiée prenant en compte les capacités d'une majorité de la clientèle, l'ergothérapeute pourra intervenir auprès de certains clients qui ont des besoins qui divergent de ceux fournis par l'offre de services ou dont l'adaptation des loisirs aux capacités du client s'avère d'une certaine complexité.

De même, la modalité de groupe est actuellement le modèle préconisé dans les milieux d'hébergement, ce qui ne répond pas toujours adéquatement aux besoins occupationnels de chaque usager. D'ailleurs, bien que la modalité de groupe puisse être positive pour la clientèle TNCM, une approche individuelle est souvent préconisée pour ceux ayant atteint un stade modéré à sévère car elle répond davantage aux besoins de cette clientèle. Ainsi, l'ergothérapeute pourra agir directement auprès du client ou dans le cadre d'une consultation auprès de l'équipe (intervenant en loisirs, éducateur spécialisé, PAB famille, etc.), afin de personnaliser et d'adapter les activités de façon à répondre aux besoins des clients. Rappelons-nous que, pour ce faire, l'ergothérapeute doit analyser l'impact des composantes sensorielles, motrices, cognitives et comportementales sur le fonctionnement de la personne dans l'accomplissement de ses activités, ce qui est fait par le biais d'une évaluation des habiletés fonctionnelles. Ainsi, il est crucial que l'analyse et les recommandations découlent de cette évaluation rigoureuse et législativement reconnue, mettant notamment à contribution les connaissances essentielles liées aux composantes précitées, ces connaissances étant nécessairement issues du domaine biopsychosocial.

L'OEQ est tout à fait en accord avec l'importance d'offrir une diversité d'activités et d'opportunités occupationnelles pour les résidents et réitère à quel point les activités proposées doivent être adaptées afin d'éviter toute situation pouvant compromettre l'intégrité et la sécurité de la personne.

Exemples :

- une activité physique non adaptée à un client, ayant la maladie de Parkinson et présentant un contrôle moteur diminué, peut augmenter le risque de chute; un usager ayant une insuffisance cardiaque sévère pourrait être à risque d'une décompensation associée à un effort trop important lors de l'activité. Il est de plus en plus fréquent de voir des modalités d'intervention à visée sensorielle dans les milieux d'hébergement. Il importe que l'intervenant soit suffisamment formé dans la mise en place d'activités de stimulation sensorielle, étant donné les impacts possibles sur le plan du comportement et du fonctionnement au quotidien.
- un individu qui serait en surcharge sensorielle à la suite d'une intervention inadaptée pourrait ensuite démontrer de l'agitation, de l'agressivité, de la résistance aux soins, une augmentation du risque de chute, etc.

La Politique mentionne :

- *Outre les activités formelles, une panoplie de petites activités individuelles (moments de plaisir) sont encouragées : écoute d'une musique au goût du résident, dégustation d'un gâteau préparé par l'unité de soins, manucure, temps d'échange sur les nouvelles du jour ou jeu sur une tablette électronique. Avec l'apport des techniciens en loisirs, c'est toute l'équipe et notamment les PAB qui peuvent, au quotidien, offrir ces attentions personnalisées et ces occasions de divertissement.*

Les ergothérapeutes exploitent de plus en plus les modalités technologiques pour répondre aux besoins occupationnels des usagers hébergés, notamment en intégrant la technologie à l'offre de services de loisirs.

Exemple : L'utilisation d'une tablette électronique peut être recommandée par l'ergothérapeute qui propose le type d'application convenant aux besoins et aux intérêts du client, tout en prenant en compte les déficits sensoriels (p. ex : adaptation de la plateforme pour les troubles visuels), la capacité de traitement de l'information, la fatigue mentale et visuelle, la complexité de l'activité proposée, le type d'assistance nécessaire à sa réalisation, l'environnement dans lequel l'activité doit avoir lieu, les difficultés physiques (adaptation selon le degré de coordination, motricité, dextérité, etc.) tout en s'assurant que le positionnement est optimal pour réaliser la tâche.

La notion de plaisir associée aux occupations étant étroitement liée au bien-être, il n'est donc pas surprenant que des chercheurs en ergothérapie au Québec collaborent à la recherche dans ce domaine avec des experts du domaine des loisirs, notamment la professeure et chercheuse Hélène Carbonneau (L'approche par le plaisir en milieu communautaire : créer des événements accueillants pour les personnes avec des atteintes cognitives⁴⁶; L'approche par le plaisir dans les services et les soins auprès de la clientèle atteinte de trouble de mémoire⁴⁷).

- *Parmi toutes les activités, le repas occupe une place importante puisqu'il rythme le cours d'une journée. Le repas constitue généralement l'activité la plus importante pour les personnes hébergées. L'alimentation en milieu de vie a un sens beaucoup plus vaste que seulement la réponse au besoin physiologique. La nourriture répond à des besoins affectifs, agit sur le bien-être psychologique et encadre les activités significatives de la vie (...) L'atmosphère lors des repas est aussi d'une grande importance. Ces moments pourront permettre par exemple de diminuer les stimuli pour les personnes vivant avec un TNCM, d'ajouter une musique appréciée, de privilégier des conversations avec les autres personnes hébergées, etc.*

À cet effet, l'ergothérapeute, toujours en respect à son champ d'exercice, peut contribuer à favoriser une expérience positive et agréable lors des repas. Grâce à son évaluation des habiletés fonctionnelles, l'ergothérapeute est en mesure de distinguer les facteurs causaux faisant obstacle à une alimentation autonome, sécuritaire et satisfaisante tels qu'une altération de la fonction du mécanisme oro-pharyngo-laryngé, un contrôle respiratoire altéré, une hyperréactivité ou hyporéactivité sensorielle, un trouble de la vision, de la posture, des difficultés cognitives, un problème de comportement, un environnement n'offrant pas le niveau de stimulation ou d'assistance suffisant, etc.

⁴⁶ <https://neo.uqtr.ca/2020/02/21/pres-de-1-m-pour-un-projet-en-lien-avec-le-loisir-et-lalzheimer/>

⁴⁷ <http://www.lepointensante.com/wp-content/uploads/sites/11/2019/04/Atelier-1-5-L%E2%80%99approche-par-le-plaisir-dans-les-services-et-les-soins-aupr%C3%A8s-de-la-client%C3%A8le-atteinte-de-trouble-de-m%C3%A9moire.pdf>

Selon l'OEQ, il apparaît de mise de mettre l'emphase sur la contribution essentielle des ergothérapeutes en matière d'alimentation⁴⁸. L'expertise de l'ergothérapeute permet une gestion optimale des risques tout en considérant les préférences, valeurs et choix du client et de ses proches. Concernant les risques à l'alimentation, il est bien connu que la dépendance à l'alimentation est un des plus importants facteurs de risque de pneumonie d'aspiration⁴⁹ en plus d'influencer sur la notion de plaisir associée aux repas. L'ergothérapeute peut intervenir à différents niveaux afin que la période des repas soit positive et la plus agréable possible pour la clientèle.

Par exemple, l'ergothérapeute peut recommander la modification du positionnement, de la façon de s'alimenter (ajout d'aides techniques, de techniques de déglutition, de stratégies cognitives ou comportementales, du type de consigne et d'assistance, etc.), de l'environnement, des textures et consistances et autres caractéristiques des aliments en adéquation aux habiletés fonctionnelles évaluées.

Orientation 7

Diversifier la composition des équipes de travail

À cet égard, la Politique indique que le milieu de vie doit avoir le personnel requis et en nombre suffisant pour répondre avec pertinence et efficacité aux besoins des personnes hébergées. La plupart de ces éléments étant déjà commentés au présent document, l'OEQ aimerait néanmoins apporter à l'attention du MSSS la notion de « personnel requis ».

D'une part, une très grande majorité de la clientèle a une problématique issue de la sphère neurologique, qu'il s'agisse de TNCM, de TSA ou d'AVC, les difficultés fonctionnelles étant liées, dans une proportion variable, aux incapacités sur le plan physique (sensori-moteur), cognitif (perceptivo-cognitif) et comportemental. Ainsi, une évaluation de l'impact des composantes sensorielles, motrices, cognitives et comportementales sur le fonctionnement de la personne dans l'accomplissement de ses activités est cruciale en vue d'effectuer des recommandations et un plan d'intervention adéquat, sachant que l'essai-erreur constitue un obstacle à la qualité de vie de la personne hébergée, pouvant même, pour certaines clientèles, déclencher ou aggraver un SCPD⁵⁰.

Par conséquent, il apparaît crucial que les professionnels mandatés pour déterminer les interventions répondant aux besoins des personnes hébergées (quel que soit le type d'hébergement) aient les connaissances (issues du domaine biopsychosocial, dont les connaissances en neurosciences) et compétences requises pour évaluer l'impact des composantes précitées dans l'accomplissement de leurs activités. C'est d'ailleurs ce que fait l'ergothérapeute par l'évaluation des habiletés fonctionnelles de la clientèle.

⁴⁸ <https://www.oeq.org/DATA/MEMOIRE/13~v~au-dela-de-la-dysphagie-la-personne-avant-tout-role-de-lergotheapeute-aupres-des-personnes-presentant-des-difficultes-a-salimenter-ou-a-etre-alimentees.pdf>

⁴⁹ Langmore, S.E., Skarupski, K.A., Park, P.S. & Fries, B.E. (2002). Predictors of aspiration in nursing home residents. *Dysphagia*, 17 (4), 298-307. doi: 10.1007/s00455-002-0072-5 • Langmore, S.E., Terpenning, M.S., Schork, A., Chen, Y., Murray, J.T., Lopatin, D. & Loesche, W.J. (1998). Predictors of aspiration pneumonia: how important is dysphagia? *Dysphagia*, 13 (1), 69- 81. doi: 10.1007/PL00009559

⁵⁰ <https://www.oeq.org/DATA/MEMOIRE/22~v~position-de-lordre-des-ergotherapeutes-du-quebec-quant-a-lopportunite-dintegrer-la-readaptation-cognitive-aux-orientations-ministerielles-sur-les-troubles-neurocognitifs-majeurs.pdf>

Quelques exemples

- Chez une personne hémiparétique et aphasique qui démontre de la résistance aux soins (SCPD) durant ses transferts, l'ergothérapeute pourra déterminer que la personne est extrêmement craintive d'effectuer un transfert en raison d'atteintes visuelles, perceptuelles ou proprioceptives, recommandant ainsi une modification de la technique de transfert et de l'environnement afin de favoriser une meilleure analyse de l'environnement par la personne elle-même et ainsi faciliter le transfert.
- Chez une personne souffrant d'un TNCM qui s'alimente peu et demeure très passive devant son assiette, l'ergothérapeute pourra déterminer que les incapacités ne sont pas sur le plan de la motivation ou de l'appétence, mais plutôt au plan praxique, amenant une difficulté à planifier et à réaliser les gestes nécessaires pour utiliser les ustensiles. L'ergothérapeute fera ainsi des recommandations appropriées concernant l'assistance requise (p. ex. : la technique « manger-main ») et l'emploi de stratégies cognitives ou comportementales externes et ce, en vue d'une alimentation plus satisfaisante.
- Chez une personne souffrant d'une maladie neurodégénérative, l'ergothérapeute pourra déterminer que celle-ci présente un risque de chute associé non seulement à un trouble du contrôle postural et de coordination mais aussi à une difficulté à juger et à prendre les décisions adéquates selon le contexte. Ainsi, l'ergothérapeute recommandera des aides techniques appropriées et un programme d'activités thérapeutiques adaptées à la famille/soignants afin de favoriser le maintien des acquis.
- Chez une personne ayant un TSA qui présente un comportement d'automutilation lors du repas à la salle à manger, l'ergothérapeute pourra déterminer que le comportement est associé aux particularités sensorielles, par exemple une hypersensibilité auditive, et ainsi faire des recommandations visant un environnement sonore approprié en tenant compte des préférences de la personne, mais également des contraintes du milieu (ex. aménagement de l'environnement, choix d'un lieu moins bruyant, protection/diversion auditive, sensibilisation du personnel à la réduction du bruit), et ce, afin de favoriser une meilleure participation occupationnelle et le bien-être psychologique.
- Chez une personne âgée qui présente des signes d'évitement au repas et quitte la salle à manger promptement, l'ergothérapeute pourra déterminer que celle-ci présente des difficultés de gestion de l'anxiété associées à une peur de s'étouffer, cette peur étant étroitement liée à la présence de « fausses routes » engendrées par des difficultés de contrôle oral-moteur. L'ergothérapeute pourra intervenir sur les raisons qui entraînent les difficultés à s'alimenter, soit par la rééducation de la déglutition (si potentiel), la modification de textures et consistances, et lui enseigner des techniques de déglutition qui favorisent la protection des voies respiratoires, ce qui aura pour effet d'optimiser la sécurité et diminuer le phénomène d'anxiété engendré au cours du repas.

Il est certes essentiel de se préoccuper de la diversification de la composition des équipes de travail, la finalité est toutefois de s'assurer d'avoir l'expertise requise au moment opportun (le bon professionnel au bon moment).

En ce qui a trait aux ergothérapeutes, bien qu'ils soient reconnus en tant que principal professionnel impliqué dans 9 des 10 cibles considérées prioritaires en CHSLD⁵¹, on ne les retrouve pas dans la totalité des milieux d'hébergement et, lorsqu'ils y sont présents, ces professionnels sont en effectif insuffisant. Selon les données fournies par les membres et les données du MSSS quant au nombre de CHSLD au Québec, la couverture en CHSLD par les ergothérapeutes est environ de 60 %. De plus, 30 % des ergothérapeutes œuvrent dans plus d'un CHSLD. Plusieurs centres d'hébergement en milieu urbain ont un ratio d'un ergothérapeute équivalent temps complet pour 125 lits d'hébergement (les centres d'hébergement hors des agglomérations urbaines ayant généralement un ratio encore moins favorable), ce qui amène les ergothérapeutes qui y travaillent à « éteindre les feux ». Ainsi, ces professionnels doivent limiter leur offre de services directs (telle la dysphagie ou la gestion des SCPD) et indirects (p. ex. : éducation aux intervenants - voir la section Orientation 8 de ce document), ou passer un temps considérable à gérer les priorités, ce qui affecte en bout de ligne la quantité et la qualité des services à la clientèle hébergée.

L'accès à l'expertise de l'ergothérapeute est donc une condition sine qua non à la qualité de vie de la personne hébergée, raison pour laquelle il devrait faire partie de l'équipe de base, en effectif suffisant et dans tous les milieux d'hébergement. À cet égard, l'OEQ offre sa collaboration afin de soutenir le ministère dans le développement de ratios efficaces.

La Politique précise aussi :

Services psychosociaux, psychologiques, psychoéducatifs et éducatifs : La présence d'une offre de services psychosociaux, psychologiques, psychoéducatifs et éducatifs adaptée aux besoins du milieu est considérée comme étant un volet à bonifier. Les travailleurs sociaux, psychologues, psychoéducateurs, éducateurs spécialisés, entre autres, pourront, par leurs champs d'expertises respectifs, soutenir les personnes et leurs proches en contexte d'hébergement. Ces professionnels et intervenants pourront notamment assurer un soutien dans les transitions, dont l'accueil, l'hospitalisation, le départ en appartement supervisé et l'accompagnement en fin de vie. Ils pourront agir de manière plus spécifique sur des problématiques tels les troubles anxieux et dépressifs, en présence de comportements perturbateurs lorsque les causes physiologiques sont éliminées. Ils seront des acteurs centraux de l'accompagnement dans le processus de rétablissement permettant d'acquérir les compétences nécessaires pour un milieu de vie plus autonome ou encore aideront à briser l'isolement de certaines personnes en favorisant leur participation sociale... Or la contribution des psychoéducateurs est particulièrement pertinente pour faire face aux défis de la perte d'autonomie, mais surtout pour miser sur la reconnaissance et le maintien de leurs capacités résiduelles.

L'OEQ est fort surpris de constater que les ergothérapeutes ne soient pas compris dans la liste des professionnels offrant des services psychosociaux alors que le Projet de loi 21 reconnaît l'ergothérapie comme une profession du domaine de la santé mentale et des relations humaines et lui attribue des activités réservées⁵².

⁵¹ <https://www.oeg.org/DATA/MEMOIRE/8~v~expertises-professionnelles-adaptees-aux-besoins-des-personnes-hebergees-en-chsld.pdf>

⁵² https://www.opg.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/PL_21/OP_Dep_Ergotherapeutes_Final.pdf

L'ergothérapeute étant le seul intervenant reconnu par la législation pour évaluer et statuer sur les habiletés fonctionnelles pour la clientèle présentant un trouble mental, il est par conséquent fort préoccupant que les compétences des ergothérapeutes ne soient pas mises à profit. Qu'il s'agisse de problématiques tels les troubles anxieux et dépressifs, ou en présence de comportements réactifs, la contribution de l'ergothérapeute est jugée essentielle afin d'obtenir un portrait juste des habiletés fonctionnelles du client, ce qui est nécessaire au plan d'intervention interdisciplinaire.

L'autonomie étant au cœur du champ d'exercice de l'ergothérapeute, il est évident que ce dernier adresse les défis d'une perte d'autonomie, que ce soit dans une perspective de réadaptation physique et/ou psychosociale. À la lumière de ce constat, l'OEQ demande au MSSS d'inclure les ergothérapeutes dans cette offre de services, en respect à son champ d'exercice et à ses activités réservées.

Par ailleurs, bien que l'OEQ soit d'avis que l'énumération effectuée dans la Politique à l'égard des services de réadaptation requis à la clientèle hébergée soit incomplète, il tient toutefois à saluer la volonté du MSSS d'agir sur la prévention de la détérioration et le renforcement des capacités cognitives, élément s'inscrivant dans l'approche d'autonomisation et essentiel au maintien de l'autonomie, de la participation sociale et, ainsi, de la qualité de vie de la personne hébergée.

Cela dit, l'OEQ réitère encore une fois sa mise en garde quant à la nécessité de s'assurer de la compétence des professionnels requis pour ce faire, la Politique ne semblant pas faire les distinctions requises lorsqu'elle mentionne un ensemble de professionnels de la réadaptation pour agir à cet égard.

Ainsi, l'OEQ aimerait porter à l'attention du MSSS une initiative entreprise il y a quelques années au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec dans le cadre du plan ministériel sur les TNCM. Il s'agit de la [réadaptation cognitive \(RC\)](#) (OEQ, 2020) qui vise à améliorer l'autonomie fonctionnelle et ainsi, le maintien de l'engagement de la personne ayant un TNCM dans des activités qui lui sont significatives. Parmi les résultats obtenus, on retrouve une diminution des SCPD. Bien que le projet soit issu d'une initiative des services de soutien à domicile, il est également applicable aux milieux de vie substituts, puisqu'en continuum.

Finalement, l'OEQ reconnaît le caractère essentiel de l'apport de l'interdisciplinarité dans 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.

Orientation 8

Valoriser et soutenir les prestataires de services

La Politique fait état de la nécessité d'avoir des prestataires de services formés et compétents, engagés et reconnus en santé et en sécurité, ce qui est intimement lié aux possibilités de soutien et de valorisation qui leur sont offertes. L'engagement des intervenants, qui est notamment un facteur lié à leur rétention, passe notamment par leur perception que leur contribution est significative pour la personne hébergée. Pour ce faire, l'intervenant doit pouvoir offrir une intervention appropriée de qualité avec le temps nécessaire pour l'effectuer et en temps opportun.

Par son expertise de l'occupation, l'ergothérapeute est un professionnel tout désigné pour optimiser l'occupation non seulement auprès de la personne âgée, mais également auprès des multiples intervenants qui sont appelés à lui prodiguer des soins et services. 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 soutenir la prestation des soins et services offerte par l'équipe de soins (préposés, infirmières auxiliaires et infirmières) et de bénévoles :

- en faisant des recommandations sur les stratégies favorisant des interventions d'autonomisation visant à favoriser la participation de l'aîné dans les activités qu'il considère significatives, notamment par la sollicitation optimale de ses capacités résiduelles (sensorielles, motrices, cognitives, comportementales).
- en faisant de l'éducation sur les approches relationnelles, le positionnement, l'alimentation, l'activité adaptée, les principes d'hygiène posturale (dont le PDSB), l'autonomisation, les TNCM et SCPD, les problèmes sensoriels, la dysphagie, la prévention des chutes, les techniques d'assistance à la personne âgée (alimentation, soins dentaires, hygiène, transferts et mobilisations, loisirs), etc.

Évidemment, à l'instar des autres intervenants, l'ergothérapeute doit également avoir la perception que sa contribution est significative, non seulement de façon directe auprès de la personne hébergée, mais également de façon indirecte, notamment auprès des intervenants impliqués dans le quotidien de la personne hébergée, par l'amélioration considérable de la qualité (p. ex. : façon d'intervenir auprès de la personne âgée pour favoriser sa collaboration) et de la sécurité (p. ex. : stratégies et/ou aides techniques pour améliorer l'ergonomie du travail et prévenir les risques de blessure) des soins et services qu'ils dispensent.

Ce transfert de connaissance permet notamment aux intervenants d'optimiser leurs compétences et à l'ergothérapeute de mettre à profit son temps et son expertise pour répondre aux besoins plus complexes de la clientèle. Ce transfert a aussi un effet considérable sur la valorisation des compétences de chacun et qui permet de répondre à une plus grande diversité de besoins (favorisant ainsi l'accessibilité, la disponibilité et la continuité de services plus spécifiques/personnalisés), au bénéfice de la clientèle.

AXE 4 – LE MILIEU DE VIE ET DE SOINS

Orientation 9

Développer un milieu de vie de qualité qui permet le mieux-être des personnes hébergées

La contribution des ergothérapeutes sera un atout important dans la mise en œuvre de moyens permettant de répondre à plusieurs des caractéristiques d'un milieu de vie retrouvées dans la Politique, notamment :

- *Un environnement physique accessible et adapté*

Un environnement physique accessible et adapté contribue à donner des repères et à améliorer la qualité de vie de la personne, notamment celle qui vit avec un TNCM. Cela inclut notamment un aménagement dont la configuration et le fonctionnement sont choisis et familiers à la personne (p. ex. : type d'horloge, mécanisme de la lampe de chevet) et correspond à ses capacités (sensorielles, motrices, cognitives, comportementales), lui permettant ainsi d'optimiser son autonomie fonctionnelle. Pour ce faire, cela nécessite d'effectuer l'adéquation entre les intérêts, attentes et besoins de la personne, ses capacités, les caractéristiques de son

environnement (barrières et facilitateurs) et les exigences des activités dans lesquelles la personne s'engage ou désire s'engager.

Cette description correspond à l'évaluation des habiletés fonctionnelles, tel que précédemment décrite et, rappelons-le, réservée à l'ergothérapeute lorsqu'effectuée chez une personne atteinte d'un trouble neuropsychologique ou de santé mentale. Ainsi, l'ergothérapeute est le professionnel tout indiqué pour recommander les adaptations permettant d'aménager l'environnement (en prenant en compte non seulement les barrières architecturales mais également les principes de design environnemental) en fonction des besoins de la personne (d'un groupe ou d'une population), de façon à optimiser son autonomie fonctionnelle, ayant du même coup un effet sur la prévention des SCPD.

Exemples

- L'ergothérapeute intervient sur l'adaptation d'une unité sécurisée (prothétique) en milieu d'hébergement en considérant les changements sensoriels liés au vieillissement, aux psychopathologies telle que la maladie d'Alzheimer en plus des besoins individuels. Il peut également contribuer à l'adaptation d'un milieu extérieur, comme un jardin thérapeutique, qui serait conçu en fonction des besoins et capacités des résidents, en plus des normes et principes de design environnemental.

Il en est de même pour les personnes ayant un TSA où l'aménagement de l'environnement physique doit tenir compte de leurs particularités sensorielles, notamment en ce qui concerne la vue, l'audition, l'odorat et le toucher. Comme ces particularités sont propres à chaque personne, l'aménagement des lieux, y compris des espaces de vie communes, devra en tenir compte, ce qui nécessite au préalable une évaluation des habiletés fonctionnelles faite par un ergothérapeute.

▪ *Un milieu bientraitant*

Tel qu'indiqué à la Politique, l'approche de la bientraitance s'articule nécessairement dans une perspective de promotion et ne se limite donc pas à la prévention de la maltraitance. L'OEQ partage entièrement cet avis. À ce sujet, dans sa [réponse](#) (OEQ, 2021) visant à commenter le *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2022-2027*, l'OEQ émet à cet égard les recommandations suivantes :

- remplacer le modèle de prestation de services centré principalement sur l'approche compensatoire (faire à la place de ...) par un modèle mettant en avant-plan une philosophie d'autonomisation (optimiser l'autonomie et la participation sociale)
- favoriser une gestion publique cohérente avec « l'approche centrée sur le client » en incluant des indicateurs de performance⁵³ en fonction de critères de qualité et d'efficacité des interventions.
- Se doter de « réels milieux de vie ».

Les ergothérapeutes sont des intervenants centraux à cet égard, tel qu'explicité au document précité.

⁵³ Le soulignement est le nôtre

- *Un milieu qui lutte contre la maltraitance*

Tel qu'énoncé dans la Politique, le concept de maltraitance organisationnelle renvoie à la façon dont les facteurs structurels peuvent contribuer à la création de situations de maltraitance, et ce, malgré les bonnes intentions du personnel.

Tel qu'indiqué au [Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 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.

A ce sujet, 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 [p. 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, gériatres, infirmières, gestionnaires et travailleurs sociaux), FADOQ, INESSS et les principaux ordres professionnels concernés (OEQ, OIIQ, OTSTCFQ)]

Ce projet a pour objectif de co-développer 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 sur le terrain et aux gestionnaires des établissements de santé afin de repérer les situations de maltraitance organisationnelle, de les dénoncer et de lutter contre celles-ci de manière appropriée.

Orientation 10

Développer des milieux de vie inclusifs et évolutifs

La politique fait notamment état d'interventions complexes relatives à la vie sexuelle d'une personne. En outre des interventions effectuées à cet égard par des neuropsychologues, des sexologues ou des éthiciens, certaines interventions en ergothérapie peuvent également être contributives, sachant que l'activité sexuelle est considérée comme une activité de la vie quotidienne⁵⁴ qui peut être difficile à réaliser en raison de multiples facteurs, qu'ils soient physiques, cognitifs, affectifs et/ou environnementaux. Ici également, l'évaluation des habiletés fonctionnelles, des besoins de la personne et du contexte environnemental dans lequel cette activité prend place sont tous des éléments considérés par l'ergothérapeute.

⁵⁴ <https://www.aota.org/about-occupational-therapy/professionals/rdp/sexuality.aspx>

À l'issue de sa démarche, l'ergothérapeute pourrait intervenir, notamment à l'égard d'adaptations (modification de la tâche, utilisation d'aides techniques, surface thérapeutique, adaptation de l'espace personnel) et de stratégies (p. ex. : positionnement, techniques de gestion de l'énergie, gestion de la douleur, gestion du stress) favorisant l'atteinte des objectifs de la personne ayant trait aux activités sexuelles. À cet égard, en collaboration avec un chercheuse en sexologie, la professeure et chercheuse, Dominique Giroux (ergothérapeute affiliée au Centre d'excellence en vieillissement de Québec et au Centre de recherche en santé durable VITAM) réalise actuellement une revue de portée afin de recenser les écrits scientifiques, éthiques et professionnels portant sur la santé sexuelle des personnes âgées et d'analyser sous un angle éthique les interventions et stratégies à privilégier afin de répondre aux besoins sexuels des personnes atteintes d'un TNCM.

À l'égard des clients présentant des comorbidités, l'évaluation de leurs besoins et la détermination des interventions pour y répondre nécessitent généralement des compétences élargies dans divers domaines, que ce soit en santé physique ou mentale, ou à l'égard des diverses composantes sensorielles, motrices, cognitives et comportementales affectant le fonctionnement de la personne dans l'accomplissement de ses activités. Par sa formation unique issue à la fois des sciences de la santé (dont les neurosciences) et du domaine psychosocial (confirmant ainsi son approche biopsychosociale), son champ d'exercice et ses activités réservées, l'ergothérapeute, par l'évaluation des habiletés fonctionnelles, est en mesure d'analyser l'impact de l'ensemble de ces composantes sur la performance de la personne dans l'accomplissement de ses activités significatives, et ce, en vue d'émettre un plan d'intervention et des recommandations favorisant l'autonomie et la participation sociale des personnes hébergées présentant des comorbidités.

AXE 5 : LA COMMUNAUTÉ

Orientations 11 et 12

Soutenir la participation sociale en partenariat avec les acteurs de la communauté
Faire connaître et promouvoir les milieux d'hébergement auprès des citoyens

La politique définit la participation sociale comme la perspective de la pleine réalisation des rôles sociaux de la personne au sein de son milieu de vie et dans sa communauté, et mentionne plusieurs conditions pour favoriser une réelle participation sociale des personnes hébergées, notamment :

- *La co-construction d'un plan d'intervention respectant l'autodétermination de la personne dans le choix des habitudes de vie et des modalités de réalisation*

Ce libellé correspond en tout point avec l'approche centrée sur le client, cette dernière étant promue par les ergothérapeutes depuis fort longtemps. Pour les ergothérapeutes, le client inclut les personnes significatives/proches, si bien que ces derniers font partie intégrante de leur plan d'intervention.

- *L'identification des besoins de développement des capacités, d'accès aux aides techniques et des facilitateurs environnementaux physiques, sociaux et organisationnels propres au milieu de vie ou présents dans la collectivité favorisant la réalisation du plan*

Les besoins de la personne hébergée à l'égard de l'accomplissement des occupations (habitudes de vie), qu'elle considère significatives, sont effectivement issus d'une mise en relation (analyse) des capacités de la personne, des exigences de son environnement et des exigences des dites occupations.

Cette mise en relation constitue la finalité de l'évaluation des habiletés fonctionnelles faite par l'ergothérapeute, tel que décrite au Guide explicatif du PL 21 : « L'ergothérapeute évalue et analyse l'impact de divers troubles, (...) ainsi que des facteurs environnementaux (...) sur sa (la personne) performance dans la réalisation de ses habitudes de vie (...) L'ergothérapeute porte un jugement clinique sur sa (la personne) capacité à réaliser ses habitudes de vie en tenant compte de ses aptitudes, de ses capacités et incapacités (...) ainsi que de l'environnement dans lequel elle évolue ».

La Politique énonce :

- « *L'interaction avec la communauté fait appel à la créativité de tous les acteurs oeuvrant dans les milieux d'hébergement et auprès des personnes hébergées. Plusieurs initiatives sont régulièrement mises en oeuvre dans les milieux de vie en fonction des intérêts et des capacités des personnes. Bien plus qu'une simple offre de loisir, elles font généralement une différence énorme pour les personnes hébergées. Ces initiatives doivent faire partie intégrante de l'offre de services* ».

L'OEQ se réjouit de cette volonté ministérielle d'intégrer ces initiatives à son offre de services.

À cet égard, l'OEQ croit que plusieurs projets déjà existants pourraient s'intégrer parfaitement à l'offre de services en milieu de vie substitut, dont le projet⁵⁵ en résidence privé pour aînés qui, tel que mentionné précédemment, est en cours d'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 significatives. 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 significatives ciblées.

Parallèlement, il est prévu d'implanter un 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 TNM) 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 (p. ex. : projection de spectacles ou de matchs sportifs...).

D'autres projets axés sur la participation sociale ayant été initialement implantés au milieu de vie naturel et impliquant une participation citoyenne sont également adaptables au milieu de vie substitut, puisqu'en continuum. Mentionnons, entre autres : Accompagnement-citoyen personnalisé à l'intégration communautaire (APIC) (Levasseur et coll., 2016)⁵⁶ ; Programme

⁵⁵ Viscogliosi, C., Rahimaly, S., Breton, L., Klinck, S., Carbonneau, H., Couturier, Y., Delli Colli, Giroux, D., N., Provencher, V. (2021). Promoting engagement in meaningful activities of seniors with cognitive impairment living in residential care: using strategies that build on preserved capacities. Atelier de formation pour le personnel. Laboratoire d'optimisation cognitive de l'Université de Sherbrooke. Société des retraités de Massawippi, Grace Village.

⁵⁶ Levasseur, M., Lefebvre, H., Levert, M.J., Lacasse-Bédard, J., Desrosiers, J., Therriault, P.Y., Tourigny, A., Couturier, Y. et Carbonneau, H. (2016). Personalized citizen assistance for social participation (APIC): A promising intervention for

intégré d'équilibre dynamique (PIED) (Trickey et coll. 2007, 2011)⁵⁷ ; Vivre en équilibre (Filiatrault et coll., 2015)⁵⁸ ; Muscler vos méninges (Parisien et coll., 2008)⁵⁹. Programme participe-présent (Aubin et coll.; Parisien et coll)⁶⁰.

Encore une fois, en vue d'atteindre les objectifs ministériels liés aux Orientations 11 et 12, on ne saurait assez insister sur la nécessité que le MSSS inclut des indicateurs de performance liés à la participation sociale.

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

⁵⁷ 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)

⁵⁸ Filiatrault, J., Parisien, M., Laforest, S., Lorthios-Guillement, 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.

⁵⁹ Parisien, M., Gilbert, N., Amzallag, M., Guay, D., Nour, K. et Laforest, S. (2008). Muscler vos méninges. Programme de promotion de la vitalité intellectuelle pour aînés. Guide d'animation. Montréal : CSSS Cavendish-CAU, 600 p.

⁶⁰ <https://www.creges.ca/en/2020/03/31/funded-pilot-projects/> « Favoriser la participation sociale d'aînés en HLM : Évaluation des besoins et adaptation du programme Participe-Présent » (Aubin, G. et coll.)

Parisien, M., Nour, K., Belley, A.-M., Aubin, G., Billette, V., et Dallaire, B. (2017). Participe-présent : co-construction d'un programme visant la participation communautaire des aînés qui vivent des difficultés psychosociales. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 183-204.

CONCLUSION

L'OEQ souscrit entièrement aux orientations ministérielles et a souhaité démontrer, exemples à l'appui, la portée de la contribution des ergothérapeutes à la poursuite des objectifs visés par les différents axes de la Politique.

L'OEQ considère que, par les spécificités de leur champ d'exercice, leurs activités réservées, leurs connaissances et leurs compétences professionnelles, les ergothérapeutes sont essentiels en ce qui a trait à la détermination des interventions sécuritaires et de qualité requises pour répondre aux besoins des personnes hébergées. En effet, l'évaluation des habiletés fonctionnelles effectuée par les ergothérapeutes est incontournable pour assurer une réponse adaptée et personnalisée aux besoins très diversifiés des personnes hébergées, notamment celles qui ont subi un TNCM et celles atteintes d'un SCPD ou d'un TSA, mais également toutes les personnes inaptes qui présentent un trouble mental, une dépendance ou une comorbidité, et celles qui sont en soins palliatifs ou de fin de vie.

Par ailleurs, l'OEQ réitère la nécessité de s'assurer que le **continuum de soins et services** aux personnes âgées soit analysé dans son ensemble, c'est-à-dire du maintien à domicile à l'hébergement. Il soulève de nouveau l'opportunité d'y intégrer **la philosophie et les interventions d'autonomisation** en vue de réellement répondre aux besoins des personnes, dont les personnes âgées, tant au niveau de la qualité des services rendus que celui des coûts⁶¹. Cette intégration permettrait d'optimiser l'autonomie et la participation sociale des personnes ayant une atteinte de leurs capacités fonctionnelles et de se sortir du modèle actuel de prestations de service en réadaptation trop souvent uniquement centré sur l'approche compensatoire.

⁶¹ Les interventions visant à optimiser l'autonomie des personnes âgées, donc axées sur la philosophie d'autonomisation, leur permettent de continuer de vivre à domicile et d'éviter ou de retarder la progression vers des services plus intensifs et plus coûteux, notamment la réorientation vers un milieu de vie institutionnel. À titre d'exemple, en 2010, l'Écosse a mis en place la stratégie nationale Reshaping Care for Older People, intégrant des interventions d'autonomisation, qui avait pour objet d'adapter les services de manière à mieux répondre aux besoins de la population vieillissante. Trois ans après, soit en 2013, le gouvernement a dressé un état de situation afin d'en mesurer les progrès. Sur le plan clinique, l'évaluation révèle une réduction de 30 % des besoins de services de soutien à domicile et une utilisation réduite des lits en soins de longue durée depuis l'introduction de la stratégie.

Ordre des ergothérapeutes du Québec

2021, avenue Union, bureau 920

Montréal (Québec) H3A 2S9

T 514 844 5778

F 514 844 0478

C info@oeq.org

www.oeq.org