JUILLET/AOÛT 2022
VOLUME 25.4

ACTUALITÉS ÉRGOTHÉRAPIQUES

DANS CE NUMÉRO

Vieillir chez soi : l'importance des choix face aux situations de vulnérabilité
Véronique Provencher

Vieillir sur place — mais au prix de la solitude ?
Jim Mann, Flora To-Miles, & Lillian Hung

Vieillir sur place n'est pas une solution universelle : leçons pour l'ergothérapie
Sachindri Wijekoon

CAOT · ACE

perkopolis

CAOT · ACE
Canadian Association of Occupational Therapists
Association canadienne des ergothérapeutes

Bienvenue chez **PERK**OPOLIS !

À Perkopolis, nous sommes continuellement à la recherche d'offres exclusives et d'avantages exceptionnels pour vous! Utilisez votre adhésion Perkopolis pour profiter des rabais sur le divertissement, voyage, sport, film, bien-être, magasinage et plus!

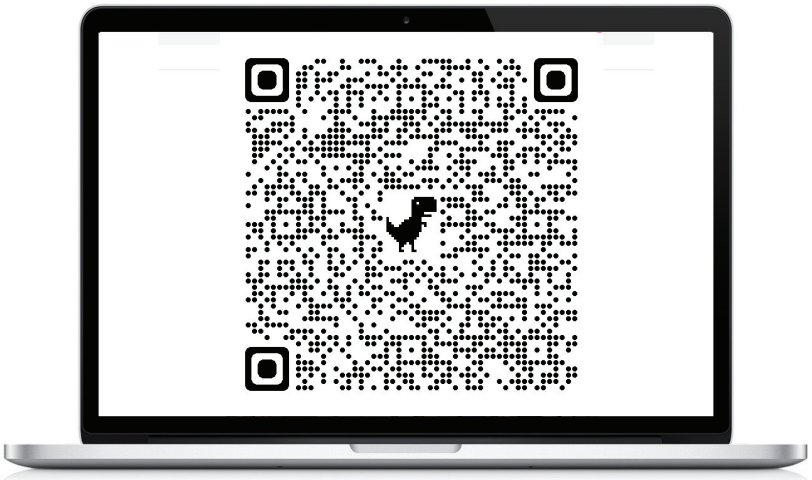
COMMENT S'INSCRIRE?

1 Visitez perkopolis.com et cliquez sur Inscription dans le coin supérieur droit.

2 Pour accéder aux offres exclusives de Perkopolis, vous devez vous inscrire en utilisant un courriel valide. Vous recevrez un courriel contenant un lien pour activer votre compte.

3 Entrez votre code de membre qui est 'CAOT' + votre numéro de membre.
(ex: CAOT1234)

Commencez maintenant sur **PERKOPOLIS.COM ou** en **SCANNANT le code QR ci-dessous**



Rabais exceptionnels
de nombreuses marques nationales

ACCÈSS 24/7
à notre plateforme n'importe où (bureau ou maison)

SERVICE À LA CLIENTÈLE
via téléphone, courriel ou chat

WESTJET · teleflora · HELLO FRESH · CINEPLEX

adidas · Lenovo · WYNDHAM HOTELS AND RESORTS

VIA Rail Canada · CHOICE HOTELS CANADA™ · Reebok · SAMSUNG

ACTUALITÉS ERGOTHÉRAPIQUES

Table des matières

ÉDITORIAL

Vivre ou ne pas vivre chez soi : telle est la question ! 5

DES CONNAISSANCES À LA PRATIQUE

Simulation pour soutenir les aidants des personnes avec un trouble neurocognitif majeur 7
Marie-Eve Bolduc, Niki Soilis & Claire Webster

Partager son quotidien avec un animal de compagnie : comment les ergothérapeutes peuvent-elles·ils contribuer à soutenir les personnes aînées qui souhaitent vieillir accompagnés de leurs animaux ? 9
Nataša Obradović, Émilie Lagueux, Karine Latulippe & Véronique Provencher

En-AGE : un portail web pour comprendre et soutenir les transitions occupationnelles à un âge avancé 11
Sachindri Wijekoon, Colleen McGrath, Christie Brenchley & Shlomit Rotenberg

PARTAGE DE PERSPECTIVES

Vieillir sur place — mais au prix de la solitude ? 13
Jim Mann, Flora To-Miles & Lillian Hung

Le parcours d'une famille d'immigrés à travers un accident vasculaire cérébral sur trois décennies 16
Elly Park

Vieillir sur place n'est pas une solution universelle : leçons pour l'ergothérapie 18
Sachindri Wijekoon

INFLUENCER LA VIE DES GENS, LES COMMUNAUTÉS ET LES SYSTÈMES

Des ergothérapeutes connectés pour favoriser un vieillissement chez soi et en santé! 21
Mathilde Chagnon, Marie-Hélène Lévesque, Patrick Boissy & Mélanie Levasseur

Vieillir chez soi : l'importance des choix face aux situations de vulnérabilité 24
Véronique Gagnon-Coderre & Mélanie Levasseur

RÉPONSES DE L'ERGOTHÉRAPIE À LA PANDÉMIE COVID-19

Le catalyseur COVID : le besoin accru d'ergothérapeutes pour aider à la sortie des soins de longue durée vers le domicile 27
Holly Reid & Jill Slauenwhite

LES REVUES DE LIVRE

Clinical practice to academia: A guide for new and aspiring health professions faculty.. 29
Lisa Engel & Shlomit Rotenberg

Quick reference dictionary for occupational therapy, 7th edition 30
Alexandra Lecours

Developing occupation-centered programs with the Community (3rd ed.) 31
Candace Crawford

Medical terminology doodles... 32
Michelle Chant

Crédit photo : iStock

Toute déclaration figurant dans les *Actualités ergothérapiques* 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. Les *Actualités ergothérapiques*, une tribune consacrée à la discussion de questions qui touchent les ergothérapeutes, fait appel à votre participation.

Tous droits de rédaction réservés
Les *Actualités ergothérapiques* et l'ACE ne soutiennent pas nécessairement les annonces acceptées pour publication.

PRÉSIDENTE DE L'ACE
Giovanna Boniface, MRSc, OT, CCLCP

CHEF DE LA DIRECTION DE L'ACE
Hélène Sabourin, RN, BScN, MHA

INDEXAGE
Le périodique Actualités ergothérapiques est indexé par : ProQuest et OTDBase

PUBLICITÉ
Tracy Jolliffe
Tél. : (613) 523-2268, poste 241
Courriel : advertising@caot.ca

ABONNEMENTS
Tél. : (800) 434-2268, ext. 221
Courriel : subscriptions@caot.ca

DROIT D'AUTEUR
L'ACE détient le droit d'auteur des Actualités ergothérapiques. 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'ACPUE sont autorisés à partager des copies d'un article, si ces copies sont distribuées gratuitement à des étudiants ou des consommateurs à titre informatif.

Pour toute question concernant le droit d'auteur, communiquer à l'adresse suivante : copyright@caot.ca

---

Le périodique *Actualités ergothérapiques* 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
Naomi Hazlett, BSc., MScOT, OT Reg. (Ont.)
Tél. (613) 523-2268 ext. 243
courriel : otnoweditor@caot.ca

CONCEPTION GRAPHIQUE ET MISE EN PAGE
JAR Creative

ÉDITION D'ÉPREUVES /TRADUCTION
Alexa Gravel (Français)
Vicki Piché, Erg. Aut. (Ont.) (Français)
Claire Hurd, BA, MScOT, Erg. Aut. (Ont.) (Anglais)

COMITÉ ÉDITORIAL DES *ACTUALITÉS ERGOTHÉRAPIQUES*
Présidente : Naomi Hazlett, BSc., MScOT, OT Reg. (Ont.)
Mercerina Lychek, erg. Aut. (Ont.)
Juan Lopez, erg. Aut. (Ont.)
Maria Mullally, B.Sc. Hon., M.Sc.OT, erg. Aut. (N.-É)
Kathryn Wise, OTD, MHSc, erg. Aut. (Ont)
Jeff Boniface, erg. Aut. (C.B.)
Hiba Zafran, PhD, erg., ergothérapeute-psychothérapeute
Ali Zwicker, MOT, Erg. Aut. (C.B.)
ex-officio : Catherine Backman et Rose Martini, Rédactrices en chef interium, *Revue canadienne d'ergothérapie*
ex-officio : Josée Séguin, erg. Aut. (Ont.)

ÉDITEURS THÉMATIQUES
Critique ergothérapique : conscience professionnelle et droits
Hiba Zafran, PhD, erg., ergothérapeute-psychothérapeute

La santé des Autochtones et l'ergothérapie au Canada
Tara Pride, M.Sc, erg. Aut. (N.-É)

Relations internationales
Paulette Guitard, Ph.D., Erg. Aut. (Ont.), FCAOT

Notre passé ergothérapique
Elizabeth Pooley, erg. Aut. (Ont.)

Réflexions sur la pratique privée
Nicola Schaan, erg. Aut. (C.B.)

Le sens de l'agir
Katie Lee Bunting, erg. Aut. (C.B.)

La télésanté et la technologie d'assistance
Laura Kalef, erg. Aut. (Ont.)
Megan M. MacPherson, erg. Aut. (C.B.)

L'application des connaissances en ergothérapie
Mercerina Lychek, erg. Aut. (Ont.), MPH

Histoires quotidiennes
Émilie Simoneau, erg. Aut. (Ont.)

Rehausser la pratique
Aînés : Ben Mortenson, Ph.D., erg.
Adultes : Bice Amoroso, erg. M.Sc. Aut. (Ont.)
Enfants et adolescents : Patricia O'Krafka, erg. M.Sc.
Santé mentale : Samantha Oostlander, erg. Aut. (Ont.)

Pratique en milieu rural et éloigné : Vacant

Perspectives étudiantes
Katharine Fuchigami, MSc. Sciences de la santé et de la réadaptation, BHSc.
Alanna Veitch, Dipl. OTA&PTA

Formation clinique et théorique
Anne W. Hunt, PhD, erg. Aut. (Ont.)

Compétences en gestion de la pratique et compétences professionnelles
Leslie-Ann Stewart, erg. Aut. (Ont.)

Les assistants de l'ergothérapeute et le personnel de soutien en ergothérapie
Vacant

La santé des femmes et l'ergothérapie
Sarah Good, erg. Aut. (Ont.)

Tous les membres du comité éditorial et les éditeurs thématiques des *Actualités ergothérapiques* sont membres en règle de l'ACE.

Vivre ou ne pas vivre chez soi : telle est la question !

Véronique Provencher

La plupart des personnes aînées souhaitent vivre « chez soi » le plus longtemps possible. Or, pour plusieurs d'entre elles, leur état de vulnérabilité les expose à des risques accrus de chutes et d'isolement, contribuant à la précarité de leur maintien à domicile. Comment ainsi trouver cet équilibre entre la sécurité, l'autonomie et la qualité de vie des personnes aînées ? Comment concilier ces valeurs en apparence contradictoires ? Comme la prise de risques peut être bénéfique pour soutenir les aînés dans la poursuite d'activités signifiantes à leurs yeux, une approche basée sur la « réduction des méfaits » pourrait permettre d'atténuer ces risques, tout en favorisant l'autonomie décisionnelle des personnes aînées. En effet, par une démarche centrée sur les besoins et les préférences de la personne aînée, il devient possible d'identifier des services capables de réduire ces risques, tout en veillant à ce qu'ils lui soient acceptables, en cohérence avec ses valeurs. Or, ces services ne sont pas nécessairement offerts aux personnes aînées quand et où elles le souhaitent, les contraignant parfois à se déplacer hors de leur domicile et à se conformer aux disponibilités des intervenants.

Dans ce numéro, **Chagnon et coll.** exposent ainsi les avantages liés à l'utilisation de la télésanté afin de faciliter l'accès à des services en ergothérapie à domicile, notamment pour prévenir le déconditionnement aggravé par la pandémie, tout en reconnaissant les défis que cette modalité comporte, tels que la littératie numérique. Cependant, cette option de « vivre chez soi » n'est pas nécessairement souhaitable ni souhaitée par tous. Deux articles **(Gagnon-Coderre coll., Mann coll.)** font ainsi valoir l'importance de respecter l'autonomie décisionnelle de la personne concernant le choix de milieu de vie. Tel que mis en exergue par la pandémie, demeurer dans sa maison peut exposer à des risques accrus d'isolement, susceptibles de s'avérer fort délétères sur la réalisation d'activités qui donnent un sens à leur vie. En effet, comme le mentionnent Mann et coll., « les liens affectifs sont souvent ce qui donne une raison de se lever le matin ».

En ce sens, certains milieux de vie collectifs peuvent s'avérer des options intéressantes, en offrant des opportunités de socialisation. En outre, il importe que le milieu de vie respecte autant que possible les valeurs, la personnalité et les habitudes antérieures, en offrant des opportunités de reconnecter avec ce qui est familier : c'est-à-dire, l'identité de la personne et ses rôles antérieurs. Par exemple, l'article d'**Obradović et coll.** explore comment les ergothérapeutes pourraient contribuer à mieux soutenir les personnes aînées qui souhaitent vieillir chez elles en les aidant à continuer à prendre soin de leur animal. Pour pallier des difficultés croissantes à le promener ou à le nourrir, les ergothérapeutes pourraient, par exemple, faire reconnaître la pertinence d'élargir l'offre de tels services d'aide à domicile ou encore valoriser les résidences pour aînés offrant des espaces dédiés aux animaux.

Wijekoon rapporte l'expérience de personnes aînées issues de l'immigration qui vieillissent au sein d'une société différente dans laquelle elles ont grandi. Pour se reconnecter avec leur **identité culturelle**, le partage d'un savoir expérientiel avec la prochaine génération peut ainsi s'avérer une source de valorisation. Plus largement, notre société peut s'inspirer de différentes cultures pour diversifier sa vision du vieillir chez soi, notamment par l'instauration d'une forme d'interdépendance intergénérationnelle ou d'un filet social qui appelle à la solidarité communautaire. À cet effet, l'article de **Park** partage une expérience inspirante où le vieillir chez soi est possible grâce à une forte **résilience** puisée à même une force intérieure et l'amour de son entourage. Comme le mentionne l'auteure, le vieillissement est un passage obligé, universel à tout être humain — on peut choisir comment le vivre, malgré les incapacités.

L'article de **Reid et Slauenwhite** met en lumière les possibilités pour les ergothérapeute d'accompagner les personnes aînées et leurs proche aidents au cours d'une transition que l'on ne pensait pas possible jusqu'à l'avènement de la pandémie, soit de retourner à domicile après un séjour dans des établissements de soins de longue durée. Pour que cette expérience soit positive pour la personne et leur famille, il importe de les aider à anticiper les besoins et les enjeux dans ce « nouveau » milieu de vie, notamment en veillant à coconstruire avec eux le plan de soins.

Enfin, l'étude de **Bolduc, Soilis & Webster** proposent des ateliers de simulation reflétant des situations réellement vécues par les proches aidants dans leur quotidien (www.mcgill.ca/dementia). Ces ateliers cherchent à aider les proches à mieux comprendre la maladie et les ressources disponibles, en plus de leur offrir l'opportunité d'apprendre, par le biais de jeux de rôles avec des acteurs détenant une expérience vécue pertinente, des stratégies pour gérer les comportements difficiles et prévenir l'épuisement. Parallèlement, **Wijekoon, McGrath, Brenchley & Rotenberg** présentent un portail web (www.En-AGE.ca) qui propose des ressources pour soutenir les personnes aînées lors de transitions qu'elles sont appelées à vivre au cours de leur vieillissement (p. ex. retraite, changement de milieu de vie). Ce portail s'adresse non seulement aux ergothérapeutes et aux gestionnaires, mais également aux

personnes ainées elles-mêmes et leurs proches. Ces articles proposent en outre des solutions technologiques concrètes pour informer et accompagner les personnes aînées ainsi que les proches en vue de faciliter leur « vieillir chez soi ».

Par ce partage de connaissances et d'expériences, nous espérons que ce numéro spécial offrira aux ergothérapeutes, aux personnes aînées et à leurs proches un espace de réflexion sur les enjeux cliniques et éthiques entourant

À propos de l'auteure

Véronique Provencher, erg., PhD, Professeure agrégée à l'Université de Sherbrooke, Chercheuse au Centre de recherche sur le vieillissement, Boursière Junior 2 — Fonds de recherche du Québec. Veronique.Provencher@USherbrooke.ca

Préparez-vous pour les imprévus grâce à l'assurance de l'ACE offerte par la Sun Life

L'assurance de l'ACE est là pour protéger votre santé, votre famille et votre patrimoine.

La vie comporte son lot d'incertitudes et l'ACE veut vous aider à y faire face. L'**Assurance de l'ACE** offerte par la Sun Life vous propose souplesse, vaste gamme d'options de garanties et taux de groupe avantageux. En tant que membre de l'ACE, vous pouvez demander une couverture pour ce qui suit :

- Assurance-vie
- Assurance Décès et mutilation accidentels (DMA)
- Assurance Invalidité de longue durée (ILD)
- Assurance Frais médicaux, et plus encore.

Visitez le site Web de la Sun Life consacré à l'ACE (**sunlife.ca/ace**) ou composez le **1-800-669-7921** pour en savoir plus.

Passez à l'action!

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie est l'assureur de ce produit et est membre du groupe Sun Life.

CAOT · ACE
Canadian Association of Occupational Therapists
Association canadienne des ergothérapeutes

Sun Life

Simulation pour soutenir les aidants naturels des personnes avec un trouble neurocognitif majeur

Marie-Eve Bolduc, Niki Soilis & Claire Webster

Le trouble neurocognitif majeur (TNCM), autrefois appelé démence, est de plus en plus répandu dans la population canadienne. En 2016, on estimait à 564 000 le nombre de personnes vivant avec un TNCM (Population Health Expert Panel, 2016). Ce nombre devrait dépasser les 930 000 d'ici 2031 en raison du vieillissement de la population (Population Health Expert Panel, 2016). En raison de la nature progressive de la plupart des troubles neurocognitifs majeurs, les personnes vivant avec un TNCM ont besoin d'un soutien croissant pour vivre en toute sécurité. Environ 55 % des personnes vivant avec un TNCM vivent à domicile ; par conséquent, le soutien dont elles ont besoin est le plus souvent fourni par des membres de la famille ou des amis qui passent, en moyenne, 26 heures par semaine à s'occuper d'elles (Institut canadien d'information sur la santé, 2019). Les aidants naturels apportent leur aide dans une variété d'activités quotidiennes. Leur contribution est essentielle compte tenu des ressources limitées dont dispose le système de soins de santé, tant en ce qui concerne les soins à domicile que les soins en établissement. Structurée peut-être à la place d'officielle, très peu de soignants ont reçu une formation officielle pour les aider à soutenir les personnes vivant avec un TNCM (Association canadienne de soins à domicile, 2018). Par conséquent, le fardeau de la prestation de soins peut être amplifié par le manque d'information sur l'évolution de la maladie et les services disponibles, la confusion dans les rôles, les attentes irréalistes et le manque de soutien (Quinn et al., 2009 ; Sanders, 2005).

Le rôle de l'ergothérapie auprès des personnes atteintes d'un TNCM et de leur(s) soignant(s) est central pour maintenir ou améliorer la qualité de vie des uns et des autres. Les interventions visent le plus souvent à adapter les activités significatives pour les clients, à soutenir les relations positives entre les personnes vivant avec un TNCM et leurs soignants, à modifier les maisons pour maintenir un milieu de vie sécuritaire et faciliter l'engagement dans les activités, à fournir des ressources pour promouvoir la participation sociale et à prévenir les chutes (Association canadienne des ergothérapeutes, s.d.).

Il a été démontré que les programmes d'ergothérapie visant à répondre aux besoins occupationnels des personnes atteintes de TNCM et de leurs soignants permettent d'améliorer efficacement les fonctions quotidiennes du client et le sentiment de compétence du soignant (Graff et al. 2008). Cependant, un modèle de soins individualisés pourrait ne pas suffire à couvrir les besoins de notre population vieillissante et les obligations croissantes de ses soignants. La nécessité de renforcer les capacités afin de fournir des ressources adéquates aux aidants des personnes vivant avec un TNCM a d'ailleurs été au centre de la première stratégie canadienne en matière de démence (Agence de la santé publique du Canada, 2019). L'objectif de cet article est de faire part d'une nouvelle façon dont les ergothérapeutes peuvent participer au soutien des aidants des personnes vivant avec un TNCM.

Le programme d'éducation sur la démence de l'Université McGill a été fondé en 2017 par une ancienne aidante ayant une expérience vécue, Claire Webster. Claire a collaboré avec la Faculté de médecine et des sciences de la santé pour mettre en place des ateliers communautaires visant à soutenir et à éduquer les aidants de personnes vivant avec un TNCM. Le contenu des ateliers a été élaboré par le comité d'éducation, composé d'une équipe multidisciplinaire de professionnels de la santé, dont des ergothérapeutes et de personnes ayant de l'expérience vécue. Les ateliers visaient à développer la compréhension des aidants de la démence, de sa progression et des ressources disponibles au sein du système de santé. En plus du segment théorique enseigné par des professionnels de la santé tels que des ergothérapeutes, des gériatres et des neurologues, les ateliers comprenaient des scénarios en direct et faisaient appel à des patients acteurs standardisés dans des environnements réalistes.

L'éducation par la simulation offre des possibilités uniques et puissantes pour aider les soignants à apprendre à gérer des situations difficiles grâce à l'apprentissage par l'expérience. Les acteurs reçoivent une formation spéciale pour se comporter comme une personne vivant avec un TNCM et pour agir et réagir de manière réaliste. Les scénarios explorent les thèmes de la sécurité, de la modification du domicile et de l'autonomie. Enfin, les aidants ont eu l'occasion de discuter avec d'autres aidants qui ont connu des difficultés similaires.

Après avoir mené plus d'une douzaine de sessions, soit 68 heures d'ateliers de simulation communautaires offerts à plus de 200 participants, nous avons reçu des commentaires extrêmement positifs sur le contenu, l'organisation et l'exécution des sessions. Les participants ont apprécié le recours à une équipe multidisciplinaire d'instructeurs et la participation active d'un ancien proche aidant. Plus particulièrement, les participants ont tous répondu qu'ils se sentaient plus compétents et mieux préparés à faire face à la progression de la maladie après avoir assisté à l'atelier.

L'empathie, l'épuisement des soignants, la gestion des comportements difficiles, les décisions de fin de vie et les technologies d'assistance sont des exemples de sujets qui seront au premier plan de nos nouveaux programmes à venir. Dans le monde para- et post-pandémique, il existe également un besoin sans précédent d'utiliser les innovations technologiques pour aider les personnes vivant avec un TNCM dans leurs activités de la vie quotidienne et pour alléger la charge des aidants. Le pouvoir des environnements immersifs dans la sensibilisation et l'amélioration de la gestion de la maladie est également envisagé pour les futurs ateliers. Bien que la pandémie de COVID-19 ait suspendu les ateliers en personne, le programme d'éducation sur la démence a mis en place une gamme complète de ressources en ligne gratuites pour soutenir les membres de la famille et les aidants naturels, notamment une série de webémissions intitulée *McGill Cares*, des webinaires d'éducation du public disponibles sur demande, un livret d'activités sur la démence élaboré par des ergothérapeutes étudiants, et le tout nouveau *Démence : votre guide d'accompagnement* destiné aux personnes atteintes de démence et à leurs aidants. Les ressources sont accessibles à l'adresse suivante : http://www.mcgill.ca/demence

La vision du programme de formation sur le TNCM ne consiste pas seulement à promouvoir le vieillissement sur place. Il s'agit plutôt de soutenir une vie pleine de dignité en favorisant l'autonomisation, l'empathie et la résilience des personnes vivant avec un TNCM et de leurs aidants. Les ergothérapeutes sont bien placés pour jouer un rôle central dans le développement de telles interventions communautaires. Ce type d'intervention peut être la clé pour atteindre davantage de personnes vivant avec un TNCM et leurs soignants afin de répondre aux besoins croissants de cette population. L'utilisation de la simulation dans le contexte de sessions de groupe a le potentiel de transformer la façon dont les ergothérapeutes soutiennent cette population.

Références

Alzheimer Society of Canada. (2010). *Rising tide: The impact of dementia on Canadian society.* https://archive.alzheimer.ca/sites/default/files/files/national/advocacy/asc_rising_tide_full_report_e.pdf

Canadian Home Care Association. (2018). *Informing the national strategy for Alzheimer's disease and other dementias: National survey findings.* www.virtualhospice.ca/Assets/CHCA_Survey_Report-_Informing_the_National_Strategy_for_Alzheimers%20-%202018_20180720151139.pdf

Canadian Institute for Health Information. (2019). *Unpaid caregiver challenges and supports.* https://www.cihi.ca/en/dementia-in-canada/unpaid-caregiver-challenges-and-supports

Canadian Association of Occupational Therapists. (n.d.). Occupational therapy, Alzheimer's disease and dementia. https://www.caot.ca/document/4040/OTandALZ_FS.pdf

Graff, M. J., Adang, E. M., Vernooij-Dassen, M. J., Dekker, J., Jonsson, L., Thijssen, M., Hoefnagels, W. H., & Rikkert, M. G. (2008). Community occupational therapy for older patients with dementia and their care givers: Cost effectiveness study. *BMJ Clinical Research, 336*, 134–138. https://doi.org/10.1136/bmj.39408.481898.BE

Population Health Expert Panel. (2016). *Prevalence and monetary costs of dementia in Canada.* The Alzheimer Society of Canada in collaboration with the Public Health Agency of Canada. https://archive.alzheimer.ca/sites/default/files/files/national/statistics/prevalenceandcostsofdementia_en.pdf?_ga=2.144446451.737732786.1603803614-2041477074.1603803614

Public Health Agency of Canada. (2019). *A dementia strategy for Canada: Together we aspire.* https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/dementia-strategy.html

Quinn, C., Clare, L., & Woods, B. (2009). The impact of the quality of relationship on the experiences and wellbeing of caregivers of people with dementia: A systematic review. *Aging & Mental Health, 13*, 143–154. https://doi.org/10.1080/13607860802459799

Sanders, S. (2005). Is the glass half empty or half full? Reflections on strain and gain in caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *Social Work in Health Care, 40*(3), 57–73. https://doi.org/10.1300/J010v40n03_04

À propos des auteures

Marie-Eve Bolduc est ergothérapeute et professeure associée à l'École de physiothérapie et d'ergothérapie de l'Université McGill et s'intéresse à l'enseignement de la simulation. On peut la joindre à l'adresse suivante : marie-eve.bolduc@mcgill.ca

Niki Soilis est responsable de l'éducation au Centre de simulation et d'apprentissage interactif Steinberg (CSAIS) de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université McGill. Elle travaille avec la faculté de McGill et les centres de santé universitaires connexes pour aligner les activités de simulation sur leurs programmes de formation clinique, en dirigeant la conception, l'organisation, la mise en œuvre et l'évaluation.

Claire Webster est une consultante certifiée en soins aux personnes vivant avec un TNCM *(Positive Approach to Care)*, une consultante professionnelle certifiée en matière de vieillissement, ainsi qu'une conférencière et une éducatrice dans le domaine des soins aux personnes vivant avec un TNCM. Elle est la fondatrice de *Caregiver Crosswalk Inc.* et du programme d'éducation sur le TNCM de l'Université McGill, ainsi que de *McGill Cares*, une série de webémissions conçue pour soutenir les partenaires de soins au sein de la famille. On peut la joindre à l'adresse suivante : claire@carecrosswalk.com

Partager son quotidien avec un animal de compagnie : comment les ergothérapeutes peuvent-elles·ils contribuer à soutenir les personnes aînées qui souhaitent vieillir accompagnés de leurs animaux ?

Nataša Obradović, Émilie Lagueux, Karine Latulippe & Véronique Provencher

Environ un tiers des personnes aînées vivant dans la communauté rapportent habiter avec un animal de compagnie (Toohey et al., 2018). Plusieurs d'entre elles reçoivent des services à domicile pour leur permettre de demeurer chez elles le plus longtemps possible, notamment en lien avec des changements qui accompagnent le vieillissement. Ces changements sont également susceptibles de se répercuter sur la façon dont certaines personnes aînées s'engagent dans les activités entourant le fait de prendre soin de leurs animaux de compagnie. Étant donné la grande importance accordée à leurs animaux et à ces activités par plusieurs de ces personnes aînées, il est important d'explorer l'influence des animaux de compagnie sur leur vie quotidienne avec une perspective occupationnelle — une vision au cœur de l'ergothérapie.

Appuyé par une revue de la littérature, cet article expose quelques bienfaits et défis associés au fait de prendre soin d'un animal de compagnie par des personnes aînées vivant dans la communauté (Obradović et al., 2019). Il présente ensuite la situation d'une dame âgée qui habite avec son animal de compagnie, en s'appuyant sur des entrevues réalisées auprès d'elle et de son ergothérapeute œuvrant en soutien à domicile (Obradović et al., 2021). Cette étude de cas permet d'amorcer une réflexion sur la façon dont l'expertise des ergothérapeutes pourrait contribuer à mieux soutenir les personnes aînées qui souhaitent vieillir chez elles accompagnées de leurs animaux.

Les bienfaits et les défis de prendre soin d'un animal compagnie

Une revue systématique de la littérature suggère que prendre soin d'un animal de compagnie influence positivement la santé psychologique, physique et la vie sociale des personnes aînées (Gee et Mueller, 2019). Les animaux pourraient améliorer la qualité de vie et l'état de bien-être de leurs propriétaires, en plus d'être une source de motivation pour maintenir une routine quotidienne. Cette présence continuelle pourrait également réduire des sentiments de solitude, des symptômes dépressifs et d'anxiété, en plus de faciliter les interactions sociales et augmenter le niveau d'activité physique (Hughes et al., 2020).

Malgré ces bienfaits documentés, prendre soin d'un animal de compagnie s'accompagne de responsabilités et de potentiels défis. D'abord, ces responsabilités pourraient être perçues comme un fardeau émotionnel ou financier par certaines personnes aînées. Celles-ci pourraient également vivre des préoccupations (p. ex. liées à la santé, à l'avenir ou à la crainte d'être séparées de leur animal) ou un deuil (p. ex. à la suite du décès de l'animal ; Gee et Mueller, 2019). Enfin, des personnes aînées pourraient refuser des soins médicaux ou de déménager, notamment par peur d'être séparées de leurs animaux (McNicholas et al., 2005). Il est possible de penser que ce type de décisions pourraient engendrer des conséquences indésirables sur la santé et le bien-être de la personne aînée ou de son animal de compagnie. Certaines personnes aînées pourraient se voir contraintes de vieillir chez elles avec un accès limité à certains services, par exemple si elles préfèrent continuer à vivre chez elles, plutôt que de déménager dans un milieu de vie offrant plus de services, mais qui n'accepte pas les animaux de compagnie.

Exemple de Violette et de Jack

Les ergothérapeutes qui travaillent auprès de personnes aînées avec des animaux de compagnie sont susceptibles d'être témoins de certains bienfaits et défis mentionnés précédemment. Dans la mesure où ces personnes souhaitent continuer de s'occuper de leurs animaux chez elles, il importe de veiller à la fois à leur bien-être et à celui de leurs animaux. Nous nous sommes donc intéressées à la situation de Violette, une dame âgée de 77 ans qui habite avec son schnauzer miniature, Jack (noms fictifs). Violette se déplace en fauteuil roulant motorisé et marche avec des prothèses tibiales en raison de doubles amputations aux membres inférieurs. Les objectifs de notre étude étaient d'explorer la façon dont vieillir avec un chien influence sa vie quotidienne et comment cette dame concilie les bienfaits et les défis associés au fait d'en prendre soin.

Les entrevues réalisées avec Violette et son ergothérapeute ont fait ressortir, d'un point de vue commun, que l'influence de Jack sur la vie quotidienne de Violette est globalement positive. Pour cette dame, accomplir les activités entourant les besoins de son chien est une occupation signifiante, voire centrale dans sa vie. Son chien assure une compagnie continuelle et contribue à améliorer son humeur et à maintenir un bon moral, en permettant de canaliser son anxiété. Jack offre à Violette un sentiment de sécurité et, sans lui, elle rapporte qu'elle se sentirait seule et abandonnée malgré la présence de son réseau social. Pour Violette, accomplir les responsabilités liées à son chien donne un sens à sa vie, la motive et structure ses journées, d'autant plus depuis qu'elle habite seule. De plus, Jack augmente l'engagement occupationnel de Violette dans d'autres occupations, comme prendre soin d'elle-même

afin d'être présente pour lui dans le futur et de sortir dans la communauté.

Même si, dans la situation de Violette, les bienfaits dépassent les défis associés au fait de prendre soin de Jack, son ergothérapeute et elle-même reconnaissaient la présence de potentiels défis. Le premier d'abord nommé par l'ergothérapeute est un risque de chute qui, selon elle, est surtout présent si Violette se penche rapidement pour prendre Jack dans ses bras. Selon Violette, la probabilité qu'une chute survienne en raison de son chien est quasi nulle, bien qu'elle admette que prédire l'avenir est impossible. Elle rapporte que Jack et elle se sont adaptés avec l'évolution de sa condition de santé : Jack marche souvent devant elle et saute dorénavant sur son fauteuil motorisé, alors que Violette évite de le prendre lorsqu'elle est fatiguée. Ainsi, tant Violette que son ergothérapeute caractérisent le risque de chute comme faible. Le deuxième défi, rapporté par l'ergothérapeute et Violette, est celui des ressources financières requises pour répondre aux besoins de Jack, plus particulièrement les frais associés aux soins vétérinaires. Violette rapporte toutefois qu'elle trouve des solutions alternatives pour soigner son chien, consulte le vétérinaire et fait attention à ses dépenses. Ainsi, pour le moment, les coûts n'ont pas été un obstacle pour prendre soin de Jack. L'ergothérapeute rapporte qu'elle a effectué plusieurs interventions pour maintenir le fauteuil roulant motorisé de Violette en bon état, notamment pour lui permettre de promener son chien à l'extérieur et de poursuivre cette activité signifiante. En somme, Violette et son ergothérapeute s'entendent pour dire que prendre soin de Jack est une expérience positive, malgré certains facteurs qui auraient pu augmenter les exigences associées à l'activité (p. ex. présence d'atteintes physiques).

Le cas de Violette et de son chien est un exemple de la façon dont un arrimage adéquat entre les caractéristiques d'une personne, de son animal de compagnie et de son environnement peut maximiser les bienfaits, tout en minimisant les défis associés au fait de vivre avec un animal. Il illustre une situation où vieillir ensemble dans la communauté est réalisable. Bien sûr, il n'est pas possible de généraliser l'exemple présenté à l'ensemble des personnes aînées qui vivent avec des animaux de compagnie et le faire serait peu prudent. Toutefois, leur exemple se veut être un point de départ pour amorcer une réflexion sur l'importance de considérer l'apport des animaux de compagnie dans la vie quotidienne des personnes aînées par les ergothérapeutes lors de leurs évaluations fonctionnelles. Par leurs compétences en matière d'analyse d'activité et du contexte de leurs clients, les ergothérapeutes peuvent examiner les activités entourant le fait de prendre soin d'un animal de compagnie et proposer des pistes de solution, voire des interventions pour améliorer le bien-être ou prévenir des conséquences préjudiciables pour les deux parties (p. ex. aide pour promener ou nourrir l'animal, soutien lors d'un deuil, recommandation d'aires de promenade). En soutenant les relations entre les personnes aînées et leurs animaux de compagnie, les ergothérapeutes peuvent ainsi encourager leur participation à une occupation signifiante, et ce, dans leur chez-soi.

Références :

Enders-Slegers, M.-J., & Hediger, K. (2019). Pet ownership and human–animal interaction in an aging population : Rewards and challenges. *Anthrozoös, 32*(2), 255–265. https://doi.org/10.1080/08927936.2019.1569907

Gee, N. R., & Mueller, M. K. (2019). A systematic review of research on pet ownership and animal interactions among older adults. *Anthrozoös, 32*(2), 183–207. https://doi.org/10.1080/08927936.2019.1569903

Hughes, M. J., Verreynne, M.-L., Harpur, P., & Pachana, N. A. (2020). Companion animals and health in older populations : A systematic review. *Clinical Gerontologist, 43*(4), 365–377. https://doi.org/10.1080/07317115.2019.1650863

McNicholas, J., Gilbey, A., Rennie, A., Ahmedzai, S., Dono, J.-A., & Ormerod, E. (2005). Pet ownership and human health : A brief review of evidence and issues. *Bmj, 331*(7527), 1252–1254.

Obradović, N., Lagueux, É., Michaud, F., & Provencher, V. (2019). Pros and cons of pet ownership in sustaining independence in community-dwelling older adults : A scoping review. *Ageing and Society, 1*–16. https://doi.org/10.1017/S0144686X19000382

Obradović, N., Lagueux, É., Latulippe, K., & Provencher, V. (2021). Understanding the benefits, challenges, and the role of pet ownership in the daily lives of community-dwelling older adults : A case study. *Animals, 11* (9), 2628. https://doi.org/10.3390/ani11092628

Toohey, A. M., Hewson, J. A., Adams, C. L., & Rock, M. J. (2018). Pets, social participation, and aging-in-place : Findings from the Canadian Longitudinal Study on Aging. *Canadian Journal on Aging, 37* (2), 200–217.

À propos des auteures

Nataša Obradović, M.erg., est ergothérapeute et candidate au doctorat en gérontologie à la Faculté des lettres et sciences humaines (FLSH) de l'Université de Sherbrooke (UdeS) et au Centre de recherche sur le vieillissement (CdRV). On peut la joindre par courriel à l'adresse natasa.obradovic@usherbrooke.ca

Émilie Lagueux, erg., PhD est ergothérapeute et professeure agrégée à l'École de réadaptation de la Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS) de l'Université de Sherbrooke et chercheuse au Centre de recherche du CIUSSS de l'Estrie CHUS — Axe Inflammation et douleur. On peut la joindre par courriel à l'adresse emilie.lagueux@usherbrooke.ca

Karine Latulippe, erg., PhD est ergothérapeute et stagiaire postdoctorale au Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR), affilié à l'École de physiothérapie et ergothérapie de l'Université McGill. On peut la joindre à l'adresse karine.latulippe@mail.mcgill.ca

Véronique Provencher, erg., PhD est ergothérapeute et professeure agrégée à l'École de réadaptation de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke et chercheuse au CdRV du CIUSSS de l'Estrie-CHUS. On peut la joindre à l'adresse veronique.provencher@usherbrooke.ca

En-AGE : Un portail web pour comprendre et soutenir les transitions occupationnelles à un âge avancé

Sachindri Wijekoon, Colleen McGrath, Christie Brenchley & Shlomit Rotenberg

On prévoit que le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus en Ontario doublera presque, passant de 2,6 millions (17,6 % de la population) en 2020 à 4,5 millions (22,2 %) en 2046 (gouvernement de l'Ontario, 2021). Compte tenu des besoins critiques et croissants de la population âgée et des répercussions du vieillissement de la population sur nos systèmes de santé et de services sociaux, le conseil consultatif En-AGE de l'*Ontario Society of Occupational Therapists* (OSOT), composé de praticiens de l'ergothérapie et d'universitaires ayant de l'expérience dans le domaine des soins aux personnes âgées, a vu une occasion extraordinaire de contribuer de manière significative et efficace à la santé et au bien-être des personnes âgées.

À cette fin, en 2018, le Conseil consultatif En-AGE a proposé le développement d'un portail web, destiné à être une ressource vivante et évolutive pour soutenir la diffusion des connaissances sur l'ergothérapie et les nombreux rôles que les ergothérapeutes peuvent jouer pour soutenir les personnes vieillissantes et leurs familles. Le Conseil consultatif En-AGE a consulté et engagé des personnes âgées, des aidants, des praticiens en ergothérapie et des universitaires pendant trois ans pour développer le portail En-AGE, qui a été lancé en juin 2021.

Qu'est-ce que En-AGE?

Le portail Web En-AGE (www.En-AGE.ca) est un lieu de mobilisation des connaissances dynamique, accessible au public sur le Web, qui s'adresse à trois publics : les personnes âgées et leurs aidants, les ergothérapeutes et les responsables des politiques de santé (par exemple, les administrateurs d'hôpitaux, les fonctionnaires, etc.) Les ergothérapeutes possèdent des compétences uniques qui peuvent aider les personnes âgées à s'adapter aux changements que peut leur imposer le grand âge ; l'accent mis par la profession sur l'habilitation et la réadaptation est reflété dans le nom du site, En-AGE : *Enabling aging, growth, and engagement* [habiliter au vieillissement, à la croissance et à l'engagement].

Le portail Web comprend actuellement dix modules, chacun étant axé sur une transition occupationnelle clé communément vécue à un âge avancé et sur la manière dont les services d'ergothérapie peuvent aider les personnes âgées, et ceux qui s'occupent d'elles, à s'y retrouver :

1. Penser à la retraite
2. Les nouveaux défis du travailleur âgé
3. Conduire et se déplacer à un âge avancé
4. Déménager ou ne pas déménager : décider du lieu de résidence et des personnes avec lesquelles on vieillit.
5. Grandir en tant que citoyen âgé
6. Quand la prise en charge devient une identité
7. Rester en contact avec la société
8. Religion et spiritualité
9. Gérer l'évolution des capacités
10. Atteindre la fin de la vie

Les modules sont fondés sur les données les plus probantes et ont été élaborés par des chercheurs et des ergothérapeutes de premier plan travaillant dans le domaine des soins aux personnes âgées. Les modules sont en outre ancrés dans les expériences vécues des personnes âgées, des aidants et des ergothérapeutes grâce à l'intégration d'histoires. L'objectif est de maintenir le site comme un ensemble dynamique et évolutif de preuves et de ressources.

Pour de nombreuses personnes âgées, le troisième âge est une période de grands ajustements. Certains changements sont attendus et peuvent être plus faciles à gérer, tandis que d'autres peuvent être imprévus et souvent non désirés, obligeant les seniors à s'adapter à un nouveau rôle ou une nouvelle identité. D'une manière ou d'une autre, les transitions occupationnelles sont au cœur de l'expérience humaine (Settersten & Thogmartin, 2018) ; en tant qu'ergothérapeutes, nous pouvons jouer un rôle essentiel dans la préparation, la planification et le soutien des aînés pour qu'ils grandissent à travers ces changements de vie.

Cinq façons dont les ergothérapeutes peuvent utiliser le site Web En-AGE incluent:

1. **Partager le portail web En-AGE** en tant que centre d'information pour les clients et les aidants.
2. **Utiliser le portail web En-AGE comme un outil de promotion** pour célébrer et démontrer la valeur distincte de l'ergothérapie dans les soins aux personnes âgées et pour soutenir les efforts visant à promouvoir de nouveaux programmes, l'accès aux services, et plus encore.
3. **Faire la promotion de l'ergothérapie en tant que soutien essentiel aux personnes âgées et à leurs familles.** Publiez à ce sujet sur vos plateformes de médias sociaux, faites-en la promotion auprès des centres communautaires et des services pour personnes âgées, incluez des liens vers ce document dans vos communications et sur vos sites web, et partagez-le largement.
4. **Enrichissez votre connaissance de la pratique et votre approche pour favoriser la santé et le bien-être des personnes âgées.** En-AGE informe et inspire en mettant en lumière des pratiques innovantes, en donnant un aperçu des parcours de vie et des défis des clients âgés, et en partageant des liens vers des preuves et des ressources en constante évolution pour soutenir la pratique de l'ergothérapie avec les personnes âgées.
5. **Contribuer à l'amélioration continue du site.** Le portail Web En-AGE se veut une ressource dynamique et évolutive. Pour s'assurer que les diverses expériences vécues sont représentées et que les modules sont pertinents et significatifs, OSOT et le Conseil consultatif En-AGE vous invitent à partager vos expériences, vos ressources et vos commentaires avec : osot@osot.on.ca

Remerciements

Nous sommes reconnaissants au Réseau de centres d'excellence AGE-WELL d'avoir financé ce projet. Nous souhaitons également remercier les personnes âgées, les praticiens, les universitaires, les étudiants ergothérapeutes et les stagiaires qui ont contribué et collaboré à En-AGE.

Références

Ontario Government. (2021). *Ontario population projections.* Retrieved August 25, 2021, from https://www.ontario.ca/page/ontario-population-projections

Settersten, R. A., Jr., & Thogmartin, A. (2018). Flux: Insights into the social aspects of life transitions. *Research in Human Development, 15*, 360–373. https://doi.org/10.1080/15427609.2018.1513779

À propos des auteures

Dr. Sachindri Wijekoon est professeure adjointe, filière enseignement, au département des sciences de l'occupation et de l'ergothérapie de l'Université de Toronto. Ses intérêts de recherche portent sur les axes de l'occupation, des transitions et du vieillissement. Vous pouvez la joindre à l'adresse suivante : sachindri.wijekoon@utoronto.ca

Dr. Colleen McGrath est professeure adjointe à l'école d'ergothérapie de la *Western University*. Ses recherches portent sur l'influence de l'environnement sur l'engagement occupationnel des personnes âgées ayant une perte de vision liée à l'âge.

Christie Brenchley était directrice générale de l'*Ontario Society of Occupational Therapists* jusqu'au 30 novembre 2021. À ce titre, elle s'est efforcée de soutenir et de faire progresser la mission de la Société, qui consiste à diriger en offrant une vision, une voix, une visibilité et une valeur aux ergothérapeutes de l'Ontario. Elle a travaillé à l'établissement et au soutien du Conseil consultatif des aînés de la Société.

Dr. Shlomit Rotenberg est professeure adjointe au département des sciences occupationnelles et de l'ergothérapie de l'Université de Toronto. Ses recherches visent à favoriser l'autonomie, l'engagement communautaire et la participation continue aux occupations significatives des personnes âgées.

Vieillir sur place — mais au prix de la solitude ?

Jim Mann, Flora To-Miles et Lillian Hung

La population vieillissante du Canada augmente rapidement en nombre. En 2019, 17,5 % de la population canadienne était âgée de 65 ans et plus, et une augmentation à 22,7 % est prévue d'ici 2031 (Statistique Canada, 2019). Pour répondre aux besoins des personnes âgées, le Canada (ainsi que de nombreux autres pays) promeut l'idée de *vieillir sur place*, c'est-à-dire avoir accès aux « soutiens et services de santé et sociaux dont vous avez besoin pour vivre en toute sécurité et de façon autonome à votre domicile ou dans votre communauté aussi longtemps que vous le souhaitez et que vous en êtes capable » (Ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux responsables des aînés, 2016).

Les avantages du vieillissement sur place sont nombreux, notamment le maintien de la qualité de vie et de la santé physique ainsi que la réduction des coûts financiers des soins de santé (Marek et al., 2012). Un autre avantage est de maintenir ses liens sociaux dans son environnement familier (Tümer et al., 2021). Bien que le fait de vieillir sur place présente de nombreux avantages, vivre chez soi peut être une situation de solitude en l'absence de soutien social, surtout pour les personnes dont la santé décline (Mayo et al., 2021). Lorsqu'une personne n'a plus de connexions et de liens sociaux optimaux, le vieillissement sur place est-il la meilleure option ?

Cet article traite de la façon dont le vieillissement sur place peut entraîner des répercussions sur l'isolement social et la solitude, avec les réflexions de Jim Mann, une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer qui a eu l'expérience de prendre soin de sa mère (également atteinte de la maladie d'Alzheimer) à la fois à domicile et dans un établissement de soins. Nous concluons par des suggestions à l'intention des décideurs politiques et des ergothérapeutes qui souhaitent s'assurer que les personnes âgées sont engagées socialement tout en vieillissant sur place.

Vieillir sur place et isolement social : le point de vue de Jim Mann

L'image qui vient à l'esprit lorsqu'on évoque le « vieillissement sur place » est celle d'une personne dont les voisins ou la famille sont proches, toujours prêts à donner un coup de main, et dont les soins à domicile sont disponibles et fiables comme une horloge, si et quand ils sont nécessaires. Cependant, les gens peuvent ne pas disposer de tels soutiens dans leur vie. Il se peut également qu'elles ne veuillent pas ou ne soient pas en mesure de quitter leur domicile pour s'engager dans la communauté, pour se socialiser, pour voir ou rencontrer d'autres personnes. Le vieillissement sur place ne vise que cela : vieillir chez soi.

Vieillir sur place implique plus que d'adapter une maison dans laquelle on peut vivre en toute sécurité tous les jours en ajoutant des barres d'appui dans la douche. Les gouvernements et même les sociétés qui promeuvent l'idée du « mieux chez soi » en disant que tout le monde veut vivre chez soi le plus longtemps possible me montrent à quel point il est facile de prononcer ces mots. La réalité du vieillissement sur place est complexe lorsqu'il s'agit d'assurer une bonne qualité de vie à une personne atteinte de démence et vivant seule, ou à un couple âgé dont le conjoint est atteint de démence. Comme l'a exprimé Stephen M. Golant, professeur de gérontologie à l'Université de Floride, le mouvement actuel du vieillissement sur place est trop « simpliste » (Kunkle, 2015).

Carol Bradley Bursack, aidante d'un membre de sa famille atteint de la maladie d'Alzheimer, a écrit que même si elle rendait visite à sa belle-mère tous les jours dans sa copropriété et « lui achetait ses provisions et lui préparait ses repas, elle ne cessait de décliner, surtout sur le plan cognitif » (Bursack, 2015). Mais lorsqu'elle a emménagé dans un foyer de soins de longue durée, sa belle-mère a été tellement « rajeunie par l'atmosphère sociale » et le sentiment de sécurité et de bienveillance qu'elle a été « complètement transformée » (Bursack, 2015).

Le récit personnel de Bursack nous rappelle qu'au-delà de l'espoir ou du désir de vivre à domicile, les questions d'isolement social et de solitude vécues par les personnes âgées, en particulier celles atteintes de démence, doivent être au premier plan des préoccupations. La solitude est un facteur de risque pour de nombreux problèmes de santé mentale, notamment la dépression et le suicide (Donovan et al., 2017). Cette dure réalité est encore plus pertinente pendant la pandémie de COVID-19, au cours de laquelle il a été conseillé aux personnes de rester chez elles et d'éviter autant que possible tout contact avec les autres.

Comme point de référence dans cette discussion sur le vieillissement sur place, je regarde les filleuls de ma femme et de moi — deux garçons (maintenant adultes) dont les fiers parents vivent dans notre région, mais comptent sur la technologie pour rester en contact avec leurs enfants, qui vivent dans d'autres pays. Grâce à des moyens virtuels, ils peuvent à leur tour rester en contact avec leurs parents et leur apporter un certain soutien social et affectif. Mais qu'en est-il des personnes âgées qui n'ont pas d'enfants ? Il se peut aussi qu'elles n'aient pas de frères ou de sœurs vivants ou d'autres parents.

Les personnes âgées n'ont pas seulement besoin d'un soutien social ; elles peuvent aussi compter sur d'autres

personnes pour leur fournir une aide pratique dans leurs activités de la vie quotidienne (AVQ). Les personnes qui vieillissent sur place peuvent avoir une mobilité réduite et/ou des limitations physiques ; elles peuvent être capables de fonctionner à leur domicile, mais avoir besoin d'aide pour certaines AVQ comme la préparation des repas ou le bain. Le temps alloué à chaque visite d'un prestataire de soins à domicile est limité, ce qui, à mon avis, est susceptible de provoquer des comportements réactifs de la part des clients. Le journaliste et chroniqueur de santé André Picard a écrit que les soins à domicile au Canada sont un « désastre complet » (2021, p. 79). Les travailleurs peuvent arriver en retard, voire pas du tout, et il a observé que « les aides-soignants ne semblaient pas avoir de formation spécialisée pour s'occuper des patients atteints de démence » (Picard, 2021, p. 80). Par conséquent, nous ne pouvons pas compter sur les soins à domicile pour fournir le soutien social, émotionnel et pratique dont les personnes âgées ont besoin.

Démence et retrait social

L'âge de la population canadienne augmente au fil du temps, tout comme la prévalence des affections liées au vieillissement. L'une de ces conditions est la démence. Les recherches montrent que 62 % des personnes qui vivent seules avec une démence éprouvent de la solitude, comparativement à 38 % de toutes les personnes atteintes de démence (Société Alzheimer, 2014). Un facteur contribuant à cette solitude, selon moi, est la tendance des personnes atteintes de démence à se retirer de la vie sociale, c'est pourquoi j'insiste sur la nécessité pour chaque personne d'avoir un but. Ce but est vital pour les personnes atteintes de démence — une raison de sortir du lit le matin. Sans soutien social à la maison, ce but peut être difficile à trouver. Enfin, vivre avec une démence peut être accablant et difficile, et ces défis peuvent faire en sorte que la personne se sente encore plus seule et isolée.

Le retrait social — éviter les amis, la famille et les activités — est une conséquence de l'âge pour de nombreuses personnes âgées. Oui, des programmes peuvent être mis sur pied au centre communautaire local ou à la bibliothèque, par exemple, ce qui est formidable, mais ils dépendent de la motivation des personnes et de leur capacité à se rendre au centre d'activités, ce qui est un défi pour certains — surtout, à mon avis, pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Un homme que j'appellerai Charles, membre de mon groupe de soutien, vivait avec sa femme dans une suite au sous-sol tandis que sa fille, son gendre et leurs deux enfants vivaient à l'étage. Un an après le décès de sa femme, Charles a réalisé qu'avec sa fille et son gendre au travail et les enfants à l'école, il passait ses journées à regarder la télévision sans autre contact humain. Sa solution a été de déménager dans un appartement indépendant, où il a pu se faire des amis et se joindre aux autres pour les activités et les repas.

Ma mère, qui souffrait également de démence, vivait seule dans sa copropriété après le décès de mon père et avait la chance d'avoir un voisin qui lui proposait de faire les courses pour elle. Comme elle ne conduisait pas, elle était très reconnaissante. Ma mère était mobile, mais elle aimait se tenir à l'écart. Son univers s'est rétréci et elle s'est isolée socialement. Se sentait-elle seule ? Elle disait que non, mais en réalité, qui sait ?

Je pense qu'elle a bénéficié de son déménagement dans un logement indépendant, où les repas étaient offerts à tous les résidents dans la salle à manger du complexe. Bien qu'elle ait pu retourner dans sa suite entre les repas, elle s'engageait avec d'autres personnes autour d'un repas. Elle s'est également liée d'amitié avec l'une des autres femmes et, ensemble, elles se rendaient à certaines soirées, des activités auxquelles ma mère n'aurait même pas songé lorsqu'elle vivait dans son condominium.

Dans la préface du livre, *Life at Home for People with a Dementia,* j'ai écrit : « *Suis-je complètement vendu à l'idée de rester à la maison aussi longtemps que possible ? Le jury n'a pas encore tranché* » (Bartlett & Brannelly, 2018, p. xi).

Quatre ans se sont écoulés depuis que j'ai écrit cet avant-propos, et pour moi, le « jury » n'a toujours pas tranché.

Les gérontologues considèrent le vieillissement sur place comme un processus, sujet à une négociation continue (Wiles et al., 2012). La signification du lieu peut changer à mesure que les besoins en soins d'une personne âgée évoluent ; en outre, un lieu peut être matériel, physique, social et symbolique. Dans une étude qui a interrogé 121 adultes âgés au Canada et en Nouvelle-Zélande, le vieillissement chez soi était considéré comme un sentiment d'attachement, de sécurité et de familiarité (Wiles et al., 2012). Comme Jim l'a suggéré dans sa réflexion ci-dessus, certaines personnes peuvent trouver qu'un établissement de vie autonome/assisté ou un foyer de soins de longue durée offre des relations sociales et un sentiment de sûreté et de sécurité. Les significations du vieillissement sur place pour les personnes âgées et leurs relations avec la solitude et l'isolement ont des implications importantes pour la recherche et la pratique de l'ergothérapie. Les ergothérapeutes peuvent explorer ce qui fait qu'un milieu de vie est propice au vieillissement, ce qui constitue un sentiment d'attachement, et ce qui peut être fait pour soutenir au mieux un sentiment de familiarité et de sécurité, ainsi que des relations sociales, pour leurs clients adultes âgés.

Les ergothérapeutes communautaires doivent évaluer si leurs clients adultes âgés disposent de soutiens sociaux et, dans le cas contraire, collaborer avec eux pour y accéder. Un transport accessible est essentiel pour que les adultes âgés puissent fréquenter les centres communautaires, les bibliothèques et d'autres lieux pour répondre à leurs besoins sociaux (Conseil des académies canadiennes, 2018) ; les ergothérapeutes doivent évaluer si leurs clients peuvent accéder facilement à leur communauté en toute sécurité. En outre, les ergothérapeutes peuvent éduquer la communauté concernant les défis rencontrés par les adultes âgés et fournir des stratégies sur la meilleure façon de les soutenir (par exemple, travailler avec les chauffeurs de bus pour assurer un transport sûr et accessible aux adultes âgés). Dans l'ensemble, le vieillissement sur place est et devrait être un choix personnel. Il a le potentiel de maintenir la qualité de vie, mais nous devons veiller à ce que les

soutiens appropriés soient en place afin que les personnes âgées soient socialement connectées et s'épanouissent (et pas seulement vieillissent) à domicile.

Références

Société Alzheimer (2014). *Alzheimer's Society's view on people with dementia living alone.* https://www.alzheimers.org.uk/about-us/policy-and-influencing/what-we-think/dementia-living-alone#:~:text=People%20who%20have%20dementia%20and,of%20all%20people%20with%20dementia

Bartlett, R., & Brannelly, T. (2018). *Life at home for people with a dementia*. Routledge/Taylor & Francis Group.

Bursack, C. B. (2015, 24 mars). *Aging in place or assisted living: It's about choices.* HealthCentral. https://www.healthcentral.com/article/aging-in-place-or-assisted-living-its-about-choices

Conseil des académies canadiennes (2018). *Older Canadians on the move: The expert panel on the transportation of an aging population*. https://cca-reports.ca/wp-content/uploads/2018/08/transportaging_fullreport_en.pdf

Donovan, N. J., Wu, Q., Rentz, D. M., Sperling, R. A., Marshall, G. A., & Glymour, M. M. (2017). Loneliness, depression and cognitive function in older U.S. adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 32*, 564–573. https://doi.org/10.1002/gps.4495

Federal/Provincial/Territorial Ministers Responsible for Seniors (2016). *Thinking about aging in place*. Government of Canada. https://www.canada.ca/en/employment-social-development/corporate/seniors/forum/aging.html

Kunkle, F. (2015, March 5). *Aging in Place concept has been oversold, professor argues*. The Washington Post. https://www.washingtonpost.com/news/local/wp/2015/03/05/aging-in-place-concept-has-been-oversold-professor-argues/

Marek, K., Stetzer, F., Adams, S. J., Popejoy, L., & Rantz, M. (2012). Aging in place versus nursing home care: Comparison of costs to Medicare and Medicaid. *Research in Gerontological Nursing, 5*, 123–129. https://doi.org/10.3928/19404921-20110802-01

Mayo, C. D., Kenny, R., Scarapicchia, V., Ohlhauser, L., Syme, R., & Gawryluk, J. R. (2021). Aging in place: Challenges of older adults with self-reported cognitive decline. *Canadian Geriatrics Journal, 24,* 138–143. https://doi.org/10.5770/cgj.24.456

Picard, A. (2021). *Neglected no more: The urgent need to improve the lives of Canada's elders in the wake of a pandemic*. Random House Canada.

Tümer, A., Dönmez, S., Gümüşsoy, S., & Balkaya, N. A. (2021). The relationship among aging in place, loneliness, and life satisfaction in the elderly in Turkey. *Perspectives in Psychiatric Care, 58*, 822–829. https://doi.org/10.1111/ppc.12855

Statistics Canada (2019). *Canada's population estimates: Age and sex, July 1, 2019*. https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/190930/dq190930a-eng.htm

Wiley, J. L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J., & Allen, R. E. S. (2012). The meaning of aging in place to older people. *The Gerontologist, 52*, 357–366. https://doi.org/10.1093/geront/gnr098

À propos des auteurs

Jim Mann a reçu le diagnostic de la maladie d'Alzheimer en 2007 et a été l'aidant de sa mère, également atteinte de la maladie d'Alzheimer. Il est un partenaire des patients et se passionne pour le soutien de la recherche sur les démences, les soins de longue durée et la technologie. Il a reçu un doctorat honorifique en droit de l'Université de la Colombie-Britannique en 2020 et est un auteur publié.

Flora To-Miles, PhD, Erg Aut. (C-B) est actuellement boursière postdoctorale et étudie l'utilisation de la technologie dans les établissements de soins de longue durée. Pour toute question concernant cet article, veuillez contacter : ftomiles@alum.ubc.ca

Lillian Hung, PhD, RN, est titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les soins aux personnes âgées et professeure adjointe à l'École des sciences infirmières de l'Université de la Colombie-Britannique. Elle travaille avec une équipe de chercheurs au laboratoire *Innovation in Dementia and Aging* (IDEA) pour examiner le rôle de la technologie dans l'innovation et l'amélioration des soins aux personnes âgées.

Le parcours d'une famille d'immigrés à travers un accident vasculaire cérébral sur trois décennies

Elly Park

> "Ce n'est pas la joie qui nous fait éprouver de la gratitude. C'est la gratitude qui nous rend joyeux." [traduction]
> -Anonyme

J'écris cet article principalement en tant que fille - bien qu'en tant qu'ergothérapeute au Canada, je suis devenue plus attentive à la façon dont l'expérience de ma famille avec l'AVC peut résonner avec d'autres personnes - afin de fournir une perspective unique sur les intersections profondes entre le vieillissement, la culture, la famille et le chez-soi.

En 1994, mon père, Jong, a eu un accident vasculaire cérébral (AVC) qui a touché le côté gauche de son cerveau et le côté droit de son corps. Il avait 45 ans. À l'époque, mon père était un membre actif de son église et le président de la société coréenne locale. Le sentiment d'identité et l'estime de soi de mon père se sont transformés du jour au lendemain. L'AVC a fini par provoquer une hémiparésie droite et une aphasie sévère. Ma mère est devenue son aidante à plein temps. Elle a été confrontée à de la détresse, à des obligations et à une multitude de rôles qu'elle n'était pas prête à assumer.

Mes parents ont immigré au Canada en 1975. Ils ont travaillé dans des usines et des petites entreprises jusqu'à ce qu'ils puissent acheter un restaurant en 1982. Leur ingéniosité et leur ténacité en ont fait une entreprise florissante, toujours en activité aujourd'hui. Mes parents ont finalement pu financer leurs parents et leurs frères et sœurs de Corée pour qu'ils les rejoignent au Canada. Ma mère et mon père ont eu cinq filles ; la plus jeune n'avait que douze ans lorsque mon père a eu son accident vasculaire cérébral. J'ai réfléchi à la manière dont le fait de vivre au Canada a profondément influencé l'expérience de mes parents en matière de soins de santé, notamment en ce qui concerne l'accès aux services et l'aide financière que nous avons reçue et qui n'aurait pas été disponible en Corée.

Ma mère a dû changer ses priorités après l'AVC. Au lieu de travailler à plein temps au restaurant, elle a commencé à mettre en pension des étudiants étrangers afin de pouvoir être à la maison pour s'occuper de mon père. Mes grands-parents paternels ont vécu avec nous et ont pu aider aux tâches ménagères et fournir une certaine assistance pour s'occuper de leur fils et de leurs cinq petits-enfants. Mes grands-parents nous ont appris, à mes frères et sœurs et à moi, la langue et la culture coréennes, que nous chérissons encore aujourd'hui.

Mon père n'a pas pu retourner à l'entreprise familiale. Bien qu'il soit resté à la maison, il a réalisé de manière autonome ses occupations quotidiennes dès les premiers mois. Il a réappris à conduire, et il a pu aider à conduire les élèves pensionnaires à l'école et à les en ramener. Plus tard, il a assuré le transport à l'école des petits-enfants ! Il pouvait se servir de l'ordinateur pour payer ses factures grâce aux services bancaires en ligne. Il était dévoué à la fréquentation de l'église et est resté au conseil de l'église en tant que doyen. Il était toujours capable de chanter malgré son aphasie, et il continue encore aujourd'hui à participer à la chorale de l'église.

Au cours des 28 dernières années, nos vies ont progressé — mes sœurs et moi avons poursuivi nos passions et fondé nos propres familles, et nous avons donné collectivement à mes parents 11 petits-enfants ! Au sein d'une famille très unie, mes sœurs et moi sommes souvent appelées à aider ma mère et mon père à s'orienter dans divers systèmes et institutions sociales, y compris les soins de santé. Je me suis rendu compte qu'en raison de la présence de plusieurs filles, mes parents peuvent bénéficier du soutien de chacune d'entre nous de différentes manières, et nous pouvons partager les responsabilités.

Mon père m'a récemment exprimé qu'il ressent de la gratitude plutôt que du regret pour ce qui s'est passé. Il lui a fallu de nombreuses années pour en arriver là, mais il a dit que l'attaque cérébrale était la meilleure chose qui lui soit arrivée. Ces mots m'ont laissé perplexe lorsque je pense à ce qui m'a semblé être une perte énorme pour lui. Comme mes sœurs et moi nous en souvenons, mon père était "plus grand que nature" pour nous en tant que leader dans la communauté, homme d'affaires prospère et père de cinq enfants. Il intimidait et impressionnait ceux qui l'entouraient. Nous le connaissions comme un homme ambitieux, charismatique et sage. C'est sa sagesse qui transparaît maintenant ; il ne voit pas ce qu'il a perdu, mais combien sa vie a été gratifiante et épanouissante. Il a ressenti une joie véritable.

Après son AVC, j'ai remarqué que de nombreux amis de mon père étaient partis, laissant mon père derrière eux. Ceux qui étaient les plus proches de lui sont restés à ses côtés, et leur dévouement témoignait de leur loyauté. Un ami est venu chez nous tous les soirs et lui a prodigué des massages et des étirements pour améliorer sa circulation et sa force pendant des mois. D'autres venaient jouer au jeu coréen Go avec mon père, ce qui, je crois,

l'aidait à maintenir son acuité cognitive. Ma mère s'est également tournée vers des amis proches pour obtenir de la compagnie et du soutien. Le frère cadet de mon père et sa femme ont géré le restaurant pendant plusieurs années — un service formidable pour ma mère. Mes sœurs et moi avons tous travaillé au restaurant avec des cousins, des tantes et des oncles. C'est grâce à cette communauté que mon père a pu vieillir dans la dignité. Peut-être que l'amour pur ressenti au sein de ce groupe est ce que mon père ressent, et c'est pourquoi il est reconnaissant de ce qui s'est passé et de la vie qu'il mène aujourd'hui.

Session d'expérience vécue

En novembre 2021, j'ai présenté à une conférence sur les soins de santé les perspectives partagées de notre expérience à travers des histoires compilées en collaboration avec mes parents et mes sœurs. À l'aide de photographies de famille et de photos d'archives, ainsi que de quelques vidéos prises de mon père, j'ai créé trois histoires numériques. Ces vidéos sont accessibles via les liens YouTube ci-dessous. Au cours de la séance, des fournisseurs de soins de santé et des soignants ont partagé certaines de leurs expériences de travail avec des clients et des proches qui se trouvent à différents stades de la réadaptation post-AVC et d'autres maladies chroniques. Nous avons discuté des défis à relever pour apporter un soutien lorsqu'il y a un sentiment de désespoir, de colère et de frustration. Les clients sont souvent émotifs et, en tant que thérapeutes, nous ne savons pas comment les aider au mieux. La narration a été reconnue comme un outil puissant et peut être utilisée pour la réflexion thérapeutique, l'éducation et la diffusion des connaissances (Park et al., 2021). Peut-être que le partage ou la création d'histoires numériques est une façon de partager les expériences vécues dans le cadre du processus de réadaptation.

Ouvrir de nouvelles voies

En vieillissant, mes sœurs et moi sommes déterminées à offrir un répit à ma mère sur le plan financier, émotionnel et physique. Nous réalisons la chance que nous avons de vivre dans un pays où nous avons de l'aide et des ressources à notre disposition, ce qui donne à mon père des opportunités qu'il n'aurait pas eues autrement. Mes frères et sœurs et moi-même sommes proches, mais je me demande si nous aurions été aussi proches que nous le sommes aujourd'hui si nous n'avions pas été liés par notre amour et notre souci pour mon père et ma mère. La vénération que nous avons pour notre mère imprègne nos propres vies, et je suis motivée et inspirée par sa force, son ingéniosité, sa persévérance et sa ténacité. Ma mère a fait de leur maison un endroit où mon père peut se sentir bien et en sécurité.

Ce processus de réflexion a été très instructif et gratifiant. Quand je vois mes parents aujourd'hui, mes yeux se remplissent de larmes, mais mon cœur est plein. Ma mère et mon père ont pu rester dans leur maison, mais en tant que famille, nous sommes interdépendants et nous avons besoin les uns des autres pour nous épanouir. Nous comptons les uns sur les autres et, ce faisant, nos vies ont été enrichies. Ce que j'ai compris, c'est que le vieillissement n'est pas quelque chose qui nous arrive passivement. Nous vieillissons tous, mais nous pouvons éprouver des remords et de la douleur en le subissant, nous pouvons le rejeter et nier qu'il se produit, ou nous pouvons l'accepter avec grâce et humilité.

Liens vers les histoires numériques

Vidéo 1 – Journey to Canada
https://youtu.be/UC0ideZXhU4

Vidéo 2 – Experiences of having a stroke
https://youtu.be/7wGSigNtDsU

Vidéo 3 – Family reflections on the past and present
https://youtu.be/HULNgNn_Wd8

References

Park, E., Forhan, M. & Jones, C. A. (2021). The use of digital story-telling of patients' stories as an approach to translating knowl-edge: A scoping review. *Research Involvement and Engagement, 7,* 58. https://doi.org/10.1186/s40900-021-00305-x

À propos de l'auteure

Elly Park, Ph. D., Erg. Aut. (CB), est professeure adjointe d'enseignement au département des sciences du travail et de l'ergothérapie de l'Université de la Colombie-Britannique. Elle a utilisé l'enquête narrative et la narration d'histoires dans ses travaux de recherche et d'enseignement. Vous pouvez la contacter à l'adresse suivante : elly.park@ubc.ca

Vieillir sur place n'est pas une solution universelle : leçons pour l'ergothérapie

Sachindri Wijekoon

Vieillir sur place désigne le fait de continuer à vivre dans le même lieu ou dans une communauté familière le plus longtemps possible (Bigonnesse & Chaudhury, 2020). Il vise à permettre aux personnes âgées de maintenir leurs relations sociales et leurs routines quotidiennes dans un environnement familier, ce qui facilite également l'indépendance et le sentiment de contrôle sur leur vie (Iecovich, 2014). Par conséquent, le lieu a fait l'objet d'une attention considérable, tant du point de vue politique que gérontologique, pour répondre aux besoins des populations vieillissantes.

Cependant, une grande partie de ce que nous savons sur le vieillissement chez soi provient d'études de recherche qui ont été menées auprès d'échantillons de populations à revenu moyen et supérieur disposant d'un logement adéquat et de ressources clés pour soutenir le vieillissement chez soi (p. ex., Graham et coll., 2014 ; Paganini-Hill, 2013). Au contraire, les préoccupations en matière de logement des personnes âgées autochtones, immigrantes ou vivant en milieu rural ont été largement négligées dans la littérature (Weeks & LeBlanc, 2010). Au Canada, les peuples Autochtones constituent le groupe social le plus mal logé, affecté par de nombreux problèmes de santé dus à un logement inadéquat (O'Donnell & Tait, 2004). En milieu rural, l'isolement social et la prestation de services fragmentés, affectés par des facteurs tels que la pénurie de praticiens, peuvent poser des défis au maintien de l'indépendance à long terme (Quinlan et al., 2020). Enfin, le concept de vieillissement sur place peut ne pas rendre compte des expériences des personnes qui ont traversé les frontières internationales à un âge avancé.

Le vieillissement sur place est également un concept occidental qui met l'accent sur les idées de continuité, d'attachement au lieu, de maximisation de l'indépendance et d'adéquation entre la personne et l'environnement (Cristoforetti et al., 2011 ; Wiles et al., 2012). Bien que cette conceptualisation occidentale soit intuitivement comprise par la plupart des ergothérapeutes, dont beaucoup sont des femmes blanches de classe moyenne, parce qu'elle s'aligne sur leurs propres compréhensions et expériences, elle peut ne pas résonner ou ne pas refléter les perspectives de vieillissement des minorités. Par exemple, pour certaines personnes âgées, vieillir sur place peut ne pas être une option préférée, faisable et/ou réaliste. Par exemple, les ménages multigénérationnels sont parmi les types d'arrangements de vie qui se développent le plus rapidement au Canada en raison des normes culturelles apportées par les immigrants, de la nécessité économique à une époque de flambée des prix des logements et de l'évolution des valeurs (Bruemmer, 2018).

En l'absence d'une expérience vécue et d'une compréhension partagée des expériences de vieillissement des minorités, les ergothérapeutes ne sont peut-être pas bien équipés pour aider les personnes âgées pour lesquelles vieillir sur place n'est pas une option. Les ergothérapeutes doivent donc promouvoir des rôles de collaboration avec les personnes âgées minorisées, y compris celles de divers statuts socio-économiques, cohortes et origines raciales/ethniques/culturelles, et se familiariser avec les expériences de vieillissement minorisées en discutant avec des clients et des collègues ayant des expériences vécues diverses. Je décris ci-dessous une expérience de vieillissement minoritaire — l'expérience des immigrants en fin de vie qui vieillissent hors de chez eux.

L'immigration tardive : un exemple de « vieillissement hors du lieu ».

À l'ère de la mondialisation, l'expérience du vieillissement en terre étrangère fait partie de l'expérience de fin de vie de nombreuses personnes âgées (Sadarangani et Jun, 2015). L'augmentation de l'espérance de vie et des admissions de réfugiés (Montayre et al., 2017), ainsi que le fait que des parents âgés suivent leurs enfants adultes dans leur nouveau pays après l'émigration en raison de considérations économiques et de normes culturelles concernant la prise en charge des parents et des proches âgés (Zhou, 2012, 2017), ont contribué à la montée du phénomène mondial de l'immigration en fin de vie.

Pour ces personnes âgées, le concept de vieillissement sur place peut ne pas correspondre à leurs expériences physiques et émotionnelles. Après l'immigration, ces personnes âgées ont généralement beaucoup de mal à s'intégrer dans le pays d'accueil, ce qui entraîne des sentiments de dislocation et d'aliénation. Les immigrants tardifs ont un statut inférieur dans la société d'accueil et au sein de la famille intergénérationnelle avec laquelle ils résident souvent. L'isolement social et linguistique et les obstacles au transport ont un impact négatif sur le bien-être des immigrants tardifs (Wijekoon et al., 2021). En fait, les immigrants tardifs connaissent des niveaux plus élevés de stress acculturatif, de dépression (Wrobel et al., 2009) et de solitude (Guo et al., 2019 ; Wu & Penning, 2015) par rapport aux non-immigrants.

Bien que l'immigration tardive soit une transition de vie stressante qui peut transformer la trajectoire de vieillissement d'une personne âgée, les immigrants tardifs s'engagent dans un processus de retour au pays en s'appuyant sur des professions pour négocier leur place dans le processus de migration et d'intégration ultérieure. Les immigrants tardifs créent activement et continuellement un sentiment d'appartenance dans le pays d'accueil par le biais de professions qui relient leurs expériences passées et présentes de la maison. Par exemple, l'intégration dans des espaces professionnels familiers, tels que les espaces religieux et les centres ethniques, permet aux immigrants de longue date de s'engager dans des pratiques culturelles familières et de créer une continuité biographique entre leur ancienne et leur nouvelle vie. De plus, l'engagement dans des occupations culturellement prescrites, telles que les pratiques religieuses, la transmission de connaissances culturelles aux jeunes générations et les contributions non économiques au ménage intergénérationnel, redonne un but et un sens et atténue l'expérience du vieillissement hors du lieu de résidence (Wijekoon et al., 2021). Ainsi, un engagement professionnel significatif est crucial pour transformer le sentiment de désorientation et d'aliénation ressenti dans le pays d'accueil en un sentiment d'appartenance.

Implications pour l'ergothérapie

Les ergothérapeutes devraient élargir leur compréhension du vieillissement sur place, car il ne s'agit pas d'un concept unique et il peut ne pas être réaliste, réalisable ou bénéfique pour toutes les personnes âgées. Les ergothérapeutes peuvent aider les immigrants en fin de vie à établir un sentiment d'appartenance en favorisant la sécurité, la familiarité et le contrôle. Les ergothérapeutes peuvent :

- Permettre la participation à des occupations significatives par le développement des compétences (p. ex. en offrant une formation sur le transport en commun, en soutenant les compétences d'auto-efficacité, en rétablissant les rôles professionnels antérieurs, en développant des routines, etc.) et l'intégration communautaire (p. ex. en informant sur les ressources communautaires et en favorisant les occupations, les espaces et les réseaux sociaux ; Huot et al., 2021).

- Intégrer dans les plans d'intervention la religion, la culture et l'appartenance à un groupe ethnique, qui peuvent atténuer le stress de l'immigration tardive.

- Préconiser des services et des possibilités culturellement pertinents et adaptés qui tiennent compte des obstacles sociaux, culturels, linguistiques et structurels à l'engagement professionnel, afin d'aider les immigrants en fin de vie à se sentir chez eux dans la communauté et le pays d'accueil.

- Réfléchir à ses croyances et valeurs personnelles et à la manière dont elles se comparent aux croyances, valeurs et expériences des clients.

En favorisant le développement de liens émotionnels forts avec le pays d'accueil par le biais d'une occupation significative, les ergothérapeutes peuvent aider les immigrants en fin de vie non pas à vieillir sur place, mais à vieillir dans un endroit qui répond à leurs circonstances et besoins divers.

Références

Bigonnesse, C., & Chaudhury, H. (2020). The landscape of "aging in place" in gerontology literature: Emergence, theoretical perspectives, and influencing factors. *Journal of Aging and Environment, 34*, 233–251. https://doi.org/10.1080/02763893.2019.1638875

Bruemmer, R. (2018, August 22). *Living in a multi-generational home is often a question of culture*. Montreal Gazette. https://montrealgazette.com/news/local-news/living-in-a-multi-generational-home-is-often-a-question-of-culture

Cristoforetti, Gennai, F., & Rodeschini, G. (2011). Home sweet home: The emotional construction of places. *Journal of Aging Studies, 25*, 225–232. https://doi.org/10.1016/j.jaging.2011.03.006

Graham, Scharlach, A. E., & Price Wolf, J. (2014). The impact of the "Village" model on health, well-being, service access, and social engagement of older adults. *Health Education & Behavior, 41*(Suppl. 1), 91S–97S. https://doi.org/10.1177/1090198114532290

Guo, Stensland, M., Li, M., Dong, X., & Tiwari, A. (2019). Is migration at older age associated with poorer psychological well-being? Evidence from Chinese older immigrants in the United States. *The Gerontologist, 59*, 865–876. https://doi.org/10.1093/geront/gny066

Huot, S., Brower, J., Tham, A., & Yekta A. R. (2021). Cultivating social occupations, spaces, and networks: Service providers' perspectives on enabling immigrants' social participation. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, 29*, e2184. https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO2184

Iecovich, E. (2014). *Aging in place: From theory to practice.* Anthropological Notebooks, 20(1), 21–32. http://www.drustvo-antropologov.si/AN/PDF/2014_1/Anthropological_Notebooks_XX_1_Iecovich.pdf

Montayre, Neville, S., & Holroyd, E. (2017). Moving backwards, moving forward: The experiences of older Filipino migrants adjusting to life in New Zealand. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being, 12,* 1347011. https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1347011

O'Donnell, V. , & Tait , H. (2004). Well-being of the non-reserve Aboriginal population. *Canadian Social Trends, 72*, 19–23. https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/11-008-x/2003004/article/6805-eng.pdf?st=0HmAatbl

Paganini-Hill. (2013). Aging in place in a retirement community: 90+ year olds. *Journal of Housing for the Elderly, 27*, 191–205. https://doi.org/10.1080/02763893.2012.754822

Quinlan, McKibbin, C., Cuffney, C., Brownson, R., Brownson, C., Clark, J., & Osvold, L. (2020). Barriers to aging in place for rural, institutionalized older adults: A qualitative exploration. *Clinical Gerontologist.* Advance online publication. https://doi.org/10.1080/07317115.2020.1820651

Sadarangani, & Jun, J. (2015). Newly arrived elderly immigrants: A concept analysis of "aging out of place." *Journal of Transcultural Nursing, 26*, 110–117. https://doi.org/10.1177/1043659614549074

Weeks, & LeBlanc, K. (2010). Housing concerns of vulnerable older Canadians. C*anadian Journal on Aging, 29*, 189–110. https://doi.org/10.1017/S0714980810000310

Wijekoon, S., Rudman, D. L., Hand, C., & Polgar, J. (2021). Late-life immigrants' place integration through occupation. *Journal of Occupational Science.* Advance online publication. https://doi.org/10.1080/14427591.2021.1960589

Wiles, J. L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J., & Allen, R. E. (2012). The meaning of "aging in place" to older people. *The Gerontologist, 52*, 357–366. https://doi.org/10.1093/geront/gnr098

Wrobel, Farrag, M. F., & Hymes, R. W. (2009). Acculturative stress and depression in an elderly Arabic sample. *Journal of Cross-Cultural Gerontology, 24*, 273–290. https://doi.org/10.1007/s10823-009-9096-8

Wu, Z., & Penning, M. (2015). Immigration and loneliness in later life. *Ageing and Society, 35*, 64–95. https://doi.org/10.1017/S0144686X13000470

Zemke, R. (2004). The 2004 Eleanor Clarke Slagle Lecture – Time, space, and the kaleidoscopes of occupation. *American Journal of Occupational Therapy, 58*, 608–620. https://doi.org/10.5014/ajot.58.6.608

Zhou, Y. R. (2012). Space, time, and self: Rethinking aging in the contexts of immigration and transnationalism. *Journal of Aging Studies, 26,* 232–242. https://doi.org/10.1016/j.jaging.2012.02.002

Zhou, Y. R. (2017). The new aging trajectories of Chinese grandparents in Canada. In P. Dossa & C. Coe (Eds.), *Transnational aging and reconfigurations of kin work* (pp. 43–60). Rutgers University Press.

À propos de l'auteure

Dr Sachindri Wijekoon est professeur adjoint, filière enseignement, au département des sciences de l'occupation et de l'ergothérapie de l'Université de Toronto. Ses intérêts de recherche portent sur les axes de l'occupation, des transitions et du vieillissement. On peut la joindre à l'adresse suivante : sachindri.wijekoon@utoronto.ca

Suicide et réseau de pratique de l'ergothérapie — nouvelles ressources disponibles

Les ergothérapeutes ont été appelés à aborder la question du suicide dans leur pratique, comme indiqué dans le document de rôle de l'ACE : *Suicide Prevention in Occupational Therapy* (Prévention du suicide en ergothérapie). Le *Suicide and OT Practice Network* a répondu à la demande des membres de l'ACE en matière de ressources, d'éducation et de soutien pour aborder la question de la prévention du suicide. Trois documents ont été ajoutés à la page de ce réseau de pratique https://www.caot.ca/site/pd/otn/sot?nav=sidebar. Ils fournissent des conseils sur l'utilisation des ressources pour la prévention du suicide, l'intervention et la postvention. Les thèmes de la prévention comprennent les facteurs de risque et les signes d'alerte, l'évaluation des procédures de gestion des risques sur le lieu de travail, l'introduction de la conversation et l'utilisation des évaluations de dépistage pour déterminer le niveau de risque de suicide d'une personne. Les sujets d'intervention portent sur la restriction des moyens létaux, les stratégies d'adaptation, la planification de la sécurité — contenu et processus et les applications téléphoniques. Les sujets de postvention traitent du soutien aux personnes touchées par le suicide. Les documents comprennent des scénarios de cas pour aider à illustrer la mise en pratique des ressources. Nous vous encourageons à consulter ces ressources et nous vous invitons à nous faire part de vos commentaires sur les avantages et/ou les lacunes des informations. Les coordonnées des membres du réseau sont disponibles sur la page web.

Des ergothérapeutes connectés pour favoriser un vieillissement chez soi et en santé!

Mathilde Chagnon, Marie-Hélène Lévesque, Patrick Boissy & Mélanie Levasseur

Le vieillissement de la population et l'actuelle pandémie entraînent d'importants changements dans la pratique des ergothérapeutes. Afin de composer avec des restrictions d'accès, des considérations de santé publique et des besoins croissants qui étaient auparavant moins fréquents dans leur pratique (prévention des infections, fragilité, isolement social ; Donnelly et al., 2021), plusieurs ergothérapeutes se sont tournés vers la télésanté (Hoel et al., 2021) — c'est-à-dire, une modalité de prestation de soins de santé utilisant des outils de télécommunication tels que le téléphone et les appareils intelligents (Sarsak, 2020). Même si la télésanté est polyvalente, c'est surtout en mode consultatif et de *coaching* qu'elle est la plus utilisée et efficace (Dahl-Popolizio et al., 2020 ; Hoel et al., 2021). Puisque les activités de prévention des maladies chroniques et de promotion de la santé font particulièrement appel à la consultation et au *coaching* (Pentland et al., 2016), la télésanté demeure une option importante à explorer afin de promouvoir un vieillissement chez soi et en santé (MSSS, 2021). Pour ce faire, il importe d'adapter certaines interventions priorisées à la télésanté, y compris la prévention du déconditionnement, et de soutenir l'adoption d'une vision critique par les ergothérapeutes quant aux enjeux liés à cette modalité. Cet article présente ainsi un survol des avantages et des défis liés à l'utilisation de la télésanté de même que l'initiative PROMOSANTÉ (**Pro**gramme multi**mo**dal de télésanté axé sur l'autogestion de la **santé**; Boissy et al., 2021), un exemple de pratique innovante et inspirante pour les ergothérapeutes.

Pour les aînés (Wakasa et al., 2020), incluant ceux des milieux ruraux (Kringle et al., 2020) ou atteints de maladies chroniques (Hansen et al., 2020), la télésanté contribue à améliorer l'accessibilité aux services. Puisqu'elle permet de composer avec les difficultés liées au transport, à la conservation d'énergie, à la gestion des symptômes et à l'interruption de la routine de vie, cette modalité mérite d'être intégrée de façon durable à l'offre de services en ergothérapie. Par ailleurs, alors que près de la moitié (49,0 %) des ergothérapeutes se sont tournés vers la télésanté lors de la pandémie (Hoel et., 2021), le virage numérique entrepris par les aînés quelques années plus tôt (ex. hausse des branchements Internet et l'utilisation accrue des technologies; Krendl & Perry, 2021 ; Statistique Canada, 2021) leur ont aussi permis de maintenir leurs accès aux services d'ergothérapie (Ng & Park, 2021). Dans certaines conditions et pour certaines personnes, la télésanté comporte toutefois des défis tels qu'une restriction d'accès à Internet, un faible niveau de littératie numérique ou l'absence de proches aidants pour soutenir l'utilisabilité des appareils. Une analyse adéquate de l'environnement et des capacités de l'usager est ainsi recommandée. Bien qu'il existe des solutions (ex. implication et formation des proches), certains problèmes (ex. de nature structurelle; accès et vitesse de connectivité limités en zones rurales) peuvent demeurer non résolus (Sarsak, 2020), de sorte que la télésanté ne doit pas être envisagée comme unique mode de prestation des soins. Cependant, compte tenu de ses avantages, la télésanté pourrait toutefois contribuer à des soins plus accessibles, inclusifs et continus.

En contexte de pandémie, assurer la sécurité des usagers et des professionnels, tout en respectant les restrictions sanitaires, est un enjeu primordial auquel la télésanté permet de répondre (Monaghesh & Hajizadeh, 2020 ; Sarsak, 2020). En limitant le nombre de contacts physiques et de déplacements vers les milieux de soins, la télésanté diminue les risques de contamination et favorise l'optimisation des ressources individuelles (ex. conservation d'énergie pour l'aîné) et organisationnelles (coût-efficacité des interventions ; Jennett et al., 2003). Afin d'assurer la qualité et l'éthique des services de télésanté, la sécurité doit cependant être considérée plus globalement. De ce fait, les aspects informationnels (ex. confidentialité des plateformes électroniques utilisées), financiers (ex. remboursements des services) et relatifs à la préservation de la dignité de la personne (ex. éviter l'exposition à la caméra lors d'interventions intimes telles que l'observation des soins d'hygiène) doivent être considérés. Les ergothérapeutes doivent aussi détenir les compétences informatiques nécessaires et s'informer au sujet des balises existantes en matière de soins à distance, notamment celles de l'Association canadienne des ergothérapeutes (2011) et de la Fédération mondiale des ergothérapeutes (2014).

Afin de tirer profit des avantages de la télésanté et de mieux relever les défis de la pandémie et du vieillissement démographique, les ergothérapeutes doivent repenser leur pratique en y intégrant davantage d'interventions préventives et virtuelles. Élaboré à partir de résultats probants et démontré efficace pour améliorer le fonctionnement et la qualité de vie d'aînés, le programme Remodeler sa vie® (Clark et al., 2021) est une intervention d'ergothérapie préventive prometteuse pour promouvoir le vieillissement chez soi. Conçu pour être offert en présence, ce programme est actuellement adapté à une prestation hybride (en ligne et en présence), puis sera intégré à l'initiative PROMOSANTÉ (Boissy et al., 2021) ;

un programme multimodal de télésanté co-créé par une équipe de recherche multidisciplinaire et visant à prévenir le déconditionnement des aînés. Axé sur l'autogestion de la santé et de la participation sociale des aînés, PROMOSANTÉ inclut également des interventions en activité physiques et en psychologie offertes en présence et en ligne.

Tout en permettant de vieillir chez soi, cette combinaison d'interventions issues de l'ergothérapie, de la kinésiologie et de la psychologie contribuera à réduire la pression sur les services de santé. Plus spécifiquement, les interventions de PROMOSANTÉ seront accessibles par le biais d'une plateforme web et incluront des rencontres synchrones et des activités asynchrones. Par exemple, certaines séances de groupe du programme Remodeler sa vie seront offertes de façon virtuelle et synchrone favorisant ainsi l'apprentissage collaboratif et les échanges en temps réel. Parallèlement, des activités asynchrones (ex. capsules vidéo) soutiendront l'autonomisation des aînés par le biais de contenus d'intérêt qu'ils pourront approfondir à leur rythme et appliquer dans des contextes signifiants. Ultimement, PROMOSANTÉ pourrait contribuer à une offre de services accessibles, sécuritaires et adaptés aux besoins des aînés.

En conclusion, les interventions ergothérapiques de télésanté comportent plusieurs avantages et sont de plus en plus utilisées dans la pratique. Avec des aînés davantage connectés et des mesures sanitaires qui favorisent l'utilisation des technologies, le contexte est favorable à l'implantation d'interventions numériques. Afin d'en faire une option permanente et de relever les défis qui y sont associés, l'utilisation de la télésanté doit cependant être guidée par des lignes directrices claires quant aux interventions les plus probantes, la façon de les transférer vers la télésanté et l'identification des clientèles et des contextes les plus favorables à son application. Pour ce faire, il importe de documenter l'utilisation de la télésanté à l'aide de projets tels que PROMOSANTÉ qui, en faisant appel aux technologies novatrices et à une expertise multidisciplinaire, permettront d'étendre la portée et les impacts des interventions en ergothérapie, notamment en matière de prévention du déconditionnement des aînés. Ultimement, une offre de service adéquate de la télésanté pourrait non seulement aider les ergothérapeutes à dépasser les solutions conventionnelles pour des soins plus justes et accessibles, mais aussi soutenir les aînés dans l'adoption de nouvelles visions d'avenir où ils pourront demeurer actifs plus longtemps et mieux vieillir à domicile.

Vous souhaitez en savoir plus ? Procurez-vous le manuel du programme *Remodeler sa vie* au https://www.caot.ca/client/product2/1077/item.html ou consultez la fiche du projet PROMOSANTÉ au https://bit.ly/3sru9gF.

Références

Association canadienne des ergothérapeutes. (2011). *Prise de position : La télé-ergothérapie et les services d'ergothérapie en ligne.* https://caot.in1touch.org/document/3717/T%20-%20Telehealth%20and%20E-Occupational%20Therapy.pdf

Boissy, P., Levasseur, M., Aubertin-Leheudre, M., Delli-Colli, N., Gagnon, L., Lagueux, É., Lorrain, D., Michaud, F., Ndjaboue, R., Roberge, P., Tousignant, M., & Verchère, C. (2021). PROMOSANTÉ: *Co-création d'un programme de télésanté axé sur l'autogestion de la santé et de la participation sociale de personnes aînées à risque de déconditionnement* [Protocole de recherche]. Université de Sherbrooke.

Clark, F., Blanchard, J., Sleight, A., Cogan, A., Florindez, L., Gleason, S., & Vigen, C. (2021). *Remodeler sa vie® Version canadienne-française du manuel Lifestyle Redesign® : The Intervention Tested in the USC Well Elderly Studies* (1re éd.). American Occupational Therapy Association Press.

Dahl-Popolizio, S., Carpenter, H., Coronado, M., Popolizio, N. J., & Swanson, C. (2020). Telehealth for the provision of occupational therapy : Reflections on experiences during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Telerehabilitation, 12*(2), 77–92. https://doi.org/10.5195/ijt.2020.6328

Donnelly, C., Ashcroft, R., Bobbette, N., Mills, C., Mofina, A., Tran, T., Vader, K., Williams, A., Gill, S., & Miller, J. (2021). Interprofessional primary care during COVID-19 : A survey of the provider perspective. *BMC Family Practice, 22*(1), 31. https://doi.org/10.1186/s12875-020-01366-9

Hansen, H., Bieler, T., Beyer, N., Kallemose, T., Wilcke, J. T., Østergaard, L. M., Frost Andeassen, H., Martinez, G., Lavesen, M., Frølich, A., & Godtfredsen, N. S. (2020). Supervised pulmonary tele-rehabilitation versus pulmonary rehabilitation in severe COPD : A randomised multicentre trial. *Thorax, 75*(5), 413–421. https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2019-214246

Hoel, V., Zweck, C. von, Ledgerd, R., & World Federation of Occupational Therapists. (2021). The impact of Covid-19 for occupational therapy : Findings and recommendations of a global survey. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin, 77*(2), 69-76. https://doi.org/10.1080/14473828.2020.1855044

Jennett, P. A., Hall, L. A., Hailey, D., Ohinmaa, A., Anderson, C., Thomas, R., Young, B., Lorenzetti, D., & Scott, R. E. (2003). The socio-economic impact of telehealth : A systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare, 9*(6), 311–320. https://doi.org/10.1258/135763303771005207

Krendl, A. C., & Perry, B. L. (2021). The Impact of Sheltering in Place During the COVID-19 Pandemic on Older Adults' Social and Mental Well-Being. *The Journals of Gerontology: Series B, 76*(2), e53–e58. https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa110

Kringle, E. A., Setiawan, I. M. A., Golias, K., Parmanto, B., & Skidmore, E. R. (2020). Feasibility of an iterative rehabilitation intervention for stroke delivered remotely using mobile health technology. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology, 15*(8), 908-916. https://doi.org/10.1080/17483107.2019.1629113

Monaghesh, E., & Hajizadeh, A. (2020). The role of telehealth during COVID-19 outbreak : A systematic review based on current evidence. *BMC Public Health, 20*(1), 1193. https://doi.org/10.1186/s12889-020-09301-4

Ng, B. P., & Park, C. (2021). Accessibility of telehealth services during the COVID-19 pandemic : A cross-sectional survey of medicare beneficiaries. *Preventing Chronic Disease, 18*, 210056. https://doi.org/10.5888/pcd18.210056

Pentland, W., Isaacs-Young, J., Gash, J., Heinz, A., Pentland, W., Isaacs-Young, J., Gash, J., & Heinz, A. (2016). *Enabling positive change : Coaching conversations in occupational therapy.* CAOT Publications ACE; WorldCat.org.

Sarsak, H. I. (2020). Telerehabilitation services : A successful paradigm for occupational therapy clinical services? *International Physical Medicine & Rehabilitation Journal, 5*(2). https://doi.org/10.15406/ipmrj.2020.05.00237

Statistique Canada. (2021, mai 31). *Le Quotidien—Accès à Internet au Canada, 2020*. https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210531/dq210531d-fra.htm

Wakasa, M., Odashima, T., Saito, A., Kimoto, M., Saito, I., Handa, S., Syukunobe, K., Kume, Y., & Okada, K. (2020). Telerehabilitation with Tablet Computers Replaces Face-to-Face Rehabilitation. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics, 38*(1), 85–97. s3h.

World Federation of Occupational Therapists. (2014). World Federation of Occupational Therapists' Position Statement on Telehealth. *International Journal of Telerehabilitation,* 37–40. https://doi.org/10.5195/ijt.2014.6153

World Health Organization. (2020). *Decade of healthy ageing 2021-2030* (ISBN 978-92-4-001790-0 / ISBN 978-92-4-001791-7; p. 220). World Health Organization. https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing

À propos des auteurs

Mathilde Chagnon est kinésiologue et étudiante à la maîtrise en ergothérapie à l'École de réadaptation de l'Université de Sherbrooke. Elle peut être rejointe par courriel à l'adresse Mathilde.Chagnon@USherbrooke.ca

Marie-Hélène Lévesque est ergothérapeute et étudiante au doctorat à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke et au Centre de recherche sur le vieillissement.

Patrick Boissy est chercheur au Centre de recherche sur le vieillissement et professeur titulaire au département de chirurgie à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke.

Mélanie Levasseur est ergothérapeute et chercheuse au Centre de recherche sur le vieillissement et professeure titulaire et directrice de la recherche à l'École de réadaptation de l'Université de Sherbrooke.

Ateliers de l'ACE

Il est à noter que les ateliers sont offerts dans la langue dans laquelle ils sont annoncés.

La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) dans la pratique de l'ergothérapie en santé mentale

Atelier virtuel – 28 et 29 septembre 2022 (en français)

Cet atelier vous fournira les connaissances et les compétences pratiques nécessaires afin d'utiliser la thérapie d'acceptation et d'engagement dans leur pratique en santé mentale.

Inscrivez-vous à cet atelier en ligne

CAOT · ACE

Vieillir chez soi : l'importance des choix face aux situations de vulnérabilité

Véronique Gagnon-Coderre & Mélanie Levasseur

Vieillir chez soi signifie qu'une personne est capable de vivre dans son domicile et sa communauté en sécurité, indépendamment et confortablement, peu importe son âge, son revenu ou son niveau de capacité (Centres pour le contrôle et la prévention des maladies, 2022). L'environnement physique et social du quartier représente ainsi le « chez-soi ». Selon certains auteurs, le « chez-soi » ne devrait pas se limiter aux domiciles conventionnels, mais aussi inclure d'autres types de résidences (ex. : résidence privée pour personnes aînées). Pour favoriser le vieillissement chez soi, il importe ainsi de privilégier une hétérogénéité de situations de vie (Weil & Smith, 2016) et d'accentuer le « chez-soi », comme un endroit qui génère des sentiments d'appartenance et de sécurité. Pour plusieurs aînés, être capable de vieillir dans leur domicile est synonyme d'autonomie, d'indépendance, de contrôle (Bercaw, 2020 ; Simard et al., 2015) et de liberté (Stones & Gullifer, 2016). Vieillir chez soi est toutefois associé à une image positive du vieillissement, souvent mise de l'avant par des aînés en santé, stigmatisant ainsi ceux et celles qui ont des incapacités ou vivent des situations de vulnérabilité et qui sont plus susceptibles de devoir rester dans un environnement non adapté à leurs besoins ou de quitter leur domicile.

Vieillir chez soi est un objectif qui n'est pas uniquement visé par les aînés ; plusieurs professionnels de la santé souhaitent le maintien à domicile le plus longtemps possible pour les aînés qu'ils suivent. Cependant, ce ne sont pas tous les aînés qui désirent vivre leurs dernières années à domicile. En raison d'un déclin de leurs capacités, certains aînés craignent de devenir prisonniers de leur maison et, afin de regagner un certain niveau d'indépendance, souhaitent se déplacer pour continuer de réaliser la majorité de leurs activités grâce à un domicile mieux adapté (Finlay, 2021). Avec l'accroissement de l'espérance de vie et les ressources de soutien à domicile limitées, il pourrait ne plus être aussi réaliste d'espérer qu'une personne reste chez soi jusqu'à la fin de sa vie alors que sa santé diminue et que ses besoins de soutien grandissent. Les professionnels de la santé et des services sociaux et, particulièrement les ergothérapeutes, doivent donc soutenir les aînés dans l'identification de réponse à quelques questions.

Premièrement, est-ce que l'aîné désire vieillir chez soi ?

Tout aîné est unique. Ses besoins, ses valeurs et ses désirs peuvent varier d'un individu à l'autre. Il importe ainsi de consulter les aînés afin de connaître leur préférence tout en favorisant leur appropriation de la réflexion sur ce sujet et du choix de son domicile. S'approprier la réflexion implique de connaître les options de milieux de vie et de lister leurs avantages et leurs inconvénients, et ce, en considérant les services requis et les objectifs de l'aîné.

Deuxièmement, est-ce que l'aîné est en situation de vulnérabilité ?

Peu importe ce que l'aîné désire, on doit reconnaître les situations de vulnérabilité et leurs effets sur son vieillissement et ses objectifs liés à son choix de domicile. Une situation de vulnérabilité est définie comme un ensemble de circonstances dans lesquelles une ou plusieurs personnes vivent des complications biologiques, psychologiques, socioéconomiques, sociales ou environnementales (Levasseur et al., 2022). Ces complications augmentent leur risque d'être blessé, lésé ou de présenter des difficultés d'adaptation menant ainsi à des conséquences sur leur vie.

Lorsqu'un aîné souhaite vieillir « chez-soi », mais que la complexité de sa situation fait en sorte que ce domicile ne répond plus à ses besoins, il importe qu'il soit conscient des conséquences potentielles et que des solutions soient envisagées, et ce, de façon proactive.

Troisièmement, comment peut-on réduire les situations de vulnérabilité ou leurs conséquences ?

Afin de réduire ces situations et leurs conséquences, il est nécessaire d'évaluer quelles complications vit l'aîné et d'identifier comment on doit intervenir, que ce soit au plan individuel, familial, communautaire, sociétal ou politique.

Une perte de choix face aux situations de vulnérabilité

Le fait de ne pas pouvoir choisir représente en quelque sorte une perte d'indépendance, d'autonomie et de contrôle sur sa vie. Le non-respect de la parole, des souhaits ou des désirs de la personne est un phénomène courant lors du vieillissement ; ceci représente de l'infantilisation (Laublin, 2008). Lors de l'avancement en âge et en présence de complications biologiques, psychologiques et sociales, une personne risque davantage d'être infantilisée par son entourage et, ainsi, d'être dévalorisée. Puisque le fait de ne pas être entendu peut augmenter le risque de situations de vulnérabilité, perdre cette liberté de choisir favorise la création d'un cercle vicieux impliquant une perte d'indépendance, d'autonomie et de contrôle sur sa vie.

Contrer les situations de vulnérabilité pour favoriser le vieillissement chez soi

Les femmes, les personnes issues d'une minorité ethnique ou linguistique et les personnes ayant de faibles revenus (Hames et al., 2017, McDermott-Levy et al., 2019) ou marginalisées (ex., diversité sexuelle, toxicomane) sont plus à risque de vivre des situations de vulnérabilité (National Gay and Lesbian Task Force, 2010). Pouvant être présentes tout au long de la vie, ces caractéristiques peuvent aussi survenir lors de l'âge avancé et, ainsi, créer davantage de situations de vulnérabilité liées au vieillissement à domicile. En repérant ces personnes, particulièrement parmi les aînés, il devient possible de mieux intervenir pour les inclure dans l'identification des facilitateurs et des obstacles à leur maintien à domicile, de les valoriser et développer des interventions ou des politiques pertinentes à leur réalité. Faciliter leur intégration dans la communauté et créer des ressources qui leur sont plus accessibles sur les plans économique ou culturel favoriserait la participation et ainsi, l'indépendance de ces aînés (United Nations Economic Commission for Europe, 2009).

Les ergothérapeutes doivent contribuer à identifier les complications liées aux situations de vulnérabilité et évaluer la façon dont celles-ci interagissent pour élaborer leurs recommandations. Par exemple, en présence d'une mobilité réduite, il est possible qu'un aîné nécessite des aménagements, des aides techniques ou des services, et ce, afin d'assurer un vieillissement à domicile sécuritaire et confortable. Un faible revenu, une méfiance envers les étrangers (Brim, Fromhold & Blaney, 2021), la peur d'être placé en résidence, ainsi qu'une méconnaissance des services disponibles peuvent empêcher la réalisation de modifications et de travaux domiciliaires nécessaires. Informer les aînés des services disponibles (Brim et al. 2021), encourager la communication entre pairs (Bercaw, 2020) et offrir des services d'entretien par l'entremise de ressources reconnues pourraient réduire le fardeau lié aux rénovations. Pour les aînés qui souhaitent obtenir de l'aide financière ou du soutien des services gouvernementaux, mais ayant de la difficulté à réaliser ces demandes, il importe de les guider vers les ressources pouvant les soutenir dans ces démarches. Enfin, lorsque la discussion porte sur des modifications à faire dans le « chez-soi », il apparait pertinent de préconiser une approche positive soulignant comment le domicile pourrait être amélioré au lieu de se concentrer sur la façon dont le domicile n'est pas adéquat (Bercaw, 2020).

La communauté pourrait aussi agir comme source de situations de vulnérabilité ou comme facilitateur au maintien à domicile. L'ergothérapeute doit considérer ce que cette communauté offre et signifie pour l'aîné, puis évaluer les risques, tels que l'isolement social. À cet égard, l'ergothérapeute doit ainsi s'intéresser à l'environnement social, souvent en collaboration avec un travailleur social ou un organisateur communautaire. Bien vieillir dans sa communauté est souvent représenté par une continuation de son rôle social, le soutien ainsi que la proximité de la famille et des amis. Le transport et les services offerts par la communauté doivent aussi être adéquats, accessibles et abordables pour répondre aux besoins de l'aîné, peu importe ses capacités. En somme, il importe de considérer ce qui est valorisé par l'aîné, pour ensuite introduire les ressources qui lui seront utiles dans la réalisation de ses objectifs.

L'importance que ce soit vraiment un choix

Chaque aîné devrait avoir le droit de choisir de vieillir chez soi sans préjudice, sans stigmatisation et, surtout, sans craindre de réussir ou d'échouer (Weil & Smith, 2016). Considérant l'hétérogénéité des aînés et de leurs besoins, l'équité ne peut survenir que si diverses options de logement sont disponibles (Building with Mission, 2022). Finalement, les ergothérapeutes doivent être impliquées pour identifier des milieux permettant de mieux répondre aux préférences des aînés. Au besoin, l'ergothérapeute sera responsable d'évaluer les capacités de l'individu et les situations de vulnérabilités, d'identifier des ressources qui permettent à l'aîné de s'adapter et, par la suite, de documenter leurs impacts sur sa qualité de vie. En bref, il faut reconnaître l'importance des choix, célébrer la diversité (Finlay et al., 2021) qui existe au regard du souhait de vieillir à domicile et trouver des solutions innovantes, et ce, afin que chaque aîné puisse vieillir selon leur propre perception du « chez-soi ».

Références

Bercaw, L.E. (2020). Supporting aging in place: A policymaking blueprint for addressing U.S. older adults' unmet home modification needs. *Journal of Aging and Environment. 34*(4), 389–401. https://doi.org/10.1080/26892618.2019.1707737

Brim, B., Fromhold, S., & Blaney, S. (2021). Older adults' self-reported barriers to aging in place. *Journal of Applied Gerontology, 40*(12), 1678–1686. https://doi.org/10.1177/0733464820988800

Building With Mission. (Accéder le 20 janvier 2022). *The periodic table of housing models of aging Canadians.* https://static1.squarespace.com/static/5fa1a6a05a1b700410b3c54c/t/61d30b08476ad24119c154d3/1641220873267/20CHAC001_PeriodicTableDoc_rev4.pdf

CDC. Accédé le 11 janvier 2022. *Healthy Places Terminology*. https://www.cdc.gov/healthyplaces/terminology.htm

Finlay, J.M., McCarron, H.R., Statz, T.L., & Zmora, R. (2021). A Critical approach to aging in place: A case study comparison of personal and professional perspectives from the Minneapolis Metropolitan Area. *Journal of Aging & Social Policy. 33*(3), 222–246, 10.1080/08959420.2019.1704133

Hames, E., Stoler, J., Emrich, C.T., Tewary, S., & Pandya, N. (2017). A GIS approach to identifying socially and medically vulnerable older adult populations in South Florida. *The Gerontologist, 57*(6), 1133–1141. DOI : 10.1093/geront/gnw106. PMID : 27496012.

Laublin, S. (2008). L'infantilisation de la personne âgée en établissement gériatrique. *Le journal des psychologues, 256*, 34–36. https://doi.org/10.3917/jdp.256.0034

Levasseur, M., Lussier-Therrien, M., Biron, M.L., Dubois, M-F., Boissy, P., Naud, D., Dubuc, N., Coallier J-C, Calvé J, Audet M. (2022). Scoping study of definitions of and instruments measuring vulnerability in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society, 70*(1), 269–280. PMID: 34669967 DOI: 10.1111/jgs.17451

McDermott-Levy, R., Kolanowski, A. M., Fick, D. M., & Mann, M. E. (2019). Addressing the health Rrisks of climate change in older adults. *Journal of gerontological nursing, 45*(11), 21–29. https://doi.org/10.3928/00989134-20191011-04

Morales, M.J., & Robert, S.A. (2020). The effects of housing cost burden and housing tenure on moves to a nursing home among low- and moderate-income older adults. *The Gerontologist, 60*(8), 1485–1494.

National Gay and Lesbian Task Force. (2010). *Outing Age 2010. Public Policy issues affecting lesbian, gay, bisexual, and transgender elders.* https://www.lgbtagingcenter.org/resources/pdfs/OutingAge2010.pdf

Simard, M., Dupuis-Blanchard, S., Villalon, L., Gould, O.N., Éthier, S., & Gibbons, C. (2015). L'influence du contexte sociolinguistique minoritaire sur le maintien à domicile des aînés en milieu rural dévitalisé: le cas d'acadieville au nouveau-brunswick. *Canadian Journal on Aging, 34*(2), 194–206. http://dx.doi.org/10.1017/S0714980815000069

Stones, D., & Gullifer, J. (2016). 'At home it's just so much easier to be yourself': Older adults' perceptions of ageing in place. *Ageing & Society, 36*, 449–481. https://doi.org/10.1017/S0144686X14001214

United Nations Economic Commission for Europe. (2009). *Policy Brief Integration and participation of older persons in society*. https://unece.org/DAM/pau/_docs/age/2009/Policy_briefs/4-Policybrief_Participation_Eng.pdf

Weil, J., & Smith, E. (2016). Revaluating aging in place: From traditional definitions to the continuum of care. *Working with Older People, 20*(4), 223–230. http://dx.doi.org/10.1108/WWOP-08-2016-0020

À propos des auteures

Véronique Gagnon-Coderre, B.Sc., est candidate à la maîtrise à la Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS) de l'Université de Sherbrooke et au Centre de recherche sur le vieillissement. Son projet de recherche est dirigé par professeure Mélanie Levasseur. Elle peut être rejointe par courriel à l'adresse : veronique.coderre@usherbrooke.ca

Mélanie Levasseur, erg. PhD, est ergothérapeute, directrice de la recherche et professeure titulaire à l'École de réadaptation de l'Université de Sherbrooke, et chercheure au Centre de recherche sur le vieillissement, CIUSSS de l'Estrie-CHUS. Elle détient un doctorat en sciences cliniques de l'Université de Sherbrooke et a aussi réalisé un stage postdoctoral en promotion de la santé à l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal. Son programme de recherche cible le développement et l'évaluation d'un continuum d'interventions innovantes pour favoriser la participation sociale des aînés. Elle peut être rejointe par courriel à l'adresse : melanie.levasseur@usherbrooke.ca

CAOT Workshops and Online Courses

Trauma-informed care in school settings

Online delivery – October 21, 2022

This workshop will increase your understanding of the impact of trauma in children and equip you to provide trauma-informed services to children in school settings.

Register for this workshop

CAOT · ACE

Le catalyseur COVID : le besoin accru d'ergothérapeutes pour aider à la sortie des soins de longue durée vers le domicile.

Holly Reid & Jill Slauenwhite

Les ergothérapeutes travaillent dans des contextes dynamiques, avec un besoin constant d'adaptation de nos rôles et de notre champ d'exercice. Certains scénarios sont plus simples, tandis que d'autres sont plus compliqués, comme la planification du départ d'un établissement. La planification de la sortie d'un établissement de soins de courte durée vers le domicile est un rôle clé pour les ergothérapeutes travaillant en milieu hospitalier. Elle nécessite une collaboration approfondie avec l'équipe interdisciplinaire afin de comprendre le fonctionnement actuel du client et ses besoins en matière de soins, ainsi que le niveau de fonctionnement requis pour un retour à domicile en toute sécurité. Le travail en collaboration avec les ergothérapeutes de la communauté permet d'obtenir des informations précieuses sur l'environnement domestique du client, d'identifier les obstacles à la sécurité et au fonctionnement et les solutions potentielles pour atténuer ces obstacles. Dans la mesure du possible, les clients et les membres de la famille sont impliqués dans ces conversations, car les décisions sont plus efficaces lorsque le plan est co-créé de manière centrée sur le client et la famille. L'objectif de cet article est d'identifier les défis auxquels les ergothérapeutes travaillant dans la communauté sont confrontés en matière de soins aux clients pendant la pandémie de COVID-19 et de proposer des solutions pour aider à combler ces lacunes dans la pratique.

Le défi

En date du 5 janvier 2021, les établissements de soins de longue durée (SLD) et les foyers de retraite ont été à l'origine de 11 % des cas de COVID-19 et de 73 % du total des décès au Canada (Norris, 2020). De nombreux établissements de soins ont limité ou interdit les visiteurs, y compris les membres de la famille, en réponse à la COVID-19. Les activités de groupe et l'accès aux espaces extérieurs sont également sévèrement limités. Influencées par les restrictions continues résultant du COVID-19, nous constatons qu'un nombre croissant de familles sortent leurs proches des établissements pour les ramener à la maison. Comme l'a souligné la défenseure des personnes âgées [Seniors Advocate] de la Colombie-Britannique, Isobel MacKenzie, la solitude et l'isolement extrêmes des êtres chers placés dans des établissements de soins ont été difficiles à supporter tant pour les clients que pour leurs familles (Griffin, 2021). Au début, les clients restaient isolés des membres de leur famille qui, auparavant, leur rendaient visite chaque semaine, voire chaque jour, et leur apportaient un soutien affectif et pratique. Plus tard, les directives ont été modifiées pour autoriser un visiteur désigné sur une base limitée, mais cela n'a pas répondu aux besoins de tous les clients et de toutes les familles. Bien que des clients aient été ramenés chez eux par leur famille à partir de tous les niveaux de soins en communauté, ce sont les clients ayant des besoins plus complexes provenant de SLD qui posent les plus grands défis aux ergothérapeutes communautaires. Les SLD étaient autrefois considérés comme une destination où l'on pouvait vivre toutes les années qui restaient dans un environnement assisté, afin de maximiser la qualité de vie. Ce n'est que maintenant, à la lumière d'une pandémie mondiale, que les clients quittent les établissements pour retourner dans la communauté.

Le défi mis en évidence au cours de la pandémie de COVID-19 est l'absence de canaux de communication, de protocoles et de processus établis pour guider cette transition, car il était auparavant peu fréquent qu'un client quitte un établissement de SLD. Il s'agit d'un contraste frappant avec les protocoles et processus normalisés en place dans les établissements de soins aigus, dont l'objectif principal est de faire sortir les clients de l'établissement pour les ramener dans la communauté. Les personnes vivant dans un établissement de SLD n'ont peut-être plus de logement dans la communauté, car l'objectif n'est pas de rentrer chez soi. Cela signifie qu'une nouvelle destination de sortie doit être identifiée, en collaborant et en consultant les familles qui habitent localement ou en dehors de la région. Il faut un effort de groupe pour y parvenir, et même lorsque le client a une destination, la transition peut être difficile. En tant qu'ergothérapeutes, nous devons identifier les défis potentiels et réels dans un contexte donné et proposer des solutions qui habilitent à la fois les clients et leurs familles.

Dans ce contexte, les ergothérapeutes communautaires constatent de nombreuses lacunes dans la satisfaction des besoins fonctionnels et occupationnels des clients. Les membres de la famille sont prêts à ramener un client à la maison pour lui prodiguer des soins, mais il se peut qu'ils ne soient pas informés des risques et des responsabilités que cela implique et qu'ils ne les comprennent pas. En tant qu'êtres humains, nous ne connaissons que ce que nous connaissons - en d'autres termes, si les membres de la famille ne connaissent pas les besoins en soins de leur proche, comment peuvent-ils être préparés de manière adéquate à la tâche d'aidant ? C'est là que les ergothérapeutes communautaires ont l'occasion d'intervenir.

Solutions proposées

Défense des intérêts des clients et des familles : Plaider pour que la famille reçoive le plan de soins de l'établissement à l'avance, afin que les membres de la famille puissent commencer à déterminer s'ils peuvent collectivement répondre aux besoins de soins avec les ressources disponibles. L'accès à un plan de soins détaillé de l'établissement permettrait à la famille de commencer à comprendre ce qui peut être nécessaire pour une transition sécuritaire à la maison et de réduire la probabilité d'hospitalisation ou de déclin fonctionnel évitable. Les ergothérapeutes peuvent faciliter la collaboration entre toutes les parties prenantes, qui peuvent inclure les fournisseurs d'équipement, le personnel de l'établissement, les collègues d'autres professions, la famille et le client, entre autres.

Évaluation de l'environnement : L'équipement doit être organisé à l'avance afin que le client puisse rentrer chez lui dans un environnement qui lui permette de s'y déplacer sans risques inutiles. Cela implique une visite à domicile pour évaluer l'environnement, afin de promouvoir le niveau d'indépendance souhaité ainsi qu'un cadre de soins sûr pour le client et les aidants familiaux. L'évaluation débouchera sur des recommandations d'équipement et d'adaptation du domicile afin de créer un environnement qui répondra au mieux aux besoins du client.

Éduquer les familles : Nous avons une expertise à habiliter l'occupation et nous partageons cette expertise en éduquant les autres, ce qui peut inclure des conversations, le partage de ressources fiables et dignes de confiance, et des démonstrations. Nous pouvons éduquer et encadrer la famille sur la mécanique corporelle sûre lors des transferts, l'utilisation correcte de l'équipement et la prévention des blessures, ainsi que discuter de l'épuisement des soignants. Nous pouvons également fournir des informations sur les besoins comportementaux des clients atteints de démence, ce qui peut être exceptionnellement difficile pour les soignants.

Collaboration et approche en équipe : Pour être véritablement centré sur la famille, il faut parvenir à une compréhension commune des forces de la famille et de ses limites. Au fil des discussions, il est possible de brosser un tableau plus précis - chaque question représentant un coup de pinceau, comblant une lacune. L'implication précoce des membres de notre équipe interdisciplinaire pour soutenir les familles dans la fourniture de tous les aspects des soins peut contribuer à faciliter la transition et à renforcer la confiance du client et de la famille.

Il n'existe actuellement aucun protocole régional établi et cohérent, aucune voie de communication entre la communauté et l'établissement, ni aucun processus de congé pour le scénario de la sortie d'un établissement de SLD. Chaque client et chaque famille ont des besoins uniques qui doivent être évalués par le partage d'informations et la transparence des besoins complexes du client avant son retour à domicile. En nous impliquant avant que le client ne soit renvoyé chez lui, nous pouvons travailler avec la famille pour créer un plan réaliste.

S'il y a une chose pour laquelle les ergothérapeutes sont prêts, c'est bien de relever de nouveaux défis et de trouver des solutions. Travailler avec les parties prenantes pour trouver un moyen de fournir aux familles un plan de soins et une liste de contrôle de toutes les étapes nécessaires avant de ramener leur proche à la maison faciliterait la transition vers le domicile après un séjour en SLD. Une approche proactive n'est bénéfique que si toutes les personnes concernées sont au courant des étapes et participent à la prise de décision en cours de route. Nous sommes à l'heure des découvertes et les ergothérapeutes communautaires s'efforcent de trouver des solutions pour combler ces lacunes et, surtout, pour permettre l'engagement de la famille et du client, de la manière qui leur convient le mieux.

Depuis la rédaction de cet article, il se peut que de nouveaux développements et changements soient intervenus dans la gestion de la COVID-19 pour les personnes vivant dans des établissements de SLD et leurs familles.

Références

Griffin, K. (2021, January 13). COVID-19: *Seniors advocate says more ingenuity needed on visits to long-term care.* Vancouver Sun. https://vancouversun.com/news/covid-19-seniors-advocate-says-more-ingenuity-needed-on-visits-to-long-term-care

Norris, S. (2020, November 24). *Long-term care homes in Canada – The impact of COVID-19*. HillNotes. https://hillnotes.ca/2020/10/30/long-term-care-homes-in-canada-the-impact-of-covid-19/

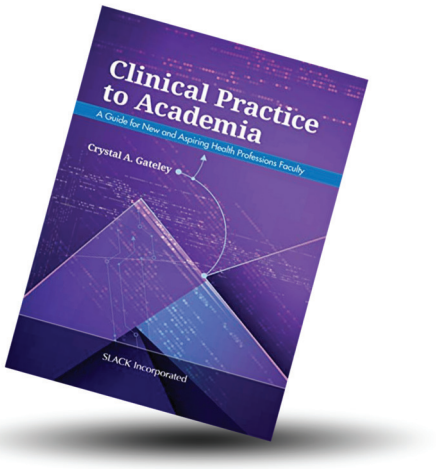
Seniors Advocate of British Columbia. (2020, November 03). *Staying apart to stay safe: The impact of visit restrictions on long-term care and assisted living survey*. https://www.seniorsadvocatebc.ca/osa-reports/staying-apart-to-stay-safe-survey/

À propos des auteures

Holly Reid, Erg. Aut. (BC), est récemment diplômé du programme d'ergothérapie de l'Université de la Colombie-Britannique, ergothérapeute et était la responsable de la pratique professionnelle à l'interim à l'ACE pendant la rédaction de cet article. Cette personne vit et travaille sur les territoires traditionnels des peuples de langue W̱SÁNEĆ et SENĆOŦEN et peut être jointe à l'adresse suivante : hollyreid@live.ca ou sur twitter à : @curious_OT

Jill Slauenwhite, Erg. Aut. (BC), pratique l'ergothérapie depuis 18 ans et travaille comme ergothérapeute communautaire sur la péninsule de Saanich, le territoire traditionnel non cédé des peuples W̱SÁNEĆ.

Critique DE LIVRE



Gateley, C. (2021). Clinical practice to academia: A guide for new and aspiring health professsions Faculty. SLACK. 211 pp. ISBN 9781630914363

Avec la concurrence croissante pour les postes universitaires, les ergothérapeutes qui envisagent un changement de carrière incluant un engagement universitaire ou ceux qui se lancent dans une carrière universitaire cherchent souvent des conseils. Le livre *Clinical Practice to Academia : A Guide for New and Aspiring Health Professions Faculty*, écrit par le Dr Crystal A. Gateley, PhD, OTR/L, propose d'aider les professionnels de la santé à se préparer et à débuter dans des rôles de professeurs d'enseignement et/ou de recherche. En tant que nouveaux professeurs adjoints dans deux départements universitaires canadiens d'ergothérapie différents, nous avons tous les deux sauté sur l'occasion de passer en revue un livre écrit dans ce but (c.a.d. : donnez-nous des conseils pour faciliter cette transition !)

Le livre est écrit dans un style unique, caractérisé par l'auteurs comme étant informel ou conversationnel, ce qui rend la lecture facile. Cependant, ce style augmente également la longueur du livre et réduit la concentration sur les points clés pertinents ; avec ses 211 pages, le livre est assez long pour son public cible, probablement très occupé.

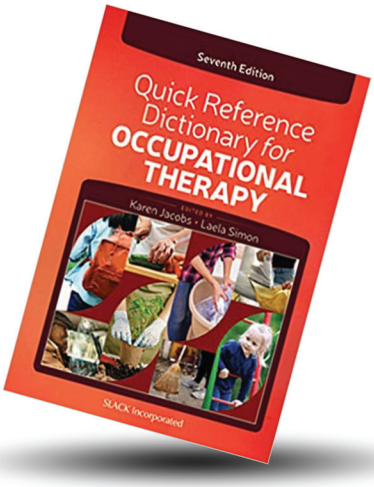
En termes de pertinence, le contenu est fortement orienté vers le contexte américain et ne se traduit pas bien dans le contexte canadien actuel. Par exemple, les premières étapes nécessaires à l'obtention d'un poste de professeur à temps plein au Canada sont l'obtention d'un doctorat et la constitution d'un dossier universitaire solide, mais le livre est rédigé à partir de l'expérience américaine de l'auteure, qui a obtenu un poste d'enseignant puis un doctorat. Cependant, une partie du contenu fournit aux universitaires en herbe une bonne orientation. Par exemple, le chapitre 5 est utile pour comprendre les comités de recherche universitaire et les entretiens universitaires, et le chapitre 7 met en évidence les moyens pour un nouveau membre du corps enseignant de se familiariser avec l'organisation dans laquelle il travaille et la culture organisationnelle.

Comme l'expérience de l'auteure ne comprend pas de rôle universitaire de recherche, ce livre ne permet pas de bien comprendre les rôles de recherche qui constituent une part importante de la plupart des nouveaux postes de professeurs, en particulier les postes menant à la permanence, mais aussi certains postes d'enseignement. Les activités liées à la recherche, et les défis que représente leur équilibre avec les activités d'enseignement et de service ne sont pas bien abordés dans ce livre. Malheureusement, cela ne se reflète pas dans le titre ou la quatrième de couverture de l'ouvrage.

En conclusion, bien que l'on puisse extraire de ce livre des idées intéressantes sur la façon de se familiariser avec l'organisation universitaire et de bonnes idées de méthodes d'enseignement, qui pourraient intéresser certains ergothérapeutes désireux d'ajouter un rôle d'enseignement dans un programme professionnel de soins de santé, il ne s'agit pas d'une ressource convaincante pour un ergothérapeute qui aspire à commencer ou qui commence une carrière universitaire, en particulier une carrière qui inclura un rôle de recherche.

Rédigé par : Lisa Engel, PhD, Erg Aut. (MB), et Schlomit Rotenberg, BOT, PhD

Critique DE LIVRE



Jacobs, K., & Simon, L. (2020). Quick reference dictionary for occupational therapy. Slack Incorporated.

Ce dictionnaire présente de courtes définitions de termes utiles aux ergothérapeutes. En accord avec ce qu'est un dictionnaire, les auteures de ce livre ne proposent pas de nouvelles idées, mais exposent des informations essentielles pour comprendre des termes de base, dans un langage simple, mais précis. Les domaines couverts sont variés et vont des diagnostics, aux fondements de l'ergothérapie, aux évaluations et aux interventions.

De plus, plusieurs annexes illustrent des concepts précis en une ou deux pages, comme les restrictions fonctionnelles associées à une arthroplastie de la hanche, les amplitudes articulaires ou les stades de développement de la maladie d'Alzheimer. Des figures et tableaux permettent de dynamiser ces annexes.

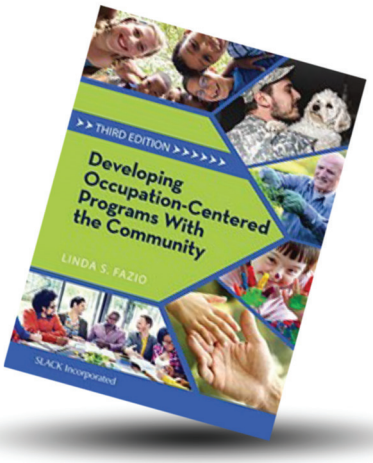
Sans flafla et organisé de façon claire, il s'agit d'un livre à consulter lors d'un besoin précis, et non pas à lire d'un couvert à l'autre. Utilisé comme volume de référence, il peut être utile aux étudiants, aux ergothérapeutes novices ou encore à ceux qui ont une pratique diversifiée et qui ont à travailler auprès de patients aux profils variés.

À la lecture du livre, il est possible de constater que le contenu abordé est majoritairement lié à la pratique des ergothérapeutes en santé physique; on y retrouve moins d'information spécifique à la santé mentale. De plus, le volume offre du contenu générique; les ergothérapeutes ayant des pratiques spécialisées et surspécialisées pourraient rester sur leur appétit. Enfin, des éléments plus spécifiques à la réalité des ergothérapeutes aux États-Unis, comme les déclarations de l'Association américaine des ergothérapeutes ou encore les bases du langage pour communiquer en espagnol, seront moins pertinents pour les ergothérapeutes canadiens.

La publication de cette septième édition du *Quick Reference Dictionary for Occupational Therapy* en fait une ressource pratique pour accéder à des définitions de base utiles pour les ergothérapeutes. En ces temps de grande accessibilité à l'information – voire à la désinformation – le recours à un dictionnaire spécialisé en ergothérapie peut être une idée ingénieuse pour assurer une pratique basée sur du contenu fiable !

Rédigé par : Alexandra Lecours

Critique DE LIVRE



Fazio, L. S. (2017). Developing occupation-centered programs with the community (3rd ed). SLACK. 445 pp. ISBN 9781630912598

Cet ouvrage fournit un guide détaillé pour la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes communautaires axés sur l'occupation. Il met l'accent sur la nécessité d'assurer la durabilité des programmes et constitue un guide étape par étape pour tout ergothérapeute désireux d'étendre son rôle au développement de programmes centrés sur l'occupation et la communauté. L'auteur vise les lecteurs qui ont au moins une formation de base en ergothérapie. Fazio reconnaît que les ergothérapeutes peuvent aller au-delà des rôles conventionnels au sein de la communauté pour utiliser et développer leur expertise en tant que facilitateurs, découvreurs d'atouts et créateurs de capacités.

Le livre est organisé en six parties. Il est écrit dans le style d'un manuel de travail, chaque chapitre proposant des questions et des exercices de réflexion. La première partie explore comment décrire et définir la communauté et quelle préparation est nécessaire pour le lecteur pour la pratique communautaire. L'auteur donne des exemples de programmes tout au long du texte afin de mettre en évidence l'origine des idées lors de l'élaboration d'un programme, en soulignant qu'une idée répond généralement à un besoin de la communauté. Il y a également une discussion utile sur les compétences nécessaires pour être un planificateur de programme efficace. Des modèles logiques sont présentés comme une structure globale utile pour traverser les différentes phases du développement d'un programme.

La deuxième partie fournit un guide détaillé de la phase de conception et de planification du développement du programme. L'auteur guide le lecteur à travers les étapes de l'évaluation des besoins de la communauté, en accordant une grande attention aux stratégies visant à assurer la durabilité du programme. L'auteur met en évidence un processus réfléchi et méthodique permettant de se concentrer sur les besoins de la communauté pour identifier et intégrer les atouts propres à la communauté. Une discussion utile est fournie sur la façon de rédiger des objectifs de programme mesurables qui accompagnent l'objectif du programme. Les théories et modèles de pratique fondés sur l'ergothérapie aident le planificateur à ancrer son programme dans un cadre de référence théorique.

La troisième partie se concentre sur la phase de préparation et de mise en œuvre du développement de programmes. Le contenu explore les détails concernant les ressources pour soutenir votre programme, notamment le personnel, l'espace, l'équipement, l'ameublement, les coûts et le financement, le marketing et les fournitures. La quatrième partie traite de diverses méthodes d'évaluation des programmes, allant des groupes de discussion communautaires aux instruments d'évaluation. Les parties cinq et six passent en revue et fournissent des exemples de programmes communautaires avec les questions tendances/émergentes.

Dans l'ensemble, ce livre permet aux ergothérapeutes d'acquérir les compétences et les connaissances nécessaires à la conception de programmes.

Rédigé par : Candace Crawford, erg. Aut. (Ont.)

Critique DE LIVRE

Sladyk, K., & Romeo, G. (2020). Medical terminology doodles. Thorofare, NJ : SLACK Incorp orated. 286 p. ISBN : 978-1-63091-480-6

Ce texte très visuel et engageant offre aux étudiants une approche multisensorielle pour apprendre et mémoriser la terminologie complexe. L'auteur et l'illustrateur créent une ressource d'apprentissage riche en découvertes visuelles, auditives et kinesthésiques.

Le livre commence par des conseils utiles pour l'étude et la mémorisation, ainsi que par un bref historique des racines, préfixes et suffixes de la terminologie médicale. Ces ressources sont avantageuses, car l'auteur souligne la nécessité de comprendre les fondements de la terminologie, affirmant qu'« avant de pouvoir commencer à comprendre les mots médicaux compliqués, il est utile de comprendre comment les mots sont assemblés ».

Chaque page commence par la racine d'un mot et sa définition, suivie d'un espace suffisant pour gribouiller une image en corrélation avec le terme. Pour finir, une section « vous le savez peut-être déjà » met en évidence un éventail perspicace de termes médicaux se rapportant à la racine du mot original.

Le lecteur peut personnaliser ce livre avec ses propres dessins pour créer un lien significatif pour chaque terme afin de « personnaliser votre apprentissage en attribuant vous-même une signification au terme ». L'approche multisensorielle de cet ouvrage permet à chacun de comprendre la terminologie médicale et de s'en souvenir facilement.

Il s'agit d'une ressource utile pour les ergothérapeutes et les aides-ergothérapeutes qui peuvent l'utiliser avec leurs clients pour relier les activités de motricité fine à la rétention des connaissances, comme « dessiner des gribouillages vous rappelle la signification de la racine du mot et vous aide à apprendre la racine du mot de manière kinesthésique ».

Une liste complète de la terminologie médicale, qui figure aux pages 279 à 286, est un ajout utile pour faciliter la compréhension du lecteur. Des exercices sont proposés pour réviser les termes, les suffixes, les racines des mots et bien d'autres choses encore, mais il peut être nécessaire de les compléter sur une feuille séparée, l'espace étant limité. Cette liste terminologique est un moyen utile pour le lecteur de tester ses connaissances. Bien que ce livre soit une excellente ressource pour étudier les termes et définitions les plus courants, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour acquérir une compréhension saturée de toute la terminologie médicale.

Ce livre répond habilement à la demande apparente d'une stratégie d'étude nouvelle et moderne en proposant un style qui répondra aux besoins visuels, tactiles et kinesthésiques uniques de chaque lecteur, qu'il soit étudiant, ergothérapeute ou aide-ergothérapeute.

Rédigé par : Michelle Chant, Aide-ergothérapeute/Aide-physiothérapeute

NOW AVAILABLE ON-LINE

Senior Home Safety SPECIALIST-

Preferred Partner Program

Are you an **Occupational Therapist,** looking for a differentiator, or continuing education hours, or maybe you're considering offering Home Safety Assessments as an additional revenue stream?

The **Senior Home Safety Specialist™** certification empowers professionals with actionable ways to better help educate clients, older adults and their family members on the serious issues of home safety, fall prevention, fire safety, home modifications, mobility and accessibility issues, considerations for Dementia care, communication skills, technology, financial exploitation, personal safety and performing a 240-point home safety

Age Safe Canada offers the **Senior Home Safety Specialist™.**
This comprehensive 5-hour, 17-module self-paced course offers the only certificate of its kind to individuals within the senior services industry.

The curriculum has been developed with Canadian professionals including Occupational Therapists to ensure a valuable professional development experience.

PLEASE GO TO
www.agesafecanada.ca
for more information

Click here for special discount pricing

info@agesafecanada.com
647-812-1518

LIVE EASY
BAY AREA HEALTH TRUST

Age Safe Canada and Senior Home Safety Specialist are trademarks of Age Safe America used under license by Bay Area Health Trust

ASSISTEP

ACTIVITY IS MEDICINE

STAYING ACTIVE AS WE AGE IS AN IMPORTANT ELEMENT OF HEALTHY AGING IN PLACE.

AN ASSISTEP STAIRWALKER CAN ALLOW YOUR CLIENTS TO CONFIDENTLY CONTINUE TO USE THEIR STAIRS

www.assistep.ca

info@liveeasyinc.com

CANADIAN ASSOCIATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS
CAOT - ACE
RECOGNIZED

Acheter maintenant!

L'ERGOTHÉRAPIE AXÉE SUR LES RELATIONS COLLABORATIVES POUR PROMOUVOIR LA PARTICIPATION OCCUPATIONNELLE

Explorez le nouveau Modèle canadien de la participation occupationnelle (MCPO) dans le prochain livre de la série Promouvoir l'occupation et Habiliter à l'occupation.

PROCUREZ-VOUS VOTRE EXEMPLAIRE DANS LA BOUTIQUE DE L'ACE DÈS AUJOURD'HUI !

CAOT · ACE

laPersonnelle
Tarifs de groupe. Service unique.

Obtenez une soumission
lapersonnelle.com/ace
1-888-476-8737

Saviez-vous qu'en tant que **membre** de l'**Association Canadienne des Ergothérapeutes**, vous êtes admissible à des tarifs d'assurance de groupe non offerts au grand public?

Et ce n'est pas tout. Vous pouvez économiser davantage grâce à nos rabais additionnels, dont :

- ✓ Jusqu'à 35 % sur votre assurance habitation en assurant votre auto et votre résidence[1]
- ✓ Jusqu'à 15 % sur votre assurance auto en assurant plusieurs véhicules[2]
- ✓ Jusqu'à 15 % sur votre assurance auto si vous n'avez commis aucune infraction ces dernières années[3]

Pourquoi payer plus cher pour vos assurances? Optez pour La Personnelle et, en plus d'économiser, vous bénéficierez d'un service exceptionnel et de protections adaptées à vos besoins.

La Personnelle désigne La Personnelle, compagnie d'assurances. La marque LA PERSONNELLEMD ainsi que les marques de commerce associées sont des marques de commerce de La Personnelle, compagnie d'assurances, employées sous licence.
Certaines conditions, exclusions et limitations peuvent s'appliquer. L'assurance auto n'est pas offerte au Man., en Sask. ni en C.-B., où il existe des régimes d'assurance gouvernementaux. Les économies et les rabais sont sous réserve des conditions d'admissibilité et peuvent varier selon la juridiction. Les taux et les rabais peuvent être modifiés sans préavis.Ce courriel vous est transmis par La Compagnie Systèmes de revêtements Association Canadienne des Ergothérapeutes au nom de La Personnelle, située au 3 Robert Speck Pkwy, Mississauga, Ontario, L4Z 3Z9, 1 888 476-8737
1. Les clients économisent en moyenne 20 %. Les économies sont basées sur le profil individuel de chaque client. Les économies et les rabais sont sous réserve des conditions d'admissibilité. Les clauses et modalités relatives aux protections décrites sont précisées au contrat d'assurance, lequel prévaut en tout temps.
2. Les rabais peuvent varier selon la province.
3. Les contraventions de stationnement ne sont pas prises en compte. Les rabais peuvent varier selon la province.