

# LES PROGRAMMES- CADRES DE L'INSTITUT NAZARETH ET LOUIS-BRAILLE

Révisé le 2013-04-24

PROGRAMME  
AÎNÉ



## Table des matières

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Introduction.....</b>   | <b>4</b>  |
| <b>1. LES COMPOSANTES RELIÉES AU RATIONNEL ET AUX INTENTIONS DU PROGRAMME .....</b>        | <b>5</b>  |
| 1.1. Les valeurs et les principes intégrés au programme.....                               | 5         |
| 1.2. Le cadre de référence .....   | 6         |
| 1.3. Le contexte et l'environnement du programme .....                                     | 7         |
| 1.3.1. Facteurs législatifs et administratifs.....   | 8         |
| 1.3.2. Partenaires du programme .....  | 10        |
| 1.4. La clientèle cible .....  | 12        |
| 1.4.1. Caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques .....                      | 12        |
| 1.4.2. Clientèle inscrite au programme.....  | 13        |
| 1.5. La déficience visuelle chez les aînés : un phénomène multidimensionnel .....          | 16        |
| 1.6. La raison d'être et le but des services offerts par le programme .....                | 18        |
| 1.7. Les objectifs généraux .....  | 19        |
| <b>2. LES COMPOSANTES RELIÉES À L'ORGANISATION ET À LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME.....</b> | <b>20</b> |
| 2.1. Les étapes du cheminement de l'utilisateur dans le programme.....                     | 20        |
| 2.2. Les activités du programme .....  | 25        |
| 2.2.1. Les activités liées aux objectifs spécifiques .....                                 | 25        |
| 2.2.2. Les activités complémentaires .....   | 27        |
| 2.3. Les ressources du programme .....   | 28        |

## Liste des abréviations

|               |   |
|---------------|---|
| <b>AÉO</b>    | Accueil-Évaluation-Orientation  |
| <b>AÉRDPO</b> | Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec |
| <b>CSSS</b>   | Centre de santé et de services sociaux  |
| <b>CSST</b>   | Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec                   |
| <b>EPLA</b>   | Enquête sur la participation et les limitations d'activités                     |
| <b>INLB</b>   | Institut Nazareth et Louis-Braille  |
| <b>ISQ</b>    | Institut de la statistique du Québec  |
| <b>LSSSS</b>  | Loi sur les services de santé et les services sociaux                           |
| <b>MSSS</b>   | Ministère de la Santé et des Services sociaux                                   |
| <b>OPHQ</b>   | Office des personnes handicapées du Québec                                      |
| <b>PFSI</b>   | Programme fédéral de santé intérimaire  |
| <b>PI</b>     | Plan d'intervention   |
| <b>PPH</b>    | Processus de production du handicap   |
| <b>PSI</b>    | Plan de service individualisé   |
| <b>RAMQ</b>   | Régie de l'assurance maladie du Québec  |
| <b>SAAQ</b>   | Société de l'assurance automobile du Québec                                     |
| <b>SAT</b>    | Service des aides techniques  |

## Introduction

Dans un souci d'amélioration continue et d'adaptation de l'offre de services à la clientèle, les programmes et services actuels de l'INLB constituent le fruit d'une reconfiguration des services. Divers facteurs, dont l'évolution démographique, le vieillissement de la population combiné à une espérance de vie plus longue, les avancées technologiques ainsi que les nouveaux traitements tendent à modifier l'offre de services de l'ensemble du réseau de réadaptation en déficience physique.

La reconfiguration des services par profil clientèle aura contribué à améliorer la fluidité du continuum de services et à faciliter l'orientation de toutes les clientèles vers les programmes et services. Finalement, la mise sur pied d'un Programme Aîné aura permis de développer une expertise spécifique à la clientèle des personnes âgées de 65 ans et plus.

La rédaction des programmes-cadres de l'INLB vise à documenter la réalité propre à chacun des programmes et à fournir un outil de référence, notamment pour les nouveaux employés et les partenaires. Le programme-cadre Aîné sera présenté en trois sections. Dans la première, on retrouvera les éléments de fondement du programme, soit les valeurs, le cadre de référence, le contexte, de même que l'environnement qui lui est propre. À cet égard, nous évoquons les plus récentes orientations ministérielles, politiques et administratives qui concernent la clientèle. La clientèle cible et la problématique relative à celle-ci seront également présentées. Des données démographiques et des statistiques contribueront par ailleurs à illustrer certains éléments relatifs à la population cible. La raison d'être et le but du programme seront abordés et permettront de conclure la première section sur les objectifs généraux et spécifiques qui en découlent.

La seconde section sera liée à la structure et la mise en œuvre du programme. Celle-ci permettra de détailler les étapes du cheminement de l'utilisateur, les activités liées aux objectifs spécifiques, les activités complémentaires, ainsi que les procédures propres au programme Aîné. Seront finalement identifiées les ressources qui constituent un soutien à l'ensemble des activités du programme.

La troisième et dernière section portera sur l'évaluation de programme qui consiste en une démarche de collecte et d'analyse de données, laquelle constitue une aide à la prise de décision. Elle peut permettre d'apprécier à la fois la pertinence du programme, l'efficacité avec laquelle ses objectifs sont poursuivis, l'efficacité des moyens mis en place, ainsi que ses impacts. Cette section permettra de détailler diverses questions d'évaluation en lien avec les activités et les objectifs du Programme Aîné.

## 1. LES COMPOSANTES RELIÉES AU RATIONNEL ET AUX INTENTIONS DU PROGRAMME

### 1.1. Les valeurs et les principes intégrés au programme

À la suite d'une démarche de consultation auprès de l'ensemble du personnel, de représentants d'utilisateurs, d'administrateurs et de bénévoles, cinq valeurs<sup>1</sup> phares ont été adoptées. Ces valeurs sont également à la base du code d'éthique de l'INLB. En lien avec la clientèle desservie, elles s'actualisent d'une façon spécifique pour le personnel œuvrant au sein du Programme Aîné qui croit à l'importance d'agir de manière cohérente avec des valeurs découlant d'une approche centrée sur l'utilisateur.

#### ❖ LE RESPECT

Après de la clientèle aînée, cette valeur incontournable est partie intégrante de l'intervention et s'observe notamment par les actions suivantes :

- un discours exempt de toute forme de préjugés liés à l'âge de la personne;
- une reconnaissance de la capacité de la personne âgée à identifier ses besoins et à les prioriser;
- une responsabilisation de l'utilisateur;
- une reconnaissance de la capacité de la personne âgée à identifier les situations à risque et à réagir adéquatement pour assurer sa sécurité.

#### ❖ L'AUTONOMIE

Au-delà du concept général de l'autonomie fonctionnelle en tant que visée aux interventions, l'autonomie traduit ici l'importance de la place de la personne dans les décisions qui la concernent, soit :

- des décisions auxquelles la personne aînée a pris part et qui reflètent ses choix;
- une implication des tiers dans le respect de la volonté de l'utilisateur;
- l'assurance que les objectifs d'intervention reflètent les situations de handicap exprimées par l'utilisateur;
- un soutien à la personne dans un but de responsabilisation et de prise de pouvoir dans sa vie.

#### ❖ L'INTÉGRITÉ

L'intégrité dans les interventions amène les intervenants à faire preuve de transparence et à donner l'heure juste à la personne aînée quant à son processus de réadaptation, et au soutien dont elle a besoin.

---

<sup>1</sup> La description des valeurs figure dans le tronc commun des programmes et des services de l'INLB.

## ❖ LA COMPÉTENCE

En plus de la compétence associée au champ de pratique de tous les intervenants, cette valeur se transpose par des attentes concrètes auprès du personnel :

- une compréhension du processus de vieillissement normal ainsi que du processus de vieillissement pathologique;
- une connaissance générale des orientations guidant les actions des intervenants du programme en regard de la clientèle âgée;
- une connaissance des réseaux locaux de services et des principaux acteurs avec qui l'intervenant est appelé à travailler.

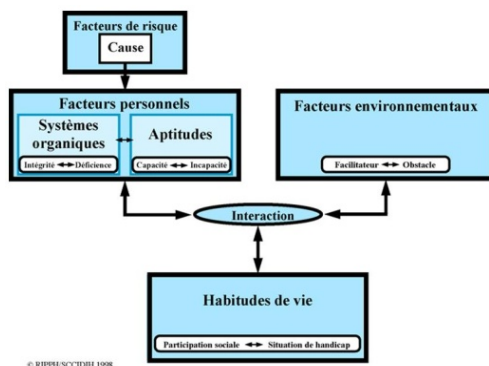
## ❖ L'INNOVATION

L'innovation dans les pratiques auprès de la clientèle âgée implique d'être continuellement à l'affût des nouveautés, des meilleures pratiques, ainsi que des besoins de la clientèle et de ses proches. Cette perspective amène également les intervenants à remettre en question leurs façons de faire et à s'ajuster, en considérant le changement comme une opportunité d'amélioration.

### 1.2. Le cadre de référence

Les intervenants du Programme Aîné ont recours au modèle du processus de production du handicap (PPH)<sup>2</sup>, lequel a été adopté par les établissements de réadaptation en déficience physique comme cadre de référence aux interventions. Le PPH se définit comme un modèle explicatif des causes et conséquences des maladies, traumatismes et autres atteintes à l'intégrité et au développement de la personne (Fougeyrollas et coll., 1998). L'essentiel de ce modèle se résume dans l'interaction entre les facteurs personnels (systèmes organiques et aptitudes) et les facteurs environnementaux (sociaux et physiques) pouvant entraîner des situations de handicap dans la réalisation des habitudes de vie (activités courantes et rôles sociaux).

Figure 1 – Processus de production du handicap



<sup>2</sup> RIPPH/SCCIDIH, Classification québécoise (1998). *Processus de production du handicap*. Québec.

Ce modèle permet par ailleurs un langage commun à tous les intervenants, tant pour l'évaluation des besoins des usagers que pour l'élaboration des plans d'intervention.

En regard du cadre de référence, les interventions de réadaptation visent à améliorer les capacités d'une personne ou à réduire les obstacles environnementaux dans le but de lui permettre d'atteindre un niveau optimal de participation sociale dans la réalisation des habitudes de vie qui sont significatives pour elle.

En conformité avec l'approche écosystémique (Pauzé, 2009), les relations entre les différents systèmes qui composent l'environnement dans lequel la personne évolue sont prises en compte. Le réseau de soutien et les ressources de la communauté sont sollicités dans les services de réadaptation, lesquels sont généralement dispensés dans le milieu de vie de la personne. Les proches sont considérés comme étant parties prenantes du processus de réadaptation et peuvent être impliqués à chacune des étapes, selon le souhait de l'utilisateur. Chez la clientèle aînée, les proches peuvent être un membre de la famille, un(e) conjoint(e), un enfant de l'utilisateur, etc.

### 1.3. Le contexte et l'environnement du programme

Les aspects liés au contexte et à l'environnement nous amènent à effectuer un tour d'horizon de l'offre globale de services, des éléments législatifs et administratifs ainsi que des partenaires, afin de mieux définir les composantes du programme.

Le Programme Aîné s'articule dans le cadre des services spécialisés en déficience physique du réseau de la santé et des services sociaux. Les actions des intervenants du programme sont en complémentarité avec les autres programmes et services de l'établissement, avec les organismes communautaires, associatifs et privés, ainsi qu'avec les établissements du réseau.

Au plan territorial, les régions de la Montérégie, de Montréal et de Laval constituent les bassins de population regroupant l'ensemble des usagers de l'INLB. Le Programme Aîné est composé de deux équipes : l'une est logée au siège social et dessert la clientèle de la Montérégie et de l'est de Montréal ; l'autre, installée dans les locaux de l'École d'optométrie de l'Université de Montréal, est responsable de desservir la clientèle des territoires montréalais et lavallois.

### 1.3.1. Facteurs législatifs et administratifs

Les facteurs législatifs et administratifs, les partenaires, ainsi que les caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques reliées à la clientèle cible constituent des balises en matière de planification d'offre de services. Sont présentés ci-dessous les éléments les plus susceptibles d'exercer une influence sur le programme.

#### ❖ POLITIQUE À PART ENTIÈRE

Ayant comme fondement conceptuel le processus de production du handicap, la politique *À part entière* de l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ, 2009) constitue une référence et une base à l'action des intervenants du programme. Complémentaire à la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale, cette politique a pour but d'accroître la participation sociale des personnes handicapées dans l'esprit de favoriser l'exercice de leurs droits et libertés. Cet objectif suppose d'abord de tenir compte systématiquement des caractéristiques spécifiques des personnes handicapées et de leur famille, dès l'étape de la planification de toute intervention sur l'environnement physique et social.

#### ❖ POLITIQUE DE SOUTIEN À DOMICILE

En 2003, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a rendu publique la *Politique de soutien à domicile Chez soi : le premier choix*. La vision qui traduit cette politique s'articule autour de quatre axes, soit :

- le domicile doit toujours être la première option à considérer par tous les intervenants, et ce, à toutes les étapes de l'intervention;
- le proche aidant est reconnu comme client qui a des besoins propres, comme partenaire et comme citoyen qui remplit ses obligations courantes. Dans cette perspective, son engagement est volontaire et résulte d'un choix libre et éclairé;
- l'intervention à domicile ne signifie pas seulement « offrir des services »; il faut adopter une approche de « soutien », c'est-à-dire considérer à la fois la situation de la personne, son entourage et son environnement;
- le domicile doit être un choix « neutre » financièrement pour l'utilisateur. À cet égard, le fait que les services soient offerts au domicile ne doit pas se traduire par un traitement différencié (MSSS, 2003 : 9).

Ainsi, toute personne qui, en vertu d'une évaluation professionnelle, a un besoin de services reconnu doit pouvoir trouver une réponse auprès de l'instance locale, en tant qu'établissement public responsable de l'organisation des services de soutien à domicile.



Chaque instance locale devra constituer ou consolider la fonction de coordination des services sur son territoire, en vue d'obtenir la collaboration des professionnels visés par la situation de toute personne ayant besoin de services de soutien à domicile. Cette coordination implique un ensemble de producteurs de services de première ligne, de même que ceux des services de deuxième ou de troisième ligne avec lesquels des ententes ou modalités de services devront être conclues.

Les services à domicile se doivent donc d'être une nouvelle manière de répondre aux besoins, plus efficace et mieux adaptée à la réalité d'aujourd'hui. Ils sont interdépendants des autres services offerts par le système de santé et de services sociaux : les services de première ligne et les services spécialisés.

Ces orientations axées sur le milieu de vie des aînés opèrent dans un contexte de diversification globale de l'offre de services, en vue de répondre aux défis du meilleur continuum de services possible. Les intervenants du programme sont ainsi appelés à intervenir le plus près possible du milieu de vie de l'utilisateur, en considérant l'environnement qui l'entoure. Cette préoccupation pour les composantes humaines de l'environnement des usagers amène par ailleurs les intervenants du programme à se positionner quant à l'importance d'impliquer les proches dans le processus d'adaptation et de réadaptation.

#### ❖ CONSULTATION SUR LES CONDITIONS DE VIE DES AÎNÉS

En mai 2007, le gouvernement provincial a annoncé la mise sur pied d'une consultation publique sur les conditions de vie des aînés. Le gouvernement a ainsi voulu mobiliser le plus de gens possible pour échanger sur les différentes dimensions liées aux conditions de vie des personnes aînées. Une telle démarche a permis de jeter un regard éclairé sur ce qui a été fait, de comprendre la réalité des personnes aînées et d'établir des priorités d'action susceptibles de répondre davantage à leurs besoins.

Il résulte de ces échanges que les conditions de vie ne sont pas toujours optimales, qu'il subsiste d'importants problèmes tels que l'âgisme, l'isolement, la pauvreté ou la maltraitance. Certaines personnes ont également témoigné de leurs difficultés à obtenir les services nécessaires pour pallier leur perte d'autonomie et soutenir leurs proches aidants. Le rapport de consultation constitue une référence pour les décideurs, mais également pour tous les intervenants appelés à œuvrer auprès des personnes aînées.

#### ❖ POLITIQUE VIEILLIR ET VIVRE ENSEMBLE

En février 2011 le Premier Ministre du Québec annonçait la mise en place de la politique *Vieillir et vivre ensemble*, pour répondre au défi du vieillissement de la population. Cette politique se veut être un véritable projet de société qui promeut le maintien dans le milieu de vie, le plus longtemps possible. Elle a abouti à l'adoption d'un plan d'action 2012-2017 et repose sur trois grandes orientations :

- La promotion de la participation des aînés dans leurs communautés,
- La promotion de la santé des aînés, dans leurs communautés,
- La création d'environnements sains, sécuritaires et accueillants pour les aînés dans leurs communautés.

#### ❖ **PLAN D'ACCÈS AUX SERVICES POUR LES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE**

La réalité et les besoins de la clientèle en centre de réadaptation se traduisent en épisodes d'intervention plus ou moins longs, et souvent nécessaires à plusieurs reprises auprès d'une même personne. Parallèlement aux défis posés par les besoins des usagers et de leurs proches, se pose aussi tout le problème de l'attente pour recevoir des services et les critères utilisés pour déterminer l'ordre d'accès à ceux-ci.

Le plan d'accès du MSSS, rendu public en 2008, propose des critères et des standards permettant de baliser l'accès, en plus de cibler une meilleure complémentarité et la continuité des différents services. En d'autres termes, le plan d'accès vise à :

- assurer aux personnes ayant une déficience un accès aux services dont elles ont besoin, dans des délais raisonnables;
- optimiser et harmoniser les processus, la gestion de l'accès aux services et l'organisation de ceux-ci.

Concrètement, la mise en place du plan d'accès a permis d'harmoniser la gestion des priorités par l'intermédiaire de critères définis, tant pour les nouvelles demandes de services que pour les demandes liées à des besoins ponctuels. Cette façon de faire traduit par ailleurs une préoccupation en regard de l'équité dans l'accès aux services.

#### 1.3.2. Partenaires du programme

Les partenaires avec lesquels les intervenants du programme collaborent sont omniprésents à toutes les étapes du processus de réadaptation et varient en fonction des situations de handicap rencontrées par la clientèle. Ainsi, les intervenants du programme peuvent agir comme intermédiaires afin de référer vers les partenaires répondant à leurs besoins (réseau de la santé et des services sociaux, milieux communautaire et associatif, etc.). À d'autres

occasions, ce sont les partenaires qui interpellent les intervenants du programme afin d'avoir recours à leur expertise pour faciliter l'intégration de personnes âgées présentant une déficience visuelle.

Bien qu'un bon nombre d'utilisateurs effectuent par eux-mêmes des démarches afin de recevoir des services de l'INLB, les partenaires de première ligne des réseaux locaux de services des différents territoires constituent les principaux référents. Le taux de pénétration des services auprès de la clientèle ayant une déficience visuelle oscille toutefois entre 48 et 88 % en fonction des territoires de desserte (Pelosse, 2007), venant confirmer l'importance de poursuivre les efforts visant à mieux faire connaître l'offre de services aux partenaires.

Il importe par ailleurs de mentionner qu'un travail de partenariat est également effectué par l'INLB dans le cadre du programme de repérage de la déficience visuelle qui vise à former des intervenants de la première ligne au repérage auprès des aînés. Ces démarches sont susceptibles de faire en sorte que la clientèle reçoive des services d'adaptation et de réadaptation plus tôt, suivant l'apparition d'une déficience visuelle.

## 1.4. La clientèle cible

En décembre 2008, l'INLB a procédé à une révision de ses critères d'admissibilité. Selon la nouvelle politique adoptée par son conseil d'administration, toute personne ayant un diagnostic précis relatif à une pathologie oculaire établi par un professionnel de la vision et qui présente des incapacités significatives ayant un impact sur la réalisation d'une ou de plusieurs de ses habitudes de vie pourra accéder à des services de réadaptation.

Ainsi, le Programme s'adresse aux personnes âgées de 65 ans et plus ayant un diagnostic de déficience visuelle et qui présentent des incapacités significatives ayant un impact sur la réalisation de leurs habitudes de vie, ainsi qu'à leurs proches. La clientèle doit demeurer sur les territoires de la Montérégie, de Montréal ou de Laval.

### 1.4.1. Caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques

Cette section vise à présenter les principales caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques du groupe d'individus auquel s'adressent les activités du programme.

#### ❖ TENDANCE DÉMOGRAPHIQUE

Comme dans la plupart des pays industrialisés, le Québec connaît un phénomène de vieillissement de sa population. La rapidité avec laquelle s'effectue ce changement est une caractéristique inhérente à la population québécoise. La population des régions desservies par le programme n'échappera pas à ce phénomène. Au Québec, les personnes de 65 ans et plus représentent 15 % de la population, proportion qui continuera de s'accroître. En 2031, ce groupe d'âge se situera à 21 % sur l'île de Montréal, à 23 % à Laval et à 25 % en Montérégie (ISQ, 2009). De surcroît, les phénomènes les plus marquants sur le plan sociodémographique sont l'augmentation considérable du nombre de personnes âgées de 80 ans et plus, ainsi qu'une forte représentation de femmes.

#### ❖ TENDANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Au phénomène du vieillissement doivent être conjuguées certaines données épidémiologiques relatives à la déficience visuelle. La clientèle du Programme Aîné pourrait croître de plus de 15 000 personnes entre 2006 et 2026. Cette augmentation correspond à une hausse de l'ordre de 42 %. Alors que la clientèle de l'île de Montréal pourrait connaître une hausse importante de 35 %, les régions de la Montérégie et de Laval pourraient voir leur clientèle respective doubler (INLB, 2007).

En regard de la base de données interne de l'INLB (*Inforéadapt*), les différentes formes de dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), le

glaucome, la rétinopathie diabétique et l'atrophie optique constituent les principales pathologies chez les aînés (INLB, 2007).

La DMLA constitue la cause principale de déficience visuelle chez les personnes de 55 ans et plus, dans les pays industrialisés (AODM, 2009). Dans le cadre d'une récente étude épidémiologique<sup>3</sup>, des chercheurs ont simulé des cas de DMLA précoce, de néovascularisation choroïdienne, d'atrophie géographique, de handicap visuel et de cécité attribuables à la DMLA, en fonction de différents scénarii. En conclusion, la prévalence de la DMLA augmentera substantiellement d'ici 2050. Toutefois, l'usage de nouveaux traitements pourrait en minimiser les impacts.

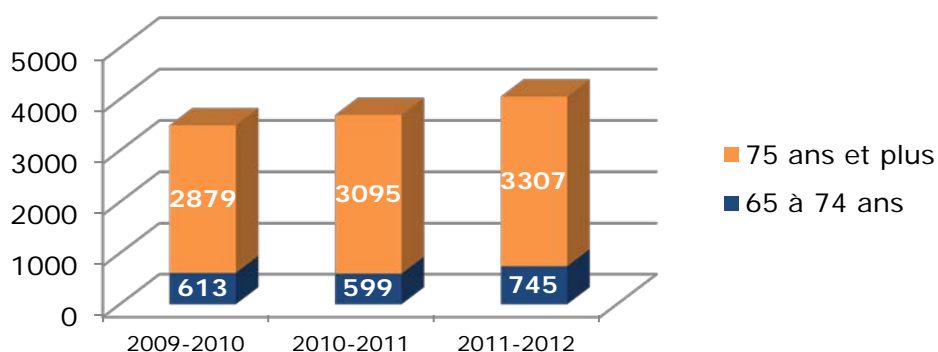
### ❖ PERSPECTIVES MÉDICALES

Les importantes avancées en matière de recherche médicale nous laissent entrevoir que nombre de nouveaux traitements seront de plus en plus accessibles pour la clientèle, notamment en ce qui a trait à la DMLA<sup>4</sup>. De ce fait, différentes conséquences peuvent être envisagées : soit une réduction significative de l'incidence de la déficience visuelle chez les personnes âgées, ainsi qu'en contrepartie, des individus qui s'accrochent à l'espoir de traitements leur permettant de retrouver la vision et qui refusent de s'investir dans un processus de réadaptation, ou encore des personnes vivant l'échec à moyen ou long terme de ces traitements.

#### 1.4.2. Clientèle inscrite au programme

En ce qui a trait aux demandes de services reçues par le programme, on constate que la plupart des usagers inscrits ont plus de 75 ans. Une croissance des nouvelles demandes de services peut être observée, en particulier chez les personnes du grand âge.

Figure 2 - Usagers desservis



Source : Gestred

<sup>3</sup> *Arch Ophthalmol.* 2009; 127(4) : 533-540.

<sup>4</sup> The CATT Research Group (2011). Ranibizumab and Bevacizumab for Neovascular Age-Related Macular Degeneration. *New England Journal of Medicine*, avril.

Actuellement, il n'est pas possible d'obtenir un portrait précis relatif au milieu de vie de la clientèle. Toutefois, à partir des observations des intervenants du programme, une tendance semble se dégager, à savoir que la majorité des aînés inscrits au Programme vivent à domicile.

Considérant les trois territoires de desserte, les milieux de vie (urbain ou rural, ont une incidence sur les situations de handicap rencontrées par la personne aînée.

La clientèle du Programme peut être distinguée en trois profils qui présentent certaines caractéristiques similaires, mais ayant des habitudes de vie différentes.

#### ❖ PROFIL SOUTIEN AU TRAVAIL

Se retrouvent dans un premier profil clientèle, les personnes de 65 ans et plus, actives au plan socio-économique qui, à la suite d'une déficience visuelle, désirent et ont la capacité de maintenir un certain niveau d'autonomie dans la majorité de leurs habitudes de vie. Elles travaillent à temps partiel ou à temps plein, sont rémunérées ou bénévoles de façon régulière. Parmi ces personnes, se retrouvent des aînés qui habitent seuls ou avec d'autres, mais qui ne sont nullement pris en charge par les services de santé et sociaux (publics ou privés) ou par des proches, pour l'ensemble de leurs habitudes de vie. Par exemple, ces personnes habitent dans un milieu de vie naturel ou se retrouvent en résidence privée ou publique destinée aux personnes autonomes.

#### ❖ PROFIL SOUTIEN À L'AUTONOMIE

Dans un deuxième profil clientèle, se retrouvent les personnes de 65 ans et plus, retraitées et moins actives au plan socio-économique qui, à la suite d'une déficience visuelle, ont la capacité de maintenir un certain niveau d'autonomie dans la majorité de leurs habitudes de vie. Parmi ces personnes, se retrouvent des aînés qui habitent seuls ou avec d'autres (conjoint, fratrie ...), et qui peuvent recevoir des services de la part de différentes organisations ou des services de soutien à domicile. Par exemple, ces personnes habitent dans un milieu de vie naturel ou se retrouvent en résidence privée ou publique destinée aux personnes autonomes et semi-autonomes.

#### ❖ PROFIL SOUTIEN EN MILIEU DE VIE

Finalement, la clientèle qui se retrouve dans le troisième profil est composée des personnes âgées de 65 ans et plus, notamment les personnes du grand âge (85 ans et plus) qui, à la suite d'une déficience visuelle combinée à des problèmes de santé chroniques vivent avec des incapacités fonctionnelles importantes et sont incapables d'assumer l'ensemble de leurs habitudes de vie quotidienne. Des facteurs personnels contraignants limitent leur participation sociale. Ces personnes sont prises en charge par la famille, par des proches ou par les services de santé et sociaux pour la majorité de leurs habitudes de vie.

D'ailleurs, le réseau de ces personnes (famille, proches, intervenants) est très présent et devra être soutenu, sensibilisé, informé et formé à la déficience visuelle, dans le cadre du processus de réadaptation.

### ❖ CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DE LA CLIENTÈLE

Bien que la déficience visuelle puisse être d'origine héréditaire, congénitale ou acquise, la clientèle du Programme Aîné présente, dans une très grande proportion, une déficience acquise, relativement récente. Par ailleurs, les personnes inscrites au programme peuvent présenter des caractéristiques particulières, notamment :

- Sentiment de vulnérabilité;
- Diminution de l'estime de soi;
- Diminution de la qualité de vie;
- Baisse du sentiment d'utilité;
- Isolement;
- Perte d'autonomie dans la réalisation des habitudes de vie;
- Participation amoindrie dans les activités courantes et l'accomplissement des rôles sociaux;
- Cumul de deuils;
- Symptômes dépressifs;
- Changement(s) important(s) dans leur vie;
- Déplacements difficiles entraînant de l'isolement et de la solitude;
- Sentiment de dépendance;
- Difficulté d'adaptation à la déficience visuelle;
- Apparition récente et inattendue de la déficience visuelle;
- Problématique de santé ou santé précaire;
- Présence d'autres pertes sensorielles.

Combinées à une déficience visuelle, certaines de ces caractéristiques contribuent à accroître l'état de vulnérabilité de ces personnes. Ainsi, une attention particulière est portée à la clientèle vulnérable, afin d'assurer un suivi auprès de celle-ci au terme des interventions. Les éléments qui permettent d'identifier la clientèle vulnérable sont les suivants :

- Sous-estime ses besoins en matière de réadaptation au cours de l'évaluation globale des besoins;
- Santé précaire, problèmes chroniques de santé, maladie dégénérative;
- Milieu de vie transitoire;
- Réseau social restreint ou isolement;
- Détresse psychologique élevée et absence de services dans la communauté;
- Personnes dont le processus d'adaptation (deuil) est un frein à la réadaptation.

### 1.5. La déficience visuelle chez les aînés : un phénomène multidimensionnel

Le portrait de la clientèle dressé au cours de la précédente section a permis de mettre en évidence certains éléments de nature démographique et épidémiologique. La tendance en regard de l'accroissement de la population aînée doit également être considérée, dans l'optique où la prévalence de la déficience visuelle augmente considérablement avec l'avancement en âge. D'autre part, le vieillissement engendre davantage de probabilités de cumuler d'autres incapacités.

À cet égard, l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA) révèle un taux de prévalence de l'incapacité visuelle de 3,7 % chez les Québécois âgés de 65 à 74 ans. Ce taux s'accroît à 11,9 % chez les 75 ans et plus (ISQ, 2010), alors que Crew (2000) estime que ce pourcentage atteindrait 35 % chez les personnes qui demeurent en centre d'hébergement.

**Tableau 1 - Variation de la prévalence des causes principales de déficience visuelle**

|                          | 60-69 ans | 70-79 ans | 80 ans et plus |
|--------------------------|-----------|-----------|----------------|
| Cataracte                | 20,9 %    | 31,6 %    | 24,4 %         |
| Glaucome                 | 5,3 %     | 10,0 %    | 13,6 %         |
| Dégénérescence maculaire | 3,5 %     | 7,9 %     | 15,2 %         |

Source : McGwin et coll. (2010). Vision Impairment and Eye Care utilization among Americans 50 and Older. *Current Eye Research*, 35(6), 451-458.

La prévalence de la rétinopathie diabétique est quant à elle estimée à 5,8 % chez les 65 à 74 ans, et à 5,0 % chez les 75 ans et plus (*Archives of Ophthalmology*, 2004).

Peu importe le moment où elle est survenue dans la vie de la personne, la déficience visuelle engendre des impacts dans plusieurs sphères de vie, rend l'accomplissement de certaines habitudes de vie plus difficiles, et compromet l'autonomie. Ces impacts peuvent se faire sentir tant au niveau fonctionnel que psychologique.

En vieillissant, le système oculaire subit d'importants changements (accommodation, adaptation aux contrastes, à l'intensité lumineuse). Selon le type de pathologie, l'impact se situera au niveau de la vision centrale, de la vision périphérique, de l'acuité visuelle de près et au loin. Outre les impacts qui en résultent sur la réalisation des habitudes de vie, les risques de chutes, de blessures ou de lésions constituent des conséquences physiques liées à la perte de vision.



À cet égard, la littérature issue d'études américaines met en évidence que les fractures de la hanche seraient associées à la déficience visuelle dans 40 % des cas (Ivers, 2000).

Certaines habitudes de vie peuvent également être affectées (par ex. : prise de médicament erronée ou surconsommation, mauvaise alimentation, etc.) (AÉRDPO, 2003). L'ensemble de ces conséquences associées à la déficience visuelle est souvent inquiétant pour les proches de la personne. Ceux-ci peuvent craindre pour sa sécurité et appréhender qu'elle ne soit plus autonome. Un manque d'informations sur la déficience visuelle peut parfois se traduire par un sentiment d'impuissance et un malaise de l'entourage à échanger et à poser les gestes appropriés à l'égard de leur proche.

En ce sens, il est fréquent que l'entourage réagisse en ayant des comportements de surprotection ou envisage rapidement un placement, lequel pourrait dans plusieurs cas être évité avec l'aide de services de réadaptation. Or, force est de constater que seuls environ 20 % des personnes atteintes de déficience visuelle sont orientées vers les services de l'INLB (Gresset et Baumgarten, 2002; Pelosse, 2007).

Il importe par ailleurs de mettre en évidence les liens entre les impacts de la déficience visuelle et plusieurs manifestations psychosociales. Ringering et Amaral (1988) (cités dans Horowitz et Reinhardt, 2000 : 1099) ont notamment abordé la question du sentiment d'insécurité chez les aînés, lequel est exacerbé lors d'une baisse de vision importante. Ainsi, les personnes présentant une déficience visuelle expriment beaucoup de craintes face à leurs gestes routiniers (Crews, 2000).

De plus, l'impossibilité de poursuivre leurs activités courantes constitue une source de problèmes émotionnels importants comme la perte d'estime de soi (Heyl et Wahl, 2001). Certains ont le sentiment de ne plus être utiles dans leur communauté et s'isolent. D'autre part, plusieurs aînés reconnaissent peu les signes d'aggravation de leur condition visuelle, ainsi que les impacts qui y sont associés (Tsai et coll., 2003). À ces différents constats, on doit combiner le cumul des deuils qui est davantage susceptible de s'alourdir avec l'âge (par ex. : deuil d'un conjoint, déménagement du domicile, deuil de certaines capacités, etc.).

Différentes études ont ainsi pu établir un lien entre la dépression et la déficience visuelle. À cet égard, entre 32 et 40 % de la clientèle aînée montrerait des signes de dépression suivant un diagnostic de déficience visuelle. Même quelques années plus tard, entre 21 et 28 % présenterait toujours des symptômes (Horowitz, 2002). La qualité des relations familiales constitue également l'un des facteurs fortement liés à la réaction dépressive.

Une récente étude québécoise a également mis en relation les symptômes dépressifs et la participation sociale chez les aînés présentant une déficience

visuelle (Desrosiers et coll., 2009). La présence de symptômes dépressifs peut par ailleurs constituer un obstacle aux services de réadaptation et influencer négativement les effets des interventions.

De plus, certains facteurs environnementaux physiques et sociaux constituent des obstacles à la participation sociale des personnes âgées (AÉRDPO, 2003). Les principales barrières sont les suivantes :

- L'accès, ainsi que le manque de ressources liées aux déplacements (transport adapté, accompagnement);
- Le manque d'accès à des loisirs adaptés (les organisations n'ont pas suffisamment aménagé et organisé leur environnement pour recevoir des personnes ayant une déficience visuelle;
- Les conventions sociales (les stéréotypes, préjugés et représentations sociales peuvent nuire au processus d'intégration sociale);
- Les conditions climatiques québécoises (notamment l'hiver);
- Les obstacles architecturaux (dans les édifices et lieux publics).

Malgré les conséquences inhérentes à la déficience visuelle, les personnes âgées souhaitent conserver une bonne qualité de vie et maintenir leur autonomie. L'apparition de la déficience visuelle a néanmoins un impact fonctionnel et psychologique important, qui nécessite un processus d'adaptation et de réadaptation auprès de l'utilisateur et de ses proches. C'est donc dans ce contexte que les intervenants du programme sont appelés à intervenir.

## 1.6. La raison d'être et le but des services offerts par le programme

Tel qu'évoqué précédemment, le but du programme consiste à permettre aux personnes âgées ayant une déficience visuelle de poursuivre ou de reprendre leurs activités courantes et d'accomplir leurs rôles sociaux dans la perspective d'atteindre une qualité de vie satisfaisante et une participation sociale répondant à leurs attentes.

## 1.7. Les objectifs généraux

En regard du but précédemment explicité, les équipes du programme ont identifié trois objectifs généraux qui viennent englober les interventions effectuées auprès de la clientèle, de leurs proches et des partenaires, établissent « ce vers quoi » tend le programme.

**1**

**Soutenir la personne aînée et ses proches dans le processus d'adaptation aux conséquences fonctionnelles et psychosociales de la déficience visuelle**

**2**

**Faciliter la réalisation et le maintien des habitudes de vie significatives**

**3**

**Favoriser la compétence de la personne aînée et de ses proches à réagir à un changement de leurs conditions personnelles et environnementales**

## 2. LES COMPOSANTES RELIÉES À L'ORGANISATION ET À LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

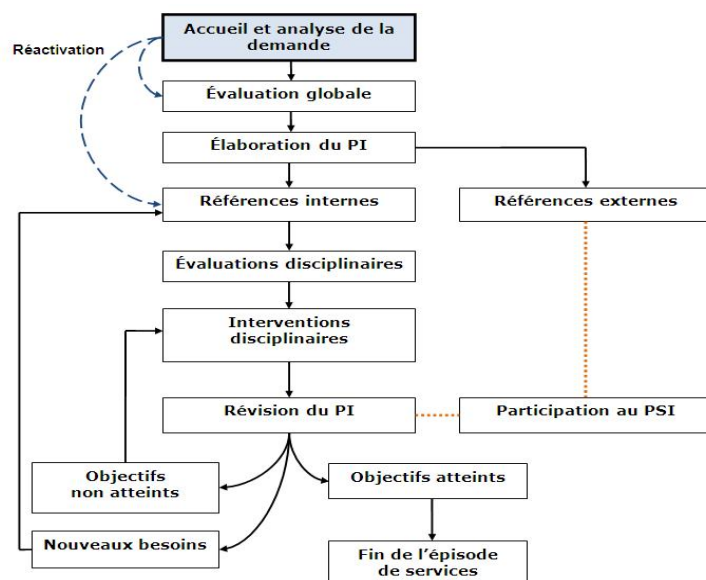
### 2.1. Les étapes du cheminement de l'utilisateur dans le programme

Les services offerts se traduisent par différentes étapes au cours desquelles les intervenants sont appelés à travailler en interdisciplinarité afin de répondre aux besoins de la clientèle; de la réception de la demande par le programme, jusqu'à la fin de l'épisode de services.

#### ✓ Accueil et analyse de la demande

Les intervenants du service Accueil-Évaluation-Orientation (AÉO) documentent les informations nominatives et médicales de l'utilisateur. Ils recueillent également les informations permettant d'établir un ordre de priorité de la demande de services, en respectant les critères du Plan d'accès aux services. La demande est ensuite transmise au Service des archives où les informations sont consignées au dossier de l'utilisateur. Une fois cette étape formalisée, le ou la spécialiste en activités cliniques reçoit la demande et l'achemine vers un intervenant pour une évaluation globale.

En ce qui a trait au processus de réactivation, il importe de préciser qu'un usager peut requérir à nouveau aux services de l'INLB suivant la fermeture d'un épisode de services. Cette demande de l'utilisateur sera adressée à l'AÉO, puis priorisée selon les règles du plan d'accès aux services. La demande sera acheminée au Programme. La spécialiste en activités cliniques déterminera s'il est requis d'effectuer à nouveau une évaluation globale des besoins ou d'orienter la demande vers la discipline professionnelle adéquate, afin de répondre aux besoins nommés par l'utilisateur.



#### Légende

Pointillé orange = options possibles lorsqu'un partenaire externe est impliqué.

Pointillé bleu = options possibles lorsqu'il s'agit d'une réactivation de dossier d'utilisateur.

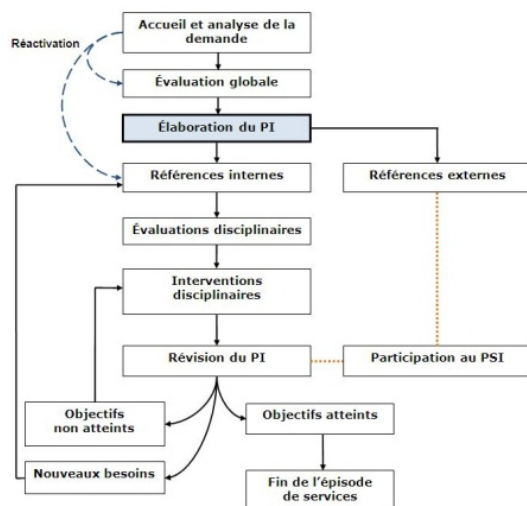
## ✓ Évaluation globale des besoins

L'évaluation globale des besoins est réalisée par l'intervenant désigné. Cette étape vise à documenter la situation de vie de la personne, le contexte d'apparition et de développement de la déficience visuelle, à connaître les capacités et les incapacités de la personne, à évaluer les facilitateurs et les obstacles présents dans l'environnement. En somme, cette évaluation permet d'identifier les situations de handicap dans l'accomplissement des habitudes de vie en lien avec la déficience visuelle, ainsi qu'à évaluer les besoins de l'utilisateur et de ses proches. Au cours de cette étape, la mission et l'organisation des services de l'INLB sont présentées à l'utilisateur. Cette évaluation « initiale » est habituellement réalisée dans le milieu de vie de l'utilisateur, en présence ou non de ses proches, selon son souhait.

## ✓ Élaboration du plan d'intervention (PI)

À la suite de l'évaluation globale des besoins, un premier plan d'intervention est convenu avec l'utilisateur, conformément aux articles 102 et 104 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)<sup>5</sup>. Ce plan consigne les objectifs en lien avec les besoins soulevés et priorisés par l'utilisateur, les moyens utilisés pour l'atteinte de ceux-ci, ainsi que la durée prévisible pendant laquelle les services seront fournis. À cet égard, le plan d'intervention doit contenir un échéancier relatif à sa révision, mais peut être modifié en tout temps, pour tenir compte de circonstances nouvelles.

Après une validation de l'utilisateur, ce premier plan d'intervention se traduit par des évaluations et des interventions disciplinaires, à réaliser par les différents intervenants du programme.



<sup>5</sup> « Un établissement doit élaborer [...] un plan d'intervention afin d'identifier ses besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle des services devront lui être fournis. Le plan d'intervention doit assurer la coordination des services dispensés à l'utilisateur par les divers intervenants concernés de l'établissement. » (LSSSS, art. 102).

« Chacun des plans visés respectivement aux articles 102 et 103 doit être élaboré en collaboration avec l'utilisateur, tel que le prévoit l'article 10. Ces plans doivent contenir un échéancier relatif à leur évaluation et à leur révision. Cependant, ils peuvent être modifiés en tout temps pour tenir compte de circonstances nouvelles ». (LSSSS, art. 104).

### ✓ Références externes

Lorsque requis, l'utilisateur est orienté vers les ressources de son milieu, en lien avec les besoins identifiés, ou encore vers d'autres partenaires du réseau de la santé et des services sociaux.

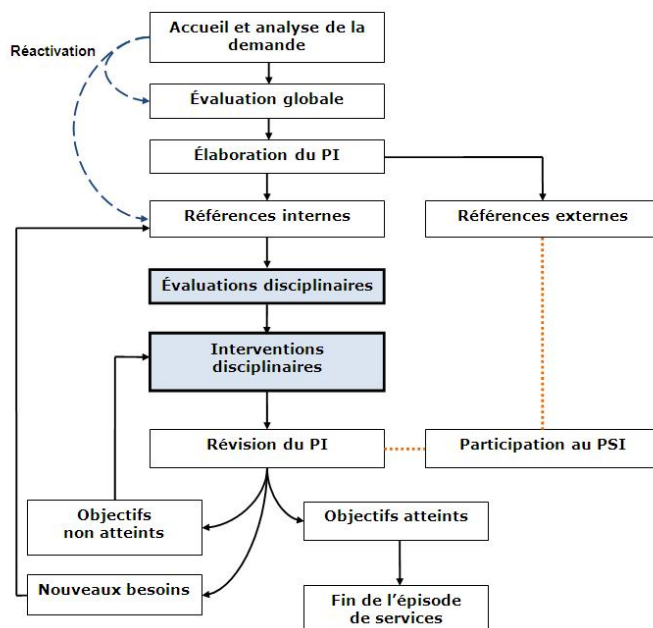
### ✓ Références internes

Suite à l'évaluation globale ou à une réactivation de dossier, et en lien avec les objectifs retenus, des références sont acheminées aux intervenants qui seront impliqués auprès de l'utilisateur. Ces intervenants procéderont à une évaluation disciplinaire, en lien avec leur champ de spécialisation respectif.

### ✓ Évaluations et interventions disciplinaires

Faisant suite à une discussion interdisciplinaire, les intervenants ciblés par le plan d'intervention rencontrent l'utilisateur afin d'évaluer les besoins priorités par ce dernier. Ces évaluations sont réalisées, autant que possible, dans le milieu le plus approprié en regard des situations de handicap rencontrées par l'utilisateur. La pertinence de la présence des proches lors des évaluations est discutée et convenue avec l'utilisateur.

En fonction des différents champs d'expertise, ces évaluations visent à préciser les capacités et incapacités de l'utilisateur, en tenant compte de ses habitudes de vie et des différents facteurs environnementaux. Elles permettent de mieux situer le niveau de sévérité des situations de handicap, de même que les facteurs facilitants et, par conséquent, de déterminer les objectifs à atteindre, ainsi que les moyens d'intervention requis.



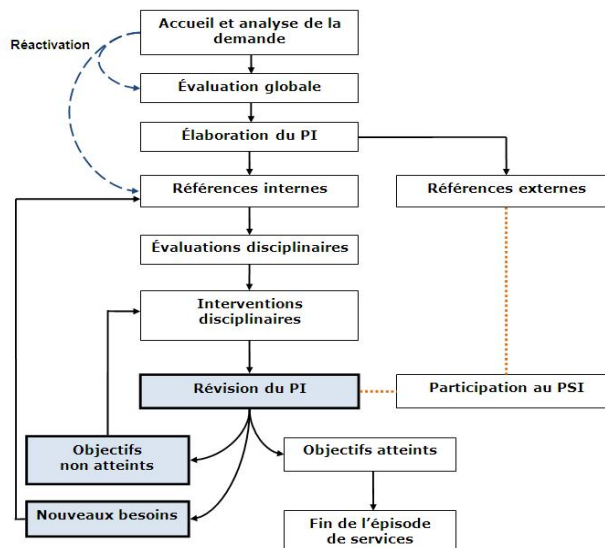
## ✓ Révision du plan d'intervention (PI)

Lorsque les différentes évaluations sont complétées, les professionnels impliqués procèdent à la mise en commun de celles-ci, afin d'effectuer la révision du plan d'intervention initial. L'intervenant désigné verra à coordonner cette révision, ainsi que la mise en œuvre qui en découle. Le travail en interdisciplinarité prend ici tout son sens, afin d'assurer une réponse cohérente aux besoins de l'utilisateur et de ses proches.

Alors que les différentes interventions disciplinaires sont terminées, une planification de l'atteinte des objectifs est effectuée, conjointement avec l'utilisateur. S'il s'avère que d'autres besoins émergent de ces échanges, de nouvelles références internes sont effectuées auprès des intervenants du Programme.

Conformément à la LSSSS ainsi qu'aux procédures internes, le plan d'intervention est révisé à la date prévue lors de son élaboration. La révision du PI constitue par ailleurs une pratique qui vise à ajuster les interventions aux nouvelles circonstances qui surviennent. Ainsi, une attention particulière est portée aux nouveaux besoins de l'utilisateur ou de ses proches, ainsi qu'aux changements de sa condition personnelle et environnementale.

D'autre part, lorsque des objectifs du PI n'ont pas été atteints, les interventions disciplinaires se poursuivent, donnant lieu dans certains cas, à un ajustement des moyens pour les atteindre.



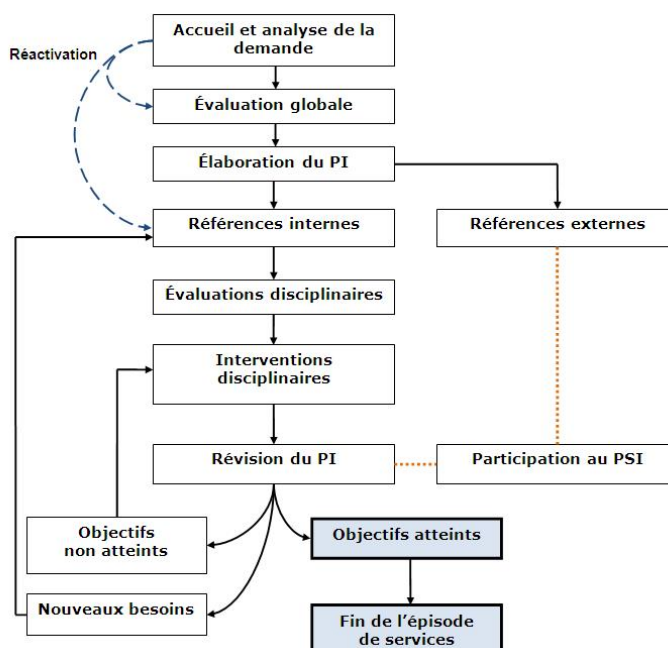
### ✓ Participation au plan de services individualisé (PSI)

Lorsqu'un usager doit recevoir, pour une période prolongée, des services nécessitant outre la participation de l'INLB, celle d'autres organismes et qu'un besoin de concertation est nécessaire, on pourra procéder à l'élaboration et à la mise en place d'un plan de services individualisé (PSI)<sup>6</sup>. L'intervenant désigné par l'INLB déterminera avec les partenaires externes, quel établissement assumera la coordination et initiera la révision du PSI.

Le PSI est révisé à l'échéancier prévu ou quand la situation de l'utilisateur le requiert, ainsi qu'en tout temps, lorsque surviennent de nouvelles circonstances.

### ✓ Fin de l'épisode de services

Lorsque les objectifs du PI ou du PSI sont atteints, l'intervenant désigné convient avec l'utilisateur de la fin de l'épisode de services. Si de nouveaux besoins se font sentir ou s'il vit de nouvelles situations de handicap dans la réalisation de ses habitudes de vie, l'utilisateur est alors invité à contacter l'AÉO.



<sup>6</sup> Un PSI est requis « Lorsqu'un usager [...] doit recevoir, pour une période prolongée, des services de santé et des services sociaux nécessitant la participation d'intervenants de plus d'un établissement. L'intervenant de l'établissement qui dispense la majeure partie des services en cause, ou celui qui a été désigné après concertation doit élaborer le plus tôt possible le plan de services individualisé. » (LSSSS, art. 103).



## 2.2. Les activités du programme

En regard des précédentes sections du Programme-cadre Aîné, sont maintenant présentées les différentes activités du programme, soit celles liées aux objectifs spécifiques, ainsi que les activités complémentaires.

### 2.2.1. Les activités liées aux objectifs spécifiques

Ces activités viennent traduire un ensemble d'actions organisées et structurées entreprises afin de réaliser un ou des objectifs du programme qui, pour leur part, correspondent aux résultats à atteindre.

#### Objectif général 1

Soutenir la personne aînée et ses proches dans le processus d'adaptation aux conséquences fonctionnelles et psychosociales de la déficience visuelle.

#### Objectifs spécifiques

- 1.1. L'utilisateur et ses proches pourront s'exprimer sur les conséquences fonctionnelles et psychosociales qu'entraîne la déficience visuelle;
- 1.2. L'utilisateur et ses proches connaîtront les principales caractéristiques de la déficience visuelle et les incidences fonctionnelles qui peuvent en découler;
- 1.3. L'utilisateur et ses proches pourront reconnaître les signes d'apparition de difficultés psychosociales en lien avec la déficience visuelle;
- 1.4. L'utilisateur et ses proches seront en mesure d'identifier leurs limites et leurs attentes réciproques.

#### Activités/moyens

- ✓ Évaluation des aptitudes de la personne relatives à la réalisation des habitudes de vie dans son environnement;
- ✓ Échanges sur la réalité de l'utilisateur;
- ✓ Explication des résultats des évaluations;
- ✓ Participation de l'utilisateur et de ses proches à l'élaboration et à l'application des objectifs du PI et du PSI, et lorsque requis, à sa révision;
- ✓ Participation de l'utilisateur et de ses proches à des interventions de groupe;
- ✓ Participation des proches à des rencontres individuelles de soutien.

## Objectif général 2

Faciliter la réalisation et le maintien des habitudes de vie significatives.

### Objectifs spécifiques

- 2.1. L'utilisateur réalisera et maintiendra ses activités courantes significatives (nutrition, condition corporelle, soins personnels, communication, habitation, déplacements);
- 2.2. L'utilisateur réalisera et maintiendra ses rôles sociaux significatifs (responsabilités, relations interpersonnelles, vie communautaire, éducation, travail, loisirs);
- 2.3. L'utilisateur généralisera les acquis de la réadaptation dans la résolution de nouvelles situations de handicap qu'il pourrait rencontrer.

### Activités/moyens

- ✓ Évaluation des aptitudes de la personne, relatives à la réalisation des habitudes de vie dans l'environnement;
- ✓ Échanges sur la réalité de l'utilisateur;
- ✓ Explication des résultats des évaluations;
- ✓ Participation de l'utilisateur et de ses proches à des interventions de groupe;
- ✓ Participation de l'utilisateur, de ses proches et des partenaires à l'application du PI ou du PSI;
- ✓ Participation de l'utilisateur et de ses proches à des activités adaptées dans la communauté;
- ✓ Bilan de la réalisation des habitudes de vie.

## Objectif général 3

Favoriser la compétence de la personne âgée et de ses proches à réagir à un changement de leurs conditions personnelles et environnementales.

### Objectifs spécifiques

- 3.1. L'utilisateur et ses proches pourront reconnaître les signes d'un changement possible lié à sa condition visuelle et sauront comment y réagir;
- 3.2. L'utilisateur et ses proches pourront reconnaître les différents risques (abus, chute, brûlure, blessure, intoxication) présents dans l'environnement pouvant porter atteinte à l'intégrité et à la sécurité de la personne âgée, et sauront comment y réagir.

### Activités/moyens

- ✓ Évaluation des aptitudes de la personne relatives à la réalisation des habitudes de vie dans son environnement;
- ✓ Explication des résultats des évaluations et des pronostics;

- ✓ Enseignement de stratégies et de moyens compensatoires dans le milieu de vie de l'utilisateur;
- ✓ Information aux proches et sensibilisation à la déficience visuelle;
- ✓ Suivi auprès de la clientèle vulnérable selon les critères établis.

### 2.2.2. Les activités complémentaires

En complémentarité à la mission de l'établissement et aux activités qui composent l'offre de services, il importe de souligner l'implication du personnel du Programme Aîné à des activités complémentaires relatives à la communauté et aux partenaires, au développement professionnel, ainsi qu'à l'enseignement, la recherche et la diffusion des connaissances.

#### ❖ ACTIVITÉS EN LIEN AVEC LA COMMUNAUTÉ ET LES PARTENAIRES

Les relations avec le milieu revêtent une grande importance pour le programme. En cohérence avec l'approche écosystémique, le personnel du programme agit en partenariat dans le but d'accroître la participation sociale de l'utilisateur.

- Le développement et le maintien de liens de partenariat;
- La formation à des partenaires et à des organismes du milieu de la déficience visuelle;
- La participation d'intervenants à divers comités ou projets à titre d'experts;
- L'élaboration et la diffusion d'outils à l'intention des proches et des intervenants de différents milieux.

#### ❖ ACTIVITÉS LIÉES AU DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL

- La participation à des formations, colloques ou congrès;
- La participation à différents comités internes;
- La participation aux demi-journées cliniques du Conseil multidisciplinaire;
- La participation aux journées bilan du programme.

#### ❖ ACTIVITÉS LIÉES À L'ENSEIGNEMENT, LA RECHERCHE ET LA DIFFUSION DES CONNAISSANCES

- La participation à des projets de recherche;
- L'enseignement dans le cadre de programmes offerts par différentes maisons d'enseignement;
- La supervision de stagiaires provenant de diverses maisons d'enseignement.

### 2.3. Les ressources du programme

Afin de répondre aux besoins de la clientèle, les équipes du Programme Aîné disposent de ressources humaines diversifiées.

- ❖ Spécialistes en réadaptation en déficience visuelle :
  - Activités de la vie quotidienne et domestique;
  - Communication braille;
  - Communication informatique adaptée;
- ❖ Spécialistes en orientation et mobilité;
- ❖ Travailleurs sociaux;
- ❖ Psychologues;
- ❖ Ergothérapeutes;
- ❖ Techniciens en éducation spécialisée;
- ❖ Spécialistes en activités cliniques;
- ❖ Chefs de programme;
- ❖ Agentes administratives;
- ❖ Organisateur·s communautaires<sup>7</sup>;
- ❖ Optométristes et opticiens<sup>8</sup>.

Les différents intervenants du programme interviennent en fonction de leurs champs d'expertise spécifiques (MSSS, 2001), soit :

- Spécialiste en réadaptation en déficience visuelle :
  - ❖ Activités de la vie quotidienne et domestique;
  - ❖ Communication braille;
  - ❖ Communication informatique adaptée.

Personne qui conçoit, définit et applique des programmes d'adaptation et de réadaptation en vue d'amener les usagers à une participation sociale optimale. Elle évalue et analyse les besoins des usagers, intervient pour favoriser le maintien et le développement de leur autonomie, soit dans les activités de la vie quotidienne et domestique, de lecture et d'écriture, de communication informatique adaptée et dans leur processus d'intégration scolaire, professionnelle et sociale. Elle apporte un appui psychosocial aux usagers, soutient leur réseau immédiat et les réfère à des partenaires, lorsque requis.

- Spécialiste en orientation et mobilité

Personne qui conçoit, actualise, analyse, évalue et met en application des programmes d'orientation et de mobilité adaptés aux besoins de la clientèle handicapée visuelle, en vue de la rendre apte à s'orienter et se déplacer avec confiance, sécurité et aisance, dans une variété d'environnements familiers et moins familiers, en utilisant au maximum les sens fonctionnels et l'instrumentation ou les aides appropriées. Elle apporte un appui psychosocial

---

<sup>7</sup> Ces professionnels collaborent étroitement avec les intervenants du Programme, mais leur rattachement principal est auprès du Service du soutien à la communauté.

<sup>8</sup> Ces professionnels collaborent étroitement avec les intervenants du Programme, mais leur rattachement principal est auprès du Service basse vision.

aux usagers, soutient leur réseau immédiat et les réfère à des partenaires, lorsque requis.

- Travailleur social

Personne qui, afin de répondre aux besoins des usagers et de ses proches, exerce des activités de conception, d'orientation, de consultation, d'actualisation, d'analyse et d'évaluation dans un ou plusieurs programmes sociaux.

- Psychologue

Personne qui, selon les règles de la profession, conçoit et exerce des activités d'évaluation, d'orientation, de consultation et de traitements psychologiques adaptés aux besoins individuels et collectifs des usagers.

- Ergothérapeute

Personne qui évalue les habiletés fonctionnelles, détermine et met en œuvre un plan de traitement et d'intervention, développe, restaure ou maintient les aptitudes, compense les incapacités, diminue les situations de handicap et adapte l'environnement dans le but de favoriser une autonomie optimale des usagers; participe à l'enseignement clinique.

- Technicien en éducation spécialisée

Personne qui, de façon immédiate, assure l'éducation et la rééducation des usagers selon les programmes d'intervention établis, en collaboration avec l'équipe de professionnels en place, en vue de leur réadaptation ou de leur réinsertion dans la société. Elle applique des techniques d'éducation, en utilisant les actes de la vie quotidienne, en organisant, coordonnant et animant les activités prévues au programme, pour assurer l'apprentissage et l'acquisition d'attitudes et de comportements adéquats. Elle observe et analyse le comportement des usagers, participe à l'évaluation de leurs besoins et capacités et note leur évolution en rédigeant les documents appropriés.

- Optométriste

Personne qui effectue des examens de la vision et du fonctionnement visuel en vue d'évaluer la santé oculaire, diagnostique les déficiences de la vision et prescrit les traitements correctifs nécessaires (lentilles de contact, lunettes, et programme de rééducation visuelle) ou oriente les personnes vers d'autres spécialistes en cas d'état pathologique. L'optométriste veille à poser des diagnostics précis et à recourir aux traitements appropriés pour corriger les déficiences visuelles afin que chaque patient bénéficie d'une vision plus claire.

L'optométriste donne également des conseils d'hygiène visuelle et de sécurité au travail et peut fournir des services adaptés à des populations particulières (demi-voyants, jeunes enfants, personnes sourdes, etc.) qui ont besoin d'examens plus spécialisés ou de techniques d'intervention spécialisées.

- Opticienne

Personne qui pose, vérifie, remplace et ajuste des lentilles ophtalmiques (lunettes et lentilles cornéennes) selon l'ordonnance émise par un optométriste ou un ophtalmologiste. Elle conseille la clientèle sur le choix, l'entretien des lentilles et l'adaptation nécessaire à l'utilisation de l'aide visuelle appropriée. Elle effectue la sélection et le suivi des consignations auprès des fournisseurs.

- Spécialiste en activités cliniques

Personne qui participe à l'évaluation et à l'analyse des besoins des usagers, à l'élaboration des normes et standards de pratique professionnelle, et à la recherche de solutions appropriées, dans le but de permettre à l'établissement d'améliorer la qualité des actes professionnels offerts aux usagers.

## Références

- Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (2006). *Plan d'action régional 2005-2010. Les services aux personnes âgées en perte d'autonomie*. Longueuil, 83 p.
- Agence de santé publique du Canada. Division du vieillissement et des aînés (2005). *Rapport sur les chutes des aînés au Canada*. Ottawa, 71 p.
- Association québécoise de la dégénérescence maculaire. Questions sur la dégénérescence maculaire (En ligne) [www.degenerescencemaculaire.ca/index.php?id=85](http://www.degenerescencemaculaire.ca/index.php?id=85) - Page consultée le 2011-06-06.
- Association des centres jeunesse du Québec, Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec, Fédération québécoise des CRDI, Fédération québécoises des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanies (2005). *Un Québec responsable de ses personnes vulnérables*. Québec, 27 p.
- Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (2009, révisé février 2011). *Orientations cliniques à l'intention des intervenants en déficience visuelle concernant les usagers ayant une incapacité à conduire un véhicule routier en raison d'une déficience visuelle*. Montréal (Québec), 19 p.
- Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (2005). *Avis de l'AERDPO portant sur les services aux aînés en perte d'autonomie : un défi de solidarité – plan d'action ministériel 2005-2010*. Montréal, 13 p.
- Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (2003). *Cadre structurant la programmation des services pour les personnes aînées ayant une déficience visuelle*. Montréal, 43 p.
- Crews, J.E. (2000). Ageing and vision loss : A conceptual framework for policy and practice. Dans J.E. Crews, & F.J. Whittington, (Éds), *Vision loss in an ageing society : A multidisciplinary perspective* (pp.21-53). New York : AFB Press.
- Desrosiers, J., Wanet-Defalque, M.-C., Témisjian, K., Gresset, J., Dubois, M.-F., Renaud, J., Vincent, C., Rousseau, J., Carignan, M. et Overbury, O. (2009) Participation in daily activities and social roles of older adults with visual impairment. *Disability & Rehabilitation*, 31(15), 1227-1234.

- Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J. et St-Michel, G. (1998). *Classification québécoise : processus de production du handicap*. Québec, RIPPH/SCCIDIH, 164 p.
- Gouvernement du Québec. Secrétariat aux aînés (2008). *Rapport de la consultation publique sur les conditions de vie des aînés. Préparons l'avenir avec nos aînés*. Québec, 168 p.
- Gresset, J. et Baumgarten, M. (2002) Prevalence of Visual Impairment and Utilization of Rehabilitation Services in the Visually Impaired Elderly Population of Québec. *Optometry and vision science*, 79(7), 416-423.
- Gresset, J. (2001, octobre). Tendances démographiques, impacts potentiels sur les services de réadaptation en déficience visuelle. Communication présentée dans le cadre du colloque « D'hier à demain : vivre avec une déficience visuelle », de l'Institut Nazareth et Louis-Braille, Montréal.
- Heyl, V., et Wahl, H.-W. (2001). Psychosocial adaptation to age-related vision loss : A six-year perspective. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 95(12), 739-748.
- Horowitz, A. (2002, février). *Depression Among Visually Impaired Elders, Prevalence and Implication*. Communication présentée au 5e symposium scientifique sur l'incapacité visuelle et la réadaptation de l'Institut Nazareth et Louis-braille et de l'École d'optométrie, Université de Montréal, Montréal.
- Horowitz, A. et Reinhardt, J.P. (2000). Mental health issues in vision impairment : Research in depression, disability, and rehabilitation. Dans B. Silverstone, M.A. Lang, B.P. Rosenthal et E.E. Faye (Éds), *The Lighthouse handbook on vision impairment and vision rehabilitation, Vol. 2: Vision rehabilitation* (pp. 1089-1110). New York: Oxford University Press.
- Institut de la statistique du Québec (2009). *Panorama des régions du Québec. Édition 2009*. Sainte-Foy (Québec), 138 p.
- Institut de la statistique du Québec (2010). *Vivre avec une incapacité au Québec. Un portrait statistique à partir de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2001 et 2006*. Sainte-Foy : Québec, 352 p.
- Institut Nazareth et Louis-Braille (2011). *Code d'éthique*. Longueuil (Québec), 12 p.
- Institut Nazareth et Louis-Braille (2007). *Plan de consolidation des services*. Longueuil (Québec), 135 p. (non publié)



Ivers, R.Q., Norton, R., Cumming, R.G., Butler, M. et Campbell, A.J. (2000) Visual impairment and risk of hip fracture. *American Journal of Epidemiology*. 152(7), 633-639.

Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2)

McGwin, G., Khoury, R., Cross, J. et Owsley, C.. (2010) Vision Impairment and Eye Care utilization among Americans 50 and Older. *Current Eye Research*, 35(6), 451-458.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008). *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience. Afin de mieux faire ensemble*. Québec, 45 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Un défi de solidarité. Les services aux aînés en perte d'autonomie. Plan d'action 2005-2010*. Québec, 45 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Direction générale de la santé publique (2004). *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile. Cadre de référence*. Québec, 108 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). Projet clinique. *Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Québec, 81 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). *Chez soi : le premier choix. Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*. Québec, 40 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Chez soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile*. Québec, 44 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Québec. Services des personnes handicapées (2003). *Pour une véritable participation à la vie à la communauté. Orientations ministérielles en déficience physique. Objectifs 2004-2009*. Québec, 76 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Direction de la santé publique (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*. Québec, 126 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation (2001). *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*. Québec, 43 p.

- Office des personnes handicapées du Québec (2009). *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité. Politique gouvernementale pour accroître la participation sociale des personnes handicapées*. Drummondville : Québec, 84 p.
- Pauzé, R. (2009). *Présentation du modèle écologique*. Cours en ligne. Université de Sherbrooke. (Dernière modification : 30-11-2009).
- Pelosse, M. (2007) *Analyse de la clientèle de l'Institut Nazareth et Louis-Braille, 2006, rapport final*. Cantley : Québec, 55 p. (non publié).
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation (2002). *Pour les aînés de la Montérégie : Un art de vivre en santé, une qualité de vie. Cadre de référence en santé publique*. Longueuil : Québec, 138 p.
- Rein, D., Wittenborn, J., Zhang, X., Honeycutt, A., Lesesne, S. et Saaddine, J. (2009) Forecasting Age-Related Macular Degeneration Through the Year 2050. The Potential Impact of New Treatments. *Arch Ophthalmol*, 127(4), 533-540.
- Réseau international sur le Processus de production du handicap. PPH (En ligne) [www.ripph.qc.ca/?rub2=2&rub=6&lang=fr](http://www.ripph.qc.ca/?rub2=2&rub=6&lang=fr) – Page consultée le 2011-06-06.
- Statistique Canada (2009) *L'Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2006. Faits sur les limitations visuelles*. Ottawa: Ontario, 6 p.
- The CATT Research Group (2011). Ranibizumab and Bevacizumab for Neovascular Age-Related Macular Degeneration. *New England Journal of Medicine*, avril 2011.
- Tsai, S.-Y., Cheng, C.-Y., Hsu, W.-M., Su, T.-P., Liu, J.-H. et Pesus, C. (2003) Association between visual impairment and depression in the elderly. *Journal of the Formosan Medical Association*. 102(2), 86-90.