



ACTUALITÉS ERGOTHÉRAPIQUES

septembre/octobre 2007 • VOLUME 9 • 5

Table des matières

- 2** **Message de la présidente**
Susan Forwell
- 3** **Réflexions sur le rôle des ergothérapeutes dans la promotion de la participation des aînés à des occupations significatives**
Deirdre R. Dawson et Bianca Stern
- 6** **Les chutes chez les aînés : des ergothérapeutes oeuvrant dans la communauté afin de promouvoir la participation des aînés**
Mary Lou Boudreau et Darla King
- 10** **Les personnes âgées et la conduite automobile : un regard sur l'évaluation réalisée par les ergothérapeutes**
Nicol Korner-Bitensky, Darene Toal-Sullivan et Claudia von Zweck
- 13** **PLEINS FEUX SUR LA TECHNOLOGIE D'ASSISTANCE**
L'ergothérapie et la perte de vision : aides techniques pour les aînés
Linda Petty et Lizna Husnani
- 16** **Réaliser des occupations qui étaient significatives autrefois pour continuer d'avoir un but dans les établissements de soins de longue durée**
Joanne Gillis
- 18** **SURVEILLEZ VOTRE PRATIQUE**
La planification du congé chez les aînés : la valeur ajoutée des visites à domicile en ergothérapie
Rene Taylor, Linda Kurytnik et Kerrie Pain
- 20** **QUAND LA THÉORIE REJOINT LA PRATIQUE**
Le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel pour l'évaluation des besoins d'aînés ayant une atteinte cognitive et résidant en maison d'accueil
Michèle Hébert, Rachel Thibeault, Thomas Brind'Amour et Jean-Pascal Beaudoin
- 23** **LE SENS DE L'AGIR**
Récits de vie, occupations, participation sociale et vieillissement
Barry Trentham
- 27** **Des ergothérapeutes collaborent avec la communauté pour contribuer au développement de Memory P.L.U.S.**
Kathy Gallagher
- 28** **PLEINS FEUX SUR LA TECHNOLOGIE D'ASSISTANCE**
Le rôle de l'ergothérapie dans le nouveau monde de la technologie de localisation
Elizabeth Steggle
- 29** **Foire aux questions sur la technologie de localisation**
Elizabeth Steggle, James Leslie et Sue Baptiste

Toute déclaration figurant dans un article publié dans *Actualités ergothérapeutiques* est la seule responsabilité de l'auteur et, sauf avis contraire, ne représente pas la position officielle de l'ACE qui, de plus, n'assume aucune responsabilité envers une telle déclaration. *Actualités ergothérapeutiques*, une tribune consacrée à la discussion de questions qui touchent les ergothérapeutes, fait appel à votre participation.

TOUS DROITS DE RÉDACTION RÉSERVÉS

AE et l'ACE n'endossent pas nécessairement les annonces acceptées pour publication.

PRÉSIDENTE D'HONNEUR DE L'ACE

Son Excellence la très honorable Michaëlle Jean C.C., C.M.M., C.O.M., C.D. Gouverneure générale du Canada

PRÉSIDENTE DE L'ACE

Sue Forwell, PhD

DIRECTRICE NATIONALE DE L'ACE

Claudia von Zweck, PhD

RETOURNER LES COLIS NON DISTRIBUABLES PORTANT UNE ADRESSE CANADIENNE À L'ADRESSE SUIVANTE :

Association canadienne des ergothérapeutes
Édifice CTTC, Suite 3400
1125 promenade Colonel By
Ottawa, Ontario K1S 5R1
courriel : publications@caot.ca

INDEXAGE

Les Actualités ergothérapeutiques sont maintenant indexées dans : CINAHL, ProQuest et OTDBase.

PUBLICITÉ

Lisa Sheehan
(613) 523-2268, poste 232
courriel : advertising@caot.ca

TARIFS PUBLICITAIRES

Linda Charney
(613) 523-2268, poste 242
courriel : subscriptions@caot.ca

DROIT D'AUTEUR

L'Association canadienne des ergothérapeutes détient le droit d'auteur des Actualités ergothérapeutiques. Une autorisation écrite de l'ACE doit être obtenue pour photocopier, reproduire ou réimprimer en partie ou en entier ce périodique, sauf avis contraire. Un tarif par page, par tableau ou par figure sera applicable pour fins commerciales. Les membres de l'ACE ou de l'ACOTUP sont autorisés à photocopier jusqu'à 100 copies d'un article, si ces copies sont distribuées gratuitement à des étudiants ou à des consommateurs, à titre informatif.

Pour toute question concernant le droit d'auteur, communiquer avec Lisa Sheehan
courriel : copyright@caot.ca

Actualités ergothérapeutiques est publié six fois par année (à tous les deux mois, à partir de janvier), par l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE).

RÉDACTRICE EN CHEF

Fern Swedlove, BScOT, Diplôme en communications
Tél./Télécop. : (204) 453-2835 (MB)
courriel : otnow@caot.ca

TRADUCTION

De Shakespeare à Molière, Services de traduction

CONCEPTION GRAPHIQUE ET MISE EN PAGE

JAR communications

RESPONSABLE DE L'INDEXAGE DES MOTS

CLÉS EN LIGNE

Kathleen Raum

COMITÉ DE RÉDACTION DE L'ACE

Présidente : Catherine Vallée
Membres : Pam Andrews, Emily Etchevery,
Gail Langton, Anita Unruh et Brenda Vrkljan.
Ex-officio : Marcia Finlayson et Fern Swedlove

CHRONIQUEURS ATTITRÉS

Évaluations critiques d'articles scientifiques (ECAS)

Lori Letts, PhD

Liens internationaux

Sandra Bressler, MEd

PLEINS FEUX SUR LA TECHNOLOGIE D'ASSISTANCE

Roselle Adler, BScOT et Josée Séguin, MSc

L'ergo-rétro

Sue Baptiste, MHS

Réflexions sur la pratique privée

Lorian Kennedy, MScOT

Le sens de l'agir

Helene J. Polatajko, PhD et Jane A. Davis, MSc

Télé-ergothérapie

Lili Liu, PhD et Masako Miyazaki, PhD

Quand la théorie rejoint la pratique

Heidi Cramm, MSc

Surveillez votre pratique

Sandra Hobson, MAEd

Message de la présidente

Susan Forwell

Avez-vous déjà entendu quelqu'un dire d'une autre personne qu'elle ne faisait pas son âge, comme s'il existait une certaine notion préconçue de l'allure que devrait avoir une personne à un âge donné? Margery Cunningham (2004) nous fait remarquer que nous croyons savoir ce à quoi ressemble la vieillesse, alors que nous n'avons aucune idée de ce qu'une personne âgée ressent réellement. Elle affirme également que le monde habité par les aînés est sans doute fort différent de l'image que nous nous en faisons. Nous pouvons seulement imaginer que la façon dont les aînés vivent leur quotidien est éclairée, du moins en partie, par une vie riche d'expériences, de relations, d'habitudes et de préférences, accompagnée de changements progressifs aux plans sensoriel, physique et cognitif.

Les ingrédients essentiels à la préservation de la qualité de vie sont les suivants : conserver un sentiment de contrôle sur soi et avoir la possibilité de faire des choix dans les occupations de la vie quotidienne, en prenant des risques raisonnables pour soi et pour les autres (Law et al.; McKnight, 1989). Toutefois, la possibilité d'exercer un contrôle et de faire des choix n'est pas nécessairement synonyme d'une participation en toute autonomie. En effet, la recherche d'une confiance et d'une interdépendance entre les structures physiques, sociales et culturelles et les réseaux sociaux d'une personne est sans doute préférable. Les approches visant à faciliter la participation autonome ou interdépendante d'une

personne doivent permettre à cette dernière de faire les choses différemment. C'est en proposant diverses solutions aux aînés que les ergothérapeutes les aident à réaliser les occupations de leur choix en vue de favoriser leur pleine participation, peu importe les moyens et la manière d'y parvenir. La possibilité de faire des choix, la préservation du sentiment de contrôle et la participation à des occupations quotidiennes, peu importe que cela soit de manière autonome ou interdépendante, sont des valeurs impératives, situées au cœur de l'ergothérapie. Tout en lisant les pensées profondes exprimées dans ce numéro, nous sommes invités à réfléchir à nos proches, à nos clients, à nos collègues, à nous-mêmes et à toutes les personnes qui veulent avoir la certitude, en vieillissant, que ces valeurs seront protégées.

Références

- Cunningham, M. (2004). Old is a three-letter word. *Geriatric Nursing*, 25, 277-280.
- Law, M., Polatajko, H., Baptiste, S., et Townsend, E. (1997). Concepts de base de l'ergothérapie. Dans ACE (2002). *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie* (éd. rév.). Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- McKnight, J.L. (1989). Health and empowerment. *Canadian Journal of Public Health*, 76(5), S37-S38.

Réflexions sur le rôle des ergothérapeutes dans la promotion de la participation des aînés à des occupations significatives

Deirdre R. Dawson et Bianca Stern

Car l'âge est une opportunité égale à la jeunesse, mais vêtu d'une autre robe, alors que le crépuscule s'efface, le ciel s'emplit d'étoiles invisibles le jour.

Henry Wadsworth Longfellow

Tous les matins, lorsque nous nous rendons à la marche à nos bureaux de Baycrest (qui est notre lieu de travail ainsi qu'un centre de recherche en sciences de la santé centré sur le vieillissement), nous rencontrons plusieurs personnes âgées. M. H, un homme âgé, charge sa voiture de repas à livrer à des aînés qui ne peuvent sortir de chez eux; Mme S chantonne en arrosant ses plantes et nous dit en passant qu'elle apprécie d'être encore en vie en cette belle journée et M. P, un résident de notre centre d'hébergement pour personnes âgées, qui est bien vêtu et bien positionné dans son fauteuil roulant (c'est-à-dire sans ceinture de contention et sans glisser sur son siège), fixe quelque chose au loin et hausse les épaules par moments, comme pour répondre à quelque chose qu'on lui dit. Ces clichés de la vie quotidienne nous poussent à poser la question suivante : qu'est-ce qui permet à certains aînés de demeurer actifs, engagés et de trouver un sens à la vie alors que d'autres n'y arrivent pas? Le vieillissement est un état variable et complexe et nous savons que ce n'est pas simplement une question de génétique ou un déclin des habiletés cognitives et physiques qui détermine comment nous vieillissons et comment nous traversons le troisième ou le quatrième âge. Cette prise de conscience amène les ergothérapeutes à se poser la question suivante : comment pouvons-nous favoriser la participation continue de l'adulte vieillissant à des occupations significatives tout au long du troisième ou du quatrième âge?

Qu'est-ce qui aide les aînés à demeurer actifs et engagés?

Le vieillissement entraîne inévitablement un déclin des fonctions mentales et physiques. Nos « trous » de mémoire augmentent (pourquoi suis-je venu au sous-sol?), nos articulations grincent et nous nous accrochons davantage à nos vieilles habitudes. Pourtant, la trajectoire du déclin varie considérablement d'une personne à l'autre. Nous connaissons tous des aînés âgés de 70, 80 et même de 90 ans qui continuent à travailler, à participer à des loisirs captivants, à vivre de manière autonome et à être actifs physiquement (certains courent même des marathons!). Ces personnes continuent d'apprécier leurs occupations et de participer activement à des activités qui sont significatives pour elles.

Il y a beaucoup de choses que nous ne pouvons pas changer et qui ont un impact significatif sur la façon dont nous vieillissons (p. ex., bagage génétique, niveau de scolarité). Heureusement, il y a aussi des facteurs que nous pouvons définitivement changer et qui ont des effets positifs sur le processus de vieillissement. Par exemple, on a découvert que chez les aînés, le conditionnement physique augmentait considérablement le volume du cerveau (matière blanche et grise) (Colcombe et al., 2006). En outre, des études indiquent

que certains programmes informatiques de conditionnement du cerveau pourraient avoir un effet positif sur les fonctions cognitives. Par ailleurs, des effets positifs sur la cognition et sur l'état psychosocial général ont été observés chez des aînés ayant suivi des programmes à multiples facettes et ayant modifié leur environnement. En effet, nous avons mené une étude combinant l'enseignement de stratégies, l'entraînement de la mémoire et l'entraînement psychosocial et nous avons observé des effets positifs dans chaque domaine, après seulement 12 heures d'entraînement en groupe chez des aînés vieillissant normalement (Stuss et al., 2007). Par ailleurs, on a démontré, dans une étude sur les animaux (chez des rats âgés, pour être plus précis), qu'un enrichissement de l'environnement externe pouvait compenser certaines baisses des fonctions associées au vieillissement.

Bien que nous ne revendiquions pas que le rôle d'animer des programmes d'entraînement aérobique ou de prescrire des programmes informatiques de conditionnement du cerveau doive être assumé par l'ergothérapeute, nous croyons, dans un premier temps, qu'il est important de comprendre certaines des études de base qui sont associées au vieillissement. Par ailleurs, il y a certains points communs et certaines différences entre ces études qui présentent un intérêt. Bien que les activités soient différentes dans ces études (exercices aérobiques, programmes informatiques, réadaptation cognitive, se déplacer dans un environnement complexe), elles permettent d'émettre l'hypothèse selon laquelle l'effort fourni pour s'engager dans une activité pourrait être valable en soi et constituer un avantage positif.

Le second élément important est la possibilité de choisir une activité significative. Notre programme de réadaptation cognitive exigeait que les participants de l'étude travaillent sur un objectif qu'ils avaient eux-mêmes choisi. On pourrait avancer que cet élément était également présent dans l'étude sur les animaux. En effet, dans leur environnement complexe, les animaux choisissent l'activité de leur choix – courir dans une roue, se cacher dans une boîte, etc. Bien que le degré de conscience associé à ces activités soit différent chez les humains et les adultes, nous posons l'hypothèse que la possibilité de faire des choix est un élément important pour inciter une personne à participer à une occupation valorisée.

Troisièmement, il est possible d'imaginer, du moins dans les études sur les humains, que les participants avaient une croyance implicite en la valeur de leur occupation. Nous posons l'hypothèse que les participants font ainsi preuve d'une autoefficacité positive. L'autoefficacité est l'autoévaluation de la capacité d'une personne d'adopter des comportements particuliers dans des situations données. Une réduction de l'autoefficacité peut avoir des effets ayant de nombreuses ramifications. Par exemple, un aîné qui oublie un rendez-vous important ou une date importante perd confiance (autoefficacité) en sa capacité de se rappeler de la prochaine date importante. Ceci peut entraîner le choix d'un mauvais comportement d'adaptation (p. ex., refuser de croire que sa mémoire est en train de changer). La participation devient

encore plus inefficace et la spirale commence à descendre vers le bas. Avec le temps, la personne peut avoir le sentiment qu'elle n'a plus d'emprise sur sa vie (son sentiment de contrôle devient externe) et elle opte pour des comportements d'adaptation fondés sur l'évitement plutôt que pour des comportements centrés sur le problème et elle devient moins confiante en ses capacités; éventuellement, sa participation se détériore encore davantage.

Cependant, même devant une perte significative d'autonomie (perte de mémoire ou autres pertes), cette spirale descendante ne se produit pas nécessairement. Une collègue menant une recherche sur le sentiment de contrôle, la cognition et le vieillissement raconte l'histoire de Mme M, une autre résidente de Baycrest. Mme M était complètement dépendante physiquement, mais elle avait attribué une cote très élevée à son sentiment de contrôle, à l'aide de l'échelle interne (c'est-à-dire qu'elle avait le sentiment d'exercer un contrôle sur sa vie). Surprise de cette incongruence apparente, ma collègue l'a interrogée à ce sujet. « Eh bien, je peux encore décider si je veux manger, n'est-ce pas? », a répondu Mme M.

Les travaux déterminants de Bandura (1982) ont permis de démontrer que les personnes ayant des degrés élevés d'auto-efficacité participent à un plus large éventail d'activités, qu'elles dirigent leur énergie vers ces activités et qu'elles font montre d'une plus grande persévérance. D'autres ont démon-

tré qu'un meilleur rendement au plan de la mémoire, une plus grande utilisation des aides-mémoire compensatoires et de moins grandes pertes fonctionnelles chez les aînés étaient associés à une plus grande auto-efficacité (McDougal, 2004; Mendes de Leon, Seeman, Baker, Richardson et Tinetti, 1996). Ces résultats sont conformes aux travaux de nos collègues en ergothérapie publiés récemment dans la Revue canadienne d'ergothérapie (Griffith et al., 2007). Ces chercheurs ont demandé à huit personnes âgées ayant toutes subi d'importantes pertes d'autonomie physique ce qui donnait un sens à leur participation à des occupations. Les aînés ont répondu que les facteurs suivants étaient importants : ouverture à une gamme d'expériences dans la vie quotidienne, sentiment de participer à la vie malgré la perte de capacités physiques, appréciation de l'aide apportée par les autres et acceptation de l'avenir malgré les incertitudes. Peut-être que cette ouverture et cette acceptation sont associées au sentiment fondamental de pouvoir exercer un contrôle et de faire preuve d'une auto-efficacité positive face à certaines activités.

À notre avis, les résultats de ces études sont captivants et prometteurs. Mais, car il y a un mais, il manque quelque chose. Dans chaque cas, dans les études sur les humains (autres que les travaux de Griffith et al. [2006]), les chercheurs n'ont pas trouvé ou n'ont pas indiqué que les changements

dans la structure corporelle et les fonctions (volume du cerveau, état cognitif, etc) et les habiletés (réalisation d'un test) étaient associés à un plus grand engagement ou à une meilleure appréciation des activités quotidiennes. Leurs études (et une bonne partie des recherches et de la pratique du domaine de la santé) sont enchâssées dans les modèles de santé biomédicaux. Ces modèles supposent une relation linéaire entre les déficiences (cerveau/corps) et le comportement (occupation significative). De manière plus spécifique, les travaux cherchent à déterminer la déficience de plus en plus précisément et ils ciblent des interventions en conséquence. Il s'agit d'une approche réductionniste qui, quoiqu'elle soit utile pour aborder certains problèmes de santé, ne se conforme pas facilement à notre modèle de pratique axé sur le rendement occupationnel (Townsend et Polatajko (2007); on ne peut pas non plus trouver de liens naturels entre cette approche et l'augmentation des données convergentes provenant de différents domaines, qui montrent

Facteurs influant sur la trajectoire du vieillissement, susceptibles d'être changés :

- Fonctions physiques
- Fonctions cognitives
- Environnement
- Choix d'activités
- Source de détermination
- Auto-efficacité
- Ouverture
- Acceptation

qu'il n'y pas d'association linéaire constante et solide entre le fait de traiter les déficits et une plus grande participation à des occupations significatives.

Le rôle des ergothérapeutes

Les ergothérapeutes peuvent aider les aînés à participer à des occupations significatives. En effet, les ergothérapeutes comprennent la nature très complexe et personnelle du vieillissement et ils sont en mesure de saisir les différents aspects de l'environnement qui influent sur le vieillissement. Les ergothérapeutes savent que leur but n'est pas d'aider les aînés à faire des activités qui n'ont pas de liens entre elles, mais à réaliser des occupations qui sont significatives pour eux et qui les aideront à se définir au plan personnel. Les ergothérapeutes s'intéressent au sens attribué à la vie à travers l'occupation, l'environnement et la personne. Ils prennent part à des initiatives importantes en matière de recherche, d'enseignement et de représentation. Mais le travail de l'ergothérapeute est loin d'être terminé. Le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans est en croissance au sein de notre population et un grand nombre de personnes âgées dans le monde, pour ne pas dire la plupart, ne reçoivent pas de traitements pour les maladies et déficiences associées au vieillissement.

L'examen des travaux portant sur le rôle de l'ergothérapeute dans la promotion de l'occupation auprès des aînés se situe bien au-delà de la portée de cet éditorial. Ainsi, nous avons choisi de mentionner quelques-uns des travaux de nos collègues, afin de compléter ce qui est présenté dans ce numéro. Premièrement, nous applaudissons nos collègues canadiens pour deux excellentes études associées au rôle de l'ergothérapie auprès des clients atteints de démence. En effet, Egan et ses collègues (2006) recommandent que pour faire preuve d'une pratique exemplaire auprès des clients atteints de démence, nous devons tenir compte du rôle fondamental

À propos des auteures –

DEIRDRE R. DAWSON PH.D, OT REG. (ON), est chercheur à la Kunitz-Lunenfeld Applied Research Unit à Baycrest et elle chargée de cours au Department of Occupational Science and Occupational Therapy de l'University of Toronto, Toronto, ON. Vous pouvez communiquer avec Deirdre à l'adresse suivante : ddawson@utoronto.ca

BIANCA STERN, MSc, OT REG. (ON) est directrice des services d'ergothérapie et co-directrice des Brain Health Centre Clinics à Baycrest, à Toronto, ON. Vous pouvez communiquer avec Bianca à l'adresse suivante : bstern@baycrest.org

que l'occupation joue et opter pour une approche ethnographique, afin de déterminer les difficultés en matière de rendement occupationnel avec les clients et leurs soignants. Par ailleurs, Bier et ses collègues (2006) ont examiné la littérature sur la réadaptation cognitive en fonction des clients atteints d'une légère déficience cognitive ou de la maladie d'Alzheimer. Ils mettent en relief l'importance d'utiliser les fonctions qui sont préservées (p. ex., mémoire procédurale).

Bien que l'étude sur les aînés autonomes ait été publiée initialement il y a dix ans, nous la soulignons ici, car elle nous encourage à élargir notre vision au-delà de l'individu. Clark et ses collègues de l'University of Southern California ont conçu un programme pour les aînés vivant dans la collectivité qui comportait deux composantes (Clark et al., 1997). La première composante était composée de séances de groupe hebdomadaires centrées sur la gestion des changements associés au vieillissement (p. ex., finances, transport) et la deuxième composante proposait des séances individuelles d'une heure par mois, axées sur l'application des concepts à leurs expériences personnelles. Le programme a duré neuf mois. Selon les mesures des résultats, le groupe ayant suivi le programme s'est amélioré, alors que le groupe témoin a connu un déclin. Selon cette étude, l'ergothérapie a permis de prévenir les déclinés associés à la santé!

Notre troisième mention va à nos collègues de la Norvège qui ont récemment publié une étude sur l'influence de l'environnement sur la participation des personnes âgées (Vik, Lilja et Nygård L., 2007). Au moyen d'une série de groupes de discussion, ils ont découvert que les aînés avaient le sentiment que dans leurs milieux de vie, on les poussait à réaliser leurs activités de base de la vie quotidienne plutôt qu'à mettre l'accent sur la participation. Ils avaient le sentiment qu'une grande partie de cette pression était le résultat d'attentes sociales (y compris les soins de santé) qui les portait à croire qu'ils seraient heureux s'ils adaptaient leur vie pour se conformer aux services offerts, même si cela signifiait qu'ils devaient interrompre des routines quotidiennes significatives, de même que la conséquence de questions d'ordre administratif (p. ex., temps d'attente pour des consultations et de l'équipement, changement de personnel). Les auteurs invitent les ergothérapeutes à se demander s'ils font partie d'un milieu social qui entrave plutôt que de favoriser la participation. Ce commentaire est conforme aux recommandations émises à l'intention des ergothérapeutes est conforme aux recommandations émises par Egan et ses collègues, à l'approche proposée dans l'étude sur les personnes âgées autonomes et aux commentaires exprimés plus tôt. La capacité de faire des choix, le contexte et l'approche individuelle sont des éléments essentiels pour favoriser la participation des aînés à des occupations significatives.

Nous savons tous que les ergothérapeutes ont joué et jouent toujours divers rôles en vue de promouvoir la participation des aînés à des occupations significatives; un simple coup d'oeil à la table des matières du présent numéro nous le confirme. Ce numéro met en relief divers moyens d'atteindre ce vaste objectif. Nous attribuons des appareils compensatoires (p. ex., aides à la vision, appareils de localisation), nous travaillons sur des fonctions corporelles spécifiques (p. ex., mémoire et programme de prévention des chutes) et nous proposons des occupations particulières (fabrication de courtpointes, évaluation de la conduite automobile, récits de

vie), afin d'aider les aînés à participer pleinement à des occupations qui leur tiennent à coeur. Nous incorporons la théorie dans notre pratique, tel qu'illustré dans l'article sur l'évaluation des clients des centres d'hébergement. De toute évidence, les

« ...Les ergothérapeutes peuvent aider les aînés à participer à des occupations significatives. »

principes de notre pratique sont présents dans ces articles. Ils confirment notre raison d'être et nous espérons qu'ils sont une source d'inspiration.

Références

- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bier, N., Desrosiers, J., et Gagnon, L. (2006). Prise en charge cognitive de la mémoire dans le vieillissement normal, les troubles cognitifs légers et la démence de type Alzheimer. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 73, 26-35.
- Clark, F., Azen, S.P., Zemke, R., Jackson, J., Carlson, M., Mandel, D., et al., (1997). Occupational therapy for independent-living older adults. A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 278, 1321-1326.
- Colcombe, S.J., Erickson, K.I., Scalf, P.E., Kim, J.S., Prakash, R., McAuley, E., Elavsky, S., Marquez, D.X., Hu, L. et Kramer A. F. (2006). Aerobic exercise training increases brain volume in aging humans. *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences and Medical Sciences*, 61, 1166-1170.
- Egan, M., Hobson, S., et Fearing, V.G. (2006). Dementia and occupation: A review of the literature. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 73, 132-41.
- Griffith, J., Caron, C. D., Desrosiers, J., et Thibeault, R. (2007). Defining spirituality and giving meaning to occupation: The perspective of community dwelling older adults with autonomy loss. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 74, 78-90.
- McDougall, G. (2004). Memory self-efficacy and memory performance among black and white elders. *Nursing Research*, 53, 323-31.
- Mendes de Leon, C.F., Seeman, T.E., Baker, D.I., Richardson, E.D. et Tinetti, M.E. (1996). Self-efficacy, physical decline, and change in functioning in community-living elders: A prospective study. *The Journals of Gerontology*, 51B(4), 183-189.
- Stuss, D.T., Winocur, G., Levine, B., Palmer, H., Craik, F., Binns, M., et al. (2007). Cognitive rehabilitation in the elderly: A randomized trial to evaluate a new protocol. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 13, 120-31.
- Townsend, E., et Polatajko, H. (2007). *Promouvoir l'occupation II: Vers l'avancement d'une vision de la santé, du bien-être et de la justice à travers l'occupation en ergothérapie*. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Vik, K., Lilja, M., et Nygård L. (2007). The influence of the environment on participation subsequent to rehabilitation as experienced by elderly people in Norway. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14, 86-95.

Les chutes chez les aînés : des ergothérapeutes oeuvrant dans la communauté afin de promouvoir la participation des aînés

Mary Lou Boudreau

Lorsqu'une personne âgée est victime d'une chute, les conséquences peuvent être négligeables ou se traduire par une expérience qui transformera complètement sa vie. Plusieurs types d'interventions peuvent aider une personne à faire face aux conséquences d'une chute ou même à prévenir une chute. L'ergothérapie peut aider les aînés qui ont été victimes d'une chute; le principal objectif de l'ergothérapie est d'aider la personne âgée à retrouver ses habiletés et sa confiance afin qu'elle reprenne les activités qui lui tiennent à coeur.

Tout en travaillant auprès des individus, les ergothérapeutes abordent de plus en plus les chutes par des approches de développement communautaire. L'accent mis en ergothérapie sur l'intégration des facteurs environnementaux, les facteurs individuels et les facteurs associés aux activités offre un cadre pour la conception de programmes de prévention auprès de la population. Cet article présentera d'abord un aperçu des chutes chez les aînés, qui sera suivi de deux exemples d'initiatives communautaires sur les chutes dans le domaine de l'ergothérapie.

Les conséquences d'une chute

Chaque année, un Canadien sur trois âgé de 65 ans et plus est victime d'une chute et le risque de chute augmente avec l'âge (Raina, Dukenshire, Toivonen et Lindsay, 1997). Les chutes sont la cause la plus courante de blessures chez les aînés. Les personnes âgées risquent davantage de tomber que les autres segments d'âges de la population et ces chutes peuvent entraîner des blessures sérieuses. Plus de 90 % des fractures de la hanche sont le résultat d'une chute (Zuckerman, 1996). En outre, près de 40 % des admissions dans les centres d'hébergement sont le résultat direct d'une chute (Rawsky, 1998). On considère de plus en plus les chutes comme un problème majeur de santé publique.

On constate qu'un coût élevé est lié à l'autonomie et à la qualité de

vie des aînés à la suite d'une chute. La recherche a démontré que la santé et le bien-être sont tributaires de la capacité d'une personne de participer à des occupations de la vie. L'isolement ou les changements apportés aux occupations peuvent entraîner une plus grande dépendance, un manque de confiance et la dépression (Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 2003). Les aînés ayant subi une chute risquent de faire d'autres chutes et de réduire leur participation à des activités de la vie quotidienne ou à des occupations.

Le coût financier est également considérable pour le système de santé canadien. Dans le « Rapport sur les chutes des aînés au Canada », on affirme qu'une réduction de 20 % des chutes entraînerait 7 500 hospitalisations de moins, 1 800 personnes âgées de moins ayant un handicap permanent et des économies nationales de 138 millions de dollars annuellement (Agence de santé publique du Canada, 2005).

L'apport de l'ergothérapie

Le travail de l'ergothérapeute dans la prévention des chutes peut se réaliser dans les unités de soins aigus, les centres de réadaptation, les centres de jour ou dans la collectivité. Dans la prévention des chutes en ergothérapie, on examine les facteurs personnels, les facteurs environnementaux et les comportements qui influent sur la participation des aînés à des activités significatives à la maison et dans la collectivité. Le Modèle canadien du rendement occupationnel (MCRO) considère que la personne représente une intégration de ses composantes physiques, cognitives, psychosociales et spirituelles (ACE, 2002). Dans le contexte du MCRO, la personne interagit avec son environnement à travers ses occupations, pouvant être décrites par les soins personnels, les loisirs et la productivité. L'environnement comprend les composantes physiques (naturelles et fabriquées par l'homme), sociales (autres personnes), cul-

Des preuves scientifiques sur la prévention des chutes

Selon la Cochrane Database of Systematic Reviews sur les chutes et les blessures résultant d'une chute (Gillespie et al., 2005; Lyons et al., 2005; McClure et al., 2005), les approches suivantes sont efficaces auprès de différentes populations d'aînés :

1. Interventions à l'échelle de la population.
2. Interventions auprès des individus, dont les suivantes : programmes multidisciplinaires, multifactoriels, programmes de dépistage des facteurs de risques environnementaux et des risques pour la santé et programmes d'intervention dans la communauté.
3. Programme de renforcement musculaire et de maintien de l'équilibre prescrit sur une base individuelle par un professionnel de la santé ayant reçu une formation spécialisée.
4. Évaluation des dangers à domicile et modification du domicile prescrites par un professionnel, pour les aînés ayant déjà été victimes d'une chute.
5. Arrêt des médicaments psychotropes spécifiques; simulation cardiaque pour les personnes ayant fait une chute et souffrant d'une hypersensibilité du sinus carotidien.
6. Exercices de Tai Chi en groupe pendant cinq semaines.

À propos de l'auteure –

MARY LOU BOUDREAU

qui est une ergothérapeute, est la coordonnatrice du programme Stables, capables et forts. Vous pouvez communiquer avec Mary Lou à l'adresse suivante : boudreauml@cogeco.ca

turelles (les croyances communes) et institutionnelles (lois, politique).

Cette vision dynamique de la personne, de l'environnement et de l'occupation constitue un cadre optimal pour aborder le rétablissement et le soutien d'une personne à la suite d'une chute, de même que la prévention des chutes. L'ergothérapie est centrée sur les effets d'une chute sur les activités des aînés, notamment la capacité de s'occuper d'eux-mêmes (p.ex., habillage, hygiène), de gérer leurs tâ-

ches ménagères et de poursuivre leurs activités de loisir. Cette vision permet de déterminer comment la personne peut récupérer une perte de capacités fonctionnelles soit en améliorant ses habiletés ou en ayant recours à des adaptations. À l'aide de l'ergothérapie, la personne peut aussi examiner les facteurs environnementaux qui pourraient l'aider à conserver son autonomie et à participer à des occupations significatives.

Le programme « De pied ferme »

Darla King

On aiguille souvent les clients vers le programme d'ergothérapie à base communautaire de la Western Health à Terre-Neuve, lorsqu'ils ont été victimes d'une chute ou lorsque l'on a déterminé qu'ils courent de grands risques de tomber. Ce service d'ergothérapie traditionnel soutient les aînés à l'aide d'évaluations, de traitements et de consultations à base communautaire. Ce programme permet aux clients de maintenir ou d'améliorer leur rendement occupationnel à domicile. Ce genre d'aiguillage des clients est très commun et il est devenu une grande priorité, car les chutes ont des conséquences importantes sur la capacité d'un client de participer à des occupations significatives. En aiguillant les clients vers ce service, on a rapidement constaté que les problèmes liés aux chutes et la prévention des chutes n'étaient pas des problèmes isolés, mais un problème général touchant l'ensemble de la population des aînés. Cette prise de conscience a favorisé l'évolution d'un programme communautaire de prévention des chutes.

Évolution du programme : En 1999, l'année internationale des personnes âgées était proclamée; à Terre-Neuve et au Labrador, le gouvernement provincial a encouragé les collectivités à planifier des activités pour célébrer et honorer les aînés. À l'ouest de Terre-Neuve et du Labrador, la régie de la santé a regroupé des aînés et des parties prenantes clés afin de planifier une célébration adéquate. Ce groupe comprenait des employés de divers départements et organismes fédéraux et provinciaux, de même que des représentants des partenaires communautaires comme le Victorian Order of Nurses, le Humber Community YMCA et des clubs locaux pour les aînés. À la fin de l'événement, le groupe a constaté le pouvoir de la collaboration. Compte tenu de leur intérêt commun pour les aînés, les membres du groupe ont décidé de continuer leur collaboration et de chercher des possibilités de travailler ensemble en vue d'améliorer la santé des aînés de leur région. Le groupe est devenu le Seniors Wellness Committee, dont la mission est de promouvoir le bien-être chez les aînés par la sensibilisation, la représentation et l'éducation.

Pendant cette même période, on a commencé à recon-

naître le problème des chutes chez les aînés. La Western Injury Prevention Coalition, un organisme régional distinct, a ciblé le besoin d'aborder les chutes chez les aînés à une échelle locale. L'ergothérapie était représentée à cette coalition comme une profession spécialisée dans la prévention des chutes. On a décidé que la représentante de l'ergothérapie à cette coalition (l'auteure de cet article) consulterait le Seniors Wellness Committee afin d'examiner la possibilité de collaborer et de cibler les besoins locaux en matière de prévention des chutes. Cette consultation s'est avérée une réussite; en effet, la représentante de l'ergothérapie est devenue membre et éventuellement présidente du comité et elle est partenaire de la Coalition pour la prévention des blessures, afin de d'examiner la possibilité de poursuivre les initiatives en matière de prévention des chutes.

Deux ans plus tard et toujours armé d'un maigre budget, le comité a obtenu l'appui de ses partenaires et a mis à l'essai un petit projet de prévention des chutes. Le groupe a choisi de mettre à l'essai le programme de prévention des chutes « De pied ferme ». Ce programme a été conçu par la Capital Health en Alberta et on a établi la preuve de son utilité en région rurale (Robson, Edwards, Lightfoot et Bursey, 1999).

Description du programme :

Le but général de ce programme est de réduire le nombre de chutes chez les aînés participant au programme, en les sensibilisant à leurs risques de chutes et en les encourageant à modifier leurs comportements et leur environnement. Le programme « De pied ferme » est un excellent complément aux services offerts par les programmes locaux d'ergothérapie. Les services existants ciblaient principalement la prévention secondaire et le soutien à la suite d'une chute et ils étaient dirigés vers les aînés en perte

À propos de l'auteure – DARLA KING est une ergothérapeute qui travaille comme experte-conseil en intégration auprès des Child Care Services - Western Health, à Terre-Neuve. Elle travaillait auparavant à titre d'ergothérapeute à base communautaire et elle a participé à plusieurs initiatives de développement communautaire à l'intention des aînés. Vous pouvez communiquer avec Darla, à darlaking@western-health.nl.ca.

d'autonomie. L'initiative « De pied ferme » vise la prévention primaire des chutes chez les personnes âgées.

Mise en oeuvre :

Afin de mettre le projet à l'essai, le Seniors Wellness Committee a recruté 13 aînés bénévoles dans six différentes régions géographiques. Les bénévoles ont participé à un atelier d'un jour qui leur a donné de l'information de base sur la prévention des chutes et sur les façons de présenter le programme « De pied ferme ». Les bénévoles sont ensuite devenus des animateurs après d'autres aînés et, avec le soutien du comité, ils ont dirigé le programme « De pied ferme » à l'intention de leurs pairs. Pendant quatre mois, environ 50 aînés ont participé au programme pilote « De pied ferme ». Les aînés ayant participé ont rempli des autoévaluations avant et après le programme et ont participé à des activités de mise en forme. Les aînés ont aussi été orientés à l'aide d'un manuel de travail qui les a encouragés à changer leurs comportements et leur environnement, afin de réduire les risques de chute. Les résultats de l'évaluation ont été positifs, car les aînés ayant participé ont indiqué qu'ils en savaient davantage sur la prévention des chutes et la mesure selon laquelle ils étaient en bonne forme physique, et ils ont amélioré leurs scores selon les outils d'autoévaluation.

Futures initiatives : Après le programme pilote, le Seniors Wellness Committee s'est concentré sur un nouvel objectif : trouver une façon d'offrir le programme de prévention des chutes à une plus grande échelle, à travers la région. Cet objectif a représenté un défi pour le petit comité, qui a eu de la difficulté à trouver une source de

financement. Quatre ans et cinq propositions plus tard, le groupe a enfin réussi à obtenir une Provincial Wellness Grant qu'il a combiné à un financement de Service Canada; il se trouvait alors dans une situation stratégique pour lancer une initiative régionale sur la prévention des chutes. À présent, le comité a embauché une coordonnatrice pour la prévention des chutes et a élaboré un plan de travail mettant à l'oeuvre environ 500 aînés qui participeront au programme « De pied ferme » dans l'ouest de Terre-Neuve et du Labrador.

Conclusion : À Terre-Neuve et au Labrador, la possibilité de travailler à titre de membre d'équipe, par exemple, au sein du Seniors Wellness Committee et de la Injury Prevention Coalition a permis aux ergothérapeutes de travailler dans le domaine moins traditionnel du développement communautaire. Le fait de travailler au sein d'un cadre axé sur la santé de la population et d'utiliser une approche de développement communautaire permet aux ergothérapeutes de mieux cibler les populations et les collectivités.

L'initiative de prévention des chutes « De pied ferme » et le programme d'ergothérapie à base communautaire de la Western Health forment un partenariat naturel. En investissant des ressources dans la prévention des chutes chez les aînés, ces deux programmes peuvent avoir un effet sur le degré de bien-être des adultes dans la communauté et sur la capacité des aînés de continuer à participer à des occupations significatives. Ce nouveau rôle en ergothérapie permet de mobiliser les collectivités et d'augmenter les possibilités de traiter ces questions importantes pour la population.

Le programme Stables, capables et forts

Mary Lou Boudreau

Le programme Stables, capables et forts est un projet pilote de trois ans qui a pour but de mettre à l'essai un modèle de soutien et des stratégies pour les aînés ayant été victimes d'une chute. Basé sur une approche centrée sur l'occupation, ce projet s'appuie sur des programmes et ressources locaux pour offrir un soutien aux aînés à la suite d'une chute et pour prévenir les chutes dans l'avenir. Le but du programme est d'aider ces personnes à continuer ou à reprendre les activités qui leur tiennent à coeur à la maison et dans la communauté. Ceci est réalisé en faisant appel à des aînés bénévoles qui aident un pair ayant fait une chute. Cette approche aide la personne à se sentir à l'aise pour demander de l'aide et permet à d'autres aînés de jouer le rôle important d'aïdant.

Description : Le projet Stables, capables et forts est parrainé conjointement par l'Association canadienne des ergothérapeutes et le programme d'ergothérapie de l'Université d'Ottawa. Le projet est financé par le fonds pour la santé de la population de Santé Canada. En septembre 2005, on a commencé à concevoir le programme et les ressources. En août 2006, trois sites ont accepté d'accueillir le programme pour une période d'essai. Les sites sont le Seniors Active Living Centre situé à Charlottetown, à l'Île-du-Prince-Édouard, le Centre des aînés de Gatineau, situé à Gatineau, au Québec et le Confederation Park Senior Citizens Centre, qui se trouve à Calgary, en Alberta. L'intégration du programme au système de santé et de soutien communautaire favorisera la pérennité du programme. Lorsque le projet Stables, capables et forts prendra

fin en octobre 2007, les commentaires et réactions des participants de ces sites permettront d'améliorer le modèle et le matériel. Le programme et les ressources seront affichés sur le site web de l'ACE afin d'être diffusés à grande échelle.

Objectifs du programme :

a) Développer des mécanismes afin que les aînés puissent parler de leurs chutes avec des pairs, dans un environnement non menaçant. Les gens ont tendance à s'associer à des personnes qui ont vécu des expériences semblables et qui ont un style de vie et des valeurs semblables aux leurs. En outre, les aînés ayant été victimes d'une chute peuvent craindre de perdre leur autonomie et ils ne souhaitent pas devenir un fardeau pour leurs enfants. Ils ont parfois besoin de parler à quelqu'un de leurs blessures et de leurs inquiétudes, mais ils ne savent pas à qui s'adresser. Par ailleurs, un grand nombre d'aînés désirent mettre leurs habiletés et leur expérience au service des autres; ils peuvent désirer offrir leur temps et se mettre à l'écoute des expériences des gens pour les aider à découvrir les services et les mécanismes de soutien offerts par l'intermédiaire des services communautaires. Parfois, les gens ont déjà des habiletés en relation d'aide en raison de leurs expériences passées; sinon, ces compétences particulières peuvent leur être enseignées. Ce projet permet de réunir ces deux groupes en leur offrant une formation, des ressources et du soutien.

b) Faire connaître aux aînés, aux soignants et aux professionnels de la santé les stratégies et les ressources visant à maximiser la sécurité des aînés. Les aînés peuvent alors poursuivre ou reprendre leurs activités significatives et réduire la possibilité de faire d'autres chutes.
L'un des meilleurs facteurs permettant de prédire les chutes est l'histoire des anciennes chutes (Agence de santé publique du Canada, 2005). Il est important que les aînés ayant déjà fait une chute apprennent comment réduire les possibilités de chutes éventuelles. La peur de tomber peut aussi pousser les aînés à être trop prudents. (Ward-Griffin et al., 2005). Le but premier du programme est d'aider les aînés qui ont été victimes d'une chute à trouver un équilibre entre une vie active et la prudence afin de prévenir d'autres chutes.

c) Sensibiliser et promouvoir l'accès aux organismes et ressources des services de santé communautaire. Cet objectif permettra d'aborder les conséquences des chutes chez les aînés.
Une étude sur les aînés ayant fait une chute a permis de déterminer que le manque de connaissances sur les ressources existantes est un problème qui empêche la personne de chercher un traitement et de conserver son autonomie (Hobson, 2004). Les soignants ont indiqué qu'ils ressentaient de la fatigue à force d'offrir de l'aide qui pourrait parfois être accessible par l'intermédiaire des programmes communautaires. Le projet Stables, capables et forts a créé une banque de données contenant de l'information sur les ressources générales, de même que sur les

programmes et organismes locaux. Cette banque de données sera disponible par l'intermédiaire d'Internet. Le programme a aussi conçu un dépliant qui aide l'aîné ayant été victime d'une chute à cibler l'information clé dont il doit discuter avec son médecin; ce dépliant permettra aussi à l'aîné d'avoir le sentiment qu'il peut participer activement lors de sa visite chez le médecin, en aidant le médecin à établir un diagnostic et à déterminer les problèmes en cause.

d) Mettre sur pied des mécanismes afin de faciliter la communication et l'intégration des services de gestion à la suite d'une chute au sein du site pilote et élaborer des plans pour veiller à la continuité des services de soutien à la suite d'une chute à l'intention des aînés et des soignants.
À chaque site, on retrouve une coordonnatrice qui vit et travaille dans la communauté. Depuis le début du projet, les coordonnatrices ont établi des contacts avec les organismes et les ressources communautaires. Les ressources et programmes communautaires sont énumérés dans la banque de données. Ils sont encouragés à aiguiller les gens vers le programme et ils peuvent également recevoir des clients du programme. Les organismes qui ont décidé d'accueillir le site ont accepté de partager leur espace et leurs ressources. Des stratégies de communication continue comme les rencontres communautaires et les bulletins d'information permettent d'informer les différents organismes des progrès accomplis par le projet. Tous ces facteurs permettent au programme de promouvoir l'intégration des services de gestion à la suite d'une chute et ils permettront d'augmenter les possibilités afin que le programme puisse se poursuivre au-delà de la période d'essai.

Références

- Association canadienne des ergothérapeutes (2003). Prise de position de l'ACE sur les occupations quotidiennes et la santé. Téléchargé le 15 mai 2007, à <http://www.caot.ca/default.asp?ChangeID=164&pageID=699>.
- Association canadienne des ergothérapeutes (2002). *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie* (éd. rév.). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Gillespie, L. D., Gillespie, W. J., Robertson, M. C., Lamb, S. E., Cumming, R. G., et Rowe, B. H. (2005). Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3.
- Hobson, S. (2004). *Report on stakeholder interviews: Service utilization and need after injurious falls: Perspectives of older adults and members of their Informal support networks*. Ottawa, ON: Canadian Association of Occupational Therapists and Health Canada.
- Lyons, R. A., Snader, L. V., Weightman, A. L., Patterson, J., Jones, S. A., Lannon, S. et al. (2005). Modifications of the home environment for the reduction of injuries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3.
- McClure, R., Turner, C., Peel, N., Spinks, A., et Hughes, K. (2005). Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.

Suite des références à la page 12

Les personnes âgées et la conduite automobile : un regard sur l'évaluation réalisée par les ergothérapeutes

Nicol Korner-Bitensky, Darene Toal-Sullivan et Claudia von Zweck

Dans le premier article de cette série de deux articles (Korner-Bitensky, Toal-Sullivan et von Zweck, 2007), nous avons discuté du besoin de concevoir un programme national de sensibilisation des professionnels de la santé au dépistage des personnes susceptibles d'être des conducteurs à risque.

Dans le présent article, nous présentons le concept de l'évaluation à la conduite automobile réalisée par les ergothérapeutes. Il s'agit d'une évaluation détaillée de la capacité d'une personne de conduire en toute sécurité. Nous discuterons également des recommandations émises par le Groupe de travail national sur la conduite automobile (cliniciens experts et chercheurs en conduite automobile et en gérontologie) établi par l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). En décembre 2006, ce groupe a émis des recommandations nationales en ce qui concerne le processus et la structure selon lesquels l'évaluation de la conduite automobile devrait être effectuée (ACE, 2006).

Pourquoi mettre devant a ge l'accent sur la conduite automobile chez les personnes âgées ?

Pour de nombreux adultes vivant au Canada, la capacité de conduire une automobile est un aspect fondamental de l'autonomie. En 2003, environ 2,7 millions de conducteurs détenant un permis étaient âgés de 65 ans et plus et envi-

ron 1,5 million d'entre eux étaient des hommes (Transport Canada, 2004). On s'attend à ce que le nombre de conducteurs âgés augmente de manière substantielle dans les prochaines années, pour plusieurs raisons. Premièrement, les personnes de plus de 65 ans représentent le segment de la population canadienne dont la croissance est la plus rapide, c'est-à-dire 13,1 % de la population totale en 2004, et on prévoit que ce pourcentage atteindra 22,6 % d'ici 2041 (Conseil canadien de la sécurité, 2005). En outre, les femmes âgées sont maintenant plus nombreuses à conduire une voiture, tel que l'indique l'augmentation de 6,8 % sur une période de deux ans, entre 2001 et 2003. Avec l'augmentation de l'espérance de vie et le

nombre croissant de femmes qui conduisent une voiture, la proportion de conducteurs âgés est susceptible de dépasser 4,5 millions d'ici 2041.

Bien que l'on ait cru pendant longtemps que le conducteur âgé est en fait le plus prudent sur la route, des analyses statistiques des données sur les collisions survenues dans la dernière décennie ne corroborent pas cette croyance. À partir de 70 ans, le pourcentage d'accidents par kilomètres parcourus s'élève, et cette élévation augmente encore plus rapidement après l'âge de 80 ans (National Highway Traffic Safety Administration, 2004). En d'autres mots, chez les personnes âgées de plus de 75 ans, le pourcentage de collisions est 3,5 fois plus élevé lorsqu'on considère le nombre de kilomètres parcourus, que chez les personnes âgées de 35 à 44 ans (Conseil canadien de la sécurité, 2005). C'est-à-dire que bien que les pourcentages de collisions révèlent que le nombre de conducteurs âgés impliqués dans des accidents n'est pas plus élevé que celui de l'ensemble de la population, si l'on considère les milles parcourus, les pourcentages d'accidents mortels par 110 millions de milles parcourus suivent une courbe en forme de U, et les pourcentages des conducteurs âgés sont les mêmes que ceux des personnes les plus jeunes, qui sont le groupe pour lequel les risques sont les plus élevés.

Quelles sont les normes canadiennes en ce qui concerne les évaluations des aptitudes à la conduite automobile?

Actuellement, il n'existe aucune norme au Canada concernant l'évaluation de la conduite automobile, à l'exception des « Recommendations of the Canadian Consensus Conference on Driving Evaluation in Older Drivers » (Korner-Bitensky, Gelinas, Man-Son-Hing et Marshall, 2005). Cependant, ces recommandations sont principalement centrées sur le conducteur âgé et non pas sur les personnes ayant des problèmes particuliers, comme les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral ou les personnes atteintes d'une démence. On se préoccupe du fait que le manque de normes entraîne de grandes variations dans les pratiques des cliniciens. Bien sûr, au Canada et aux États-Unis, on observe de grandes variations dans les pratiques d'évaluation (Korner-Bitensky, Bitensky, Sofer, Man-Son-Hing et Gelinas, 2006).

Qui effectue l'évaluation des aptitudes à la conduite automobile?

L'évaluation de l'aptitude à la conduite automobile est une responsabilité professionnelle complexe exigeant une formation spécialisée. Le résultat de ces évaluations a des conséquences sérieuses pour l'individu et la société au sens large. Dans la plupart des provinces canadiennes et dans d'autres pays également, les ergothérapeutes sont chargés

À propos des auteures –

NICOL KORNER-BITENSKY est professeure agrégée à l'Université McGill, Faculté de Médecine, École de physiothérapie et d'ergothérapie et chercheur au Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain. Vous pouvez joindre Nicol par courriel à nicol.korner-bitensky@mcgill.ca.

DARENE TOAL-SULLIVAN est la directrice de la pratique professionnelle de l'ACE.

CLAUDIA VON ZWECK est la directrice générale de l'ACE.

d'effectuer ces évaluations. Le groupe de travail national sur la conduite automobile a recommandé que l'ACE, en collaboration avec le Ministère des Transports du Canada, établisse des critères qui déterminent clairement la formation spécialisée requise des évaluateurs qui effectueront une évaluation complète de l'aptitude à la conduite automobile. Par ailleurs, il faut reconnaître que la plus grande partie du Canada est constituée de régions rurales où les services d'ergothérapie spécialisés dans les évaluations complètes de l'aptitude à la conduite automobile sont souvent insuffisants; il est important de choisir une méthode permettant de veiller à ce que l'accès à cette évaluation soit équitable pour tous les Canadiens qui en ont besoin. L'une des possibilités est d'offrir une formation sous la forme d'un certificat de deuxième cycle qui comprendrait une formation en ligne accompagnée de courtes périodes intensives de formation sur les lieux. Ce certificat serait offert à travers le pays. Un programme de ce genre a récemment obtenu le statut d'attestation à l'école de physiothérapie et d'ergothérapie de l'Université McGill (pour en savoir davantage, consultez le site web suivant : <http://www.autoeduc.ca/>).

Qui sont les personnes qui sont dirigées vers une évaluation de l'aptitude à la conduite automobile?

La question associée à la conduite en toute sécurité est soulevée en raison des troubles médicaux et du vieillissement qui peuvent entraîner une baisse des capacités fonctionnelles et avoir des répercussions sur la conduite automobile. Par exemple, chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, de problèmes psychiatriques particuliers ou ayant été victimes d'un accident vasculaire cérébral ou d'un traumatisme crânien, on observe souvent des changements dans les habiletés requises pour conduire en toute sécurité. Le vieillissement et les pertes fonctionnelles qui l'accompagnent, soient la réduction de la vitesse de traitement visuel et du temps de réaction et l'augmentation des déficiences physiques, peuvent aussi créer des inquiétudes qui entraînent une demande d'évaluation de la conduite automobile.

Quels sont les différents types d'évaluation de l'aptitude à la conduite automobile?

L'évaluation de l'aptitude à la conduite automobile peut signifier un certain nombre de choses différentes qui peuvent entraîner de la confusion. Afin de clarifier les choses, précisons qu'il existe deux types d'évaluation de l'aptitude à la conduite automobile :

1. Évaluation médicale de l'aptitude à la conduite automobile :
 - Effectuée par un médecin, elle peut aussi comprendre les rapports d'un optométriste ou d'un ophtalmologiste.
 - Exigée en vertu d'une loi provinciale.
 - Exige de remplir un formulaire médical standard.
 - Indique si l'état de santé de la personne lui permet de conduire à la suite d'un problème de santé comme un accident vasculaire cérébral ou les conséquences du vieillissement de la personne.

- Indique que l'état de santé permet de conduire à des âges précis qui varient d'une province à l'autre.
 - Exige que le formulaire médical dûment rempli soit envoyé à l'autorité concernée du Ministère des Transports, généralement avec le consentement du client.
2. Évaluation sur route de l'aptitude à la conduite automobile
 - Le client peut être dirigé vers une évaluation complète de l'aptitude à la conduite automobile, vers une épreuve sur route ou vers une évaluation fonctionnelle de l'aptitude à la conduite automobile.
 - Comprend une évaluation détaillée des habiletés préalables à la conduite en toute sécurité, de même que des habiletés requises en temps réel pour la conduite automobile et la sécurité sur route.

L'évaluation complète de l'aptitude à la conduite automobile comprend deux composantes :

Évaluation maison et préalable au test sur route

L'évaluation maison (également appelée test préalable à l'épreuve sur route, ou épreuve hors route ou test clinique) comporte certaines ou toutes les composantes suivantes, selon le profil du client : histoire médicale et médication, histoire de la conduite automobile et habitudes, évaluation physique (motrice et sensorielle), évaluation visuelle des fonctions de base (et non pas l'évaluation détaillée réalisée par un optométriste ou un ophtalmologiste), évaluation de la perception visuelle, évaluation cognitive et évaluation du comportement.

Épreuve sur route

Généralement, cette composante de l'évaluation est effectuée peu de temps après l'évaluation maison (de quelques heures à quelques jours plus tard) et elle comprend une évaluation sur route qui peut exiger la conduite en ville et sur l'autoroute et dans certains cas, elle peut commencer dans un environnement fermé, sans trafic.

Les recommandations du groupe de travail national de l'ACE

En ce qui concerne l'aptitude à conduire, le groupe de travail canadien recommande :

- une évaluation sur route de la conduite automobile d'une durée de 45 à 60 minutes pour avoir suffisamment de temps pour évaluer divers comportements et manœuvres sur route.
 - une évaluation standardisée des comportements et des manœuvres spécifiques à vérifier pendant les épreuves sur route. Les cliniciens peuvent consulter la liste de ces comportements et manœuvres sur le site web de l'ACE, à <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=2129>.
3. Si l'évaluateur juge que les risques d'accident sont élevés pour les occupants du véhicule, il est recommandé de terminer plus tôt la portion sur route de l'évaluation complète de l'aptitude à la conduite automobile.
 4. Le résultat de l'épreuve sur route peut être classé en trois catégories plutôt que deux :

Catégorie 1 = Réussite

- La personne conduit avec prudence
- Reconnaît qu'une personne peut avoir besoin de subir des examens périodiques, selon la raison de la recommandation, par exemple un problème de santé pouvant se détériorer comme un début de démence, la maladie de Parkinson ou la sclérose en plaques.

Catégorie 2 = Indéterminé

- D'autres étapes sont requises avant de déterminer si cette personne a la capacité de conduire en toute sécurité.
- Le rétablissement est possible ou il est possible d'entraîner le conducteur ou une réévaluation est recommandée, compte tenu d'une circonstance particulière, comme l'introduction d'un nouveau médicament, une maladie aiguë récente ou le début d'une maladie chronique comme un accident vasculaire cérébral pouvant entraîner un changement de l'état fonctionnel dans un avenir proche.

Catégorie 3 = Échec

- Non sécuritaire/ aucune récupération possible.
- Émission du permis non recommandée.
- Il est peu probable que les circonstances favorisent la conduite en toute sécurité dans l'avenir (p. ex., on s'attend à ce que l'état de santé évolue de façon négative).

Conclusion

Peu importe où ils vivent, les Canadiens ont droit à des évaluations équitables et scientifiquement valides, réalisées par des professionnels de la santé reconnus. Afin de reconnaître l'importance de la conduite automobile à titre d'occupation humaine, l'ACE élabore actuellement un plan directeur national. Il s'agira d'une stratégie qui sera centrée sur l'amélioration des processus de dépistage, d'évaluation et d'intervention, afin de favoriser la conduite automobile en toute sécurité chez les Canadiens et ce, le plus longtemps possible. Compte tenu du grand nombre de Canadiens qui conduiront encore après leur retraite, les ergothérapeutes ont la responsabilité de concevoir cette stratégie, afin de renverser la tendance actuelle, c'est-à-dire l'augmentation des accidents et de la mortalité chez les conducteurs âgés.

Références

- Association canadienne des ergothérapeutes. (2006). Mémoire sur la conduite automobile présenté par un groupe d'experts en ergothérapie à la demande du Bureau du Coroner en chef. Téléchargé le 27 mai 2007 à <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=2129>
- Conseil canadien de la sécurité (2005). Seniors behind the wheel. Téléchargé en février 2005, à http://www.safety-council.org/news/sc/2000/senior_wheel.html.
- Korner-Bitensky, N., Toal-Sullivan, D., et von Zweck, C. (2007). Les personnes âgées et la conduite automobile : vers une stratégie ergothérapeutique nationale pour le dépistage et l'évaluation des conducteurs à risques. *Actualités ergothérapeutiques*, 9, 3-6.
- Korner-Bitensky N., Gelinas, I., Man-Son-Hing, M., et Marshall, S. (2005). Recommendations of the Canadian Consensus Conference on driving evaluation in older drivers. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, 23, 123 – 144.
- Korner-Bitensky, N., Bitensky, J., Sofer, S., Man-Son-Hing, M., et Gelinas, I. (2006) Driving evaluation practices of clinicians working in the US and Canada. *American Journal of Occupational Therapy*, 60, 428-34.
- National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA). (2004). Traffic safety facts. Téléchargé en mai 2007, à <http://www-nrd.nhtsa.dot.gov/pdf/nrd-30/NCSA/TSFAnn/TSF2004.pdf>
- Transporta Canada. (2004). Statistiques sur les collisions de la route au Canada. Téléchargé en mai 2007, à <http://www.tc.gc.ca/roadsafety/tp/tp3322/2003/menu.htm>.

Suite de la page 9

- Agence de santé publique du Canada (2005). *Rapport sur les chutes des aînés au Canada*. Ottawa, ON Canada : Division du vieillissement et des aînés, Agence de santé publique du Canada.
- Raina, P., Dukenshire, S., Toivonen, D., et Lindsay, J. (1997). *Prevalence, risk factors, and health care utilization for injuries among Canadian seniors: An analysis of the 1994 National Population Health Survey* (Rep. No. IESOP Research Report No. 15). Hamilton, ON: McMaster University.
- Rawsky, E. (1998). Review of the literature on falls among the elderly. *The Journal of Nursing Scholarship*, 30, 47-52.

- Robson, E., Edwards, J., Lightfoot, P., & Burse, R. Steady as You Go: A Falls prevention program for seniors in the community. Final evaluation report *Capital Health*, November 1999. Edmonton, Alberta.
- Ward-Griffin, C., Hobson, S., Melles, P., Kloseck, M., Vandervoort, A., & Crilly, R. (2005). Falls and fear of falling among community-dwelling seniors: The dynamic tension between exercising precaution and striving for independence. *Canadian Journal on Aging*, 23, 307-318.
- Zuckerman, J. D. (1996). Hip fracture. *New England Journal of Medicine*, 49, 1519-1525.



Responsable de la chronique : Roselle Adler et Josée Séguin

L'ergothérapie et la perte de vision : aides techniques pour les aînés

Linda Petty et Lizna Husnani

L'une des principales conséquences d'une société vieillissante est l'augmentation des pertes visuelles associées à des maladies de l'oeil et au vieillissement. La perte de vision a des effets sur les capacités fonctionnelles, notamment une perte d'autonomie et de qualité de vie chez une personne âgée (National Eye Institute, 2002; Taylor, 2003). Bien que la perte de vision ait des effets évidents sur la mobilité, la conduite automobile et la lecture, ces effets s'étendent à d'autres aspects de la vie d'une personne (Virtanen et Laatikainen, 1993). Des études indiquent qu'une perte de vision entraîne des admissions hâtives dans les centres d'hébergement, un nombre de chutes deux fois plus élevé et une augmentation de l'incidence de la dépression (A Clear Vision, 2004).

Chez les personnes âgées et autres personnes ayant des troubles de vision, le rendement occupationnel dans les tâches quotidiennes exigeant la vision peut être amélioré grâce à l'attribution et à l'utilisation d'aides techniques de haute technologie. Les ergothérapeutes possèdent l'expertise pour aider les personnes à sélectionner et à utiliser des aides techniques et pour rehausser leur rendement occupationnel dans des activités significatives et utiles (Association canadienne des ergothérapeutes, 2006).

Au Vision Technology Service (VTS) de Toronto, les ergothérapeutes font des évaluations des besoins en matière d'aides techniques de haute technologie pour les clients de tous âges, y compris les personnes ayant des déficiences physiques exigeant une intégration complexe d'équipement et d'appareils adaptés favorisant l'accessibilité. Le VTS est un centre d'évaluation régional attaché au programme d'aides techniques du ministère de la santé de l'Ontario, de même qu'une composante de service du Adaptive Technology Resource Centre, de l'University of Toronto (<http://atrc.utoronto.ca>). L'équipe est composée

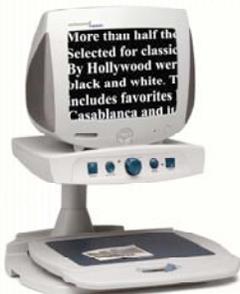


Figure 1: Système de télévision en circuit fermé Merlin avec écran cathodique de 20", fabriqué par Enhanced Vision

uniquement d'ergothérapeutes. Les clients admissibles sont ceux qui sont incapables d'effectuer des tâches visuelles quotidiennes en raison de leur âge, même s'ils ont reçu des interventions médicales, chirurgicales ou des interventions réfractives régulières (comme des verres correcteurs). Pour être admissible, il faut une recommandation du médecin de famille ou un rapport visuel datant des six derniers mois. Cette recommandation doit comprendre un diagnostic du problème de la personne et un rapport sur son acuité visuelle. L'attribution de l'équipement peut être soutenue financièrement par des programmes provinciaux.

Comme un faible nombre d'ergothérapeutes travaillent actuellement dans le domaine des aides techniques de haute technologie pour la perte visuelle, nous espérons que cet article vous donnera de l'information sur les types d'aides techniques qui peuvent améliorer le rendement occupationnel à la lecture et à l'écriture des aînés ayant une perte de vision.

Aides à la lecture de hautetechologie

On recommande à un grand nombre de clients dont la perte de vision suit une progression lente d'utiliser un système de télévision en circuit fermé (parfois appelé télévisionneuse) afin de grossir le texte de 0,5 à 6 centimètres et plus et d'augmenter le contraste blanc sur noir ou noir sur blanc (voir les descriptions de la figure 1 et du tableau 1). Grâce à cette aide, les clients affirment qu'ils peuvent lire les étiquettes des aliments et de leurs médicaments, des livres, des documents écrits à la main et ainsi de suite. Pour ce qui est des personnes ayant une perte de vision plus importante, on recommande l'utilisation d'un lecteur numérique DAISY (système d'information audio numérique) qui permet aux clients d'écouter des livres parlants, de la musique et des livres ou revues de la bibliothèque de l'Institut national canadien pour les aveugles.

Un grand nombre de personnes âgées utilisent des ordinateurs, naviguent sur le web et envoient et reçoivent des courriels. Bon nombre de clients modifient leur ordinateur en se procurant un grand écran ou un écran plat et en augmentant la taille de la police. Lorsque cette aide visuelle n'est plus adéquate, il faut évaluer si ces clients sont en mesure d'utiliser un logiciel permettant de grossir l'image à l'écran, qui augmente de 1,25 à 16 fois la taille du texte ou des objets affichés, qui rehausse la taille et la couleur de la souris ou du curseur et qui lit à voix haute des documents, des pages web ou des courriels (voir le tableau 1 à la page 15).

Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) – Faits saillants

- La forme sèche ou atrophique de la DMLA est une perte graduelle de la vision centrale
- La forme humide ou exsudative de la DMLA est une perte soudaine de la vision centrale
- 2,1 millions de Canadiens subissent une perte totale et irréversible de la vision en raison d'une DMLA
- Un plus grand nombre de Canadiens sont atteints de DMLA que les pourcentages combinés de Canadiens atteints de glaucome et de cataractes
- Chaque année, 78 000 Canadiens reçoivent le diagnostic de DMLA
- On s'attend à ce que l'incidence de la DMLA triple dans les 25 prochaines années
- On cherche toujours une cure ou un traitement pour la DMLA

Groupe-échantillon se trouvant au stade ultime d'une DMLA

Dans le cadre d'une étude informelle réalisée en 2006, nous avons examiné les données d'évaluation recueillies auprès de dix clients âgés atteints d'une dégénérescence maculaire sévère. Les données ont été recueillies au moyen d'une entrevue et elles comprenaient les conditions environnementales et les difficultés en matière de rendement occupationnel ciblées à l'aide de la MCRO. Parmi les dix clients interrogés, cinq vivaient seuls à la maison ou en appartement, trois recevaient de l'aide de leur conjoint et deux vivaient dans un centre de soins de longue durée ou un centre d'accueil. L'âge des clients variait de 76 à 93 ans, l'âge moyen étant de 84 ans. En examinant un milieu de vie et les tâches quotidiennes qui s'y rattachent, on constate rapidement que les gens se fient constamment à leur vision pour effectuer leurs occupations. Toutefois, les effets d'une perte de vision sont très individuels; en effet, les tâches n'ont pas toutes la même importance et ne sont pas toutes problématiques pour les personnes ayant une faible vision. Le tableau suivant présente les difficultés les plus importantes et les plus courantes en matière de rendement occupationnel.

Difficultés en matière de rendement occupationnel	Nombre de clients affectés sur 10
Lire des états financiers, des factures et signer des chèques	9
Lire le courrier	7
Lire l'information sur les médicaments et les étiquettes	6
Lire le journal local	6
Lire des livres et des revues	6
Lire des recettes	3

Technologie offerte aux clients se trouvant au stade initial d'une DMLA

L'étude de cas de Mme Pillustre des façons dont la technologie peut favoriser la participation d'une personne à des occupations significatives. Mme P, une cliente de 81 ans, vit avec la famille de sa fille, mais elle est seule une bonne partie de la journée. Elle a reçu des soins médicaux pour ses troubles de vision tout au long de la progression de sa dégénérescence maculaire, mais elle a subi une perte progressive de vision. Mme P reçoit des services de l'INCA pour les personnes ayant une faible vision, y compris la prescription d'une loupe pour repérer des objets et lire de courts textes. On lui a aussi fait le don d'un lecteur numérique DAISY et elle écoute des romans qu'elle emprunte à la bibliothèque de l'INCA. La famille de Mme P lui a acheté un nouvel ordinateur avec un écran de 19 pouces et un logiciel de lecture permettant de grossir les caractères et de faire la mise au point. Elle utilise l'ordinateur pour ses courriels, ses opérations bancaires en ligne et pour faire des jeux. Lors de l'évaluation des besoins de Mme P en matière d'aides visuelles au VTS, ses besoins additionnels en lecture et en écriture ont été ciblés, comme l'incapacité de

rédigé des chèques et de lire son courrier, ses états financiers, le journal quotidien et les étiquettes des aliments et de ses médicaments.

Des essais ont été faits avec différents systèmes de télévision en circuit fermé et on a déterminé qu'un système muni d'un écran plat de 17 pouces à hauteur réglable et de boutons faciles à utiliser répondrait le mieux à ses besoins. Mme P pouvait reconnaître facilement les lettres pour la lecture à un grossissement de sept fois ou avec des caractères de 1,2 centimètre de haut. Sur un écran de 17 pouces, Mme P était capable de lire à une vitesse fonctionnelle et de voir 35 lettres d'un côté à l'autre de l'écran, à une distance de travail de 40 centimètres. Comme Mme P est de petite taille, on a baissé l'écran pour veiller à ce que l'usage quotidien de l'équipement ne lui cause pas de douleur au cou ou de fatigue posturale.

Technologie offerte aux clients se trouvant au stade ultime d'une DMLA

En raison principalement de l'incidence de la DMLA, le VTS a observé un nombre croissant d'ânés ayant une vision plus faible que Mme P, c'est-à-dire une acuité visuelle de 20/400 ou moins. La plupart de ces personnes vivent à domicile et certaines reçoivent de l'aide de leurs proches. On a noté qu'un certain nombre de ces clients avaient de la difficulté à effectuer les tâches quotidiennes à l'aide des systèmes de télévision en circuit fermé qui étaient financés avant 2006 par le programme d'aides techniques du ministère de la santé de l'Ontario. Le degré de grossissement maximal de ces téléviseuses à foyer automatique munies d'un écran de 17 ou 18 pouces était seulement de 50 fois. Cependant, ces clients ont généralement besoin de lire des textes dont la taille est de huit à douze centimètres, et les écrans de ces téléviseuses ne permettent d'afficher que cinq à six lettres à la fois à l'écran.

En 2006, le programme provincial a approuvé le financement de la téléviseuse Merlin de 20 pouces en noir et blanc, muni d'un écran cathodique de 20,5 pouces et offrant un degré de grossissement de 66 fois (voir la figure 1). Dans le groupe-échantillon, les clients ont reçu la téléviseuse Merlin de 20 pouces en noir et blanc. Sept des 10 clients ayant reçu ce système ont pu faire un suivi au VTS, au cours duquel la MCRO a été administrée une deuxième fois. Leurs scores pour chaque tâche occupationnelle ont été notés et on a calculé la moyenne des scores totaux indiquant le changement face au rendement et à la satisfaction pour chaque client. On a calculé la moyenne des scores du groupe pour montrer le changement en matière de rendement et de satisfaction face à la réalisation de tâches semblables avec cet appareil. Les clients ont évalué que leur rendement s'était amélioré selon un score moyen de 7,1, sur une étendue de 3,3 à 9. Ces mêmes clients ont évalué que leur satisfaction face à leur rendement dans la réalisation de ces tâches s'était améliorée selon un score moyen de 7,9, sur une étendue de 5,5 à 9. Ces données indiquent que malgré des déficiences visuelles sévères, une téléviseuse à grand écran offrant un degré élevé de grossissement est un outil efficace pour répondre aux besoins les plus importants de ces clients en matière de lecture et d'écriture.

Tableau 1 – Aides techniques pour les personnes ayant une faible vision

Consulter le <http://atrc.utoronto.ca> pour en savoir davantage sur ces produits.

Aides techniques	Description
Télévisions en circuit fermé (Télévisionneuses)	Un système vidéo qui permet de grossir les images à l'aide d'une caméra fixe ou d'une caméra manuelle en projetant une image agrandie sur un moniteur vidéo, un écran de télévision ou un écran d'ordinateur. Disponible sous forme manuelle ou fixe, ce genre de système offre l'option permettant de voir du texte écrit en lettres noires sur fond blanc ou en lettres blanches sur fond noir, et de projeter les couleurs naturelles ou modifiées. Les commandes pour régler les contrastes et la luminosité sont standards. Un grand nombre de télévisionneuses offrent d'autres caractéristiques particulières à l'écran, y compris le soulignement ou le masquage de texte. Certains systèmes sont reliés à un ordinateur, ce qui permet d'utiliser le moniteur de l'ordinateur.
Logiciel de grossissement de l'image à l'écran	Permet de grossir l'image de l'écran de l'ordinateur et doit aussi comporter des composantes pour la lecture à l'écran. Par exemple, la fonction ZoomText de la compagnie AI Squared grossit et rehausse tout ce qui apparaît à l'écran de l'ordinateur. Ce logiciel rehausse la souris et le curseur afin qu'il soit plus facile de les localiser; le réglage des couleurs permet de changer facilement les couleurs à l'écran afin d'améliorer la clarté et de réduire la fatigue des yeux; il permet aussi de rehausser les fonctions des finders du bureau, du web et des traitements de textes pour localiser et naviguer plus facilement dans des documents, des pages web et des courriels. Le lecteur d'écran intégré de ZoomText décrits les actions à voix haute lorsque vous tapez du texte, naviguez à travers vos programmes ou utilisez votre souris.
Grand écran	Donne une vue plus large de chaque article. L'aire de visionnement d'un moniteur ou d'un écran plat peut être moins grande que les dimensions qui sont annoncées dans les publicités; il faut donc vérifier ces dimensions. Les moniteurs de 19 pouces et plus sont considérés comme de grands écrans. Les grands moniteurs, combinés à un logiciel qui grossit les images et le texte, permettent de voir une plus grande partie de l'écran à la fois.
Clavier à gros caractères	Chaque touche est facile à voir et comprend des options de différentes combinaisons de couleurs, lettres blanches sur fond noir, lettres noires sur fond blanc et lettres jaunes sur fond noir.
Lecteurs numériques Daisy	Les lecteurs numériques DAISY sont basés sur un format audio désigné sous le nom de norme DAISY (Digital Accessible System). La norme DAISY est la norme utilisée pour les livres parlants numériques.
Loupes	Disponibles dans de nombreuses formes et tailles, les loupes peuvent grossir de 1,5 à 20 fois. Certaines se plient et se transportent facilement dans la poche ou un sac à main et d'autres sont munies de lumières à batterie. Les loupes manuelles peuvent être difficiles à utiliser si vos mains se fatiguent facilement ou si elles ont tendance à trembler.
Télescope	Améliore la vision à distance. Le télescope manuel, aussi appelé un monoculaire, est utilisé couramment. Les télescopes manuels sont les plus utiles pour voir rapidement un objet situé à une certaine distance, comme pour lire un panneau ou pour situer un objet. Les télescopes que l'on glisse par-dessus ses verres correcteurs permettent à l'utilisateur d'avoir les mains libres.
Lentilles Corning	Les lentilles Corning aident les personnes ayant des yeux très sensibles. Selon le filtre choisi, ces lentilles de couleur aide à contrôler les reflets et à rehausser les contrastes.

Conclusion

Cette étude de cas et le groupe-échantillon font ressortir l'importance de la lecture et de l'écriture chez les aînés ayant une faible vision pour accomplir leurs activités quotidiennes et avoir une bonne qualité de vie en général. Les aînés peuvent compenser leur perte visuelle grâce à des aides visuelles comme les télévisionneuses, les grands écrans d'ordinateurs et les logiciels de lecture permettant de grossir l'image à l'écran. L'attribution de ce genre de technologie peut prévenir l'abandon d'activités significatives comme la lecture et l'écriture.

Références

- A Clear Vision: Solutions to Canada's vision loss crisis. *Symposium report. The cost of blindness symposium*. Toronto: Jan 31 – Feb. 1, 2004. Téléchargé le 2 février 2007, à <http://www.costofblindness.org/>
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2006). *Prise de position sur la technologie d'assistance et l'ergothérapie*. Téléchargé le 28 mars 2007, à <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=598>
- Gresset, J. (février 2004). *Demographics of low vision and blindness in Canada. Slide 10: Projected numbers of visually*

impaired elderly individuals in Canada. Conférence présentée à The Cost of Blindness Symposium in Toronto. Disponible à : <http://www.costofblindness.org/presentations/gresset/gresset.htm>.

- National Eye Institute. (2002). *Vision Problems in the U.S. Prevalence of adult vision impairment and age-related eye disease in America*. Téléchargé le 2 mars 2007, à <http://www.prevent-blindness.org/vpus/vp.html>.
- Taylor, H.R. (2003). Eye care for the future: The Weisenfeld Lecture. *Investigative Ophthalmology and Visual Science*, 44, 1413- 1418.
- Virtanen, P. et Laatikainen, L. (1993). Low vision aids in age-related macular degeneration. *Current Opinion Ophthalmology*, 4, 33-5.

À propos de auteurs –

LIZNA HUSNANI est ergothérapeute au sein du Vision Technology Service, à l'University of Toronto. Vous pouvez communiquer avec Lizna, à 130 St. George St., First Floor, Toronto, ON, M5S 1A5. Téléphone : (416) 946-5592. Courriel : lizna.husnani@utoronto.ca

LINDA PETTY est spécialiste clinique au University of Toronto's Adaptive Technology Resource Centre et coordonnatrice du Vision Technology Service.

Réaliser des occupations qui étaient significatives autrefois pour continuer d'avoir un but dans les établissements de soins de longue durée

Joanne Gillis

Pour la plupart des gens, la maison ou le domicile est un lieu associé au bien-être et à la sécurité. Le domicile est l'endroit où les gens accomplissent la plus grande partie de leurs occupations quotidiennes. Chez les aînés, la capacité de continuer ces occupations et de demeurer à domicile est souvent mise en jeu en raison d'un déclin des habiletés physiques et cognitives. L'admission dans un établissement de soins prolongés ou un centre d'hébergement est souvent la seule solution possible pour assurer la sécurité de la personne. Cependant, dans ces établissements, les aînés n'ont pas toujours la possibilité de continuer de participer à des occupations qui leur tiennent à cœur. Afin de répondre à ce besoin et de créer un lien avec leur ancienne vie à la maison, un groupe de fabrication de courtepointes a été mis sur pied au Agnes Pratt Home, un établissement de soins de longue durée de 128 lits, situé à St John's, à Terre-Neuve.

Lorsque des personnes emménagent dans un établissement de soins de longue durée, elles doivent faire face à un environnement étranger, où vivent des étrangers, puis elles doivent suivre des routines inhabituelles d'activités quotidiennes. Plus souvent qu'autrement, le personnel impose ces activités. Les repas sont servis selon des heures établies; ils ne sont pas préparés et servis par les résidents, qui ne font pas non plus la vaisselle et le nettoyage. La lessive est faite dans un endroit séparé du foyer et les résidents n'y participent pas non plus. L'entretien ménager est une activité visible dans le foyer. Malheureusement, en raison du personnel, des horaires, des directives concernant le contrôle des infections et des questions liées aux syndicats, les résidents ne participent pas non plus à cette activité. Soudainement, des personnes qui ont passé plus de 50 ans à accomplir des tâches avec un sentiment de fierté et d'utilité sont placées dans un nouveau foyer, où elles ont peu d'occasions de réaliser des activités significatives.

À Terre-Neuve, comme dans d'autres endroits dans le pays, les activités qui sont significatives pour de nombreux hommes et de nombreuses femmes âgés de 80 ans et plus sont, notamment le jardinage, la pêche, couper du bois, fabriquer des courtepointes et les activités ménagères. Autrefois, pendant les mois d'hiver, un grand nombre de femmes se rassemblaient pour coudre et fabriquer des courtepointes. Souvent, les hommes les aidaient à déchirer des bouts de tissu pour fabriquer des tapis pour la maison. Pendant le reste de l'année, le jardinage et la pêche faisaient partie de leurs routines quotidiennes. Ces moments demeurent vifs à l'esprit des résidents atteints d'une démence moyenne à sévère. Bien qu'un grand nombre de ces activités seraient difficiles à recréer dans un établissement de soins de longue durée, d'autres, comme le jardinage et la fabrication de courtepointes sont plus faciles à reconstituer.

La guilde des courtepointes

En novembre 2005, l'ergothérapeute et la spécialiste en récréologie ont combiné leurs forces en raison de la disponibilité et de l'intérêt du personnel et elles ont mis sur pied un petit groupe de femmes pour les aider à fabriquer une courtepointe pour l'unité. Les membres du groupe étaient âgées de 82 à 93 ans et elles avaient différents degrés d'habiletés cognitives. Le but de ce programme était d'aider les résidentes atteintes d'une démence légère à sévère à participer à une activité significative et utile. Le programme a été conçu à l'intention des résidentes qui participaient rarement à d'autres activités récréatives. Chaque résidente ayant été identifiée par la spécialiste en récréologie avait déjà manifesté un intérêt pour la couture.

Le projet initial était de fabriquer une courtepointe aux motifs aléatoires, ce qui permettait une grande marge

« Soudainement, des personnes [...] sont placées dans un nouveau foyer, où elles ont peu d'occasions de réaliser des activités significatives. »

d'erreur en ce qui concerne l'agencement des motifs et garantissait une expérience positive. Chaque semaine, les co-animatrices du groupe préparaient le matériel pour l'activité. Les résidentes choisissaient du tissu de différentes couleurs; elles avaient souvent le choix entre deux à trois tissus et se rappelaient de l'époque où elles cousaient. La coupe du tissu était démontrée aux résidents. L'aide dont elles avaient besoin pour effectuer cette étape consistait soit à tracer des lignes foncées pour les aider à suivre la ligne de coupe ou à les aider individuellement à couper le tissu, au besoin. On demandait aux résidentes de participer au repassage du tissu, pour le préparer à être cousu; une supervision assurait la sécurité des résidentes. Une fois que le tissu était prêt, on remettait aux résidentes des aiguilles déjà enfilées avec du fil de coton. On avait déterminé avant le début du programme que l'enfilage était une activité motrice fine trop exigeante pour les résidentes.

Des directives verbales ont été données chaque semaine pour rappeler l'activité aux résidentes et pour les inviter à participer. Les résidentes devaient souvent être redirigées vers la tâche et rassurées. Des directives physiques étaient données, par exemple, on traçait des lignes foncées sur le tissu pour les aider à coudre ou on donnait aux participantes du fil et des tissus de couleurs contrastantes pour aider les personnes ayant des déficiences visuelles. L'environnement dans lequel cette activité a lieu contient un ameublement semblable à celui d'une cuisine, de même qu'une grande table et des chaises, des armoires et un évier. L'environnement facilite l'évocation de souvenirs et procure un sentiment de confort, qui se mani-

feste par les chansons fredonnées par les résidentes pendant qu'elles cousent.

Le personnel et les animatrices ont été très surpris de constater le degré d'habileté des résidentes. Des résidentes dépendantes pour leurs soins personnels étaient aptes à tenir des ciseaux en toute sécurité et à couper du tissu pour la courtepoinette. D'autres manipulaient l'aiguille et le tissu comme dans le bon vieux temps. Les points de couture

« ...le plus grand avantage est la possibilité de revivre des moments de la vie associés au bien-être, à la familiarité, au plaisir et à une activité significative. »

de toutes les résidentes étaient précis et fins. Le rendement à la tâche variait en fonction de la progression de la maladie, de la sévérité de la maladie ou de l'acuité visuelle.

Transition saisonnière

En mai 2006, les résidentes ont terminé leur première courtepoinette originale. La grande courtepoinette a été divisée en deux; une portion a été réservée à l'usage des résidents de l'unité et l'autre a été exposée sur un présentoir à courtepointes, à l'extérieure de l'unité. À cette période de l'année, on a décidé que le jardinage deviendrait l'activité de la saison pour les résidents. Le groupe s'est alors agrandi grâce à la participation des hommes qui ont planté les graines, arrosé et disposé les semis à l'extérieur. Lorsque la température était clémente, les résidents allaient désherber ou couper les têtes des fleurs.

Au retour de l'automne, l'activité de fabrication de courtepointes a recommencé. Cette fois, les hommes ont continué de participer en coupant le tissu pour les femmes. Un homme a démontré des habiletés pour la couture, qui ressemble à l'art de réparer les filets de pêche. Le motif choisi pour la deuxième courtepoinette était un motif de panier en osier, qui permettrait de couper et de coudre le long des côtés. Lorsque la courtepoinette a été presque terminée et qu'il a fallu rassembler les nombreuses parties, la tâche est devenue trop complexe. Le motif de la courtepoinette, qui était composé de blocs faits de quatre rectangles de couleurs alternées a été terminé en moins de la moitié du temps qu'il avait fallu pour terminer la première courtepoinette; elle a été vendue à la foire de novembre du foyer pour amasser des fonds pour l'achat de matériel de couture. La dame la plus âgée du groupe trouvait qu'il était important d'amasser des fonds, car, par le passé, elle avait souvent dû amasser de l'argent pour l'église ou pour sa famille.

Compte tenu des degrés variables de déficience cognitive des participants, il a été difficile de recueillir leurs commentaires. Parmi les commentaires recueillis citons notamment les suivants : « C'est plaisant de faire quelque chose d'utile »; « Avant, je confectionnais des robes pour mes filles » et « Dans le passé, je fabriquais des courtepointes pour les vendre ». Une bonne partie de la rétroaction se manifestait dans les sourires des résidents, du fait qu'ils trouvaient qu'il était agréable de participer et qu'ils demandaient aux ani-

matrices du groupe plus de fil et de tissu pour poursuivre leur tâche.

Les avantages associés aux occupations familiales

Présentement, les résidentes travaillent sur un grand carré de courtepoinette pour l'unité. Le seul résident masculin qui est toujours dans le programme continue de participer en coupant le tissu. En raison des arrivées et des départs continus des résidents et de la progression de la maladie chez certains, il est difficile de maintenir le programme ainsi que d'inciter les résidents à se concentrer et à participer au projet. Pourtant, les avantages du programme sont beaucoup plus grands que les difficultés rencontrées. Habituellement, les résidents sont occupés le matin par des activités liées à leurs soins personnels. Ceci se traduit souvent par de l'agitation qui se manifeste par des comportements comme une démarche agitée, des pleurs et de la résistance à parler avec le personnel. Certaines résidentes ont tout de même participé à l'activité de courtepoinette même si elles venaient de terminer leur bain et même si elles avaient pris des médicaments qu'elles auraient préféré ne pas prendre. Cette occupation, une tâche familière et propice à la détente, qui a été réalisée dans un environnement accueillant, a permis de réduire l'agitation des résidents, en particulier pendant les heures de soins du matin.

Les résidentes se rappellent de l'époque où elles couvaient des vêtements ou fabriquaient des courtepointes pour leur famille; d'autres se souviennent des moments où elles se rendaient en ville pour acheter du tissu ou du fil ou des jours où elles attendaient le bateau qui apportait des provisions et du matériel pour la communauté. Certaines personnes apprécient davantage de parler des choses qui ont de l'importance pour elles aujourd'hui. On a observé que lorsqu'une résidente se mettait à rire, les autres suivaient souvent. Elles font des commentaires sur les jolies couleurs des tissus et les combinaisons qu'elles sont encouragées à choisir. L'environnement, de même que l'activité procurent des stimulations visuelles, auditives et tactiles. Toutefois, le plus grand avantage est la possibilité de revivre des moments de la vie à la maison qui sont associés au bien-être, à la familiarité, au plaisir et à une activité significative.

À propos de l'auteure –
JOANNE GILLIS est une ergothérapeute travaillant en milieu clinique au sein de la Long-term care Division de la Eastern Health, dans la province de Terre-Neuve et Labrador. Elle offre des services dans trois centres d'hébergement : le Agnes Pratt Home, les Saint Luke's Homes et le Masonic Park Nursing Home. On peut joindre Joanne à : joanne.gillis@eastern-health.ca.



Responsable de la chronique : Sandra Hobson

La planification du congé chez les aînés : la valeur ajoutée des visites à domicile en ergothérapie

Rene Taylor, Linda Kurytnik et Kerrie Pain

Les ergothérapeutes sont persuadés que les visites à domicile procurent de l'information unique sur les capacités fonctionnelles d'une personne qui aide les équipes soignantes à concevoir des plans de congé judicieux pour les clients âgés de 65 et plus qui quittent l'hôpital après un séjour prolongé (Nygård, Grahn, Rudenhammar, Hydling, 2004). Dans la plupart des cas, la réussite de la réintégration des aînés dans leur milieu de vie représente la solution à moindre coût sur une base personnelle et sociale. Grâce à une planification efficace de leur congé, les aînés peuvent participer pleinement à des occupations qu'ils jugent significatives.

Comme les visites à domicile sont considérées comme étant une activité exigeant beaucoup de temps et de ressources, il est important d'examiner la valeur ajoutée de ces visites dans la planification du congé. Actuellement, les décisions

concernant le congé de l'hôpital sont grandement fondées sur l'autoévaluation du client et sur les évaluations fonctionnelles réalisées au sein d'un environnement peu familier, où les activités de la vie quotidiennes sont simulées. La littérature traite abondamment du risque de surestimer les capacités du client et de sous-estimer les obstacles et les risques qu'il coure à domicile, en effectuant des évaluations à l'hôpital (Edwards, 1990). Toutefois, peu de recherches ont porté sur l'efficacité de la visite à domicile en ergothérapie lors de la planification du congé.

Dans différents milieux, les évaluations à domicile informelles et non standardisées, les listes de vérification et les résumés narratifs en vue de la planification du congé font partie des pratiques courantes en ergothérapie. Au sein de la Calgary Health Region (CHR), la pratique actuelle consiste à ce que l'ergothérapeute effectue une visite à domicile complète à l'aide d'une évaluation fonctionnelle et environ-

nementale non standardisée.

La littérature en ergothérapie démontre que les visites à domicile sont judicieuses lors de la planification du congé, car ces visites fournissent de l'information sur les capacités fonctionnelles du client dans son milieu de vie et sur les mécanismes de soutien informels déjà utilisés par le

client (Edwards 1990; Letts et Marshall 1995; Patterson et Mulley 1995). Cependant, il existe peu de données pour appuyer cette vision et orienter les décisions; jusqu'à maintenant, les recherches en ergothérapie ont été principalement centrées sur la prévention des chutes et la sécurité à domicile (Pardessus et al., 2002). La présente étude sur l'évaluation du programme a été conçue en vue de déterminer les lacunes dans les données qui sont actuellement disponibles.

But de l'étude

Cette étude a été conçue pour les raisons suivantes : 1. Examiner systématiquement la valeur ajoutée des visites à domicile en ergothérapie dans le processus de planification du congé des personnes âgées; 2. Établir des directives relatives à la pratique exemplaire, en normalisant le protocole des visites à domicile.

Plan expérimental de l'étude

(a) Échantillon - Les personnes ayant été invitées à participer à l'étude étaient des clients admis au programme de réadaptation des patients âgés hospitalisés (programme spécialisé de réadaptation et de soins aigus en gériatrie) du Rockyview General Hospital à Calgary, en Alberta. Les critères d'inclusion étaient les suivants : les clients devaient éventuellement retourner à domicile, soit seuls ou avec des membres de leur famille. La taille de l'échantillon était de 26 clients (20 femmes et 6 hommes); l'âge variait de 68 à 96 ans; l'âge moyen était de 88,6 ans et la moyenne des scores obtenus au Mini Mental Status Evaluation (MMSE) était de 27,6 (sur un éventail de 22 à 30/30). Les clients étaient des personnes âgées ayant des co-morbidités médicales complexes.

(b) Cueillette de données - Les données ont été recueillies à l'aide de l'outil Safety Assessment of Function and the Environment for Rehabilitation (SAFER), qui a servi de cadre pour l'évaluation systématique du rendement fonctionnel du client à l'hôpital et à domicile (Chiu et al., 2001). La permission d'utiliser l'outil lors des entrevues et dans les hôpitaux, de même que dans une situation plus traditionnelle à domicile (ce pour quoi l'outil a été conçu), a été obtenue auprès de la maison d'édition. Le SAFER est un instrument d'évaluation fonctionnelle fiable, valide et complet. L'outil a été utilisé pour standardiser le protocole de la visite à domicile et pour établir des directives relatives à la pratique exemplaire au sein du programme pour patients hospitalisés.

Cette étude comparative a permis de recueillir de l'information à l'aide de l'outil SAFER, à partir de trois sources de données différentes. L'entrevue et l'évaluation à l'hôpital ont

À propos des auteures –

RENE TAYLOR, BSC, OT (C) est ergothérapeute clinicienne au sein du Specialized Geriatric Inpatient Rehabilitation Program, Rockyview General Hospital, Calgary, AB. On peut joindre Rene à :

Rene.Taylor@CalgaryHealthRegion.ca.

LINDA KURYTNIK, BSC, OT (C) est ergothérapeute clinicienne au sein du Specialized Geriatric Outpatient Service, Rockyview General Hospital, Calgary, AB. On peut communiquer avec Linda à : Linda.Kurytnik@CalgaryHealthRegion.ca.

KERRIE PAIN, PHD, est directrice de la recherche au Kingfisher Research and Evaluation, Calgary Health Region.

été effectuées par un ergothérapeute qui ne connaissait pas le client auparavant. L'évaluation à domicile a été effectuée par le principal ergothérapeute traitant

1. Entrevue du client (autoévaluation des capacités fonctionnelles et des problèmes associés à la sécurité) : La seule information disponible au moment de l'entrevue était associée au diagnostic du client.
2. Évaluation à l'hôpital (évaluation à partir d'une simulation de différentes situations, réalisée dans un milieu hospitalier) : L'évaluation des capacités fonctionnelles du client comprenait une observation du rendement lors de la préparation d'un repas, dans la chambre à coucher et dans la salle de bain.
3. Évaluation à domicile (évaluation effectuée au domicile du client) : L'évaluation comprenait l'observation du rendement fonctionnel dans tous les aspects pertinents du domicile et pouvait comprendre tous les transferts, les escaliers et la préparation des repas, au besoin.

Une étude pilote préliminaire a été réalisée à l'aide de huit clients et de quatre ergothérapeutes. D'autres études pilotes ont été effectuées en raison du roulement de personnel, à l'aide de six clients et de deux ergothérapeutes. Ceci a permis d'établir et d'assurer la fiabilité inter-juges et la validité de l'étude. Les étapes suivantes ont été suivies pour l'objectif principal visant à établir la valeur ajoutée d'une visite à domicile :

- Les problèmes qui ont été ciblés à l'aide des deux types de cueillette de données ont été mis dans un tableau et comparés à l'aide de l'outil d'analyse statistique ANOVA.
- Le nombre total de cases cochées dans les trois catégories des deux évaluations (problème, sans objet [S/O], aucun problème) a été calculé. De l'information descriptive a été produite sur les points de désaccord.
- Les similitudes entre les recommandations ont été évaluées après l'étude pilote, indiquant des fiabilités inter-juges et une précision point à point > 80 %.

Parmi les limites de l'étude, citons la reconnaissance que les multiples recommandations étaient difficiles à encoder et à regrouper, que l'entrevue n'incluait pas les membres de la famille, que la simulation à l'hôpital était artificielle et que le SAFER n'a pas été conçu pour passer des entrevues.

Résultats de l'étude

Aucune différence statistique n'a été observée entre le nombre moyen de problèmes identifiés lors d'une évaluation à l'hôpital et d'une évaluation à domicile, mais on a trouvé une différence statistique significative entre le nombre moyen de problèmes identifiés pendant l'entrevue du client et pendant l'évaluation à domicile.

L'usage de l'outil SAFER a permis de cibler un plus grand nombre de problèmes et de recommandations lors de l'évaluation à l'hôpital et de l'évaluation à domicile. Une différence significative a été observée en ce qui concerne l'augmentation du degré de spécificité des recommandations émises pendant la visite à domicile, comparativement

aux recommandations émises lors de l'évaluation à l'hôpital. Lorsqu'elle a été combinée à la version standardisée du SAFER, la visite à domicile a permis d'attribuer efficacement de l'équipement et des ressources lors de la planification du congé.

Les recommandations de l'étude ont été difficiles à catégoriser et à analyser, pour plusieurs raisons. Premièrement, un plus grand nombre de recommandations ont été émises pour chaque client et situation d'évaluation (allant de 1 à 45 recommandations différentes) que le nombre auquel on s'attendait. Deuxièmement, la formulation différente d'un ergothérapeute à l'autre n'a pas permis de catégoriser clairement les recommandations. Troisièmement, l'outil SAFER comprenait des aspects qui se chevauchaient et qui étaient redondants; un consensus a été atteint seulement après de multiples encodages.

Discussion

Les données appuyaient la perception selon laquelle les clients surestiment leurs capacités et sous-estiment leurs problèmes lors de la planification de leur congé de l'hôpital. Les conséquences de cette perception peuvent être une mauvaise correspondance entre les ressources, la sous-utilisation des services requis ou le manque de services, en particulier si la planification du congé est basée uniquement sur l'autoévaluation du client. Des aspects où cette situation a été fréquemment observée étaient, notamment l'accessibilité du domicile et les transferts à l'aide de l'équipement de la salle de bain. Par exemple, ceci s'est produit dans le cas d'un client qui n'a pas identifié un problème relatif à l'accessibilité de son domicile pendant l'entrevue et l'évaluation à l'hôpital. Ainsi, au moment de la visite à domicile, l'ergothérapeute a constaté que le domicile comportait un grand nombre d'escaliers ayant une surface non sécuritaire, ce qui constituait un problème important; ce client avait donc besoin de l'aide d'une personne pour monter et descendre les différents escaliers. Un autre exemple de ce genre est le cas où le client a indiqué que l'équipement de sa salle de bain n'était pas installé adéquatement. Pour cette raison, l'équipement a dû être réinstallé et ajusté, et la technique de transfert a dû être modifiée pour rehausser la sécurité du client. L'outil SAFER a servi de cadre pour favoriser une approche globale centrée sur le client, pour planifier le congé et pour uniformiser la communication au sein du groupe d'ergothérapeutes participant à l'étude. On s'attend à que l'utilisation de l'outil SAFER lors des visites dans des milieux non institutionnels (c'est-à-dire, au domicile plutôt que dans un foyer d'accueil ou dans un centre adapté) favorise une planification du congé plus uniforme pour cette population. L'un des résultats qualitatifs de l'étude a été l'utilisation d'un outil clinique uniforme pour favoriser la communication entre les ergothérapeutes du programme et pour maintenir des normes de pratique exemplaire au sein du programme.

Conclusion

La recherche confirme la croyance selon laquelle les évaluations fonctionnelles effectuées dans le milieu de vie sont plus efficaces pour la planification du congé des aînés que les évaluations fonctionnelles effectuées à l'hôpital ou que les autoévaluations des clients. Par ailleurs, les évaluations à domicile donnent une meilleure vue d'ensemble et sont plus spécifiques pour déterminer les problèmes et les besoins personnels des aînés. La possibilité d'observer le rendement fonctionnel à domicile permet également d'attribuer de l'équipement et des services en temps opportun, et à moindre coût.

L'étude démontre également la valeur ajoutée d'utiliser un outil systématique comme le SAFER pour évaluer le rendement fonctionnel. L'outil permet de veiller à ce que la visite à domicile en vue de la planification du congé soit complète et uniforme et qu'elle contribue à la réalisation d'un plan de congé complet et à la réussite de la transition de l'aîné de l'unité de soins aigus vers son milieu de vie.

Références

Chui, T. et al. (2001). *Safety Assessment of Function and the Environment for Rehabilitation Tool (SAFER)*. Toronto, ON: Comprehensive Rehabilitation and Mental Health Services.

Edwards, M. M. (1990). The reliability and validity of self-report activities of daily living scales. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 57, 273-278.

Letts, L. et Marshall, L. (1995). Evaluating the validity and consistency of the SAFER tool. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, 13(4) 49-63.

Nygård, L., Grahn, U., Rudenhammar, A., Hydling, S. (2004) Reflecting on practice: Are home visits prior to discharge worthwhile in geriatric inpatient care? *Scandinavian Journal Caring Science*, 18, 193-203.

Pardessus, V., Puisieux, F., Di Pompeo, C., Gaudefroy, C., Thevenon, A., et Dewailly, P. (2002) Benefits of home visits from falls and autonomy in the elderly: A randomized trial study. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81, 247-252.

Patterson, C.J., et Mulley, G.P. (1999). The effectiveness of pre discharge home assessment visits: A systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 13, 101-104.

QUAND LA THÉORIE REJOINT LA PRATIQUE



Responsable de la chronique : Heidi Cramm

Le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel pour l'évaluation des besoins d'aînés ayant une atteinte cognitive et résidant en maison d'accueil

Michèle Hébert, Rachel Thibeault, Thomas Brind'Amour et Jean-Pascal Beaudoin

Les ergothérapeutes peuvent être appelés à évaluer les besoins de santé d'une communauté ou d'une population pour élaborer un nouveau programme de santé, planifier de nouveaux services ou juger d'un programme existant. Le domaine de la gestion des services de santé nous propose modèles et démarches documentaires, retrouvés dans l'analyse stratégique, pour réaliser une telle évaluation (Pineault et Daveluy, 1995). Ces modèles et méthodes permettent de déterminer les renseignements à rechercher, les sources d'information (études, témoignages, experts, etc.) et l'organisation à faire des données pour connaître les besoins d'une population, concevoir les programmes qui pourraient résoudre les problématiques ou mesurer l'adéquation des services offerts (Contandriopoulos, Champagne, Denis et Pineault, 1992). En ergothérapie, cette vision organisationnelle doit s'enrichir d'une conception de la santé qui nous est propre.

Dans cette perspective, l'expérience fut tentée : déterminer les besoins de santé des aînés hébergés à la Maison

Fleur-Ange à l'aide du Modèle Canadien du Rendement Occupationnel (MCRO) (Association canadienne des ergothérapeutes, 2002). Le projet avait trois objectifs : (1) Informer les intervenants et la direction relativement aux besoins de santé des résidents pour améliorer la qualité de vie de ces derniers; (2) Identifier des besoins qui pourraient faire l'objet d'interventions en ergothérapie; (3) Explorer l'utilité du MCRO dans la démarche d'évaluation des besoins de santé d'une communauté.

PROCESSUS D'ÉVALUATION DES BESOINS : de la théorie à la pratique

L'évaluation des besoins de santé a pour but ultime de provoquer un changement bénéfique à la santé d'une population (Stevens et Gillam, 1998). Les indicateurs de santé devant être redocumentés dans une telle démarche peuvent relever de l'état de santé des individus, de leur qualité de vie, de la présence d'atteintes fonctionnelles, des conditions socio-économiques ou l'adéquation des services offerts

(Congdon, 2001 ; Okamoto, 1997 ; van den Bos et Triemstra, 1999). Le MCRO offre une perspective de la qualité de vie des individus basée sur les aspects des personnes, leurs occupations et leurs environnements pour mieux saisir le sens qu'ils attribuent à leur vie et les éléments porteurs de ce sens (ACE, 2002). L'évaluation des besoins de santé d'une population, dans la perspective du MCRO, demanderait la documentation de tous ces éléments et permettrait à l'ergothérapeute de procéder à l'analyse des besoins : déterminer la situation de santé actuelle et la situation désirée, identifier les problématiques et les priorités pour déterminer les services requis ou l'adéquation des services déjà offerts (Rouda et Kusy, 1995).

Population à l'étude

La Maison Fleur-Angé, sous la direction de la Société Alzheimer de l'Outaouais Québécois (SAOQ), est une ressource communautaire offrant un lieu d'hébergement permanent aux aînés atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'affections connexes (SAOQ, 2006). Les intervenants de la Maison Fleur-Angé se donnent pour mission d'offrir un milieu adapté aux besoins des résidents, respectant leur dignité, se souciant de la qualité de vie et valorisant le potentiel de chacun au quotidien (SAOQ, 2006). La Maison offre son service d'hébergement à neuf aînés pour leur permettre la transition entre le domicile et les centres de soins de longue durée, pour un temps d'hébergement aussi long qu'il est possible avec les ressources du milieu.

Cueillette des renseignements

Pour réaliser l'évaluation des besoins des résidents de la Maison Fleur-Angé, le MCRO a été utilisé pour déterminer l'information requise, l'organisation à faire des renseignements et les analyses à être réalisées. Un étudiant en ergothérapie à l'Université d'Ottawa a complété, en quatre mois, à raison d'une journée/semaine, la cueillette des renseignements suivants :

- observations et consultation des dossiers pour documenter la santé physique des personnes, observations et rencontres informelles avec les résidents pour documenter les aspects affectifs, évaluation des aspects cognitifs à l'aide du Protocole d'examen cognitif de la personne âgée (PECPA-2r) (Geneau et Taillefer, 1996),
- observations et rencontres avec les résidents, familles et intervenants pour documenter la nature, la fréquence, la durée et l'appréciation des activités de soins personnels, de loisirs et les activités productives, complétées de la consultation des horaires d'activités et de tâches,
- consultation de la documentation sur la Maison, observations et rencontres informelles avec résidents, familles et intervenants pour documenter les différents aspects de l'environnement.

L'information a été regroupée et présentée, formule MCRO,

dans un Rapport d'évaluation des besoins à la Maison Fleur-Angé (Brind'Amour, 2004) : contexte du projet, environnements, domaines d'activités, aspects des personnes, question de sens et de qualité de vie, forces observées et recommandations.

Résultats

L'utilisation du MCRO pour réaliser l'évaluation des besoins de santé à la Maison Fleur-Angé a permis de dresser un portrait holistique très informatif sur la qualité de vie des résidents et sur les avenues possibles d'amélioration. À titre d'exemples, il a été noté que l'environnement physique était libre de barrière architecturale mais qu'il offrait peu de points de repère pour l'orientation dans l'espace. L'expression de la culture des résidents était vivement encouragée et respectée dans les espaces privés. La philosophie « carpe diem » était toujours de mise et les occupations en lien avec les activités de soins personnels et les activités productives étaient appropriées et porteuses de sens pour les résidents. D'autre part, la présence des familles était plutôt occasionnelle, que les capacités fonctionnelles des résidents étaient à l'occasion sous-estimées, quelques initiatives relatives à la mobilité n'étaient pas très heureuses et l'expérience des activités de loisirs était moins significative.

Ces résultats ont offert une vision nouvelle à la direction et aux intervenants. Ils y ont vu le respect de la complexité de la vie des aînés vivant une atteinte cognitive et une situation d'hébergement. Les aspects documentés et leurs liens d'influence ont, dans un second temps, permis d'établir clairement les forces à la Maison Fleur-Angé et les aspects qui demandaient attention. Par exemple, la philosophie « carpe diem » semblait sécurisante et stimulante pour les résidents et elle demandait à être renforcée en s'assurant de la participation des résidents aux activités porteuses de sens pour eux. La volonté des intervenants, compétents et dévoués, à vouloir encourager la pleine participation et l'inclusion de tous les résidents à toutes les activités quotidiennes devait se nuancer sur les bases d'une meilleure compréhension des capacités et des volontés de ces derniers. La question de sens devait être mieux saisie pour soulever la motivation des résidents à participer aux activités quotidiennes de la Maison. Ce constat a permis la formulation de quelques recommandations : formation des intervenants relativement à la question des activités porteuses de sens et leur lien à la santé, mise en place du « conseil des sages » composé des résidents et ayant pour

À propos de auteurs –
**MICHÈLE HÉBERT, PHD,
ERG. AUT. (ONTARIO)**

Professeure adjointe
Programme d'ergo-
thérapie, Université
d'Ottawa, 451 chemin
Smyth, Ottawa,
Ontario, K1H 8M5
michele.hebert@
uottawa.ca

**RACHEL THIBEAULT, PHD,
ERG. AUT. (ONTARIO)**

Professeure agrégée
Programme d'ergo-
thérapie, Université
d'Ottawa, 451 chemin
Smyth, Ottawa,
Ontario, K1H 8M5
**THOMAS BRIND'AMOUR,
ERG. AUT. (QUÉBEC)**
Étudiant en médecine,
Université de Sherbrooke
19 rue Mailhot,
St-Charles-Borromée,
Qc, J6E 7Y8

**JEAN-PASCAL BEAUDOIN,
MA.P, ERG. AUT.
(ONTARIO)** Coordonnateur
de la formation clinique
Programme d'ergo-
thérapie, Université
d'Ottawa, 451 chemin
Smyth, Ottawa,
Ontario, K1H 8M5

mission de se prononcer sur le quotidien à la Maison, conception d'un tableau indicateur des activités quotidiennes et des activités spéciales, identification d'activités individuelles et de groupe significatives pour les résidents, etc.

Les recommandations produites par l'analyse des besoins ont finalement été très diversifiées, de l'orientation des résidents dans la Maison, aux déplacements sécuritaires, à la gestion des comportements perturbateurs, l'importance de l'implication des familles, l'importance des routines, l'évaluation régulière de l'autonomie fonctionnelle, l'importance de la communication entre les résidents, etc. Les démarches et les ressources requises pour l'actualisation de ces recommandations ont aussi été identifiées autant au sein de la Maison qu'à l'extérieur, par la création d'alliances.

Retombées pratiques en ergothérapie

L'évaluation des besoins de santé des résidents de la Maison Fleur-Angé dans la perspective toute particulière du MCRO a offert toutes les retombées attendues. Les résultats ont été bien accueillis par la direction et les intervenants. Ils ont souligné à quel point cette vision novatrice et positive est aidante pour l'évaluation de l'adéquation des services offerts. Les résultats ont permis des ajustements pour améliorer la qualité de vie des résidents et pour permettre leur pleine participation à des activités porteuses de sens pour eux.

L'identification des besoins a été utilisée pour déterminer des objectifs de stages pour des étudiants en ergothérapie à l'Université d'Ottawa, sous la supervision d'un professeur du programme. Ces stages ont offert des conditions exceptionnelles d'apprentissage et d'application des connaissances puisqu'ils avaient été conçus entièrement sur la base du MCRO. Ils ont favorisé l'autonomie des étudiants tout en leur proposant une gamme diversifiée d'interventions touchant les aspects des personnes, leurs activités, les environnements, la question de sens auprès des résidents et de formation auprès des intervenants.

Finalement, malgré les limites de généralisation du projet, les différents protagonistes (résidents, intervenants et direction de la Maison Fleur-Angé, étudiants et professeurs au programme d'ergothérapie) ont tous apprécié le processus. Tous ont actualisé le potentiel des données découlant du projet, autant pour les besoins de santé des résidents que pour les besoins d'apprentissage des intervenants, des étudiants et des professeurs qui ont constaté, une fois de plus, que le passage de la théorie à la pratique est porteur de sens en ergothérapie.

Références

Association canadienne des ergothérapeutes. (2002).

Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie. Ottawa : Auteur.

Brind'Amour, T. (2004). *L'évaluation des besoins à la Maison Fleur-Angé.* Ottawa : Programme d'ergothérapie de l'Université d'Ottawa.

Congdon, P. (2001). Health status and healthy life measures for population health need assessment : modelling variability and uncertainty. *Health & Place*, 7, 13-25

Contandriopoulos, A.P., Champagne, F., Denis, J.-L. et Pineault, R. (1992). L'évaluation dans le domaine de la santé: Concepts et méthodes. Actes du Colloque sur l'évaluation en matière de santé: des concepts à la pratique, *CREGE*, 14-32.

Geneau, D. et Taillefer, D. (1996). *Protocole d'Examen Cognitif de la Personne Âgée (PECPA-2r)*. Québec, CCFP.

Okamoto, A. (1997). Need Assessment of Visiting Nursing and Rehabilitation Services for Noninstitutionalized Elderly. *Journal of Aging and Health*, 9(4), 514-528.

Pineault, R. et Daveluy, C. (1995). *La planification de la santé: concepts, méthodes, stratégies.* Montréal: Éditions Nouvelles.

Rouda, R.H. et Kusy, M.E. (1995). *Needs Assessment : the first step.* http://alumnus.caltech.edu/~rouda/T2_NA.html

Société Alzheimer de l'Outaouais Québécois. (2006). *Maison Fleur-Angé* http://www.saoq.org/maison_fleurange.htm

Stevens, A. et Gilla, S. (1998). Needs assessment: from theory to practice. *British Medical Journal*, 316, 1448-1452.

van den Bos, G.A.M. et Triemstra, A.H.M. (1999). Quality of life as an instrument for need assessment and outcome assessment of health care in chronic patients. *Quality in Health Care*, 8, 247-252.



Responsables de la chronique : Jane Davis et Helene Polatajko

Récits de vie, occupations, participation sociale et vieillissement

Barry Trentham

Les ergothérapeutes reconnaissent depuis longtemps les récits de vie, les histoires de travail et les examens rétrospectifs de la vie comme des outils d'évaluation et d'intervention efficaces (Burke et Kem, 1996; Frank, 1996; Kirsh, 1996; Mattingly, 1991). Dans cet article, je considère le récit de vie comme une occupation puissante, favorisant la participation et la santé. En tant qu'ergothérapeute et gérontologue, je suis convaincu que le récit de vie est une occupation efficace, utile et significative qui aide les gens à donner un sens à leur vie lorsqu'ils doivent s'adapter aux difficultés associées au vieillissement. Il s'agit d'une occupation qui pourrait avoir encore plus d'importance pour les aînés qui doivent redéfinir leur identité lorsqu'ils sont atteints d'une maladie chronique ou lorsqu'ils doivent s'adapter à un nouveau milieu de vie.

Je pose la question suivante : comment le récit de vie peut-il favoriser le bien-être, la participation et l'engagement communautaires? Dans ma réponse, je considère le récit de vie comme une occupation par laquelle les aînés s'engagent auprès de leur famille, de leurs amis et de leur communauté, ce qui favorise l'affirmation de leur identité ainsi qu'une meilleure adaptation aux troubles de santé mentale.

Définitions

Les termes histoire de vie et récit de vie, qui sont souvent utilisés de manière interchangeable, se définissent comme le compte-rendu écrit ou oral d'une vie ou d'un segment de la vie, raconté par une personne (Cole et Knowles, 2001). Le récit de vie est le processus ou l'occupation qui consiste à partager le récit de sa vie avec les autres. L'examen rétrospectif de la vie et l'évocation de souvenirs sont des processus semblables, mais ils sont définis par un processus, une forme et un but thérapeutique particuliers. Le récit de vie peut être partagé oralement; il fait souvent appel à des approches créatives ou artistiques, comme la photographie, le théâtre ou la vidéo. Les constructions narratives des récits de vie ne sont pas de simples comptes-rendus chronologiques; ces récits transmettent plutôt les liens motivationnels entre différents événements de la vie. Ainsi, ces histoires témoignent du processus visant à attribuer un sens à la vie, de la vision du monde et du système de valeur de la personne qui les raconte.

Perspective occupationnelle

Les ergothérapeutes parlent souvent du besoin de noter l'histoire occupationnelle complète des clients en les incitant à faire le récit de leur vie dans le cadre du processus d'évaluation. L'histoire occupationnelle, telle que formalisée dans l'Occupational Performance History Interview—II » (Kielhofner, 2002), peut être considérée comme une forme de récit de vie qui est centrée sur les événements, les choix, les réalisations et les difficultés en matière d'occupation d'une

personne, tout au long de sa vie. Toutefois, le récit de vie n'est pas seulement un moyen de recueillir de l'information; il peut être recadré et devenir une occupation porteuse de sens, propice à la participation du client. Si le récit de vie nous aide à comprendre notre vie, il peut aussi aider des aînés à cibler leurs peurs associées au vieillissement.

Je crois que les histoires que nous racontons sur nous-mêmes font partie d'histoires culturelles et sociales plus vastes, dans lesquelles nous évoluons; il s'agit de scénarios ethnoculturels, généraux ou religieux qui peuvent souvent, de manière inconsciente, orienter les choix en matière de participation occupationnelle. Par exemple, l'un des scénarios qui est accepté culturellement et qui est souvent transmis dans les histoires des aînés de ce pays, est que le travail ardu, consacré au bien-être des autres procure souvent un sentiment de satisfaction face à sa vie. Je crois aussi qu'en racontant l'histoire de notre vie, nous nous engageons dans un processus social auquel participent la personne qui raconte et celles qui écoutent; ce processus favorise la transmission de la sagesse, de moments d'humour, d'encouragements et d'histoires. Toutes les personnes qui ont eu la possibilité de raconter leur histoire publiquement ou dont on a raconté l'histoire en public (pensons à tous les diaporamas et les albums de photos de famille lors des anniversaires et des mariages) vous diront que le fait de raconter cette histoire représente une participation significative au développement de la conscience familiale et communautaire.

Réflexions du domaine de la gérontologie narrative

Le domaine en plein essor de la gérontologie narrative a produit des données probantes sur ces croyances (Chapman, 2005; Gubrium, 2001; Kenyon, Clark et de Vries, 2001; Randall et Kenyon, 2004) et il a mis en évidence la valeur du récit de vie pour favoriser le bien-être des aînés. Le sociologue Jaber Gubrium (2001) affirme que nous trouvons un sens à notre vie en reliant les différentes expériences que nous avons vécues pendant notre vie. C'est souvent en racontant l'histoire de leur vie que les gens y trouvent un sens. Les personnes qui racontent leur histoire créent les personnages qu'ils croient être, en interprétant les événements passés; puis, elles reconstruisent des histoires cohérentes qui ont un sens et qui orientent leurs actions et décisions futures. Bien que peu de vies soient des histoires cohérentes à la manière des scénarios d'Hollywood, nous pouvons tenter de les rendre plus cohérentes en les racontant. Lorsque la personne fait le récit de sa vie, il arrive qu'elle le transforme en fonction de l'auditoire ou de circonstances frappantes de sa vie. Cependant, William Randall (2001), ministre, enseignant aux adultes et gérontologue, est d'avis que les histoires que nous racontons sur nous-mêmes ont le pouvoir d'influer positivement ou

négalement sur notre vie. Dans le même ordre d'idées, le récit de vie peut aussi aider des personnes à se rendre compte jusqu'à quel point elles absorbent les normes, les attentes et les contraintes sociales dans lesquelles elles vivent. Les grandes histoires, comme les théories et les scénarios socioculturels, peuvent aussi devenir des moyens par lesquels certains individus sont privés de leur histoire ou réduits au silence. Ceci peut se produire lorsque les normes dominantes et les idées reçues de la vie laissent peu d'espoir et peu de place pour l'expression des voix minoritaires ou pour les histoires de vie qui s'écartent des chemins largement fréquentés.

Des histoires jamais contées

Les gens ne tiennent pas tous à raconter leur histoire et les aînés qui désirent faire leur récit de vie n'ont pas tous la possibilité de le faire. Un grand nombre de récits de vie ne sont pas racontés et célébrés. Cette mise au silence peut limiter la façon dont les gens s'engagent et participent au monde qui les entoure. Il est possible qu'un grand nombre de personnes âgées ne puissent pas raconter leur histoire en raison de leur situation de vie, de l'absence d'un auditoire, d'une déficience ou de milieux de vie discriminatoires, insensibles à la culture ou non sécuritaires qui les dissuadent de raconter des histoires qui ne cadrent pas avec les histoires culturelles dominantes et acceptées. Par exemple, à quel point les aînés qui s'identifient comme des membres d'une minorité définie par l'ethnicité, l'orientation sexuelle, la religion ou des facteurs socioéconomiques se sentent-ils à l'aise de faire le récit de leur vie, notamment lorsqu'ils vivent dans des situations où ils peuvent être vulnérables, comme dans des établissements de soins de santé?

La création de lieux d'expression sans préjugés, propices à la divulgation des récits de vie fondés sur la réflexion et la transformation peut permettre à des individus de prendre conscience des schémas et des scénarios culturels qui ont une influence sur la façon dont ils mènent leur vie. Ces lieux peuvent aussi leur permettre de faire preuve d'une plus grande authenticité dans leur vie, à travers leurs choix occupationnels (Mezirow et Associates, 2000). L'un des buts de l'ergothérapie est de favoriser l'engagement et la participation des clients à des rôles organisationnels, familiaux et communautaires. Considéré comme une occupation, le récit de vie peut devenir un moyen de relier l'occupation à ces rôles. Fidèles au processus visant à promouvoir l'occupation, les ergothérapeutes doivent d'abord évaluer les facteurs personnels et environnementaux qui influent sur la capacité de leurs clients de s'engager dans un récit de vie; ils doivent ensuite déterminer des façons de modifier ces facteurs, afin de favoriser une pleine participation de leurs clients à des occupations associées au récit de vie.

Théories sur le vieillissement et le partage du récit de vie

Bon nombre de théories sur le vieillissement font valoir les avantages du récit de vie sur la santé mentale, bien qu'elles soient soit largement associées au processus de l'examen

rétrospectif de la vie. Par exemple, Erikson (1963), un psychologue du développement, considérait l'examen rétrospectif de la vie comme un moyen d'éviter le désespoir lorsqu'on se prépare à mourir, en ayant l'objectif d'atteindre un état final d'intégrité personnelle. La théorie de la continuité (Atchley, 1989) explique comment l'examen rétrospectif de la vie est un moyen de conserver son identité à la lumière du déclin des capacités fonctionnelles. La théorie du désengagement (Cummings et Henry, 1961) a aussi été utilisée inadéquatement pour expliquer que les individus se désengagent du présent et se plongent dans les souvenirs des temps meilleurs. Jeffrey Webster (2001) affirme que ces théories individualistes ne sont pas suffisantes pour comprendre comment les individus « tentent de s'adapter à un environnement en mouvement » (p.162) et il croit qu'il faut considérer le récit de vie en fonction du contexte dans lequel il se produit. La psychologue Laura Carstensen (1995) examine les caractéristiques contextuelles et donne des preuves à l'appui de la théorie de la sélectivité socio-émotionnelle, qui explique que les aînés ont tendance à accorder plus d'importance aux souvenirs autobiographiques que les jeunes et qu'ils partagent entre eux les examens rétrospectifs de leur vie pour régulariser leurs émotions et établir des liens sociaux. Ces théories plus générales sur les histoires de vie nous incitent à élargir la portée du récit de vie, pour aller au-delà de l'examen rétrospectif de la vie, c'est-à-dire à considérer le récit de vie comme une occupation qui relie les individus aux occupations familiales et communautaires et les incitent à s'y engager.

Élargir les horizons : Nouvelles connaissances sur les occupations liées au partage du récit de vie vers la fin de la vie

La littérature en gérontologie, qui est fondée de façon dominante sur les fonctions individuelles de l'examen rétrospectif de la vie et du récit de vie, a commencé à examiner la valeur du récit de vie au plan de la participation communautaire. Cette littérature est centrée particulièrement sur le partage du récit de vie comme moyen efficace pour établir des liens avec les autres, en transmettant la sagesse découlant d'une réflexion sur la vie (Edmondson, 2005; Kenyon, Clark et DeVries, 2001; Kivnick, Stoffel et Hanlon, 2003; Randall et Kenyon, 2004).

En établissant des liens entre le récit de vie, l'individu et la société, le psychologue Peter Coleman (2005) nous rappelle que « les fonctions psychologiques saines sont celles qui sont avantageuses non seulement pour l'individu, mais également pour la société et pour les générations futures (p. 293). La nature sociale du récit de vie a été citée par plusieurs gérontologues (Cruikshank, 2003; Edmondson, 2005; Holstein, 1999; McKee et Barber, 2001) pour expliquer qu'en partageant leur récit de vie, que l'on considère souvent comme une transmission de leur sagesse, les aînés peuvent jouer un rôle social, en favorisant la résolution des problèmes sociaux actuels rencontrés par les plus jeunes générations.

À l'échelle de groupes plus restreints, l'intervention

sous forme de petits groupes partageant leurs récits de vie a été largement utilisée, avec un bon taux de réussite, pour développer un sentiment d'appartenance et des liens entre des individus susceptibles d'être isolés (Pohlman, 2003; Birren et Cockran, 2001) et pour créer ce que Gary Kenyon (2003) appelle des milieux de sagesse. D'autres ont décrit l'utilisation du récit de vie en des termes beaucoup plus généraux, notamment comme une tentative pour rassembler des groupes historiquement éloignés, y compris les aînés de différents pays européens (Coleman, 2005) et des groupes culturels en conflit, par exemple les groupes catholiques et les groupes protestants de l'Irlande du Nord (Gibson, 2004).

La littérature en sciences humaines nous rappelle la valeur d'un récit de vie pour transmettre d'importants messages de vie aux générations actuelles et futures, par souci de générativité (Erickson, 1963) ou pour répondre aux fonctions de contribution sociale associées à la vieillesse.

Certains auteurs ont même suggéré que l'importance du récit de vie pour favoriser le fonctionnement social est encore plus grande aujourd'hui que jamais et ce, pour tous les groupes d'âges; il incombe donc à la société d'offrir des occasions et des conditions favorables à l'acquisition des habiletés requises pour faire un récit de vie (Nelson, 2003).

En ce qui concerne les discussions interculturelles, le vieillissement et le récit de vie, la psychologue Katherine Nelson (2003) a observé des variations entre les sexes et les cultures dans les façons dont les groupes élaborent et partagent leurs mémoires autobiographiques. Des différences notables ont été trouvées entre les cultures orientales, qui accordent moins d'importance à l'individu dans l'histoire et les cultures occidentales, qui semblent encourager les mémoires autobiographiques individuelles à des âges relativement jeunes et qui continuent d'encourager ce genre de récit à un âge avancé (Nelson, 2003). Certaines cultures, par exemple, les cultures autochtones, accordent une grande valeur au récit de vie, qu'elles considèrent comme un forum pour apprendre et transmettre des connaissances sur les traditions culturelles. Les anciens, un titre attribué aux personnes qui sont reconnues comme des chefs par les membres de la communauté, jouent un rôle important dans la transmission des enseignements culturels et de la sagesse en racontant des histoires de vie qui sont modifiées au besoin, en fonction du contexte ou du but de l'enseignement.

Compte tenu des nombreux défis interculturels liés à la prestation optimale de soins de santé, les ergothérapeutes peuvent se poser des questions essentielles au sujet des personnes dont le récit de vie est valorisé et de celles dont les histoires passent sous silence. Ceci semble particulièrement important si, comme la littérature le laisse croire, le récit de vie favorise la santé mentale des clients et constitue un moyen pour eux de s'engager et de participer à une occupation familiale ou communautaire. En partageant leurs récits de vie, les aînés de toutes provenances, habiletés et situations peuvent trouver et proposer aux autres des solutions à leurs problèmes, un

soutien mutuel, de l'humour ainsi que des possibilités de découverte et de transformation. Les ergothérapeutes ont beaucoup à offrir aux aînés en les incitant à faire le récit de leur vie et en veillant à ce que leurs histoires riches et uniques, qui témoignent de la nature diverse de notre société, soient entendues, célébrées et cultivées, compte tenu de la sagesse sociale qu'elles contiennent.

Références

- Atchley, R. C. (1989). A continuity theory of normal aging. *The Gerontologist*, 11, 13-17.
- Birren, J. E., et Cochran, K. N. (2001). *Telling the stories of life through guided autobiography groups*. Baltimore, MD: The John Hopkins University Press.
- Burke, J. P., et Kern, S. B. (1996). Is the use of life history and narrative in clinical practice reimbursable? Is it occupational therapy? *American Journal of Occupational Therapy*, 50, 389-392.
- Carstensen, L. L. (1995). Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 151-156.
- Chapman, S. A. (2005). Theorizing about aging well: Constructing a narrative. *Canadian Journal on Aging*, 24, 9-18.
- Cole, A. L., et Knowles, J. G. (2001). *Lives in context: The art of life history research*. Walnut Creek, CA: Alta Mira Press.
- Coleman, P. (1999). Creating a life story: The task of reconciliation. *The Gerontologist*, 39, 133-139.
- Coleman, P. (2005). Use of reminiscence: Functions and benefits. *Aging and Mental Health*, 9(4), 291-294.
- Cruikshank, M. (2003). *Learning to be old: Gender, culture and aging*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield Publishers Inc.
- Cummings, E., et Henry, W. (1961). *Growing old*. New York: Basic Books.
- Edmondson, R. (2005). Wisdom in later life: Ethnographic approaches. *Aging and Society*, 25, 339-356.
- Erickson, E. H. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). New York: W.W. Norton.
- Frank, G. (1996). Life histories in occupational therapy clinical practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 50, 251-264.
- Gibson, F. (2004). The Northern Ireland reminiscence network: Promoting social well-being by valuing memories. *Health Information and Libraries Journal*, 21(Suppl.2), 62-65.
- Gubrium, J. (2001). Narrative, experience, and aging. Dans G. Kenyon, P. Clark et B. de Vries (Eds.), *Narrative gerontology: Theory, research, and practice* (p.19-30). New York: Springer.
- Holstein, M. (1999). Women and productive aging: Troubling implications. Dans M. Minkler et C. Estes (Édits.), *Critical gerontology: Perspectives from political and moral economy* (pp 359-373). Amityville, NY: Baywood Publishing.
- Kenyon, G. (2003). Telling and listening to stories: Creating a wisdom environment for older people. *Generations*, 27(3), 30-48.
- Kivnick, H., Stoffel, S., et Hanlon, D. (2003). Boise's tale: Vital involvement, occupation, story. *Generations*, 27(3), 39-43.
- Kirsh, B. (1996). A narrative approach to addressing spirituality in occupational therapy: Exploring personal meaning and

- purpose. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 63, 55-61.
- Kielhofner, G. (Ed.) (2002). *A model of human occupation, theory and application* (3rd ed.). Baltimore, MD: Lippincott Williams and Wilkins.
- Mattingly, C. (1991). The narrative nature of clinical reasoning. *American Journal of Occupational Therapy*, 45, 998-1005.
- McKee, P., et Barber, C. (2001). Plato's theory on aging. *Journal of Aging and Identity*, 6, 93-103.
- Mezirow, J., et Associates (2000). *Learning as transformation: Critical perspectives on a theory in progress*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Nelson, K. (2003). Self and social functions: Individual autobiographical memory and collective narrative. *Memory*, 11(2), 125-136.
- Pohlman, B. (2003). Storytelling circles: Stories of age and aging. *Generations*, 27(3), 44-48.
- Randall, W. (2001). Storied worlds: Acquiring a narrative perspective on aging, identity, and everyday life. Dans G. Kenyon, P. Clark & B. de Vries (Eds.), *Narrative gerontology: Theory, research, and practice* (p. 31-62). New York: Springer.
- Randall, W., et Kenyon, G. (2004). Time, story, and wisdom: Emerging themes in narrative gerontology. *Canadian Journal on Aging*, 23, 333-346.
- Webster, J. D. (2001). The future of the past: Continuing challenges for reminiscence research. Dans G. Kenyon, P. Clark, et B. de Vries (Édits.), *Narrative gerontology: Theory, research, and practice* (p. 159-185). New York: Springer.

Des ergothérapeutes collaborent avec la communauté pour contribuer au développement de Memory P.L.U.S.

Kathy Gallagher

Les ergothérapeutes travaillant à la Geriatric Outpatient Clinic à Victoria ont constaté qu'un besoin important n'était pas comblé chez leurs clients atteints d'un début de démence, notamment de la maladie d'Alzheimer. Comme ces personnes ne se sentaient plus à l'aise d'assister à un grand nombre de leurs activités régulières en raison de leurs changements cognitifs, elles n'avaient aucun endroit où aller pour obtenir de l'éducation, du soutien et des activités sociales. Ainsi, les ergothérapeutes ont établi un partenariat avec un organisme communautaire afin de lancer le programme Memory P.L.U.S. (Practice, Laughter, Useful Strategies).

Lancé il y a cinq ans, le programme a connu une grande réussite dans les trois différents centres situés dans le sud de l'île de Vancouver : Victoria, Saanich et Sidney. Le programme est parrainé par l'organisme communautaire Silver Threads (www.silverthreads.ca). Les gens se rendent à leur centre local à raison d'une fois par semaine, pendant 12 semaines. Chaque semaine, ils participent à diverses activités, y compris la rédaction de leurs mémoires, l'exploration de leurs ressources en matière de loisir, de même qu'à des discussions sur la mémoire, sur les stratégies et sur les modes d'adaptation pour faire face à leur perte de mémoire.

Ayant contribué à la conception du programme, les ergothérapeutes participeront également à la mise à jour du programme afin de répondre aux besoins des gens se trouvant à des stades plus avancés d'une démence et de concevoir un manuel de formation. Le programme est dirigé par les récréologues; les ergothérapeutes de la clinique externe sont la principale source d'aiguillage des patients. Les thérapeutes considèrent que ce programme est une partie intégrante de leurs ressources communautaires, car il offre du soutien aux clients, ainsi qu'un réseau social inestimable. En outre, les clients doivent rédiger leurs mémoires pendant leur participation à Memory P.L.U.S., ce qui constitue une occupation significative permettant aux gens de renouer avec leur passé et de partager leur histoire avec les autres, tout au long de la progression de leur démence.

À propos de l'auteure –

KATHY GALLAGHER est une ergothérapeute travaillant au Geriatric Outpatient Department, Victoria, BC. On peut joindre Kathy à Kathy.Gallagher@viha.ca.



Responsables de la chronique : Roselle Adler et
Josée Séguin

Le rôle de l'ergothérapie dans le nouveau monde de la technologie de localisation

Elizabeth Steggles

La technologie de localisation est utilisée depuis des années pour repérer des animaux, des troupeaux, des véhicules et pour des applications militaires. Dans les dernières années, les fabricants ont reconnu que cette technologie peut aussi être utile pour les personnes vulnérables à l'errance; depuis, ils tentent de commercialiser ces appareils auprès de la population, en particulier auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. La technologie se développe à un rythme rapide et elle est abondamment publicisée, notamment sur Internet. Comme il existe une pléthore d'appareils de localisation, les ergothérapeutes doivent connaître les meilleures façons de répondre aux besoins de leurs clients à partir des choix de technologie de localisation offerts sur le marché.

En 2005, j'ai découvert que de la technologie de localisation pouvait être utilisée pour les personnes susceptibles d'avoir des comportements d'errance; je travaillais alors avec un homme qui ne pouvait participer à certaines occupations de manière autonome en raison de son comportement et de son besoin de supervision constante. Il souhaitait éperdument promener son chien sans aide, mais il n'était pas certain de pouvoir rester sur la route choisie. Sa famille et lui ont accepté de participer à l'essai informel d'un appareil de localisation. De manière concourante, un an plus tard, le Ministère des services sociaux et communautaires de l'Ontario a exprimé le désir d'évaluer la possibilité d'utiliser la technologie de localisation pour les per-

« ... aucun système de technologie de localisation ne représente une solution idéale. »

sonnes vulnérables à l'errance. Mes collègues et moi (c'est-à-dire, trois ergothérapeutes et un récréologue) du programme Accessibly Yours, une division du service de la School of Rehabilitation Science de la McMaster University, avons consulté le Ministère et éventuellement, nous avons établi un partenariat afin de faire une évaluation au moyen d'un essai d'équipement et d'une étude qualitative. Le rapport complet du projet de technologie de localisation est disponible à : <http://www.fhs.mcmaster.ca/rehab/locatingtechnology/>.

Les participants étaient enthousiastes à l'idée de trouver de l'équipement qui répondrait à deux besoins très précis : aider les familles et les aidants à localiser des personnes vulnérables à l'errance ou ayant fait une fugue ainsi que les personnes qui aimeraient jouir d'une plus grande autonomie dans la communauté, mais qui ont peur de se perdre ou d'avoir des problèmes. Au début du projet, les chercheurs avaient des inquiétudes face à des questions

d'ordre éthique relatives à l'utilisation de la technologie de localisation, notamment les préjugés associés à des appareils qui sont utilisés pour repérer des animaux ou des criminels et également la possibilité d'enfreindre le droit à la vie privée. Toutefois, des groupes de consommateurs ont indiqué que le fait d'avoir besoin de moins de surveillance, d'éliminer la nécessité de verrouiller les portes et de réduire l'utilisation des médicaments, de même que l'augmentation de l'autonomie et de la sécurité dépassaient toute question d'ordre éthique anticipée.

La privation occupationnelle et la perte d'autonomie qui résultent d'un comportement d'errance sont devenues apparentes pour le groupe de consommateurs. Un grand nombre de personnes vulnérables à l'errance ont souvent besoin de supervision constante; elles ne peuvent participer aux activités de leur choix et elles sont parfois confinées dans des environnements verrouillés ou elles doivent prendre des sédatifs. Les besoins des aidants en matière de rendement occupationnel sont également négligés, car une grande partie de leur temps est consacré aux personnes à qui ils prodiguent des soins.

Pendant le projet, il est devenu évident qu'aucun système de technologie de localisation ne représente une solution idéale. L'un des résultats du projet a été de constater qu'il existe différents types d'appareils, principalement les systèmes de positionnement global (GPS) et la radio, munis d'une gamme de caractéristiques différentes. En outre, la technologie peut prendre différentes formes, par exemple les téléphones cellulaires ou les bracelets qui transmettent ou reçoivent des signaux. Nous avons répertorié 26 produits ou services à partir d'une recherche sur Internet.

Afin d'aider les consommateurs et les ergothérapeutes à cibler leurs besoins, à examiner les différentes caractéristiques offertes et à favoriser la réalisation d'occupations significatives, veuillez consulter la page 31 de ce numéro. Vous y trouverez des réponses aux questions les plus souvent posées sur la technologie de localisation.

À propos de l'auteure – ELIZABETH STEGGLES est une ergothérapeute qui travaille actuellement à titre de directrice de projet à la School of Rehabilitation, McMaster University. Elle est chercheur associé à l'école et membre de l'équipe de base qui a élaboré le programme Accessibly Yours – Enhancing Environments for Wellness and Occupation. On peut communiquer avec Elizabeth à steggli@mcmaster.ca.

Foire aux questions sur la technologie de localisation

Elizabeth Steggle, James Leslie et Sue Baptiste

En quoi consiste la technologie de localisation?

La technologie de localisation fait habituellement référence à un appareil électronique qui permet aux aidants de localiser une personne qui risque d'errer ou de se perdre. Généralement, la personne à risque porte un appareil comme un bracelet ou un téléphone cellulaire, qui fait partie d'un système. Certains appareils font appel à l'aidant pour trouver la personne qui porte l'appareil, alors que d'autres font appel à un service de surveillance, comme un centre d'appels. Un autre système fait appel aux services de la police pour retrouver la personne munie de l'appareil. La technologie utilisée est souvent celle des systèmes de positionnement global (GPS) ou FM (radio).

Qui peut utiliser la technologie de localisation?

Les candidats sont, notamment les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'autres démences, d'autismes, d'un trouble du développement ou d'autres problèmes qui peuvent entraîner des risques d'errance ou de se perdre. La technologie de localisation peut permettre de retrouver une personne ou donner une plus grande autonomie à une personne qui veut sortir seule.

Quelques détails sur la technologie de localisation

1. Questions d'ordre éthique :

- L'appareil peut favoriser les préjugés associés à la recherche d'animaux et de criminels.
- L'appareil peut enfreindre le droit d'une personne à la vie privée, la dignité et la liberté.
- L'appareil peut signaler à la population en général que cette personne a un handicap. Ceci peut la rendre plus vulnérable ou l'isoler socialement.
- Actuellement, il n'y a aucune directive à savoir qui sont les personnes qui doivent donner leur consentement pour l'utilisation de la technologie.
- La coercion pourrait être utilisée pour forcer une personne à utiliser la technologie.
- L'utilisation de la technologie peut entraîner une moins grande supervision et une perte de contact humain.
- L'utilisation de la technologie peut entraîner le confinement, car on pourrait l'utiliser pour empêcher les gens d'aller et de venir à leur guise.

2. Facteurs à prendre en considération pour la personne à risque (la personne qui porte l'appareil) :

- La technologie de localisation peut-elle être attachée à la personne ou transportée par la personne?
- La personne qui porte l'appareil peut-elle tolérer de porter cet appareil?
- À quoi ressemble la technologie de localisation, par exemple taille, poids et aspect esthétique?

- L'appareil est-il facile à enlever pour la personne qui le porte?
- L'appareil comprend-t-il un bouton d'aide ou d'appel?
- La personne qui porte l'appareil peut-elle trouver sa propre localisation?
- Y a-t-il plus d'une personne qui porte l'appareil? Combien?

3. Facteurs à prendre en considération pour les aidants :

- Quelles sont les personnes qui doivent repérer ou situer la personne? Par exemple, un aidant, un organisme, un centre d'appels ou la police?
- La communication bidirectionnelle est-elle requise pour la personne qui erre?
- Faut-il posséder des habiletés, des connaissances ou une formation particulières pour utiliser la technologie de localisation?
- Est-il facile de faire l'entretien de l'appareil de localisation, par exemple, de la recharger, de la nettoyer?
- Faut-il se servir d'une carte pour déterminer la route menant à l'endroit où se trouve la personne qui porte l'appareil?
- Le système peut-il être adapté aux besoins changeants de la personne, par exemple, une personne qui part en vacances?

4. Facteurs techniques :

- L'appareil de localisation est-il à l'épreuve de l'eau?
- Où la personne qui porte l'appareil doit-elle se trouver pour que la technologie fonctionne? Les technologies ne fonctionnent pas partout, par exemple, dans un édifice, dans la forêt, à l'extérieur de la communauté immédiate, près de l'eau ou dans l'eau.
- Quelle est la durée de la batterie?
- La technologie de localisation exige-t-elle d'autre équipement pour fonctionner, comme un ordinateur, un accès à Internet, un téléphone cellulaire ou un poste de chargement?
- Une sonnerie ou une alarme est-elle requise :
 - lorsque la personne enlève l'appareil?
 - lorsque la personne qui porte l'appareil tombe?
 - lorsque la personne qui porte l'appareil est près de l'eau ou dans l'eau?
 - lorsque la personne se trouve à l'extérieur d'une aire donnée?
 - lorsque la personne qui porte l'appareil quitte un édifice?
 - lorsque la personne qui porte l'appareil est près de la circulation routière?
- À quel endroit la technologie de localisation sera-t-elle utilisée? Par exemple, dans un établissement de soins de longue durée, à l'école, dans le voisinage ou partout.

Avec l'évolution rapide de cette technologie, d'autres questions seront soulevées lorsque vous chercherez un système qui répondra à vos besoins. La technologie de localisation représente seulement l'une des stratégies pour traiter les comportements d'errance ou pour aider les gens qui se perdent; elle n'est pas appropriée pour toutes les situations et pour toutes les personnes. Il est important de collaborer avec l'équipe de santé afin de déterminer les stratégies les plus judicieuses.

*Cette « **Foire aux questions** » n'est qu'un guide et elle ne prétend pas nécessairement traiter de toutes les questions associées à la technologie de localisation. L'article a été rédigé en octobre 2006 par l'équipe du projet de technologie de localisation de l'école des sciences de la réadaptation de l'Institute of Applied Health Sciences, de la McMaster University. Pour en savoir davantage, communiquez avec Elizabeth Stegglés : Tél. : 905 525 9140 poste 21096 ou courriel : steggles@mcmaster.ca

