



Ordre
des ergothérapeutes
du Québec

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

Priorités du ministre 2016-2017
Soutien à domicile et CHSLD

Décembre 2016

ORDRE DES ERGOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC

MISSION

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

VISION

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

CHAMP D'EXERCICE DE L'ERGOTHÉRAPEUTE

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

Table des matières

Introduction	3
Le Forum national sur les meilleures pratiques en CHSLD et ses retombées	3
Champ d'exercice et activités professionnelles des ergothérapeutes	4
Le champ d'exercice des ergothérapeutes	4
Les activités réservées aux ergothérapeutes	5
Les principales activités professionnelles des ergothérapeutes	5
Thème 1. L'adaptation des soins et services aux spécificités de la clientèle aînée	6
1.1. Favoriser le maintien à domicile des aînés	6
1.2. Promouvoir une culture « milieu de vie » dans les CHSLD	9
Thème 2. Des équipes d'intervenants et de gestionnaires engagés	11
2.1. Rôles et responsabilités des gestionnaires	11
2.2. Rôles et responsabilités des ergothérapeutes au sein de l'équipe de soins et de services	12
2.3. Problématiques particulières et interventions de l'ergothérapeute	14
Thème 3. L'approche collaborative et l'interdisciplinarité	19
Thème 4. Les compétences requises, la formation continue et la valorisation des employés au travail	20
Thème 5. Un continuum de soins visant l'intégration des services	21
Thème 6. Une organisation du travail qui favorise des soins d'hygiène et une alimentation adaptés aux besoins du résident	22
Thème 7. L'adaptation des lieux aux particularités des usagers et à l'organisation du travail	22
Thème 8. Les collaborations avec les différents partenaires	23
Conclusion	24
Collaborateurs	24
Références	25
Annexe 1. Article sur le rôle potentiel de l'ergothérapeute dans la gestion des SCPD	29

Introduction

L'Ordre des ergothérapeutes du Québec (l'OEQ) est heureux de contribuer à la réflexion du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en vue d'établir ses priorités quant aux services offerts aux aînés tant à domicile qu'en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Les ergothérapeutes québécois sont présents en grand nombre dans ces deux secteurs de prestation de services à la population, autant sur le plan clinique qu'en recherche et en gestion, et ce, à l'étendue de la province. L'OEQ et ses membres sont bien aux faits des défis contemporains que représentent l'adaptation de l'offre de services à une population vieillissante et dont la complexité des problèmes de santé est sans cesse croissante. Des enjeux d'autonomie, de participation sociale¹ et de bientraitance² des aînés sont présents dans tous leurs milieux de vie et l'ergothérapeute est un professionnel de premier plan pour une intervention la mieux adaptée à leurs situations particulières. D'ailleurs, la variété des sujets de recherche investis par les chercheurs en ergothérapie démontre bien l'étendue de la contribution des ergothérapeutes auprès de cette population, notamment la promotion de la santé des aînés, la prévention des chutes, l'évaluation de l'inaptitude, la sécurité à domicile, la participation sociale des aînés, la réadaptation, le soutien à domicile, l'utilisation des technologies et des aides techniques, le soutien aux aidants, la conduite automobile, les troubles neurocognitifs et leurs influences sur les activités de la vie quotidienne.

Le Forum national sur les meilleures pratiques en CHSLD et ses retombées

L'OEQ a participé au Forum national sur les meilleures pratiques en CHSLD tenu les 17 et 18 novembre derniers. Il appuie la démarche du MSSS de vouloir s'inspirer des meilleures pratiques en place au Québec et des données scientifiques applicables. Le présent document est la contribution de l'OEQ à cette démarche. D'ailleurs, lors de ce Forum, l'OEQ a constaté que la presque totalité des présentateurs invités ont mentionné la présence d'ergothérapeutes dans leurs équipes d'intervenants, et ce, bien que les présentations étaient axées principalement sur l'organisation des soins aux résidents. En effet, il est largement reconnu qu'une participation optimale de l'aîné aux occupations qui lui sont signifiantes favorise le maintien de son autonomie et de sa santé physique et mentale, un des thèmes centraux du présent document.

¹ Selon Levasseur, Richard, Gauvin et Raymond (2011), on définit généralement la participation sociale par l'implication de la personne dans des activités en interaction avec les autres, dans la société ou dans la communauté.

² Le MSSS (2013) a retenu la définition suivante de la bientraitance, telle qu'elle a été élaborée par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (France) : La bientraitance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant à l'esprit le risque de maltraitance. Elle ne se réduit ni à l'absence de maltraitance, ni à la prévention de la maltraitance. La bientraitance se caractérise par une recherche permanente d'individualisation et de personnalisation de la prestation. Elle ne peut se construire au sein d'une structure donnée qu'au terme d'échanges continus entre tous.

Les engagements du ministre et des présidents-directeurs généraux

L'évaluation et l'intervention préconisées par les ergothérapeutes s'inscrivent parfaitement dans les engagements du ministre de la Santé et des Services sociaux pour soutenir les établissements dans la mise en place des meilleures pratiques en CHSLD, plus particulièrement en ce qui concerne le recours aux approches non pharmacologiques. De même, les activités professionnelles des ergothérapeutes sont essentielles pour réaliser les engagements des présidents-directeurs généraux visant :

- à offrir des services personnalisés aux caractéristiques du résident,
- à déterminer la nature et le niveau de l'assistance requise lors de ses activités quotidiennes dont l'alimentation et l'hygiène, et
- à lui rendre disponible les aides techniques et les équipements appropriés pour favoriser son autonomie fonctionnelle.

Ces multiples engagements soulignent l'importance de la contribution de l'ergothérapeute à la réussite de la mise en place des meilleures pratiques, ce que le présent document démontrera. Il décrit plus précisément le rôle essentiel joué par l'ergothérapeute pour favoriser la bientraitance, la participation sociale et l'autonomie des aînés. Il énonce certaines pratiques probantes en ergothérapie et, dans certains cas, les recommandations de guides de pratiques internationaux. Le document est un complément à celui produit en collaboration par quinze (15) ordres de la santé et des services sociaux qui aborde les pratiques probantes de collaboration interprofessionnelle pour les aînés résidant en CHSLD³. Il énonce également l'opinion et les recommandations de l'OEQ sur d'autres thèmes soumis par le MSSS également liés aux services offerts dans les CHSLD et dans les programmes de soutien à domicile.

Champ d'exercice et activités professionnelles des ergothérapeutes

Avant de décrire précisément l'apport de l'ergothérapeute aux services offerts aux aînés à domicile ou dans les CHSLD, il convient de mentionner les principes généraux guidant sa pratique professionnelle.

Le champ d'exercice des ergothérapeutes

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

« Évaluer les **habiletés fonctionnelles d'une personne**, déterminer et mettre en œuvre un plan de traitement et d'intervention, développer, restaurer ou maintenir les aptitudes, compenser les incapacités, diminuer les situations de handicap et **adapter l'environnement dans le but de favoriser l'autonomie optimale** de l'être humain en interaction avec son environnement. »⁴

³ Le document « Expertises professionnelles adaptées aux besoins des personnes hébergées en CHSLD. Collaboration interprofessionnelle. » a également été transmis au MSSS dans le cadre de la présente consultation.

⁴ Le soulignement est le nôtre.

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

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

Les activités réservées aux ergothérapeutes

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

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

Les principales activités professionnelles des ergothérapeutes

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

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

- la promotion de la participation sociale des aînés, avec ou sans incapacité, afin de favoriser une meilleure qualité de vie, de maintenir leur niveau d'autonomie et leur santé physique et mentale.

Par ailleurs, les ergothérapeutes sont parfois appelés à contribuer à l'établissement d'un diagnostic médical, d'un trouble mental ou d'un trouble neuropsychologique (p. ex. : par l'évaluation des habiletés fonctionnelles utile pour déterminer la présence de troubles neurocognitifs). Ils participent à l'élaboration et à la réalisation du plan d'intervention interdisciplinaire. Ils peuvent également jouer divers rôles dans l'équipe interdisciplinaire, notamment celui d'intervenant-pivot.

Thème 1. L'adaptation des soins et services aux spécificités de la clientèle aînée

Pour orienter les réponses envers ce premier thème, le MSSS propose les questions suivantes :

- ✓ Comment les soins et services peuvent-ils être adaptés aux besoins, au niveau du soutien requis et aux préférences de l'utilisateur afin qu'il puisse demeurer le plus longtemps possible dans son domicile ?
- ✓ Comment promouvoir une culture « milieu de vie » pour les résidents en CHSLD ?

1.1. Favoriser le maintien à domicile des aînés

Recommandation n° 1 : Assurer la primauté d'une évaluation rigoureuse des besoins centrée sur le long terme

De par les fonctions qui lui sont dévolues par la Loi, l'OEQ est un observateur privilégié de l'évolution de l'offre de services à la population. En effet, par son processus d'inspection professionnelle, il est à même de prendre connaissance d'un grand nombre de dossiers d'utilisateurs recevant des services de soutien à domicile, et ce, à chaque année. L'accroissement des besoins en matière de soutien à domicile dans un contexte de rareté des ressources a transformé les pratiques professionnelles : les évaluations sont davantage centrées sur un problème à résoudre plutôt que sur la globalité des besoins d'une personne et l'intervention est souvent de courte durée pour pallier les difficultés constatées. Ces besoins sont codifiés en fonction d'une cote de priorité pour attribuer des services et ceux ne détenant pas une cote élevée peuvent être mis en attente pour une longue durée. Cette priorité peut être concordante avec celle de l'utilisateur mais, comme le démontre certaines recherches, ce n'est pas nécessairement le cas (Raymond, Demers, Feldman, 2016). Une telle façon de faire permet peut-être de subvenir aux besoins les plus urgents de la population d'un territoire donné tels qu'ils sont perçus par les intervenants mais elle n'offre qu'une vision fragmentée des besoins de chaque individu. De plus, elle complexifie la planification à long terme du soutien requis par un aîné et ses proches.

Les ergothérapeutes étant les experts du fonctionnement dans les activités quotidiennes, ils comprennent l'importance d'une évaluation globale des besoins d'une personne et de ses proches pour déterminer le soutien le mieux adapté à leur situation et à leurs préférences afin qu'elle puisse demeurer le plus longtemps possible à domicile. Cette expertise leur permet d'apprécier les

interactions entre les multiples activités dans lesquelles les personnes et leurs proches s'engagent afin de dégager les priorités d'intervention en fonction non seulement de leurs besoins mais également de leurs préférences, une valeur centrale à la profession d'ergothérapeute. Un suivi continu permet également d'anticiper l'évolution de la situation de l'utilisateur et de ses proches, de prévoir leurs besoins futurs et de les y préparer de manière optimale.

Selon nos observations, les modèles de prestation de services de soutien à domicile se restreignent de plus en plus aux soins de santé, à la sécurité et au soutien aux activités quotidiennes liées aux soins personnels et aux activités domestiques. Pour assurer le maintien dans le milieu avec une qualité de vie satisfaisante pour la personne et ses proches, il nous apparaît nécessaire d'élargir l'évaluation des besoins au-delà de ces considérations, notamment sur le plan des loisirs et des activités réalisées dans la communauté, dans une perspective du maintien d'une participation sociale satisfaisante, à long terme.

Recommandation n° 2 : Remplacer le modèle de prestation de services centré sur la compensation des problèmes par un modèle centré sur la participation sociale des aînés et de leurs proches

À l'heure actuelle, les priorités d'intervention sont largement centrées sur les soins de santé et la sécurité à domicile, dans une approche visant essentiellement la compensation des problèmes plutôt que le développement des habiletés fonctionnelles de l'utilisateur et de ses proches.

Dans son mémoire sur le projet de Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022, l'OEQ encourageait le Gouvernement du Québec à miser sur la participation sociale des personnes âgées pour contrer leur maltraitance et favoriser leur bien-être. Les principes énoncés dans ce mémoire s'appliquent tout-à-fait à la présente consultation. Parmi ceux-ci on trouve :

- L'importance de miser sur l'évaluation des habiletés fonctionnelles dans les services de première ligne afin d'aborder rapidement les problèmes faisant obstacle à la participation sociale des aînés (Veillette, 2016); Des études récentes ont montré que la présence de services d'ergothérapie à l'urgence permet de faciliter l'orientation au congé et réduit le taux de réadmission au milieu hospitalier (Robitaille, 2013) ;
- La nécessité d'accroître les services offerts dans les milieux de vie et dans la communauté visant à optimiser la participation sociale des personnes âgées, par exemple :
 - les programmes d'autonomisation des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement constitués de services de réadaptation de courte durée offerts dans le milieu de vie (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2015) ;
 - le *Lifestyle Redesign*®, une intervention probante qui permet aux ergothérapeutes de promouvoir, auprès d'aînés avec et sans incapacités, la participation sociale et le développement d'un mode de vie sain et personnellement significatif (Levasseur et coll., document inédit) ;
 - l'accompagnement personnalisé à l'intégration communautaire (Levasseur et coll., 2016) ;
 - le Réseau d'éclaireurs et de veilleurs pour les aînés (RÉVA) (Centre de santé et de services sociaux du Lac-des-Deux-Montagnes, 2007).

Le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) de Grande-Bretagne a publié à cet effet en 2008 une ligne directrice de santé publique ciblant les interventions d'ergothérapie et les activités physiques favorisant le bien-être mental des personnes âgées de plus de 65 ans. **Cette ligne directrice stipule que toutes les personnes âgées de plus de 65 ans et leurs aidants, vivant dans la communauté ou dans une résidence pour aînés, doivent bénéficier de services d'ergothérapie.** Cette ligne directrice est basée sur une analyse rigoureuse des preuves scientifiques soutenant la nécessité de ces services. Ceux-ci sont définis en deux grandes catégories qui concordent avec les interventions probantes citées au paragraphe précédent.

- 1) Offrir des sessions d'ergothérapie régulières, individuelles ou de groupe, pour encourager les personnes âgées à définir, développer, pratiquer et mettre en œuvre des routines et des activités quotidiennes qui facilite le maintien ou l'amélioration de leur santé et de leur bien-être.
- 2) Accroître la connaissance des personnes âgées au sujet des ressources disponibles pour trouver de l'information fiable et des conseils sur un large éventail de sujets, leur fournir directement cette information, inviter des conseillers locaux à offrir des présentations informelles ou organiser des activités et sorties sociales.

De même, le NICE recommande d'impliquer les ergothérapeutes dans le design et le développement des programmes locaux de formation pour ceux qui travaillent auprès des personnes âgées. Comme on peut le constater, la Grande-Bretagne accorde une place importante à la participation sociale des aînés et considère l'ergothérapeute comme étant un professionnel-clé pour un tel objectif.

En raison de leur situation complexe et parce qu'ils constituent une large part des résidents des CHSLD, les aînés atteints de troubles neurocognitifs méritent une attention particulière dans le présent document. Une offre de services adaptée à leur situation, incluant leurs proches, doit débuter précocement dans le milieu de vie. Elle doit assurer une intervention continue tout au long de l'évolution de la situation de l'aîné jusqu'à sa transition en CHSLD, si une telle éventualité devait survenir.

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

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

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

Le National Health and Medical Research Council d’Australie souligne également l’importance de l’évaluation des habiletés fonctionnelles des personnes atteintes de troubles neurocognitifs dans ses lignes directrices de pratique clinique visant l’intervention auprès de personnes atteintes de démence [Guideline Adaptation Committee (GAC), 2016], par exemple :

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

Ces lignes directrices insistent également sur l’importance de la participation sociale et de l’engagement des personnes atteintes de troubles neurocognitifs dans des activités signifiantes afin de réduire les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. À cette fin, une évaluation globale et rigoureuse doit être conduite par les professionnels appropriés (GAC, 2016, p.15).

En conclusion, on peut constater que certains pays ont déjà adopté une vision élargie de la prestation de services aux aînés vivant à domicile qui va bien au-delà de la seule compensation des difficultés vécues dans les AVQ et de la prestation de soins. Ces pays misent grandement sur la participation sociale des aînés et de leurs proches, qu’ils aient des difficultés particulières ou non, afin de promouvoir leur bien-être et leur autonomie. Les preuves scientifiques soutiennent cette approche. Le Québec peut donc s’inspirer de ces avancées sociales internationales pour rejoindre les pays assumant un leadership dans ce domaine.

1.2. Promouvoir une culture « milieu de vie » dans les CHSLD

Recommandation n° 3 : Assurer un environnement favorisant l’autonomie optimale des résidents en CHSLD et respectant leurs préférences occupationnelles

❖ L’importance de l’environnement

Dans ses orientations ministérielles publiées en 2003, *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD*, le MSSS souligne clairement l’importance de favoriser l’autonomie fonctionnelle optimale de la personne hébergée dans ses activités (p.16). À cet égard, l’organisation physique des lieux est une composante qui ressort particulièrement. On y fait état de la nécessité de créer un milieu d’hébergement adapté qui contribue d’abord à la promotion de l’autonomie et pouvant réduire, sinon éliminer, les comportements perturbateurs. On insiste sur l’importance de retirer les contraintes architecturales de façon à permettre à la personne hébergée de se mouvoir de façon autonome, de s’intégrer à son milieu et d’être en contact avec son environnement. De plus, on reconnaît que certains éléments de l’environnement architectural peuvent agir comme compensateurs aux pertes cognitives, motrices et sensorielles ou stimuler les capacités des

personnes avec des déficits physiques ou cognitifs, pouvant ainsi diminuer le stress, l'agitation et les désordres de comportement (errance, agressivité) (p.20-22).

De par ses compétences avancées dans le domaine des aides techniques, de la technologie et de l'adaptation de l'environnement, l'ergothérapeute est un des professionnels les plus indiqués pour déterminer le choix des équipements, dispositifs, matériels et adaptations permettant :

- 1) de favoriser la participation optimale du résident au plan :
 - a. de l'hygiène, de l'habillement, de l'alimentation, des loisirs (par ex. : par l'identification d'aides techniques et le réaménagement de l'environnement) ;
 - b. des déplacements (p. ex. : par le choix d'une aide à la mobilité répondant le mieux aux besoins du résident) ;
 - c. de toute activité qui lui est signifiante (p. ex. : faciliter les sorties familiales par la planification des équipements requis et d'un transport adéquat).
- 2) d'optimiser le positionnement et le confort en position assise ou couchée (p. ex. : par la recommandation de surfaces thérapeutiques, d'aides techniques à la posture) visant à favoriser le bien-être du résident (p. ex. : l'amélioration du sommeil, la réduction de la douleur) et ainsi faciliter sa participation aux AVQ.

L'OEQ souhaite également souligner l'importance de la qualité de l'environnement du résident. Il est vrai qu'il est difficile de maintenir un relatif équilibre entre un milieu de vie et un milieu de soins, les deux mandats du CHSLD. La complexification et l'alourdissement des problèmes de santé des résidents en font un défi de plus en plus élevé. Toutefois, pour favoriser le maintien de l'identité de la personne, il apparaît primordial que tous les efforts possibles soient déployés pour que l'environnement se rapproche le plus d'un milieu de vie dit « naturel ». Par exemple, on doit permettre l'inclusion de meubles, d'objets décoratifs ou de souvenirs personnels signifiants pour le résident et ses proches de même que de matériels permettant la réalisation d'activités de loisirs personnels. L'aménagement des lieux doit être prévu pour que de telles possibilités soient offertes à tout résident d'un CHSLD. L'ergothérapeute peut contribuer à cet objectif en offrant une compréhension approfondie des habitudes, routines, et horaires occupationnels passés et présents de même que des préférences de la personne en la matière.

❖ **L'importance du respect des préférences occupationnelles**

Pour assurer la prise en compte de la volonté personnelle de la personne hébergée, les ergothérapeutes préconisent depuis longtemps une **pratique centrée sur le client** (Association canadienne des ergothérapeutes, 1997 ; Townsend et Polatajko, 2007). Cette philosophie d'intervention s'avère incontournable lors de la mise en œuvre de services orientés vers la réappropriation du pouvoir d'agir et la participation sociale de ces personnes. En contexte de CHSLD, la participation sociale de la personne hébergée peut être décrite comme étant « l'accomplissement des activités quotidiennes et domestiques ainsi que des rôles sociaux valorisés par la société » (Fougeyrollas, 2010).

La littérature suggère que les intérêts manifestés par les résidents dans le passé auraient un effet sur leur sélection des activités auxquelles ils souhaitent participer dans le présent (Cohen-Mansfield, Marx, Thein et Dakheel-Ali, 2010 ; Tak, Kedia, Tongumpun et Hong, 2015). D'ailleurs,

pour certains résidents atteints de démence, le fait qu'une activité soit liée aux valeurs et aux croyances de leurs rôles sociaux antérieurs est vu comme étant ce qui lui donne une importance significative (Harmer et Orrell, 2008). Les données probantes mettant en lumière les **liens qui existent entre ce que les gens font tous les jours et leur santé et bien-être** (Moll et coll., 2014).

Le NICE (2015), dans sa ligne directrice sur les aînés résidant en « maisons de soins », mentionne que la participation des aînés dans des activités qui leur sont plaisantes est non seulement utile à leur autonomie mais aussi au maintien de leur identité (p.5). On y cite entre autres la nécessité pour ces milieux de respecter les droits des résidents et de leurs familles de même que de reconnaître leur diversité. On insiste sur l'importance d'accorder des choix aux résidents et à leurs familles et de promouvoir leur autonomie. À cette fin, **le NICE réaffirme la nécessité :**

1. **d'offrir des services d'ergothérapie aux résidents des CHSLD** (p.8) ;
2. de leur permettre de **bénéficier de programmes d'activités personnalisés et inspirés des principes propres à l'intervention en ergothérapie** (p.12).

De par son expertise de l'analyse des habiletés fonctionnelles des personnes, l'ergothérapeute est donc un professionnel à privilégier pour faciliter la transition du domicile vers le CHSLD. En effet, compte tenu de l'importance accordée à l'organisation physique des lieux et à l'adaptation des routines de soins et de services en fonction des besoins et des préférences occupationnelles de la personne hébergée, l'ergothérapeute pourra soutenir la prestation des soins et des services offerte par l'équipe de soins (préposés, infirmières auxiliaires et infirmières). En conséquence, tel que le recommande des lignes directrices internationales, **il est impératif que les ergothérapeutes interviennent dès l'arrivée** de la personne hébergée pour instaurer le plus rapidement possible des routines, des activités et des stratégies facilitant la transition et favoriser le maintien de l'autonomie de la personne tout respectant ses préférences et celles de ses proches.

Thème 2. Des équipes d'intervenants et de gestionnaires engagés

Les questions soumises pour orienter les réponses à ce thème sont :

- ✓ Quels sont les rôles et responsabilités des gestionnaires ? Comment peuvent-ils assumer un leadership fort ?
- ✓ Comment devraient s'actualiser les rôles et responsabilités de chacun des intervenants d'une équipe de soins et services en SAD et en CHSLD (p. ex. : équipe en soins infirmiers, autres professionnels) ?

2.1. Rôles et responsabilités des gestionnaires

Recommandation n° 4. Assumer un leadership fort sur le plan de la gestion :

- en étant porteur d'une vision des services centrée sur la bientraitance et la participation sociale des aînés et,
- en misant sur l'application des pratiques éprouvées scientifiquement et des recommandations des guides de pratique et lignes directrices nationaux et internationaux.

L'OEQ croit que les gestionnaires de tous les paliers décisionnels, du MSSS jusqu'à la gestion locale de proximité, doivent adopter une vision clairement centrée sur la bientraitance et la participation sociale des aînés. Le Forum national sur les meilleures pratiques en CHSLD a réussi à démontrer qu'une telle orientation est essentielle et réalisable. Les engagements pris par le ministre et les présidents-directeurs généraux des établissements de santé et de services sociaux du Québec sont, en ce sens, fort encourageants. Il est à souhaiter que des engagements de la même nature seront pris quant aux services de soutien à domicile qui feront également l'objet d'un forum national, tel que nous en a informé le MSSS.

Pour que cette vision s'actualise, l'OEQ croit également qu'une bonne volonté ne suffit pas. Une connaissance des pratiques éprouvées de même que des recommandations des guides de pratique et des lignes directrices applicables est nécessaire. Leur adaptation au contexte québécois peut nécessiter un soutien de la part de chercheurs et d'experts de toutes les professions impliquées, dont l'ergothérapie. Comme nous l'avons décrit précédemment, la complexité des conditions de santé des personnes nécessitant des soins et des services à domicile et en CHSLD s'accroît continuellement. Une telle complexité requiert une diversité d'expertises cliniques et de recherche. Les gestionnaires de tous les niveaux décisionnels devraient donc s'entourer d'experts reflétant cette diversité. On ne pourrait ainsi qu'encourager davantage de collaborations avec le milieu de la recherche et de l'enseignement pour, par exemple, participer à des projets de recherche, accueillir des stagiaires de toutes les professions offrant des services dans le milieu en interdisciplinarité, etc.

Comme l'ont souligné certains intervenants lors du Forum national, les gestionnaires doivent également procéder à une analyse de l'organisation du travail pour s'assurer que les tâches réalisées par les professionnels et les intervenants des CHSLD sont orientées en priorité vers les résidents. Par l'inspection professionnelle et les enquêtes du bureau du syndicat, l'OEQ a pu constater dans certains milieux que les ergothérapeutes consacraient une large part de leur temps à des tâches connexes telles la gestion de l'inventaire d'équipements (coussins, aides techniques, matelas spécialisés, etc.) ainsi que le nettoyage et la réparation d'équipements et d'aides à la mobilité. Il est ainsi nécessaire que de telles responsabilités soient confiées à du personnel dont l'expertise clinique n'est pas requise directement auprès des résidents et de leurs proches.

2.2. Rôles et responsabilités des ergothérapeutes au sein de l'équipe de soins et de services

Comme il en a été fait mention précédemment, les ordres professionnels concernés par la situation des aînés qui résident en CHSLD ont produit un document sur des pratiques probantes de collaboration interprofessionnelle dans ces milieux de vie. En conséquence, la prochaine section s'attarde aux contributions particulières de l'ergothérapeute en matière de services de soutien à domicile et de services offerts en CHSLD.

Recommandation n° 5. S'assurer que toute personne présentant des difficultés liées à son autonomie et à sa participation sociale bénéficie d'une évaluation de ses habiletés fonctionnelles réalisée par un ergothérapeute en vue de définir un plan d'intervention individualisé centré sur ces éléments
--

Quel que soit le milieu de vie de la personne, dès que des enjeux liés au maintien de l'autonomie et de la participation sociale de l'ainé sont révélés, une évaluation de ses habiletés fonctionnelles s'avère incontournable. Une telle évaluation a pour but d'analyser l'interaction des capacités de la personne (au plan cognitif, moteur, perceptif, sensoriel, affectif et relationnel), des caractéristiques de son environnement (physique et humain) et de celles liées à ses occupations (p. ex. : routine, préférences et priorités) sur sa participation aux activités qui lui sont significatives. Cette évaluation inclut également les effets de la présence de facteurs de risque sur l'engagement et la participation dans ces activités, tels ceux liés aux chutes, aux blessures ou à l'apparition d'une plaie, d'une pneumonie d'aspiration ou d'une douleur d'origine posturale.

Comme nous l'avons vu précédemment, une telle évaluation est plus que déterminante pour certaines populations (p. ex. : les personnes atteintes de troubles neurocognitifs) et des lignes directrices internationales en font une activité essentielle de l'offre de service (NICE, 2006 ; GAC, 2016). D'ailleurs, rappelons que **le Gouvernement du Québec a réservé l'évaluation des habiletés fonctionnelles des personnes atteintes de troubles mentaux ou neuropsychologiques aux seuls ergothérapeutes**. Cet état de fait souligne la grande complexité de cette évaluation, le niveau élevé de compétences requises pour la réaliser et le haut risque de préjudice qu'elle comporte (Office des professions du Québec, 2013).

Les orientations ministérielles sur les personnes hébergées en CHSLD (MSSS, 2003) mettent un accent sur la responsabilisation des intervenants à favoriser l'autonomie fonctionnelle optimale de la personne hébergée dans ses AVQ. À cet égard, l'OEQ reconnaît le caractère essentiel de la contribution de tous les acteurs à l'amélioration de la réponse aux besoins de la personne hébergée en perte d'autonomie. Ces interventions 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. De plus, soulignons que les troubles cognitifs sont considérés comme étant le principal facteur d'admission en CHSLD et que les diagnostics qui y sont reliés démontrent une évolution fulgurante dans ces milieux. En conséquence, pour toutes les personnes qui en sont atteintes, seul l'ergothérapeute peut conclure sur l'état de leurs habiletés fonctionnelles.

Recommandation n° 6. S'assurer de fournir des interventions personnalisées en ergothérapie visant l'autonomie et la participation sociale des aînés à domicile ou en CHSLD basées sur les résultats de l'évaluation des habiletés fonctionnelles

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

- la personne elle-même (p. ex. : un travail sur ses capacités motrices ou cognitives) ;
- ses occupations (p. ex. : la modification des tâches, l'entraînement à l'utilisation d'équipement ou de stratégies de résolution de problèmes) ;
- son environnement (p. ex. : l'adaptation du domicile, l'aménagement des espaces de vie en CHSLD, l'éducation à la famille et au personnel de soin).

De telles interventions ont comme objectifs ultimes de favoriser le bien-être, la qualité de vie et l'autodétermination de la personne en optimisant son autonomie fonctionnelle ainsi que sa participation et son engagement dans les activités qui lui sont signifiantes, et ce, tout en minimisant les facteurs de risque pouvant entraver cette participation. Il est à souligner que ces objectifs sont en parfaite conformité avec le modèle conceptuel proposé par l'Institut national de santé publique du Québec à l'égard de perspectives pour un vieillissement en santé (Cardinal, Langlois, Gagné, Tourigny, 2008).

Dans le même ordre d'idées, il est important de mentionner que des études ont démontré un report du besoin d'institutionnalisation lorsque des interventions individualisées en ergothérapie centrées sur le maintien de l'autonomie et l'engagement dans des activités signifiantes étaient offertes aux aînés (Amieva et coll., 2015), et ce, en réduisant la présence de comportements perturbateurs à domicile (Gitlin et coll., 2008), un des plus importants facteur d'institutionnalisation (Hébert, Dubois, Wolfson, Chambers et Cohen, 2001).

Par ailleurs, les interventions des ergothérapeutes appuient également certains des principes mis de l'avant par le MSSS quant aux CHSLD en tant que milieux de vie de qualité (MSSS, 2003), soit :

- « L'établissement doit favoriser le maintien et le renforcement des capacités des personnes hébergées ainsi que leur développement personnel, tout en tenant compte de leur volonté personnelle. » (p.3) ;
- « La qualité des pratiques passe avant tout par la préoccupation constante de la qualité de vie. » (p.4).

Ainsi, bien que le maintien d'une vie active chez les adultes hébergés constitue un défi de taille, il est des plus salutaires puisqu'il favorise un sentiment d'efficacité personnelle chez la personne hébergée qui est associé à une amélioration de la santé et de la qualité de vie (Scaffa & Bonder, 2009 et, comme cela a été mentionné précédemment, diminue la présence de comportements perturbateurs.

2.3. Problématiques particulières et interventions de l'ergothérapeute

Jusqu'à présent, le document a principalement abordé des principes généraux liés à l'intervention de l'ergothérapeute auprès des aînés vivant à domicile ou en CHSLD. La prochaine section donne une brève description d'interventions de l'ergothérapeute pour certaines des problématiques les plus couramment observées auprès des personnes résidant en CHSLD.

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

Comme il en a été fait mention antérieurement, des lignes directrices publiées en Grande-Bretagne et en Australie (NICE, 2006 ; GAC, 2016) font état d'interventions en ergothérapie ayant démontré des preuves d'efficacité auprès des personnes atteintes de démence. Sur le plan des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), l'ergothérapeute contribue à l'évaluation des causes et des facteurs d'influence des SCPD par son évaluation des habiletés fonctionnelles, et ce, en portant un regard particulier sur les aspects suivants :

- les incapacités de la personne (p. ex. : trouble de la mobilité, douleur, fatigabilité, problèmes sensoriels, troubles cognitifs) ;
- son environnement physique et humain (p. ex. : routine quotidienne institutionnelle, repères temporels et spatiaux, stimulation sensorielle, intimité, personnalisation de l'espace de vie, comportement des autres personnes hébergées, approche du personnel de soins, caractéristiques du matériel et des équipements utilisés) ;
- d'autres facteurs personnels (p. ex. : pertes et deuils multiples, histoire de vie, difficultés relationnelles et fonctionnelles) ;
- des facteurs liés à ses activités courantes (p. ex. : horaire personnel d'activités, ennui, préférences occupationnelles, niveau de complexité de la tâche, niveau de participation possible aux activités, moments ou tâches déclenchant plus particulièrement les SCPD).

Les interventions de l'ergothérapeute⁵ font partie des **approches non-pharmacologiques** à privilégier et incluent notamment :

- l'adaptation des routines (respect des besoins, désirs, préférences et habitudes, prévisibilité) ;
- l'adaptation de la communication et des interventions en tenant compte des capacités et des limites de la personne ;
- Le soutien et l'éducation des aidants et des proches aux attitudes et stratégies à adopter en vue de favoriser la prévention et la gestion des SCPD (p. ex. : structure et routines d'intervention) ;
- l'adaptation de l'environnement physique (positionnement, repères et indices visuels, absence de stimuli distrayants, éléments familiers, environnement organisé et simplifié, etc.) ;
- la pratique d'activités fonctionnelles (Algase et coll., 1996), significantes (Baum, 1995) et adaptées au résident selon ses capacités, préférences, intérêts et rôles (NICE 2006, 2015);
- la stimulation cognitive et sensorielle, et la réminiscence (NICE, 2006).

La prévention et, en dernier recours, l'utilisation de mesures de contention ou d'isolement

L'ergothérapeute est un des professionnels habilités par la loi à décider de l'utilisation des mesures de contention ou d'isolement. Par son expertise du fonctionnement quotidien, il contribue à la recherche de mesures de remplacement aux mesures de contrôle. Il participe également à l'évaluation interdisciplinaire requise pour déterminer la nécessité du recours à une mesure de contrôle et contribue à la définition du plan d'intervention qui accompagne une telle décision (OEQ, 2004).

Les AVQ : l'alimentation, les déplacements et l'hygiène

L'ergothérapeute évalue les habiletés fonctionnelles de la personne hébergée liées à sa capacité à participer à ses AVQ, incluant s'alimenter ou être alimenté (OEQ, 2006), se déplacer et assurer son hygiène. Ces activités quotidiennes influencent grandement la santé physique et la participation sociale de l'ainé. En effet, ces activités permettent notamment à l'ainé d'interagir avec les autres

⁵ L'OEQ a joint à l'annexe 1 un article décrivant de manière concrète le rôle de l'ergothérapeute dans la gestion des SCPD, autant en termes d'évaluation que d'intervention. Celui-ci s'inscrit dans une approche d'intervention développée par des experts états-uniens de la démence visant à standardiser l'évaluation et la gestion des SCPD incluant autant les approches pharmacologiques que non-pharmacologiques : l'approche DICE (Describe, Investigate, Create, Evaluate) (Fraker, Kales, Blazek, Kavanagh, Gitlin, 2014).

résidents et de participer à des activités sociales telles que les repas, des loisirs, des sorties familiales, etc.

L'alimentation

En ce qui a trait à cette importante activité de la vie quotidienne, l'ergothérapeute intervient sur deux plans : l'autonomie à réaliser cette tâche et la sécurité de la déglutition.

L'évaluation des habiletés fonctionnelles de l'ergothérapeute lui permet de recommander des interventions visant la participation optimale de la personne hébergée à la prise des repas selon ses capacités et ses préférences, par exemple :

- l'adaptation de l'environnement (Chard, Liu et Mulholland, 2009) et de l'activité, par exemple :
 - au plan de l'environnement humain : l'enseignement aux proches et aux intervenants, de l'ensemble des attitudes et stratégies (p. ex. : indices verbaux) à adopter en vue de favoriser la participation optimale de la personne hébergée à la prise des repas ;
 - au plan de l'environnement physique : la recommandation d'équipements et d'aides techniques (p. ex. : positionnement au fauteuil, au fauteuil roulant, ou au lit, aides techniques telles des ustensiles, plats et verres adaptés, organisation et simplification de l'environnement pour favoriser le déroulement et la sécurité de l'alimentation sécuritaire, etc. ;
 - au plan de l'activité : proposer un plat à la fois, mettre en place des stratégies de gestion du comportement lors des repas ;
- la contribution à la détermination de la voie d'alimentation (orale, non-orale, mixte) ou des caractéristiques des aliments (p. ex. : textures et consistances sécuritaires).

Les déplacements

Les déplacements à la marche ou en fauteuil roulant (incluant les transferts) sont une composante importante de la participation sociale puisqu'ils facilitent les interactions de la personne avec son environnement physique et humain. Compte tenu des problématiques de santé complexes des personnes hébergées, la sécurité des déplacements est souvent un enjeu de taille. Une analyse fine de la capacité de l'ainé à se déplacer est donc requise pour mettre en place les interventions les plus judicieuses qui favoriseront son autonomie et sa sécurité.

Selon les résultats de son évaluation, l'ergothérapeute peut proposer les interventions suivantes :

- la recommandation d'une aide à la marche ou d'un fauteuil roulant adapté à la condition de la personne et l'entraînement requis ;
- la recommandation d'aides à la posture pour faciliter la réalisation des AVQ, favoriser la santé et le bien-être de la personne (p. ex. : par la réduction de la douleur, la prévention des plaies) et faciliter les interactions sociales (p. ex. : par l'amélioration du contact visuel) ;
- la formation du personnel et des proches à l'utilisation des aides à la mobilité ou aux déplacements à la marche en toute sécurité ;
- les recommandations sur les modes de transport à privilégier pour les sorties (loisirs, sorties familiales, etc.) ;

- l'aménagement de l'environnement pour faciliter les déplacements et en assurer la sécurité ;
- la contribution à l'évaluation des comportements d'errance et à la mise en œuvre de stratégies de gestion du comportement, par exemple par la participation à des activités significatives.

L'hygiène

Les soins personnels, et plus particulièrement l'hygiène, s'avère être une catégorie d'activités quotidiennes nécessitant une quantité d'aide physique et verbale de plus en plus importante au fil de la progression des incapacités des résidents. L'évaluation des habiletés fonctionnelles de l'ergothérapeute est primordiale pour déterminer le niveau optimal de participation de la personne à son hygiène. Comme il s'agit d'une tâche où la survenance des SCPD est importante chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs et qui fait l'objet de préoccupations fréquentes chez les proches, une analyse fine de la réalisation de cette activité est cruciale. Les interventions de l'ergothérapeute pourront notamment porter sur :

- l'adaptation de l'activité pour faciliter la réalisation de la tâche par l'ainé, le personnel de soins et, au besoin, les proches (p. ex. : modification de l'horaire, adaptation des méthodes d'hygiène – le bain, la douche, l'évier, le lit, la répartition des tâches de soins personnels dans l'horaire quotidien ou hebdomadaire de la personne) ;
- l'adaptation de la tâche pour réduire les risques de SCPD ;
- la recommandation d'aides techniques, par exemple pour assurer un transfert sécuritaire au bain ou à la douche ;
- les recommandations au personnel de soins sur l'approche à préconiser, notamment quant au type de consignes verbales pour stimuler la participation de l'ainé.

La prévention et le traitement des plaies

Tout comme les infirmières, les infirmières auxiliaires, les médecins et les professionnels de la physiothérapie, les ergothérapeutes prodiguent des traitements reliés aux plaies, une activité réservée à ces professionnels. Pour les ergothérapeutes, de tels traitements auront comme finalité de favoriser l'autonomie optimale du client en interaction avec son environnement. En CHSLD, les interventions de l'ergothérapeute visent principalement les plaies de pression et les ulcères d'origine diabétique, artérielle ou veineuse. Elles s'effectuent selon un axe préventif ou curatif (OEQ, 2007 ; OEQ, Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec et Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, 2015).

La contribution particulière de l'ergothérapeute se révèle dans son analyse de l'interaction des capacités/incapacités de la personne, de ses occupations et des facteurs environnementaux qui peuvent avoir causé l'apparition et le développement de la plaie ou qui en limitent la guérison.

Les interventions de l'ergothérapeute peuvent cibler :

- les facteurs permettant de prévenir l'apparition d'une plaie, par exemple :
 - promouvoir et favoriser la mobilité, par un programme de prévention et de réduction des mesures de contention, un programme de prévention des chutes ou l'entraînement aux AVQ ;

- favoriser l'adoption de saines habitudes de vie qui auront un impact favorable sur l'intégrité de la peau, par exemple l'autonomie à l'hygiène, la capacité à s'alimenter et à s'hydrater, le maintien d'une bonne posture ;
- les facteurs ayant contribué au développement de la plaie ou influençant son évolution :
 - recommander l'utilisation de surfaces préventives (tels que les matelas spécialisés), d'équipements de posture, de mobilité et de transfert (tels que les coussins spéciaux pour fauteuils roulants) ou d'orthèses statiques pour mieux gérer les forces de pression, de friction ou de cisaillement ;
 - recommander l'utilisation de stratégies de réalisation des AVQ qui ont une incidence sur la plaie et qui tiennent compte des indications et des contre-indications cliniques (p. ex. : enseignement des principes de prévention des plaies de pression, sélection d'équipements et objets usuels dont les matériaux respectent la condition de la plaie, modification des techniques de mobilité au fauteuil roulant, enseignement aux aidants des méthodes et des techniques de transfert les plus appropriées).

Les enjeux de fin de vie

L'ergothérapeute fait une évaluation des habiletés fonctionnelles de la personne hébergée en fin de vie en vue de déterminer les obstacles freinant sa participation aux activités ou aux rôles sociaux qui lui sont signifiants et qui contribuent à sa sérénité (ACE, 2011). Les interventions de l'ergothérapeute visent notamment à optimiser la qualité de vie du résident par :

- un confort optimal et le soulagement de la souffrance [p. ex. : positionnement assis et couché (équipement, aides techniques, orthèses), techniques de transferts, de changement de position et de gestion de l'énergie, éducation aux aidants] ;
- la quête d'un « sens à sa vie » par la participation à une activité ou à un rôle social signifiant.

La gestion de la douleur

L'ergothérapeute contribue à l'évaluation des causes et facteurs de risque d'apparition de la douleur qu'elle soit d'origine neuromusculosquelettique (p. ex.: spasticité, scoliose) ou tissulaire (p. ex.: plaie). Il intervient ensuite selon un axe préventif ou curatif en vue de la résorption de la douleur ou de la prévention de son apparition, notamment par :

- l'adaptation de l'environnement physique :
 - le positionnement au fauteuil, au fauteuil roulant, au lit, lors des périodes de repos ou d'activités en position statique ou dynamique, facilitant ainsi la participation de la personne à ses AVQ ;
 - la confection d'orthèses statiques, la sélection d'aides techniques (p. ex. : modules de positionnement, pince à long manche, etc.),
 - la détermination des caractéristiques environnementales les plus favorables à la diminution de la douleur, notamment à l'égard des coussins, matelas, tissus, etc. ;

- le développement de stratégies contribuant à diminuer la douleur lors de la participation de la personne à ses AVQ, notamment les techniques de mobilité au lit, de transfert et l'entraînement de la personne hébergée à l'utilisation de ces stratégies ;
- l'enseignement aux proches et aux intervenants à l'utilisation des stratégies.

La prévention de l'isolement social et des troubles anxio-dépressifs

L'ergothérapeute a recours à la découverte ou à la reprise d'activités signifiantes pour la personne hébergée, et ce, en vue de faciliter la gestion de l'anxiété et des symptômes dépressifs ainsi que pour favoriser le maintien ou la reprise d'activités sociales, contribuant ainsi à diminuer l'isolement.

Thème 3. L'approche collaborative et l'interdisciplinarité

Les questions soumises pour orienter les réponses à ce thème sont :

- ✓ Comment devrait s'exprimer le travail interdisciplinaire dans le quotidien des intervenants (p. ex. : intervenant accompagnateur, auxiliaire aux services de santé et sociaux, préposé aux bénéficiaires, infirmière auxiliaire, infirmière, infirmière praticienne spécialisée, pharmacien, médecin) ?
- ✓ Quelles seraient les actions concrètes à mettre en place pour favoriser l'implantation de l'interdisciplinarité en contexte de partenariat avec l'utilisateur et ses proches ?

Recommandation n° 7. Assurer la mise en place dans tous les CHSLD du Québec d'une équipe diversifiée d'intervenants et de professionnels, dont des ergothérapeutes, contribuant à la définition et à la mise à jour périodique d'un plan d'intervention interdisciplinaire pour chaque résident.

Comme il en a été fait mention précédemment, divers ordres professionnels du secteur de la santé et des services sociaux, dont l'OEQ, ont produit un document sur cette thématique. Le point de vue de l'OEQ quant à l'importance du travail de collaboration interdisciplinaire dans les CHSLD y est donc exposé. Rappelons seulement que les soins et les services offerts aux personnes hébergées sont complexifiés par la nature et la diversité de leurs besoins (atteintes concomitantes sur les plans physique, psychologique, social et fonctionnel) et que, en conséquence, la réponse à ces besoins complexes nécessite une pluralité d'expertises offertes par une diversité de professionnels accessibles au moment opportun. La complémentarité des contributions apportées par les divers professionnels dans le respect des champs d'exercice et des activités réservées de chacun, combinée à une implication soutenue des clients, des intervenants et des proches, apparaît des plus primordiales pour assurer un plan de traitement et d'intervention coordonné, efficace et efficient.

À cet effet, le Protecteur du citoyen du Québec (2007) et le Curateur public du Québec (2014) font état de lacunes au niveau de l'établissement du plan d'intervention et de sa révision périodique. Tel qu'en font mention les orientations ministérielles pour les personnes hébergées en CHSLD, ce

plan favorise une meilleure coordination et une continuité des interventions. Son élaboration et sa mise à jour périodique requièrent une évaluation globale et continue, qui repose sur une collaboration étroite entre les différents intervenants, travaillant en interdisciplinarité. Malheureusement, selon les données disponibles à l’OEQ, il est estimé que les ergothérapeutes ne sont présents que dans environ 66 % des CHSLD du Québec. De plus, en ce qui concerne ces derniers, trop souvent encore, les ressources sont insuffisantes pour qu’ils puissent répondre à l’ensemble des besoins. Il apparaît impératif que le MSSS remédie à cette situation s’il veut s’assurer que les **engagements du ministre et des présidents-directeurs généraux soient respectés en tous points** car, rappelons-le, un nombre important de ces engagements porte directement sur l’autonomie optimale des résidents dans leurs activités courantes, notamment l’alimentation, les déplacements et l’hygiène.

Thème 4. Les compétences requises, la formation continue et la valorisation des employés au travail

Les questions soumises pour orienter les réponses à ce thème sont :

- ✓ Comment soutenir les intervenants devant les besoins évolutifs des usagers et la complexification des soins à prodiguer en raison, notamment, d’un accroissement des troubles cognitifs et des maladies chroniques ?
- ✓ Quelles sont les approches organisationnelles à mettre en place pour valoriser et mobiliser les intervenants ?
- ✓ Comment offrir des milieux de vie de qualité et axés sur la bientraitance ?

Recommandation n° 8. S’assurer de soutenir activement le développement professionnel des intervenants et des professionnels
--

Comme il en a été fait mention précédemment, il est essentiel que tous les CHSLD puissent bénéficier des compétences d’une équipe d’intervenants et de professionnels diversifiés étant donné la complexité des problématiques vécues par les résidents de tels milieux. Cette diversité s’exprime autant dans la nature des compétences des membres de l’équipe que dans le niveau de leur formation de base.

Pour ce qui est de l’ergothérapeute, il compte sur une solide formation de base – une maîtrise professionnelle – pour œuvrer auprès des personnes hébergées en CHSLD dont la problématique est complexe. S’inscrivant dans une philosophie d’intervention biopsychosociale, la profession d’ergothérapeute requiert des connaissances à la fois des composantes physiques, psychiques et perceptivo-cognitives et de l’environnement. Outre ces composantes, l’ergothérapeute possède des connaissances approfondies sur l’analyse, l’utilisation et l’adaptation de l’activité sous toutes ses formes, faisant ainsi de lui un expert de l’occupation. Il peut ainsi participer à la formation des membres du personnel et des bénévoles des CHSLD afin de parfaire leurs connaissances des problématiques propres aux clientèles bénéficiant de leurs services. Comme nous l’avons vu sous les thèmes antérieurs, le NICE (2006) en fait même une recommandation explicite.

Par ailleurs, les ergothérapeutes sont des professionnels qui prennent à cœur leur développement professionnel et ils s'investissent grandement dans des activités de mise à jour de leurs compétences. Il est important que leur milieu de travail les soutienne en ce sens et que les ressources consenties à cette fin soient au rendez-vous, autant en termes de temps disponible que de financement.

De son côté, l'OEQ contribue au développement professionnel des ergothérapeutes par une offre variée de formations dont plusieurs sont pertinentes aux types d'interventions réalisés en CHSLD, par exemple :

- Optimiser l'autonomie des personnes âgées ayant des déficits cognitifs, pour une clientèle en CLSC, réadaptation et CHSLD ;
- Intervention de l'ergothérapeute auprès de personnes adultes ou d'ânés présentant des difficultés à s'alimenter ;
- Gestion des mesures de contrôles (contention et isolement) : rôle de l'ergothérapeute
- Prévention et traitement des plaies de pression ;
- Évaluation de l'inaptitude : approches éthique, juridique et clinique, et processus d'évaluation ;
- Dépistage et effets de la déficience visuelle sur le quotidien des adultes et des ânés ;
- Impacts des difficultés cognitives sur les habitudes de vie : modèles théoriques et applications cliniques.

En résumé, pour que les CHSLD soient des milieux de travail stimulant pour un professionnel, le travail interdisciplinaire doit lui permettre de faire bénéficier le résident, ses proches et l'équipe de ses pleines compétences. Il doit pouvoir s'investir dans des projets cliniques, l'enseignement et la recherche et que du temps soit reconnu pour une telle participation. En somme, le milieu doit valoriser son développement professionnel. À cet effet, l'OEQ offre sa collaboration aux établissements en ce qui a trait à la formation continue des ergothérapeutes.

Thème 5. Un continuum de soins visant l'intégration des services

Les questions soumises pour orienter les réponses à ce thème sont :

- ✓ Comment assurer l'intégration des services et soutenir, au plan organisationnel, l'application de la démarche clinique ?
- ✓ Comment soutenir une organisation de services orientée vers la réponse aux besoins convenus avec l'utilisateur et ses proches ?

Compte tenu du délai pour répondre à la présente consultation, l'OEQ n'a pu investir pleinement cette question. Toutefois, plusieurs éléments pertinents à l'organisation des services orientée vers la réponse aux besoins convenus avec l'utilisateur et ses proches se trouvent sous les thèmes précédents, notamment :

- la nécessité de mettre en place une équipe interdisciplinaire aux expertises diversifiées pour répondre à la complexité des enjeux présentées par les résidents des CHSLD ;

- la nécessité d’une évaluation des habiletés fonctionnelles des résidents réalisée par l’ergothérapeute pour déterminer leur plein potentiel d’autonomie et mettre en place des routines et des stratégies d’intervention répondant à leurs besoins et à leurs préférences sur le plan des AVQ et des autres activités courantes (p. ex. : loisirs) ;
- la nécessité pour les milieux de mettre de l’avant une approche centrée sur le résident et ses proches, et ce, dès leur arrivée dans le CHSLD et s’assurer d’adapter le milieu de vie, les routines de soins et la réalisation des AVQ à leurs besoins et préférences, et non l’inverse.

Thème 6. Une organisation du travail qui favorise des soins d’hygiène et une alimentation adaptés aux besoins du résident

Les questions soumises pour orienter les réponses à ce thème sont :

- ✓ Comment offrir un environnement adapté aux besoins alimentaires particuliers des résidents dans le respect de leurs capacités sur les plans physique et social (ex. : apport calorique et hydratation suffisante) ?
- ✓ Comment adapter les soins d’hygiène aux besoins cliniques et aux particularités du résident ?

Les recommandations et les réponses données par l’OEQ aux questions des thèmes 1 à 3 couvrent ces aspects.

Thème 7. L’adaptation des lieux aux particularités des usagers et à l’organisation du travail

La question soumise pour orienter les réponses à ce thème est :

- ✓ Comment adapter l’organisation physique des lieux aux besoins particuliers du résident, tout en assurant le respect de l’intimité, la sécurité, le bien-être physique, le bien-être psychologique et l’optimisation de l’autonomie fonctionnelle ?

Comme il en a été fait mention sous les thèmes précédents, les CHSLD sont des milieux qui doivent viser un difficile équilibre entre deux missions : être un milieu de vie tout en étant un milieu de soins et d’intervention pour des personnes aux besoins complexes. Pour plusieurs d’entre elles, ce milieu sera leur dernier domicile. Ainsi, en plus de cette dualité, les gestionnaires doivent prévoir l’inclusion de soins de fin de vie. Il faut aussi penser aux résidents les plus jeunes pour qui ce milieu sera le leur pour une période généralement beaucoup plus longue et qui ont des besoins personnels fort différents.

L’environnement physique doit être planifié en fonction de la grande diversité des besoins des personnes hébergées et de leurs proches. À cette fin, l’expertise des ergothérapeutes peut être mise à contribution sur plusieurs plans. En effet, la formation universitaire de l’ergothérapeute le

prépare à intervenir dans le domaine de l'adaptation de l'environnement et à appliquer les principes d'accessibilité universelle.

Ce document a fourni de nombreux exemples de contributions de l'ergothérapeute dans ce domaine :

- les ergothérapeutes présents dans les équipes interdisciplinaires des CHSLD, des suites de leur évaluation des habiletés fonctionnelles des résidents, peuvent recommander le meilleur aménagement de la chambre et de la salle de bain d'un résident ainsi que recommander les aides techniques appropriées pour favoriser une autonomie fonctionnelle optimale ;
- les ergothérapeutes peuvent recommander l'aménagement de l'environnement pour les personnes ayant des troubles neurocognitifs pour faciliter leurs déplacements, leur orientation, la réalisation des AVQ, notamment par l'ajout de repères visuels ou sensoriels, la réduction des stimuli de l'environnement, etc. ;
- l'ergothérapeute peut contribuer à l'aménagement des espaces dédiés aux loisirs pour s'assurer qu'ils soient adaptés aux besoins de la plus grande diversité possible de résidents.

De surcroît, d'autres interventions en ergothérapie sont également possibles :

- un ergothérapeute-conseil pourrait appuyer l'équipe de gestion dans la planification des espaces, l'aménagement des chambres et des pièces communes pour qu'ils répondent aux besoins prévisibles des résidents, des proches et du personnel, notamment en ce qui a trait à la mise en place d'unités prothétiques ;
- les ergothérapeutes peuvent également procéder à l'analyse des tâches de travail du personnel soignant pour leur recommander l'utilisation d'équipements et la modification de l'aménagement des lieux pour faciliter leur travail tout en favorisant leur sécurité ainsi que celle du résident.

Comme cela a maintes fois été répété dans ce document, il est nécessaire de tenir compte des préférences des résidents et des proches, non seulement dans la planification des activités mais également dans la planification de l'environnement. Il faut donc réitérer la nécessité de permettre au résident de personnaliser son espace personnel le plus possible, la familiarité de l'environnement étant fort importante pour les personnes atteintes de troubles neurocognitifs. En résumé, il faut tenter de rapprocher le plus possible le CHSLD d'un milieu de vie « naturel », particulièrement dans les espaces de vie personnels.

Thème 8. Les collaborations avec les différents partenaires

Les questions soumises pour orienter les réponses à ce thème sont :

- ✓ La clarification des rôles et responsabilités de l'ensemble des acteurs ainsi qu'une compréhension des trajectoires de services en SAD peuvent-elles contribuer à la mobilisation de l'ensemble de ces partenaires que sont, notamment, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les résidences privées pour aînés ?
- ✓ Comment impliquer la communauté ?
- ✓ Comment favoriser la continuité des relations des résidents et de leurs proches ? Comment briser l'isolement ?

Compte tenu du délai pour répondre à la présente consultation, l’OEQ n’a pu investir pleinement cette question. Toutefois, des éléments pertinents à la continuité des résidents et de leurs proches de même qu’à l’isolement social se trouvent sous le thème 3.

Conclusion

La clientèle hébergée en CHSLD présente une problématique complexe dont la réponse nécessite une pluralité d’expertises offertes par une diversité de professionnels qui doivent, par conséquent, être accessibles au moment opportun, ce qui implique une quantité optimale de ressources professionnelles allouées.

En ce qui a trait aux services d'ergothérapie requis par la clientèle hébergée, ils sont non seulement multiples, mais s'inscrivent également en continu dans le temps, et ce, dès l'admission, **nécessitant ainsi la présence d'ergothérapeutes sur les équipes de base de chaque CHSLD**. L'approche centrée sur le client, l'approche milieu de vie, l'interdisciplinarité et l'exercice compétent sont les pierres angulaires de la prestation de services de qualité aux personnes hébergées, favorisant ainsi leur participation sociale, leur autonomie, leur qualité de vie, leur bien-être. Nous saluons les orientations ministérielles québécoises publiées en 2003 qui comportent des principes directeurs forts et nous espérons qu'ils seront réitérés et réellement mis de l'avant à l'occasion des présents travaux dans l'optique d'offrir aux personnes hébergées des services de qualité qui sauront répondre à leurs besoins et contribuer à leur qualité de vie et à leur bien-être. Nous saluons également les engagements pris par le ministre de la Santé et des Services sociaux et les présidents directeurs-généraux des établissements de santé et de services sociaux du Québec et leur assurons le soutien de l’OEQ dans tout effort visant à améliorer la prestation de soins et de services aux personnes hébergées en CHSLD.

Collaborateurs

L’Ordre des ergothérapeutes du Québec remercie chaleureusement les ergothérapeutes suivantes qui ont généreusement contribué à la préparation de ce document :

Nathalie Bier, erg., Ph. D., professeure agrégée, Programme d’ergothérapie, École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal et Centre de recherche de l'Institut Universitaire de gériatrie de Montréal (CRIUGM).

Dominique Giroux, erg. Ph. D., professeure agrégée, Département de réadaptation, Faculté de médecine, Université Laval et Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ) du CHU de Québec.

Chantal Viscogliosi, erg., Ph. D., stagiaire postdoctorale, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, Centre de recherche sur le vieillissement du Centre intégré de santé et de services sociaux de l’Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

Références

Algase, D. L., Beck, C, Kolanowski, A., Whall, A., Berent, S., Richards, K., et coll. (1996). Need-Driven Dementia-Compromised Behaviour: An alternative view of disruptive behavior. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 11, 10-19.

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

Association canadienne des ergothérapeutes (2011). Prise de position de l'ACE. L'ergothérapie et les soins de fin de vie. Ottawa, Canadian Association of Occupational Therapists, 9p. Repéré à : <http://www.caot.ca/pdfs/positionstate/findevie.pdf>.

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

Baum C. (1995). The contribution of occupation to function in persons with Alzheimer's disease. *Journal of Occupational Science*, 2(2), 59-67.

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

Centre de santé et de services sociaux du Lac-des-Deux-Montagnes (2007). *Personnes en perte d'autonomie. Réseau d'éclaireurs et de veilleurs pour les aînés (RÉVA)*. Repéré à : <http://www.moncsss.com/soins-et-services/personnes-en-perte-dautonomie/formation-reva.html>

Chard, G., Liu, L. et Mulholland, S. (2009). Verbal cueing and environmental modifications: strategies to improve engagement in occupations in persons with Alzheimer disease. *Physical Occupational Therapy in Geriatrics*, 27(3), 197-211.

Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., Thein, K., et Dakheel-Ali, M. (2010). The impact of past and present preferences on stimulus engagement in nursing home residents with dementia. *Aging & Mental Health*, 14(1), 67–73.

Curateur Public du Québec (2014). *Consultations particulières et auditions publiques sur les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Mémoire du curateur public du Québec à la commission de la santé et des services sociaux*. Montréal, le 12 février 2014.

Fougeyrollas, P. (2010). *Le funambule, le fil et la toile. Transformations réciproques du sens du handicap*. Québec : Les Presses de l'Université Laval, dans Rodrigue, G., Raymond, E., Lacroix, N. (2016). La participation sociale des aînés vivant en ressource d'hébergement : facteurs personnels et environnementaux. Les Cahiers du CREGÉS, 2016, vol. 1, CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, p.9.

Fraker, J., Kales, H.C., Blazek, M., Kavanagh, J. et Gitlin, L.N. (2014). The Role of the Occupational Therapist in the Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia in Clinical Settings. *Occupational Therapy in Health Care*, 28(1), 4-20. DOI: 10.3109/07380577.2013.867468

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* [Internet], 16(3), 229–39. Repéré à : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1064748112605843>

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

Harmer, B.J. et Orrell, M. (2008). What is meaningful activity for people with dementia living in care homes? A comparison of the views of older people with dementia, staff and family carers. *Aging & Mental Health*, 12(5), 548-558.

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

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 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.

Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L. et Raymond, E (2011). Aînés : vous avez dit participation sociale ? *La santé de l'homme*. N° 411 (janvier-février 2011), p 27-28. Repéré à <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-homme-411.pdf>

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

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2013). *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées*. Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 471p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD – Orientations ministérielles*. Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 33p.

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

National Institute for Health and Care Excellence (2015). *Older people in care homes*. Local government briefing. Repéré à : nice.org.uk/guidance/lgb25.

- National Institute for Health and Care Excellence (2008). *Mental wellbeing in over 65s: occupational therapy and physical activity interventions (PH16)*. Repéré à : nice.org.uk/guidance/ph16.
- National Institute for Health and Care Excellence (2006). *Dementia: supporting people with dementia and their carers in health and social care*. Repéré à : nice.org.uk/guidance/cg42.
- Office des professions du Québec (OPQ) (2013). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. Guide explicatif*. Québec, OPQ, 94p.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (2016). *Miser sur la participation sociale pour contrer la maltraitance et favoriser la bientraitance des personnes âgées. Mémoire de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec sur le projet de Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022*. [repéré à : http://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Doc_professionnels/OEQ_Memoire_maltraitance_MFA-Mai2016B.pdf]
- Ordres des ergothérapeutes du Québec (2007). *Prodiguer des traitements reliés aux plaies — Une activité réservée aux ergothérapeutes*. Montréal, OEQ, 8p.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (2006). *Au-delà de la dysphagie, la personne avant tout. Rôle de l'ergothérapeute auprès des personnes présentant des difficultés à s'alimenter ou à être alimentées*. Montréal, OEQ, 4p.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (2006). *Les mesures de contention: de la prévention à leur utilisation exceptionnelle — Guide de l'ergothérapeute*. Montréal, OEQ, 26p.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec, Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec et Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (2014). *Une action concertée pour optimiser le traitement des plaies chroniques et complexes. Cadre de collaboration interprofessionnelle pour les ergothérapeutes, les infirmières et les professionnels de la physiothérapie*. Montréal, OIIQ, 23p.
- Protecteur du citoyen (2007). *Rapport annuel 2006-2007. Les centres d'hébergement et de soins de longue durée*, p.233-238. [repéré à : https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_annuels/2006-07/RA_0607_28.pdf]
- 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.
- Robitaille, J. (2013). *L'évaluation du statut fonctionnel à l'urgence de la personne âgée ayant des troubles cognitifs : Un prédicteur de l'orientation à la sortie ?* Mémoire déposé dans le cadre de l'obtention du grade de Maître ès Sciences (M.Sc.), programme de Maîtrise en médecine expérimentale, Université Laval.
- Scaffa, M.E. et Bonder, B.R. (2009). Health promotion and wellness. In B.R. Bonder & V. Del-Bello-Haas (Eds.), *Functional performance in older adults* (3rd ed., pp. 448-467). Philadelphia: FA Davis.
- Tak, S.H., Kedia, S., Tongumpun, T.M. et Hong, S.H. (2015). Activity Engagement: Perspectives from Nursing Home Residents with Dementia. *Educational Gerontology*, 41(3), 182-192.

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

Veillette, N. (2016). *L'ergothérapie à l'urgence*. Repéré à <http://www.ergotherapie-urgence.com/>.

Annexe 1. Article sur le rôle potentiel de l'ergothérapeute dans la gestion des SCPD

Fraker, J., Kales, H.C., Blazek, M., Kavanagh, J. et Gitlin, L.N. (2014). The Role of the Occupational Therapist in the Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia in Clinical Settings. *Occupational Therapy in Health Care*, 28(1), 4-20. DOI: 10.3109/07380577.2013.867468

Nota :

Pour des raisons de droits d'auteurs, l'Ordre ne peut inclure cet article en annexe de la publication de ce rapport sur son site Web.

Les personnes intéressées à en prendre connaissance peuvent se le procurer à l'adresse <http://tandfonline.com/loi/iohc20>

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