

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

PROJET D'INTÉGRATION PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAITRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M.Sc)

PAR
CATHERINE FAFARD

VALIDATION AUPRÈS D'EXPERTS DES RECOMMANDATIONS POUR LA
PRÉVENTIONS DES CHUTES À DOMICILE ET POUR LA PARTICIPATION À DES
OCCUPATIONS VARIÉES CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES AYANT UNE DÉFICIENCE
VISUELLE

12 DÉCEMBRE 2014

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

RÉSUMÉ

Problématique : Au Québec, il est estimé que d'ici 2030, les personnes de 65 ans et plus représenteront 20 % de la population québécoises (Institut de la Statistique du Québec [ISQ], 2010). Un accroissement des problématiques de santé et phénomènes associés au vieillissement est alors envisagé. Parmi ces phénomènes se trouvent les chutes et les conséquences associées et les troubles visuels. Les limitations fonctionnelles engendrées par un trouble visuel sont identifiées comme étant parmi les plus importantes chez les conditions reliées au vieillissement (Horowitz, 2004). Le lien entre les chutes et la déficience visuelle chez les personnes âgées a fait l'objet de nombreuses études en raison des graves conséquences sur l'ensemble des sphères de l'ainé. Depuis les dernières années, l'intérêt sur le sujet se traduit par des publications sur les meilleures pratiques auprès des personnes âgées présentant une déficience visuelle. **Objectif :** Le présent projet vise à faire la validation par des experts des recommandations issues des données probantes dans les domaines de la prévention des chutes ainsi que de la participation à des occupations variées chez les personnes âgées ayant une déficience visuelle. **Méthode :** L'étude est de type triangulation mixte auprès d'expert. Au total, trois ergothérapeutes travaillant dans le réseau de santé québécois auprès de personnes âgées ayant une déficience visuelle sont recrutés. La validation auprès des experts est réalisée à l'aide d'un questionnaire autoadministré appuyé sur les données probantes obtenues à la suite de la recension des écrits. Les experts sont invités à évaluer les recommandations sur la pertinence et l'applicabilité de celles-ci, en plus de donner des informations sur le niveau de soin et le professionnel responsable. Finalement, une section permet de partager les connaissances issues de l'expérience. **Résultats :** Trois questionnaires complétés sont reçus. Les recommandations les plus pertinentes sont ressorties pour la prévention des chutes et la participation à des occupations variées. Les données qualitatives sur l'applicabilité ont permis de compiler les facteurs facilitant et limitant l'application. Pour chacune des recommandations, il a été possible d'identifier le niveau de soin et le professionnel responsable de l'application. Finalement, les données qualitatives sur les connaissances issues de l'expérience clinique n'ont pas été prises en considération en raison d'un taux de réponse faible et non uniforme de la part des participants. **Discussion :** Les recommandations en lien avec l'accessibilité universelle ont été évaluées majoritairement comme étant fortement pertinente. De plus, une pertinence forte à moyenne est attribuée aux recommandations issues du plus récent guide pratique. Les facteurs d'application des recommandations font ressortir l'importance de considérer les caractéristiques de la personne et de son comportement. Finalement, les résultats font ressortir qu'il est possible d'avoir une pratique centrée sur les occupations dans un contexte de prévention de chute où l'éclairage, l'éblouissement, le contraste et l'organisation de l'environnement doivent être pris en considération.

Mots clés : Déficience visuelle, personnes âgées, prévention des chutes, occupations, *low vision, elderly, fall prevention, occupations.*

TABLES DES MATIÈRES

Résumé	i
Tables des matières.....	ii
Liste des tableaux	iv
Liste des figures.....	v
Liste des abréviations	vii
Remerciements	viii
1. Introduction	1
2. Problématique.....	2
3. Cadre conceptuel	9
3.1. Participation à des occupations variées chez les personnes âgées.....	9
3.2. Vieillir en santé dans un environnement sécuritaire.....	11
3.3. Recommandations issues des données probantes pour la prévention des chutes à domicile	14
3.4. Recommandations issues des données probantes pour la participation à des occupations variées.....	17
3.5. Synthèse des recommandations	19
4. Méthode.....	20
4.1. Devis de recherche.....	20
4.2. Méthode d'échantillonnage	20
4.3. Collecte de données	20
4.5. Analyse de données quantitatives.....	22
4.6. Analyse de données qualitatives.....	22
5. Résultats.....	23
5.1. Les participants.....	23
5.2. Évaluation des recommandations issues des données probantes pour les personnes âgées ayant une déficience visuelle.....	23
5.2.1. Recommandations pour la prévention des chutes à domicile.....	24
5.2.1.1. L'éclairage.....	24
5.2.1.2. L'éblouissement	26
5.2.1.3. Le contraste.....	27
5.2.1.4. L'organisation de l'environnement	28

5.2.2. Recommandations pour la participation à des occupations variées	30
5.2.2.1. Se lever/s'habiller/Ranger sa chambre	30
5.2.2.2. Soins corporels/prendre une douche/prendre un bain/hygiène au lavabo	31
5.2.2.3. Utiliser les toilettes	32
5.2.2.4. Préparation et prise de repas	33
5.2.2.5. Faire la lessive	34
5.2.2.6. Entretien ménager	35
5.2.2.7. Utiliser le téléphone	36
5.2.2.8. Écriture	37
5.2.2.9. Prise de médicaments	38
5.2.2.10. Interactions sociales	40
5.2.2.11. Activités quotidiennes signifiantes et amusantes	41
5.2.2.12. Lecture de l'heure	42
5.2.2.13. Faire de l'activité physique	43
5.3. Contexte d'application des recommandations	45
5.3.1. Niveau de soins	45
5.3.2. Professionnels de la santé impliqués	47
5.4. Connaissances issues de l'expérience professionnelle	48
6. Discussion	50
6.1. Constats ressortis pour les recommandations pour la prévention des chutes à domicile et pour la participation à des occupations variées	50
6.2. Pratique centrée sur les occupations en prévention des chutes	53
6.3. Applications pour la pratique	54
6.4. Les limites et forces de l'étude	54
7. Conclusion	56
Références	57
ANNEXE 1 PRINCIPALES DÉFICIENCES VISUELLES CHEZ LA PERSONNES ÂGÉE	62
ANNEXE 2 DÉMARCHE DE LA RECENSION DES ÉCRITS	65
ANNEXE 3 BASES DE DONNÉES ET MOTS CLÉS	67
ANNEXE 4 SCHÉMA	69
ANNEXE 5 QUESTIONNAIRE	70
ANNEXE 6 NIVEAU DE PERTINENCE DES RECOMMADATIONS POUR LE PRÉVENTION DES CHUTES À DOMICILE	80
ANNEXE 7 NIVEAU DE PERTINENCE DES RECOMMANDATIONS POUR LA PARTICIPATION À DES OCCUPATIONS VARIÉES	82

LISTE DES TABLEAUX

<i>Tableau 1 : Éléments pour la prévention des chutes</i>	14
<i>Tableau 2: Recommandations en lien avec l'éclairage pour la prévention des chutes</i>	15
<i>Tableau 3: Recommandations en lien avec l'éblouissement pour la prévention des chutes</i>	15
<i>Tableau 4: Recommandations en lien avec le contraste pour la prévention des chutes</i>	16
<i>Tableau 5: Recommandations en lien avec l'organisation de l'environnement pour la prévention des chutes</i>	16
<i>Tableau 6: Recommandations issues des données probantes selon l'occupation ciblée</i>	17
<i>Tableau 7: Années d'expérience des participants auprès de cette clientèle</i>	23
<i>Tableau 8: Niveaux de pertinence</i>	24
<i>Tableau 9: Recommandations de pertinence élevée pour la prévention des chutes à domicile</i> 29	
<i>Tableau 10 : Recommandations de pertinence élevée pour la participation à des occupations variées</i>	44
<i>Tableau 11 : Recommandations par niveau de soin</i>	46
<i>Tableau 12 : Recommandations par professionnels</i>	47
<i>Tableau 13 : Niveau de pertinence et d'évidence scientifique des recommandations issues du guide de pratique</i>	51
<i>Tableau 14: Groupes de mots clés pour la recherche documentaire</i>	65
<i>Tableau 15: Bases de données et mots clés lors de la recherche documentaire</i>	67
<i>Tableau 16: Niveau de pertinence des recommandations pour la prévention des chutes à domicile</i>	80
<i>Tableau 17: Niveau de pertinence des recommandations pour la participation à des occupations variées</i>	82

LISTE DES FIGURES

<i>Figure 1 : Valeurs accordées par les experts sur chacune des recommandations en lien avec l'éclairage.....</i>	25
<i>Figure 2 : Valeurs accordées par les experts sur chacune des recommandations en lien avec l'éblouissement</i>	26
<i>Figure 3 : Valeurs accordées par les experts sur chacune des recommandations en lien avec le contraste</i>	27
<i>Figure 4 : Valeurs accordées par les experts sur chacune des recommandations en lien avec l'organisation de l'environnement</i>	28
<i>Figure 5 : Valeurs accordées par les experts sur chacune des recommandations pour le groupe d'occupation en lien de se lever de son lit, s'habiller et ranger sa chambre</i>	31
<i>Figure 6 : Valeurs accordées par les experts sur chacune des recommandations en lien avec les soins personnels/prendre une douche/prendre un bain/Hygiène au lavabo</i>	32
<i>Figure 7 : Valeurs accordées par les experts sur chacune des recommandations en lien avec l'utilisation des toilettes.</i>	33
<i>Figure 8 : Valeurs accordées par les experts sur chacune des recommandations pour le groupe d'occupation en lien avec la préparation et prise de repas</i>	34
<i>Figure 9 : Valeurs accordées par les experts sur chacune des recommandations pour le groupe d'occupation en lien avec la lessive</i>	34
<i>Figure 10 : Valeurs accordées par les experts sur chacune des recommandations pour le groupe d'occupation en lien avec l'entretien ménager</i>	35
<i>Figure 11 : Valeurs accordées par les experts sur chacune des recommandations pour le groupe d'occupation en lien avec l'utilisation du téléphone</i>	36
<i>Figure 12 : Valeurs accordées par les experts sur chacune des recommandations pour le groupe d'occupation en lien avec l'écriture.....</i>	37
<i>Figure 13 : Valeurs accordées par les experts sur chacune des recommandations pour le groupe d'occupation en lien avec la prise de médicaments</i>	39
<i>Figure 14 : Valeur accordée par les experts pour la recommandation en lien avec les interactions sociales</i>	40

<i>Figure 15 : Valeurs accordées par les experts sur chacune des recommandations pour le groupe d'occupation en lien avec des activités quotidiennes significantes et amusantes</i>	<i>41</i>
<i>Figure 16 : Valeurs accordées par les experts sur chacune des recommandations pour le groupe d'occupation en lien avec la lecture de l'heure</i>	<i>42</i>
<i>Figure 17 : Valeur accordée par les experts pour la recommandation pour le groupe d'occupation en lien avec la réalisation d'activité physique</i>	<i>43</i>

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
AÉRDPQ	Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
CLSC	Centre local de services communautaires
DMLA	Dégénérescence maculaire liée à l'âge
INCA	Institut national canadien pour les aveugles
ISQ	Institut de la statistique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NEI	National Eye Institut
OEQ	Ordre des ergothérapeutes du Québec
AQDM	Association québécoises de la dégénérescence maculaire

REMERCIEMENTS

La réalisation d'un travail comme celui-ci représente un accomplissement personnel. Cet accomplissement n'aurait pas été possible sans l'aide et le soutien de plusieurs personnes.

Avant tout, je veux remercier les ergothérapeutes travaillant auprès des personnes âgées présentant une déficience visuelle qui ont pris le temps de remplir le questionnaire. Sans ces participants, ce travail n'aurait pas eu la même portée et richesse.

Également, je veux remercier ma directrice de maîtrise, Madame Martine Brousseau. Je crois profondément que je n'aurais pas pu me surpasser sans ses bons conseils, ses commentaires constructifs et sa très grande générosité. Ses encouragements m'ont permis de donner le meilleur de moi-même. Un énorme merci.

De plus, je veux remercier mes chères amies. Ce sont elles qui m'ont écouté pendant mes moments d'inquiétudes, de découragements et de délire. Un merci spécial à mon amie Roxanne Boisvert qui a été ma motivation à passer au travers de ces journées qui semblaient insurmontables. Merci simplement d'avoir été là et de le rester.

Finalement, je veux remercier ma famille : papa, maman et mes frères. Vous m'avez donné l'amour et les outils me permettant de pleinement m'épanouir et de me concentrer sur mes études. Merci de votre patience et de votre soutien au cours de cette étape longue et ardue que représente l'université.

1. INTRODUCTION

Avec l'augmentation des 65 ans et plus prévue au Canada (Statistique Canada, 2012) et au Québec (Institut de la statistique du Québec (ISQ), 2010), il sera possible d'observer un accroissement des problématiques de santé et des phénomènes en lien avec la fragilisation des capacités physiques et fonctionnelles accompagnant le vieillissement. Parmi ces phénomènes se trouvent les chutes et la déficience visuelle. L'intérêt pour le présent projet découle de l'essai de LeBlanc (2013) où il représente en quelque sorte la continuité de ce travail.

Le lien entre les chutes et la déficience visuelle chez les personnes âgées a fait l'objet de nombreuses études telles que *The Blue Mountain Eye Study* (Ivers, Cumming, Mitchell & Attebo, 1998). Les impacts fonctionnels résultant d'une déficience visuelle sont parmi les plus importants chez les conditions reliées au vieillissement (Horowitz, 2004). Ces impacts engendrent des difficultés de nature variée à la réalisation des occupations au quotidien (Christiaen, 2004). Il demeure que les répercussions sont uniques d'un individu à l'autre en raison du degré variables des atteintes des fonctions visuelles secondaires à la déficience visuelle. Une chute accidentelle engendre des répercussions similaires sur le plan occupationnel où la majorité ne revient pas à leur condition avant l'accident (Abdelhafiz & Austin, 2003; Dhital, Pey & Stanford, 2010; Newton & Sanderson, 2013; Tideiksaar, 2009). Finalement, la perception de la qualité de vie est altérée en lien avec une restriction de participation dans des occupations variées.

Par ce projet d'intégration, la validation des recommandations issues des données probantes pour la prévention des chutes ainsi que pour la participation à des occupations variées chez les personnes âgées ayant une déficience visuelle est visée afin d'illustrer leurs applications dans le contexte de pratique clinique. Pour ce faire, la problématique de ce sujet sera présentée suivie du cadre conceptuel et de la méthode de recherche utilisée. Finalement, les résultats de la recherche seront illustrés pour conduire à la discussion de ceux-ci.

2. PROBLÉMATIQUE

Le visage de la population du Canada est en constante évolution. Effectivement, selon le dernier recensement de la population canadienne en 2011, le groupe des 65 ans et plus présente une augmentation de 14.6 %, approchant le 5 millions, et ce, en plus de présenter un taux de croissance supérieur à 20 % entre 2006 et 2011 (Statistique Canada, 2012). Pour ce, la situation de la population québécoise ne diffère pas du reste du pays. D'ici 2030, les Québécois de 65 ans et plus représenteront près de 20 % de la population de la province (ISQ, 2010). Les effets du phénomène de la population sont jumelés avec ceux de l'augmentation de l'espérance de vie. Ceci signifie qu'en plus de la croissance générale du nombre des personnes âgées, une augmentation de proportion des tranches de 75 ans et plus et même de 85 ans et plus est à envisager (ISQ, 2010).

Avec ce changement populationnel, il est à prévoir une augmentation des problématiques de santé et phénomènes en lien avec la fragilisation des capacités physiques et fonctionnelles accompagnant le vieillissement. Parmi ces phénomènes se trouvent les chutes et les conséquences engendrées par celles-ci. Une chute est définie comme étant « l'action de tomber au sol indépendamment de sa volonté » (Bourdessol et Pin, 2005). Il est rapporté qu'environ un tiers de la population de 65 ans et plus vivant dans la communauté chute au moins une fois durant l'année (Abdelhafiz et Austin, 2003; Black et Wood, 2005; de Boer et coll., 2004; Newton et Sanderson, 2013). L'ampleur des conséquences d'une chute ne se limite pas uniquement sur le plan physique de la personne, mais également sur le plan psychologique. Il est possible de voir une limitation à la mobilité secondaire à une fracture de la hanche qui est présente dans 5 % des situations de chutes et de ce nombre, la majorité ne revient pas à leur condition avant l'accident (Abdelhafiz et Austin, 2003; Dhital, Pey et Stanford, 2010; Newton et Sanderson, 2013; Tideiksaar, 2009). Également, dans 5 à 10 % des cas, des soins médicaux sont nécessaires pour des conditions médicales tels que des luxations, des entorses et des plaies profondes suturée (Dargent-Molina et Bréart, 1995). La conséquence la plus importante demeure le décès post-fracture de la hanche où celle-ci accroît avec l'âge. Chez les 75 ans et plus, la moitié des personnes décèdent un an après la chute (Corriveau et Roy, 2007). Néanmoins, il demeure que les conséquences psychologiques ont un effet domino et ont

également un impact important sur la vie de la personne âgée. La peur de tomber s'installe dans l'esprit de la personne où la confiance en soi et face à ces capacités diminue (Bourdessol et Pin, 2005). De plus, d'autres conséquences psychologiques telles que la dépression, la diminution de l'estime de soi peuvent également contribuer à l'abandon d'activités significatives chez une personne âgée ayant chuté (Dhital, Pey et Stanford, 2010; Newton et Sanderson, 2013). Un tel abandon d'activité catalyse la diminution des fonctions physiques et cognitives chez la personne âgée pour éventuellement conduire à la dégradation de la qualité de vie (Dhital, Pey et Stanford, 2010). Ceci résulte à une augmentation des risques de chute en lien avec un déconditionnement accentué. De plus, des limitations fonctionnelles prennent place lors de l'accomplissement des activités de tous les jours, ce qui provoque une perte d'autonomie (Black et Wood, 2005; Corriveau et Roy, 2007) pouvant aller jusqu'à un syndrome d'immobilisation (Hébert et Roy, 2007) et où un grand nombre de placements en centres d'hébergement est associé. (Bourdessol et Pin, 2005; Dhital, Pey et Stanford, 2010).

Autre que le phénomène de chute, un tel changement populationnel a une influence sur le nombre de personnes vivant avec les conséquences de divers problèmes de santé et d'incapacités associées. Selon *l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement* (ISQ, 2013), 57,2 % du groupe d'âge de 65 ans et plus présentent au moins une incapacité, et ce pourcentage ne fait qu'augmenter chez les aînés de 75 à 84 ans (64 %) et de 85 ans et plus (84 %). Les types d'incapacités englobent les difficultés en lien avec l'audition, la parole, la vision, la mobilité, l'agilité en plus d'inclure les limitations secondaires à un problème de mémoire, un trouble d'apprentissage, de déficience intellectuelle et de trouble envahissant du développement et de trouble psychologique (ISQ, 2013). De ces incapacités, les troubles reliés à la vision représentent 8,6 % des incapacités rapportées chez les 65 ans et plus vivant avec au moins une incapacité (ISQ, 2013). L'Institut national canadien pour les aveugles (INCA) envisage de desservir 82 454 clients en 2026 où les personnes âgées de 65 ans et plus représenteront 79 % de la clientèle, alors qu'elle représentait 68 % des 47 353 clients en 2006 (Gresset, 2004). Étant donné qu'une augmentation du nombre de personnes âgées et très âgées (85 ans et plus) au Québec est envisagée, il est possible d'anticiper une augmentation des personnes vivant avec une déficience visuelle. Une déficience visuelle est définie comme étant une condition ne pouvant être corrigée par le port de lunette ou de verre de contact, par la prise

de médication ou par la chirurgie et interférant avec la réalisation d'activités de tous les jours (National Eye Institute [NEI], s.d. a). Les principales causes de pertes de vision chez les personnes âgées sont la cataracte, la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), le glaucome et la rétinopathie diabétique (Black et Wood, 2005; Horowitz, 2004; Riddering, 2001). Les impacts fonctionnels résultant d'une déficience visuelle sont parmi les plus importants au sein des conditions reliées au vieillissement (Horowitz, 2004). Ces impacts occasionnent des difficultés de nature variée lors de la réalisation des occupations au quotidien (Christiaen, 2004). Par exemple, une personne âgée peut ne pas percevoir les détails d'une peinture, être facilement éblouie lorsqu'elle sort à l'extérieur ou ne pas percevoir les obstacles lors de ses déplacements. De plus, ces difficultés s'accroissent en raison du caractère dégénératif des pathologies responsables. Ceci peut amener à l'abandon d'occupations significatives et de rôles sociaux (Desrosiers et coll., 2009) pouvant être vu comme une stratégie de compensation chez l'aîné (Duquette, 2013). Cette situation peut exacerber le phénomène d'isolement chez une population vulnérable (Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec [AÉRDQP], 2003) et voir même conduire à un placement en centre d'hébergement. De plus, des conséquences sur le plan psychologique sont dénombrées. Celles-ci sont similaires à celle d'une chute où la dépression est connue comme une comorbidité fréquemment associée avec les déficiences visuelles (Black et Wood, 2005; Horowitz, 2004). Ainsi, la perception de la qualité de vie est réduite secondaire à la restriction d'occupations. Il demeure que les répercussions sont variables d'un individu à l'autre en raison des caractéristiques uniques de la pathologie visuelle. (L'Annexe 1 présente une brève description des quatre principales déficiences visuelles chez la personne âgée.)

Le lien entre les chutes et la déficience visuelle chez les personnes âgées a fait l'objet de nombreuses études telles que *The Blue Mountain Eye Study* (Ivers, Cumming, Mitchell et Attebo, 1998). La circonstance entourant une chute chez l'aîné ne repose pas uniquement sur le vieillissement, mais sur une cause multifactorielle. La multifactorialité d'une chute est regroupée en trois types de facteurs, soit les facteurs liés à la personne, à l'environnement et aux comportements (Bourdessol et Pin, 2005; Trickey, Parisien, Laforest, Genest et Robitaille, 2002). Sur le plan de la personne, les altérations des capacités physiques exposent les aînés à des risques de chutes pouvant engendrer des conséquences importantes (Hébert et Roy, 2007;

Tideiksaar, 2009). Les troubles d'équilibres et de la marche sont de facteurs de risque intrinsèque à la personne. Plusieurs systèmes interviennent lorsque la personne est en mouvement (équilibre dynamique) ou est immobile (équilibre statique). Le système visuel joue un rôle important dans l'intégration des informations visuelles permettant la planification des déplacements, l'orientation dans l'environnement ainsi que le maintien de la posture et vient compléter les informations des systèmes vestibulaire et proprioceptif. L'implication du système visuel est essentielle (Black et Wood, 2005) où la présence d'une déficience visuelle chez la personne âgée est associée à une augmentation de 1.5 à 2 les risques de chutes. Également, le niveau d'atteinte des fonctions visuelles diffère d'une pathologie à l'autre, mais aussi entre deux personnes présentant la même condition visuelle. De ce fait, il est primordial de prendre en considération la nature de la pathologie visuelle et le niveau de risque de la personne afin que les interventions et les recommandations soient personnalisées pour chacun. Sur le plan de l'environnement, en sachant qu'entre 60 % et 70 % des chutes surviennent à domicile (Corriveau et Roy, 2007; MSSS, 2012), il est essentiel de rendre ce dernier sécuritaire lors des déplacements au cours de la réalisation d'occupations et lors de la participation de ces dernières. De plus, l'adaptation domiciliaire est une intervention particulièrement efficace chez les personnes âgées présentant une atteinte importante de la vision où les chutes sont diminuées de 41 % (Gagnon et Lafrance, 2011). Sur le plan du comportement, lors de la réalisation d'activités de tous les jours, certaines habitudes peuvent accentuer le risque de chute comme monter sur une chaise pour atteindre un objet en hauteur ou ne pas éclairer le corridor pour se rendre aux toilettes la nuit. Également, une histoire de chute et la peur de tomber sont considérées comme étant des facteurs prédisposant à une récurrence de chute. Il demeure que ces trois facteurs de risque sont interreliés et s'influencent entre eux. Par exemple, une personne âgée ayant une déficience visuelle (facteur lié à la personne) se met à risque lorsqu'elle ne perçoit pas la dernière marche de l'escalier (facteur lié à l'environnement) et ne prend pas appui sur la main courante (facteur lié aux comportements). La comorbidité de la chute et de la déficience visuelle chez l'ainé peut avoir de graves conséquences sur l'ensemble des sphères de la personne. Avec un nombre important d'éléments à prendre en considération en plus de la nécessité de personnaliser les interventions, il est primordial d'effectuer une évaluation complète de la situation de l'ainé. (Corriveau et Roy, 2007; Ivers, Cumming, Mitchell et Attebo, 1998; Newton et Sanderson,

2013; Tideiksaar, 2009). En reprenant les facteurs de risque reliés à la personne, au comportement et à l'environnement, il est possible d'intervenir de manière efficace pour prévenir les chutes chez les personnes âgées présentant une déficience visuelle.

Vieillir en santé s'applique à toutes les personnes âgées incluant celles ayant des problèmes visuels, et ce, même quand cette condition ne peut être corrigée et que la personne doit vivre avec des limitations quotidiennement. Dans ce sens, le questionnement sur les chutes et les conséquences de celles-ci chez la population aînée est présent dans notre société et se voit stimuler par la croissance à venir du nombre de personnes âgées (Bourdessol et Pin, 2005). Ceci vient appuyer la présence marquée d'interventions et de programmes pour la prévention des chutes auprès de la population aînée tels que P.I.E.D (Programme intégré d'équilibre dynamique), Debout! et Bouge aînés, mais également de la priorisation de ce champ de pratique au Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2008). Afin d'offrir les opportunités adéquates, il est primordial de proposer des interventions basées sur les dernières connaissances en lien avec les déterminants de la santé et les facteurs de risques ainsi que sur l'organisation des soins et services rendus auprès de cette population (Cardinal, Langlois, Gagné et Tourigny, 2008). Une chute accidentelle chez la personne âgée est un phénomène en soi qui peut être évité (Bourdessol et Pin, 2005) et cela débute par la prévention.

À ce jour, de nombreux écrits ont été publiés depuis les dix dernières années sur le lien entre les chutes et les troubles visuels (Abdelhafiz et Austin, 2003; Black et Wood, 2005; de Boer et coll., 2004; Ivers, Cumming, Mitchell et Attebo, 1998; Newton et Sanderson, 2013) ainsi que sur les lignes directrices de pratique auprès des personnes âgées présentant une déficience visuelle (Kaldenberg, 2013; NICE, 2004; Riddering, 2001; Swann, 2008; Weisser-Pike et Kaldenberg, 2010). L'*American Journal of Occupational Therapy* a publié en 2013 une série de revues systématiques abordant quatre thématiques, soit la lecture (Smallfield, Clem et Myers, 2013), les loisirs et la participation sociale (Berger, McAteer, Schreier et Kaldenberg, 2013), les activités de la vie quotidienne (AVQ) (Liu, Brost, Horton, Kenyon et Mears, 2013) et la conduite automobile et la mobilité (Justiss, 2013). Ces articles ont mené à la publication de l'*Occupational Therapy Practice Guideline for Older Adults With Low Vision* (Kaldenberg, 2013), soit un document spécifique où les lignes directrices et les meilleures interventions pour

le maintien de la participation dans des occupations chez cette clientèle y sont regroupées. Également, Christiaen (2004) propose *Vivre mieux dans un environnement visuel adapté*, un document présentant des recommandations d'aménagement de l'environnement dans le contexte de résidence pour personnes âgées. Selon l'étude de La Grow, Robertson, Campbell, Clarke et Kerse (2006), l'adaptation domiciliaire est une solution efficace pour la réduction des chutes chez les personnes âgées ayant une déficience visuelle sévère lorsque cette intervention est personnalisée à la situation du client.

Mais est-il possible d'avoir une pratique en ergothérapie centrée sur les occupations tout en faisant la prévention des chutes? Les meilleures pratiques sont principalement dirigées vers le maintien de la participation dans des occupations de tous les jours, ce qui reflète l'objectif des interventions en ergothérapie, soit l'habilitation aux occupations (ce qui signifie habiliter les personnes à participer à des occupations variées) dans des environnements multiples où la personne peut réaliser de manière satisfaisante des occupations signifiantes (Polatajko, Davis, Stewart, Cantin, Amoroso, Purdie et Zimmerman, 2013). En considérant que la déficience visuelle est une des principales incapacités physiques reliées à l'âge (Horowitz, 2004), que le nombre de clients présentant une telle condition va augmenter au cours des prochaines années (McGrath, 2011) et, que les conséquences de la comorbidité déficience visuelle/chute et la privation dans les occupations va affecter grandement la qualité de vie, il y a lieu de considérer les meilleures pratiques pour la prévention des chutes à domicile tout en maintenant la participation à des occupations variées chez cette clientèle.

Il est pertinent, voire essentiel, de se pencher sur cette problématique, et ce, pour plusieurs raisons. Dans un premier temps, l'ampleur des conséquences mentionnées précédemment demeure que des actions en amont demeurent une solution envisageable pour faire face à ce phénomène de santé. Les ergothérapeutes ont un rôle à jouer dans cette prévention en raison de leur grande implication auprès de la clientèle gériatrique. De plus, leur expertise et l'analyse occupationnelle font en sorte que ces professionnels de la santé possèdent les habiletés requises pour travailler avec les personnes âgées ayant des troubles visuels (McGrath, 2011). Dans un deuxième temps, des répercussions économiques secondaires à une chute se rajoutent aux conséquences physiques et psychologiques. Effectivement, une chute engendre des frais

médicaux importants (MSSS, 2012) ce qui renforce la nécessité de faire de la prévention précoce, efficace et pertinente. L'implantation de politiques et de stratégies portant sur la prévention de blessures permet de créer des milieux facilitant un mode de vie sain et sécuritaire. Ceci représente des mesures très rentables qui peuvent avoir une incidence positive sur la santé des personnes de tous les âges, en particulier des aînés (Agence de la santé publique du Canada [ASPC], 2005 citée dans ASPC 2006). Finalement, l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) encourage la pratique basée sur les données probantes et les connaissances de l'expérience en plus d'être centrée sur les occupations (ACE, 2012). Par conséquent, les ergothérapeutes impliqués auprès des personnes âgées avec une déficience visuelle appliquent-ils des interventions qui intègrent les données probantes sur la participation à des occupations?

Avec ces informations, il est possible de poser la présente question de recherche : *quelle est la validation des experts sur les recommandations issues des données probantes pour la prévention des chutes à domicile et la participation à des occupations variées chez les personnes âgées de 65 ans et plus ayant une déficience visuelle?* Cette dernière présuppose les questions suivantes : *quelles sont les recommandations issues des résultats probants en préventions des chutes à domicile chez les personnes âgées de 65 ans et plus ayant une déficience visuelle? Et quelles sont les recommandations issues des résultats probants pour la participation à des occupations variées à domicile chez les personnes âgées de 65 ans et plus ayant une déficience visuelle?*

3. CADRE CONCEPTUEL

La présente section a pour objectif de présenter et définir les principaux concepts pris en considération lors des interventions auprès des personnes âgées présentant une déficience visuelle. Ces éléments permettront de contextualiser la recherche et de guider l'analyse des résultats. Dans un premier temps, l'importance de la participation à des occupations variées chez les personnes âgées est explorée. Ensuite, le phénomène du vieillissement en santé est étudié sous la vision du modèle *Perspective pour un vieillissement en santé* (Cardinal, Langlois, Gagné et Tourigny, 2008). Par la suite, il est question d'identifier les recommandations en lien avec la participation à des occupations variées ainsi que pour la prévention des chutes chez les aînés ayant une déficience visuelle. Finalement, une synthèse de ces recommandations est présentée, menant à la création du questionnaire utilisé auprès des participants de l'étude.

3.1. Participation à des occupations variées chez les personnes âgées

L'importance de la participation à des occupations variées chez les personnes âgées se doit d'être démontrée afin de mieux comprendre son rôle de premier rang. Une occupation est définie comme étant « tout ce qu'une personne fait pour s'occuper, c'est-à-dire prendre soin d'elle (soins personnels), se divertir (loisirs) et contribuer à l'édifice social et économique de la communauté (productivité). » (Law Polatajko, Baptiste et Townsend, 2002, p.38-39). Dunton, le père fondateur de l'ergothérapie, a mentionné que l'occupation est un besoin fondamental de l'être humain au même titre que l'alimentation (Dunton, 1919 cité dans Polatajko et coll., 2013). Ce principe soutient l'assertion que l'occupation est un besoin fondamental de l'être humain. La pratique de l'ergothérapie intègre le concept que l'humain est un être occupationnel, où l'occupation est vue comme un déterminant de la santé (Law, Polatajko, Baptiste et Townsend, 2002). Ce lien entre les occupations et la santé a été étudié par plusieurs auteurs (Law, Steinwender et Leclair, 1998; Reed et Smythe, 2013; Wilcock, 2007). Wilcock (1998) affirme qu'une personne répond à ces besoins en participant pleinement à un ensemble d'occupations significatives et socialement acceptées en plus de relever des défis à un niveau optimal où ceci est considéré comme un facteur important pour la santé et le bien-être de la personne. En d'autres termes, il est considéré qu'une personne doit être engagée dans des occupations, c'est-à-dire s'impliquer pleinement, prendre part à quelque chose et participer activement à des occupations

(Polatajko et coll., 2013). Il est possible de croire que l'engagement dans des occupations permet de maintenir une bonne santé (Stav, Hallenen, Lane et Arbesman, 2012).

Au cours d'une vie, les occupations réalisées par une personne changent conséquemment à l'abandon ou à la modification de celles-ci (Law, Polatajko, Baptiste et Townsend, 2002) telle que lors du passage des études vers le marché du travail. Certaines occupations sont considérées comme étant essentielles et nécessaires au maintien de l'intégrité physique (Brousseau, 2001) comme se nourrir, se reposer et se laver. L'avancement en âge est un facteur qui influence l'engagement de l'aîné dans ces occupations essentielles et significatives (Stav, Hallenen, Lane et Arbesman, 2012). Également, le développement de conditions chroniques comme la déficience visuelle engendre des modifications dans la réalisation d'occupation qui peuvent faire partie intégrante des routines de la personne et être accomplies depuis une longue période de temps (Stevens-Ratchford, 2005). Ceci vient modifier l'interaction personne-environnement-occupation (Law et coll., 2002).

La vie de tous les jours est construite de plusieurs ensembles d'occupations prenant place dans des environnements variés (Polatajko et coll., 2013). Ces environnements sont composés d'éléments construits et naturels favorisant ou limitant la participation occupationnelle. Une occupation choisie dans un contexte précis est influencée par les caractéristiques du milieu. Par exemple, un manque d'éclairage ambiant dans la cuisine d'une personne âgée ayant un glaucome limite la préparation de repas en raison d'une difficulté à percevoir les aliments à couper. Au sein de la population, mais également chez les personnes âgées demeurant dans la communauté, un grand nombre de ces occupations sont réalisées dans le milieu de vie de la personne (Larsson Lund et Nygård, 2004; Stevens-Ratchford, 2005) ce qui représente une portion importante de temps pendant une journée. Chez la population aînée, le milieu de vie peut être le domicile privé, la résidence privée ou bien le centre d'hébergement de longue durée. Toutefois, le point commun de ces environnements est qu'ils soutiennent le déroulement des occupations quotidiennes. Dans le cas d'une personne ayant une déficience visuelle, la participation à celles-ci est influencée par les interactions entre la personne et son environnement ce qui agit sur le niveau de participation dans leurs occupations, et ce, en plus de modifier le sens attribué à leur milieu de vie (Larsson Lund et Nygård, 2004). Dans ce sens,

le domicile doit être sécuritaire afin d'assurer une participation optimale, mais également assurer une accessibilité maximale pour offrir les moyens de compensation à leurs limitations visuelles. Ainsi, le maintien de la participation à des activités physiques et d'un niveau d'engagement dans des occupations variées est identifié comme étant essentiel au vieillissement en santé (Stevens-Ratchford, 2005).

3.2. Vieillir en santé dans un environnement sécuritaire

Le vieillissement est une étape incontournable dans la vie d'une personne. Avec l'avancement en âge, il est possible de vieillir en santé malgré la présence de maladies et de conditions chroniques. En effet, la santé selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » (OMS, 2003.) Cette définition est spécifiée en abordant le concept du vieillissement en santé. Ce concept est perçu comme étant un processus permanent où des transitions réussies sont réalisées entre les différentes étapes de la vie, et ce, par la mise en place de ressources et de stratégies permettant d'améliorer ou de maintenir la santé, le bien-être, l'autonomie ainsi que la qualité de vie de la personne sur les plans physique, social et mental (Santé Canada, 2002).

À la suite d'une recension de modèles sur le vieillissement et la santé, le modèle *Perspectives pour un vieillissement en santé* (Cardinal, Langlois, Gagné et Tourigny, 2008) a été créé afin d'offrir un outil de réflexion sur l'orientation des actions posées auprès des personnes âgées pour l'ensemble des acteurs œuvrant de près ou de loin avec cette clientèle. Les déterminants de la santé chez ce groupe d'âge sont considérés de manière plus large, où le concept de vieillir en santé se trouve au centre du modèle.

Le modèle propose un total de neuf axes d'intervention ciblant le vieillissement en santé des aînées. Ces axes sont :

- 1) Améliorer les aptitudes individuelles et la capacité d'adaptation de la personne âgée;
- 2) Créer des milieux de vie sains et sécuritaires;
- 3) Améliorer l'environnement général et les conditions de vie de la personne âgée;

4) Organiser adéquatement les services de santé et de services sociaux (prévention, traitement, réadaptation, accompagnement et soins de fin de vie); 5) Favoriser l'engagement et la participation sociale de la personne âgée et améliorer le soutien à la personne et à ses aidants; 6) Éviter l'apparition des problèmes psychosociaux et des problèmes de santé physique et mentale par la réduction des facteurs de risques; 7) Détecter les problèmes de santé physique et agir précocement; 8) Détecter les problèmes psychosociaux et de santé mentale, et agir précocement; 9) Gérer adéquatement les conditions chroniques (Cardinal, Langlois, Gagné et Tourigny, 2008, p.48)

Les axes d'interventions présentés dans le modèle conceptuel sont classés en deux groupes. Les cinq premiers représentent les actions dirigées sur les déterminants de la santé des personnes âgées. Au centre du modèle, se trouvent les quatre axes d'actions orientés vers la prévention des problèmes potentiels et l'optimisation des capacités résiduelles des aînés secondaires à une diminution de leur autonomie. Ces axes d'intervention soutiennent le vieillissement en santé des aînés dans l'ensemble des milieux de vie.¹

Les interventions s'adressant aux personnes âgées ayant une déficience visuelle doivent, dans une certaine mesure, se retrouver dans les lignes directrices du modèle *Perspectives pour un vieillissement en santé*. Dans un premier temps, « Créer des milieux de vie sains et sécuritaires » représente un axe d'intervention soutenant l'importance d'offrir un milieu de vie accessible afin de répondre aux capacités de la personne. La qualité du milieu de vie est l'un des facteurs influençant la santé et le bien-être, en plus de permettre la possibilité de s'épanouir pleinement (Cardinal, Langlois, Gagné et Tourigny, 2008). Ceci fait en sorte que ce milieu de vie représente un endroit susceptible d'influencer positivement ou négativement le vieillissement en santé. Comme mentionné précédemment, le domicile est un environnement où se déroule un grand nombre d'occupations réalisées par les personnes âgées (Stevens-Ratchford, 2005). De plus, près de 90 % des personnes de 65 ans et plus vivent en ménage privé au Québec (Institut national de santé publique du Québec, 2006). De ce fait, l'aménagement du domicile

¹ Le présent projet est en quelque sorte la continuité du travail de LeBlanc (2013). La représentation graphique du modèle y est insérée.

d'une personne âgée en réduisant les risques de chute illustre une action favorisant le vieillissement en santé. En plus, une personne âgée confiante face à sa capacité à réaliser une occupation sans tomber se trouve plus active dans la vie de tous les jours (Schepens, Sen, Painter et Murphy, 2012). Bref, en s'assurant que le domicile est sécuritaire, il est possible d'offrir un environnement répondant aux besoins de l'aîné ayant une déficience visuelle afin de faciliter la réalisation de leurs occupations.

Dans un deuxième temps, en intervenant auprès des personnes âgées ayant une déficience visuelle, les actions posées sont dirigées vers la prévention des problèmes, tels le phénomène de chute à domicile, la dépression et le syndrome d'immobilisation. L'axe d'intervention du modèle « Éviter l'apparition des problèmes psychosociaux et des problèmes de santé physique et mentale par la réduction des facteurs de risque » est pertinent, car la réduction des chutes et le maintien de la participation à des occupations variées chez les aînés diminuent également les répercussions négatives sur les plans physique et psychologique. De plus, cette intervention est pertinente considérant que ce groupe est à risque face à ces problématiques.

Finalement, l'axe « Améliorer les aptitudes individuelles et la capacité d'adaptation de la personne âgée » est appliqué par l'habilitation des personnes âgées à réaliser autrement leurs occupations. Ceci signifie qu'en facilitant l'occupation, la personne âgée présentant des limitations visuelles va démontrer une confiance en ses capacités pour ainsi augmenter son estime personnelle et ce, lui permettant de faire face à de nouveaux défis. En donnant les outils nécessaires, les habitudes de vie réalisées plus difficilement peuvent être modifiées ou adaptées. Une participation dans des occupations significatives et un engagement continu dans la vie de tous les jours favorisent un état de santé et de bien-être optimal (Stevens-Rachford, 2005).

3.3. Recommandations issues des données probantes pour la prévention des chutes à domicile

Les personnes âgées présentant une déficience visuelle vivent quotidiennement des difficultés lors de leurs déplacements dans le cadre des occupations à tous les jours en raison d'une atteinte à analyser et à interagir adéquatement leur environnement. Parmi les 12 articles retenus, dix comprennent des recommandations en lien avec des déplacements plus sécuritaires dans le domicile des personnes âgées ayant une déficience visuelle (voir l'annexe 2 pour la démarche complétée de la recension des écrits). Le tableau 1 présente les points abordés par les auteurs.

Tableau 1 : Éléments pour la prévention des chutes

Éléments pour la prévention des chutes	Auteurs
Éclairage, éblouissement, contraste et organisation de l'environnement	Christiaen, 2004
Éblouissement	Christiaen-Colmez, Julien Simonet et Nicolet, 2013
Organisation de l'environnement	Kaldenber, 2013
Organisation de l'environnement	Newton et Sanderson, 2013
Circulation horizontale, escalier, éclairage et couleur/contraste	Ratelle, Lemay et Kreis, 2003
Éblouissement	Riddering, 2001
Éblouissement, contraste et organisation de l'environnement	Russo et Bowen, 2013
Éclairage, éblouissement, contraste et organisation de l'environnement	Swann, 2008
Éclairage et organisation de l'environnement	Weisser-Pike et Kaldenberg, 2010

Les différentes recommandations proposées par les auteurs peuvent être regroupées en quatre catégories, soit l'éclairage, l'éblouissement, le contraste et l'organisation de l'environnement. Premièrement, plusieurs aspects de l'éclairage sont pris en considération, que ce soit la luminosité ambiante et d'appoint. Les recommandations touchent plusieurs aspects de l'éclairage, soit le type d'éclairage, l'utilisation de la lumière ainsi que le mode de contrôle. Le tableau 2 présente les neuf recommandations tirées des données probantes en lien avec l'éclairage de l'environnement pour la prévention des chutes.

Tableau 2: Recommandations en lien avec l'éclairage pour la prévention des chutes

Recommandations	
R1	Éclairer les escaliers avec des lumières DEL (Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)
R2	Utiliser d'un gradateur de lumière (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2003;Swaan, 2008)
R3	Faciliter le repérage de l'interrupteur de la lumière avec un cadre contrastant (Christiaen, 2004)
R4	Utiliser un détecteur de présence (Christiaen, 2004)
R5	Augmenter la luminosité afin de mieux voir les obstacles et les changements de surfaces (Kaldenber, 2013; Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)
R6	Orienter l'éclairage d'appoint sur l'objet à voir (ex. : éléments architecturaux) (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2003)
R7	Utiliser des ampoules fluorescentes pour éclairer les zones de passages (corridors et escaliers) (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2003)
R8	Effectuer des essais pour trouver la bonne teinte de lumières artificielles (Christiaen, 2004)
R9	Assurer une bonne éclairage générale de base en utilisant des ampoules fluorescentes (Ratelle, Lemay & Kreis, 2003)

Deuxièmement, certains auteurs proposent des recommandations pour réduire et contrôler l'éblouissement. Ces recommandations s'appliquent à l'environnement telles que les planchers, les revêtements de fenêtres et les sources d'éclairage et à la personne lors des déplacements extérieurs. Le tableau 3 présente les cinq recommandations tirées des données probantes en lien avec l'éblouissement pour la prévention des chutes.

Tableau 3: Recommandations en lien avec l'éblouissement pour la prévention des chutes

Recommandations	
R1	Utiliser des stores de lamelles inclinables pour réguler l'intensité et la diffusion de la lumière dans une pièce (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2003; Russo & Bowen, 2013)
R2	Éviter les planchers luisants en favorisant un revêtement avec un fini mat (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2003;Swann, 2008)
R3	Cacher les sources d'éclairage afin qu'elles ne puissent pas être visibles (Christiaen, 2004)
R4	Lors des déplacements à l'extérieur, porter des lunettes fumées avec des lentilles de teintes foncées (Christiaen-Colmez, Julien Simonet & Nicolet, 2013; Riddering, 2001)
R5	Lors des déplacements à l'extérieur, porter un chapeau/casquette (Christiaen-Colmez, Julien Simonet & Nicolet, 2013; Riddering, 2001)

Troisièmement, l'aspect du contraste dans l'environnement est abordé par certains auteurs. Le tableau 4 présente les trois recommandations tirées des données probantes en lien avec le contraste pour la prévention des chutes.

Tableau 4: Recommandations en lien avec le contraste pour la prévention des chutes

Recommandations	
R1	Identifier la première et la dernière marche d'un escalier en utilisant une couleur différente des autres marches (Swann, 2008)
R4	Augmenter les contrastes dans l'environnement (fourniture, décoration, corridor, porte, mur, etc.) (Kaldenberg, 2013; Ratelle, Lemay & Kreis, 2003; Russo & Bowen, 2013; Swann, 2008)
R3	Ajouter une bande d'éveil contrastante sur chaque volée de marche (Christiaen, 2004; Russo & Bowen, 2013)

Finalement, les recommandations concernant l'organisation de l'environnement abordent les interventions en lien avec les repères tactiles, la disposition des éléments dans une pièce et la constitution de l'environnement. Le tableau 5 présente les six recommandations tirées des données probantes en lien avec l'organisation de l'environnement pour la prévention des chutes.

Tableau 5: Recommandations en lien avec l'organisation de l'environnement pour la prévention des chutes

Recommandations	
R1	Si déplacement de meuble ou élément de l'environnement, expliquer les modifications à la personne (Newton & Sanderson, 2013; Russo & Bowen, 2013)
R2	Éliminer les objets non nécessaires dans les corridors (Kaldenberg, 2013; Weisser-Pike, Kaldenberg, 2010)
R3	Utiliser des repères tactiles au début et à la fin d'un escalier (Swann, 2008; Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)
R4	Favoriser un sol antidérapant (Christiaen, 2004; Swann, 2008)
R5	Faire dépasser les mains courantes de 30 cm à chaque extrémité de l'escalier (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2003; Swann, 2008; Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)
R6	Marches de dimensions constantes (Christiaen, 2004)

3.4. Recommandations issues des données probantes pour la participation à des occupations variées

La nature des atteintes visuelles associées à une déficience visuelle engendre des limitations variables dans la réalisation d'une multitude d'occupations. Comme mentionné, une chute est un accident multifactoriel, ce qui signifie que l'aménagement de l'environnement peut ne pas être suffisant pour assurer une prévention adéquate. L'écrit de LeBlanc (2013), *Recommandations issues des données probantes pour l'aménagement des résidences privées d'hébergement pour les personnes âgées autonomes et semi-autonomes de 65 ans et plus en prévention des chutes*, fait ressortir que l'adaptation domiciliaire pour la prévention des chutes doit également tenir compte des besoins occupationnels des résidents, et ce, en créant des environnements facilitant la réalisation d'occupations. La recension des écrits de cette dernière a permis de faire ressortir les nombreuses occupations réalisées dans une résidence privée d'hébergement pour personnes âgées. En se basant sur ces occupations, il est possible de classer les recommandations issues des huit textes retenues selon l'occupation enjeu. Le tableau 6 présente les recommandations issues des données probantes classées selon les différentes occupations retenues dans LeBlanc (2013).

Tableau 6: Recommandations issues des données probantes selon l'occupation ciblée

Recommandations	
Se lever/s'habiller/ranger sa chambre	
R1	Augmenter la luminosité ambiante (Kaldenberg, 2013)
R2	Éclairer l'intérieur de la garde-robe et des placards en ajoutant des sources de lumière (Swann, 2008)
R3	Installer un système d'identification des couleurs de vêtements (Swann, 2008)
Soins corporels/prendre une douche/prendre un bain/hygiène au lavabo	
R1	Augmenter la luminosité ambiante (Kaldenberg, 2013)
R2	Plancher non luisant et antidérapant (Swann, 2008)
R3	Bain de couleur contrastante (Swann, 2008)
Utiliser les toilettes	
R1	Augmenter la luminosité ambiante (Kaldenberg, 2013)
R2	Utiliser un siège de toilette contrastant (Swann, 2008)
Préparation et prise de repas	
R1	Entraînement aux habiletés visuelles (Kaldenberg, 2013)
R2	Imprimer les recettes en gros caractères (Riddering, 2001)
R3	Utiliser une planche à couper de couleur contrastante aux aliments (Riddering, 2001)
R4	Utiliser un gradateur de lumière (Swann, 2008)
R5	Augmenter la luminosité ambiante (Kaldenberg, 2013; Swann, 2008; Riddering, 2001)
R6	Utiliser un ensemble de vaisselle de couleur contrastante à la nappe (Christiaan, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2013; Russo & Bowen, 2013)

R7	Utiliser des assiettes à large bordure de couleur vive (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2013)
Faire la lessive	
R1	Augmenter la luminosité ambiante (Kaldenberg, 2013)
R2	Installer un système d'identification des couleurs de vêtements (Swann, 2008)
Entretien ménager	
R1	Avoir uniquement les produits et outils nécessaires et les conserver à un endroit précis et facile d'accès (Kaldenberg, 2013)
R2	Nettoyer le plancher dans une direction et ensuite dans l'autre (ex. : en largeur puis en longueur.) (Kaldenberg, 2013)
R3	Augmenter la luminosité ambiante (Kaldenberg, 2013)
Utiliser le téléphone	
R1	Entraînement aux habiletés visuelles (Kaldenberg, 2013)
R2	Augmenter la luminosité par l'utilisation d'une lampe en col de cygne (lumière d'appoint) (Kaldenberg, 2013; Riddering, 2001; Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)
R3	Imprimer les numéros de téléphone en gros caractères (Riddering, 2001)
R4	Masquer les fonctions inutiles (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2013)
R5	Utiliser un téléphone à grosses touches programmables (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2013, Russo & Bowen, 2013)
Écriture	
R1	Utiliser un crayon-feutre au lieu d'un stylo à bille (Riddering, 2001)
R2	Augmenter la luminosité par l'utilisation d'une lampe en col de cygne (lampe d'appoint) (Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)
R3	Placer la lumière du côté de la main non dominante (Kaldenberg, 2013; Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)
R4	Placer la feuille sur une surface contrastante de la feuille blanche pour identifier les limites de la feuille (Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)
R5	Écrire en lettre détachée (Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)
Prise de médicaments	
R1	Stratégies d'organisation des médicaments afin d'assurer l'adhérence aux médicaments (Kaldenberg, 2013; Weisser-Pike, & Kaldenberg, 2010)
R2	Marqueur tactile sur les bouteilles pour identifier les différentes périodes auxquelles les médicaments doivent être pris (Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)
R3	Utiliser un dispenseur (Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)
R4	Utiliser un fond qui contraste avec la couleur du contenu à médicament pour faciliter sa localisation (Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)
R5	Utiliser un aide de grossissement (Kaldenberg, 2013; Markowitz, Kent, Schuchard & Fletcher, 2008)
R6	Augmenter la grosseur de l'écriture sur l'étiquette (Kaldenberg, 2013; Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)
Interactions sociales	
R1	Augmenter la luminosité ambiante (Kaldenberg, 2013)
Activités quotidiennes signifiantes et amusantes	
R1	Augmenter la luminosité ambiante (Kaldenberg, 2013)
R2	Prévenir les symptômes de dépression (Newton & Sanderson, 2013). <i>Comme les personnes âgées ayant des problèmes visuels sont à risque de développer une dépression, il est important de prévenir cette comorbidité en identifier les signes dépressifs.</i>
R3	Imprimer les mots croisés ou autres jeux en gros caractères (Riddering, 2001)
R4	Utiliser un éclairage d'appoint facilitant l'activité (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2013)

R5	Utiliser un lecteur audio pour écouter des livres (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2003; Kaldenberg, 2013; Russo & Bowen, 2013)
R6	Augmenter la luminosité en positionnant une lumière d'appoint au-dessus de l'épaule et directement vers la lecture (Kaldenberg, 2013; Riddering, 2001; Swann, 2008; Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)
R7	Pour regarder la télévision, enseigner les techniques de visualisation excentrique (Weisser-Pike, Kaldenberg, 2010)
R8	Positionner le téléviseur loin de la fenêtre pour éviter l'éblouissement sur l'écran (Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)
Lecture de l'heure	
R1	Horloge avec ligne et chiffre de couleur contrastante afin de mieux lire l'heure (Riddering, 2001)
R2	Utiliser une montre avec synthèse vocale (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2003)
Faire de l'activité physique	
R1	Participer à un programme d'exercice pour augmenter l'équilibre (Fauchard & Le Cren, 2008; Radvay et coll., 2007)

3.5. Synthèse des recommandations

La recension des écrits met en lumière plusieurs recommandations pour les personnes âgées ayant une déficience visuelle en contexte de prévention des chutes et de participation à de multiples occupations à domicile. Ces résultats permettent d'avoir une vision des interventions faites par les ergothérapeutes auprès de cette clientèle. Ainsi, les présentes recommandations pourront être évaluées par des experts afin de préciser le portrait de pratique dans le contexte québécois, et ce, afin de répondre à la question de recherche, soit *quelle est la validation des experts sur les recommandations issues des données probantes pour la prévention des chutes à domicile et la participation à des occupations variées chez les personnes âgées ayant une déficience visuelle*. Pour réaliser cette étude, un questionnaire est créé afin d'évaluer les recommandations auprès d'experts. (Le questionnaire est présenté dans son intégralité à l'annexe 5)

4. MÉTHODE

4.1. Devis de recherche

L'objectif de la présente étude est de réaliser la validation auprès d'experts des recommandations issues des données probantes pour la prévention des chutes et la participation à des occupations variées chez les personnes âgées ayant une déficience visuelle et obtenir des données issues de l'expérience. Le devis retenu pour cette étude est de type triangulation mixte auprès d'experts. Il s'agit d'une étude mixte puisque des données quantitatives sont collectées lors de l'évaluation de la pertinence de chacune des recommandations, en plus des données qualitatives recueillies pour l'applicabilité de ces dernières, ainsi que les connaissances issues de l'expérience des experts. Également, cette étude vise à récolter des informations en lien avec leur expérience professionnelle, ce qui pourrait compléter les recommandations trouvées précédemment.

4.2. Méthode d'échantillonnage

Le bassin populationnel ciblé par l'étude est les ergothérapeutes québécois(es) travaillant auprès des aînés ayant une déficience visuelle. Afin de faire la sélection de l'échantillon, la méthode non probabiliste par convenance est retenue, c'est-à-dire que les experts sont sélectionnés en fonction des critères d'inclusion établis, mais également selon leur disponibilité à prendre part au projet (Fortin, 2010). Les critères de sélection des participants sont : 1) être un ergothérapeute clinicien (ne) et 2) travailler auprès d'une clientèle âgée (65 ans et plus) présentant une déficience visuelle. De plus, la méthode non probabiliste par réseaux est également employée afin d'atteindre le plus de participants possible. Les premiers participants contactés ont été invités à faire parvenir les documentaires nécessaires à leurs collègues travaillant dans le même établissement qu'eux. Trois répondants font partie de la banque d'experts, et ce, après sollicitation auprès de cinq ergothérapeutes.

4.3. Collecte de données

La validation des recommandations auprès des experts est réalisée à l'aide d'un questionnaire construit à la suite de la recension des écrits présentée précédemment dans la section du cadre conceptuel. Ce questionnaire (annexe 5) a pour but de faire la validation des

recommandations issues de la revue de la littérature en plus de collecter des informations cliniques issues de l'expérience. Le questionnaire envoyé aux participants comprend trois parties, soit 1) les informations du participant, 2) les recommandations pour la prévention des chutes à domicile et 3) les recommandations pour la participation à des occupations variées. La première section regroupe les informations sur le participant, c'est-à-dire l'âge, le sexe, le nombre d'années d'expérience avec la clientèle, le poste occupé ainsi qu'une brève description de celui-ci. Par la suite, le participant est invité à compléter les parties dans lesquelles les recommandations sont regroupées selon si elles touchent la prévention de chute (cinq sections) ou la participation aux occupations (13 sections). Pour chaque section, l'expert évalue la pertinence de la recommandation à l'aide d'une échelle de Likert de 1 à 10, soit de « peu pertinent » à « fortement pertinent ». Ensuite, l'applicabilité de la recommandation est sondée afin d'approfondir les facteurs influençant l'application de celle-ci. Pour les informations cliniques en lien avec la pratique, il est question d'identifier à quel niveau de soins la recommandation est appliquée en précisant si celle-ci est faite au soutien à domicile et/ou en centre de réadaptation. De plus, pour avoir un meilleur portrait de la pratique clinique, le professionnel de la santé appliquant la recommandation est spécifié. Finalement, afin de fournir des informations supplémentaires et complémentaires sur la pratique, une section commentaire est présente à la fin de chaque partie pour recueillir des connaissances issues de l'expérience professionnelle des participants. Le temps nécessaire pour remplir le questionnaire est estimé à 45 minutes.

Pour ce qui est de la méthode de collecte de données, une recherche est faite dans les bases de données des membres sur le site de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ) afin d'obtenir les coordonnées des ergothérapeutes travaillant auprès des personnes âgées ayant une déficience visuelle pour l'ensemble de la province. Deux ergothérapeutes ont été contactés par téléphone et par courriel pour sonder leur intérêt à participer au projet. Ensuite, la lettre d'information, le formulaire de consentement ainsi que le questionnaire, sous format Word, ont été transmis aux deux participants. En raison du petit nombre d'ergothérapeutes travaillant dans ce domaine au Québec, un des participants s'est proposé pour faire suivre les documents nécessaires à ces collègues. Un délai de deux semaines est donné aux participants afin de retourner le questionnaire complété par courriel. Si ce dernier n'est pas retourné passé ce délai,

une relance est faite par courriel afin de valider de nouveau leur intérêt à prendre part à cette étude et s'assurer qu'il n'y a pas de questions par rapport au projet. Un second délai de deux semaines est alors donné.

4.5. Analyse de données quantitatives

À la réception des questionnaires complétés, les données quantitatives relatives à l'évaluation de la pertinence de chacune des recommandations sont entrées dans un tableau sous format Excel. Puis, les résultats de la pertinence sont calculés avec l'aide de la technique de regroupement.

4.6. Analyse de données qualitatives

Pour ce qui est des données qualitatives recueillies des informations sur l'applicabilité des recommandations, du niveau de soin et des professionnels responsables ainsi que les connaissances issues de l'expérience professionnelle, elles sont analysées afin de faire ressortir les unités de sens. Ceux-ci sont regroupés en catégories afin d'identifier les idées principales.

5. RÉSULTATS

Cette section regroupe les données recueillies à l'aide du questionnaire pour effectuer la validation des recommandations pour la prévention des chutes à domicile et pour la participation à des occupations variées chez les personnes âgées ayant une déficience visuelle. Dans un premier temps, les caractéristiques des participants sont présentées. Par la suite, les résultats de l'évaluation des différentes recommandations sont détaillés. Ensuite, les informations sur le niveau de soins ainsi que les professionnels impliqués sont identifiés. Finalement, il sera question des connaissances issues de l'expérience professionnelle recensée.

5.1. Les participants

Le recrutement de participants a permis de recueillir un total de trois questionnaires complétés par des ergothérapeutes travaillant auprès de la clientèle cible. L'ensemble des participants pratique dans un centre de réadaptation visuelle auprès d'une clientèle gériatrique, et ce, dans la province de Québec. Le tableau 7 présente les années d'expérience dans le milieu de la déficience visuelle où les participants présentent des années d'expérience variées, allant de 2.5 ans et 23 ans.

Tableau 7: Années d'expérience des participants auprès de cette clientèle

Participant	Années d'expérience
P1	23
P2	2.5
P3	11

5.2. Évaluation des recommandations issues des données probantes pour les personnes âgées ayant une déficience visuelle

L'évaluation des recommandations issues des données probantes pour la prévention des chutes à domicile et pour la participation à des occupations variées chez les personnes âgées ayant une déficience visuelle est faite selon la pertinence et l'applicabilité de chacune d'elle. Le tableau 8 présente le niveau de pertinence attribuée en fonction de la valeur donnée sur l'échelle de Likert. Les annexes 6 et 7 présentent les niveaux de pertinence attribuée par les experts pour chacune des recommandations.

Tableau 8: Niveaux de pertinence

Niveaux de pertinence	Valeur sur l'échelle de Likert
Pertinence élevée	10-8
Pertinence moyenne	7-5
Pertinence faible	4-2
Pertinence nulle	1-0

5.2.1. Recommandations pour la prévention des chutes à domicile

La partie sur la prévention des chutes à domicile comprend un total de 23 recommandations divisées en quatre concepts, soit l'éclairage, l'éblouissement, le contraste et l'organisation de l'environnement (voir la section 3.3 pour l'ensemble des recommandations pour la prévention des chutes à domicile). Les prochaines sections présentent les résultats de la pertinence et l'applicabilité de ces dernières.

5.2.1.1. L'éclairage

Au total, la pertinence de neuf recommandations touchant l'éclairage pour la prévention des chutes à domicile a été évaluée par les experts. Les trois experts sont majoritairement en accord sur le niveau de pertinence des recommandations, soit cinq recommandations sur neuf. L'information concernant la recommandation R8 n'a pas été obtenue du participant 1 (P1). Toutefois, les participants 2 (P2) et 3 (P3) ont tous deux attribué un niveau élevé pour cette recommandation, soit d'effectuer des essais pour trouver la bonne teinte de lumière artificielle à utiliser. Également, le fait d'orienter l'éclairage d'appoint vers l'objet à mettre en évidence est considéré comme étant une intervention fortement pertinente selon l'ensemble des participants. Selon P1, il faut tenir compte du degré d'éblouissement du client. Le participant 2 (P2) identifie un élément facilitant l'application de cette recommandation :

« Facilitant si l'éclairage est orienté sur la tâche, si plusieurs lampes d'appoint sont disponibles dans le domicile, ou encore si la lampe d'appoint est facilement transportable (ex. à batterie et de petite dimension) d'un endroit à l'autre. »

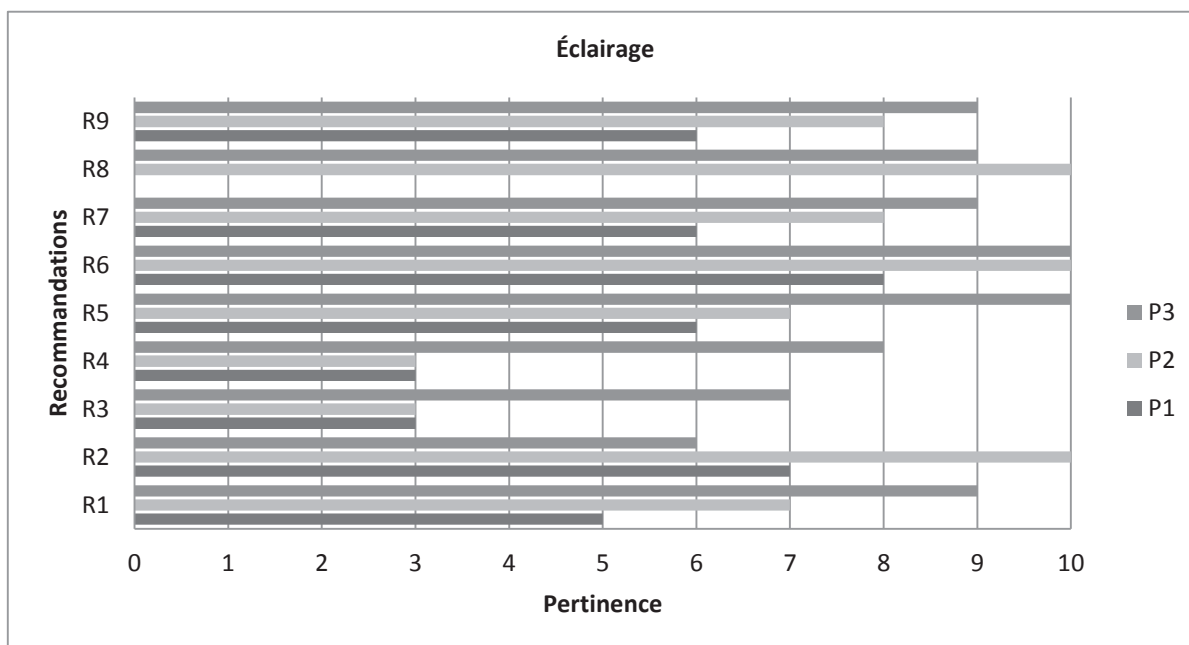


Figure 1 : Valeurs accordées par les experts sur chacune des recommandations en lien avec l'éclairage

Toutefois, les experts ont attribué un niveau de pertinence faible à deux recommandations. La première consiste à faciliter le repérage de l'interrupteur de la lumière avec utilisant un cadre contrastant (R3). Le P1 conseille de « privilégier une méthode de repérage tactile ». La deuxième recommandation conseille l'utilisation d'un détecteur de présence pour activer la lumière (R4). Le P2 nuance les deux recommandations par le même commentaire sur l'applicabilité :

« La vision n'est pas nécessaire selon moi dans cette activité. Nos habiletés compensatoires (tactiles, proprioceptives, cognitives) sont suffisantes. Toutefois, peut être utile en cas d'accessibilité universelle. »

En lien avec les recommandations sur l'éclairage, le degré d'éblouissement est un facteur d'applicabilité pour cinq recommandations (R1, R5, R6, R7 et R9) selon les experts. Par exemple, l'augmentation de la luminosité afin de mieux voir les obstacles et les changements de surfaces (R5) doit être faite en tenant compte du niveau d'éblouissement du client. Comme rapporte P2, cette augmentation d'éclairage peut être plus nuisible qu'aidante

dans certains cas. Également, l'application des recommandations R1, R6 et R9 est influencée par la tolérance aux différents types de l'éclairage du client.

5.2.1.2. L'éblouissement

La figure 2 présente l'évaluation de la pertinence des cinq recommandations en lien avec l'éblouissement dans le cadre de la prévention des chutes à domicile.

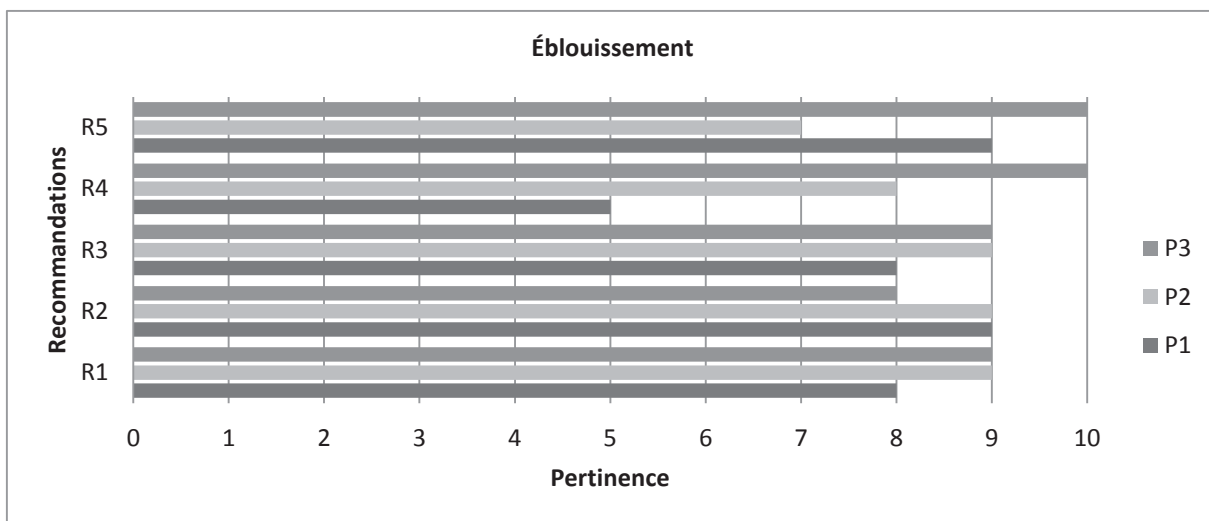


Figure 2 : Valeurs accordées par les experts sur chacune des recommandations en lien avec l'éblouissement

Les trois experts sont majoritairement en accord sur la pertinence des recommandations en lien avec l'éblouissement, et ce, en attribuant un niveau de pertinence élevé à trois recommandations (R1, R2 et R3). Dans un premier temps, les experts sont en accord sur le fait que l'utilisation de stores de lamelles inclinables pour la régulation de l'intensité et de la diffusion de la lumière dans une pièce (R1) est une intervention pertinente pour diminuer l'éblouissement. Le P2 apporte une nuance à l'applicabilité de la recommandation en mentionnant la réticence possible des clients à modifier leur environnement de peur de nuire à leurs proches et où ceux-ci ne sont pas entièrement en accord avec les modifications proposées. Dans un deuxième temps, le fait de favoriser un recouvrement de sol de fini mat au lieu d'un fini luisant (R2) est considéré comme une intervention appropriée pour réduire les risques de chutes. Pour l'applicabilité de cette recommandation, le P2 identifie le même obstacle que R1. Finalement, l'importance de masquer les sources d'éclairage afin qu'elles ne soient pas visibles (R3) est également validée par les experts comme étant fortement pertinente dans la prévention

des chutes. Le P1 précise qu'il faut rediriger l'éclairage vers la tâche et non vers les yeux de la personne. Également, le P2 mentionne que cette recommandation est applicable pour la grande majorité de leur client.

Pour l'applicabilité, les participants mentionnent la contribution de la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour l'achat d'aides techniques telles que des lunettes teinté et de visière.

5.2.1.3. Le contraste

La figure 3 présente l'évaluation de la pertinence des trois recommandations en lien avec le contraste dans le cadre de la prévention des chutes à domicile.

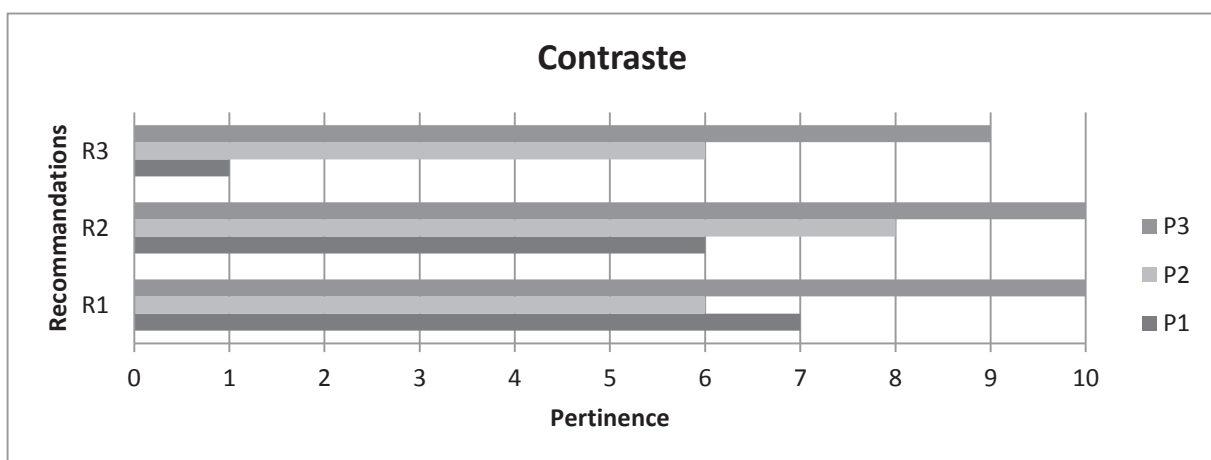


Figure 3 : Valeurs accordées par les experts sur chacune des recommandations en lien avec le contraste

L'évaluation des recommandations sur le contraste donne des opinions variées sur la pertinence des interventions. Pour les deux premières recommandations, deux experts sur trois sont en accord sur le niveau de pertinence. Également, l'évaluation de la recommandation R3 proposant l'ajout d'une bande d'éveil contrastante sur chaque volée de marche présente des valeurs partagées sur la pertinence. Effectivement, le P1 identifie un niveau de pertinence nul, alors que le P2 note un niveau de pertinence moyen et le P3 indique un niveau élevé. Seulement P2 détaille l'application de cette recommandation où ce dernier mentionne que cette intervention est pertinente pour l'accessibilité universelle. Toutefois, il est ajouté que cette

intervention n'est pas nécessaire si le champ visuel périphérique du client est bon et s'il y a utilisation d'une canne de détection.

L'applicabilité des recommandations touchant le contraste dans l'environnement a été détaillée uniquement par le P2. Il mentionne que l'augmentation des contrastes dans l'environnement comme les fournitures, les décorations, corridor, porte et mur ainsi que l'ajout de bande d'éveil contrastante sur chaque volée de marche sont des recommandations favorisant l'accessibilité universelle d'un environnement.

5.2.1.4. L'organisation de l'environnement

La figure 4 présente l'évaluation de la pertinence des six recommandations en lien avec l'organisation de l'environnement dans le cadre de la prévention des chutes à domicile.

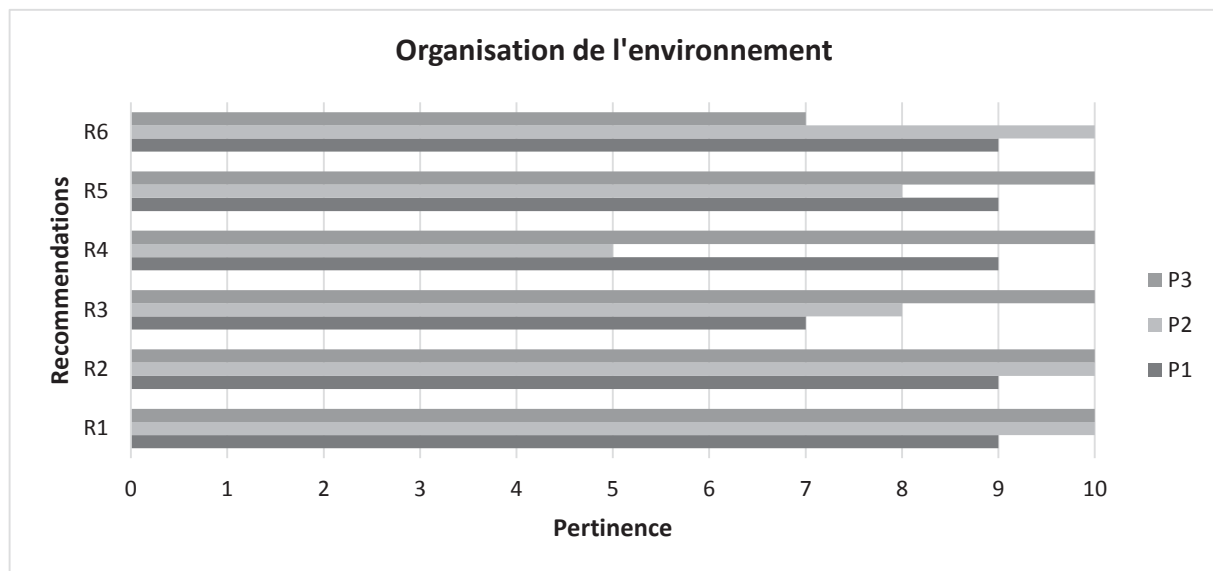


Figure 4 : Valeurs accordées par les experts sur chacune des recommandations en lien avec l'organisation de l'environnement

Les experts sont en accord pour la majorité des recommandations concernant l'organisation de l'environnement, soit trois recommandations sur cinq. Pour ce, un niveau de pertinence élevé est attribué pour ces recommandations (R1, R2 et R5). Dans un premier temps, lors de modifications dans l'environnement tel que le déplacement d'un élément, il est considéré fort important selon la validation des experts d'expliquer ces derniers aux clients (R1). Selon

P2, l'applicabilité de cette recommandation demande une sensibilisation auprès des professionnels travaillant avec cette personne, mais également auprès du réseau social de celle-ci sur les impacts fonctionnels que cela peut engendrer. Dans un deuxième temps, l'élimination d'obstacles non nécessaires dans les zones de déplacements (R2) est indiquée comme fortement pertinent pour la prévention des chutes selon les experts. Selon P2, la sensibilisation est un point important à prendre en compte dans la mise en œuvre de cette recommandation. De plus, cette intervention est autant applicable pour les personnes ayant des atteintes motrices ou visuelles. Également, le prolongement des mains courantes de 30 cm aux extrémités des escaliers (R5) est perçu comme fort pertinent par les experts. Selon P3, l'application de cette dernière répond aux normes minimales en vigueur dans le code du bâtiment. Dans le même sens, P2 mentionne que cette caractéristique permettant d'identifier le début et la fin de l'escalier est importante pour favoriser l'accessibilité universelle. Finalement, la présence de marches de dimensions constantes (R6) est évaluée comme étant fortement pertinente pour deux experts (P1 et P2). Toutefois, il est nuancé que ce type de recommandations demandant une implication financière du client sont vues comme étant un élément limitant l'application. Pour ce, rénover des marches de dimensions non constantes initialement peut engendrer des frais importants pour le client et son entourage et ainsi nuire à la réalisation de cette intervention.

En somme, le tableau 9 présente les recommandations pour la prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées ayant une déficience visuelle ayant reçu majoritairement une valeur de pertinence de huit ou plus par au moins deux experts. Ceci fait en sorte que la recommandation est considérée comme étant fortement pertinente.

Tableau 9: Recommandations de pertinence élevée pour la prévention des chutes à domicile

Recommandations pour la prévention des chutes chez les personnes âgées ayant une déficience visuelle
Éclairage
R6 Orienter l'éclairage d'appoint sur l'objet à voir (ex. : éléments architecturaux) (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2003)
R7 Utiliser des ampoules fluorescentes pour éclairer les zones de passages (corridors et escaliers) (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2003)
R8 Effectuer des essais pour trouver la bonne teinte de lumières artificielles (Christiaen, 2004)
R9 Assurer un bon éclairage général de base en utilisant des ampoules fluorescentes (Ratelle, Lemay & Kreis, 2003)

Éblouissement
R1 Utiliser des stores de lamelles inclinables pour réguler l'intensité et la diffusion de la lumière dans une pièce (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2003; Russo & Bowen, 2013)
R2 Éviter les planchers luisants en favorisant un revêtement avec un fini mat (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2003; Swann, 2008)
R3 Cacher les sources d'éclairage afin qu'elles ne puissent pas être visibles (Christiaen, 2004)
R4 Lors des déplacements à l'extérieur, porter des lunettes fumées avec des lentilles de teintes foncées (Christiaen-Colmez, Julien Simonet & Nicolet, 2013; Riddering, 2001)
R5 Lors des déplacements à l'extérieur, porter un chapeau/casquette (Christiaen-Colmez, Julien Simonet & Nicolet, 2013; Riddering, 2001)
Contraste
R3 Augmenter les contrastes dans l'environnement (fourniture, décoration, corridor, porte, mur, etc.) (Kaldenberg 2013; Ratelle, Lemay & Kreis, 2003; Russo & Bowen, 2013; Swann, 2008)
Organisation de l'environnement
R1 Si déplacement de meuble ou élément de l'environnement, expliquer les modifications à la personne (Newton & Sanderson, 2013; Russo & Bowen, 2013)
R2 Éliminer les objets non nécessaires dans les corridors (Kaldenberg, 2013; Weisser-Pike, Kaldenberg, 2010)
R3 Utiliser des repères tactiles au début et à la fin d'un escalier (Swann, 2008; Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)
R4 Favoriser un sol antidérapant (Christiaen, 2004; Swann, 2008)
R5 Faire dépasser les mains courantes de 30 cm à chaque extrémité de l'escalier (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2003; Swann, 2008; Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)
R6 Marches de dimensions constantes (Christiaen, 2004)

5.2.2. Recommandations pour la participation à des occupations variées

La partie sur la participation à des occupations variées comprend un total de 48 recommandations touchant 13 occupations. Les prochaines sections présentent les résultats sur la pertinence et l'applicabilité de ces dernières.

5.2.2.1. *Se lever/s'habiller/ranger sa chambre*

La figure 5 présente les valeurs de la pertinence (de 0 à 10) accordées par les experts pour chacune des trois recommandations portant sur les occupations de se lever de son lit, s'habiller et ranger sa chambre. Ces recommandations touchent les éléments de l'environnement dans lequel prend place l'occupation, mais également sur la manière d'effectuer l'occupation.

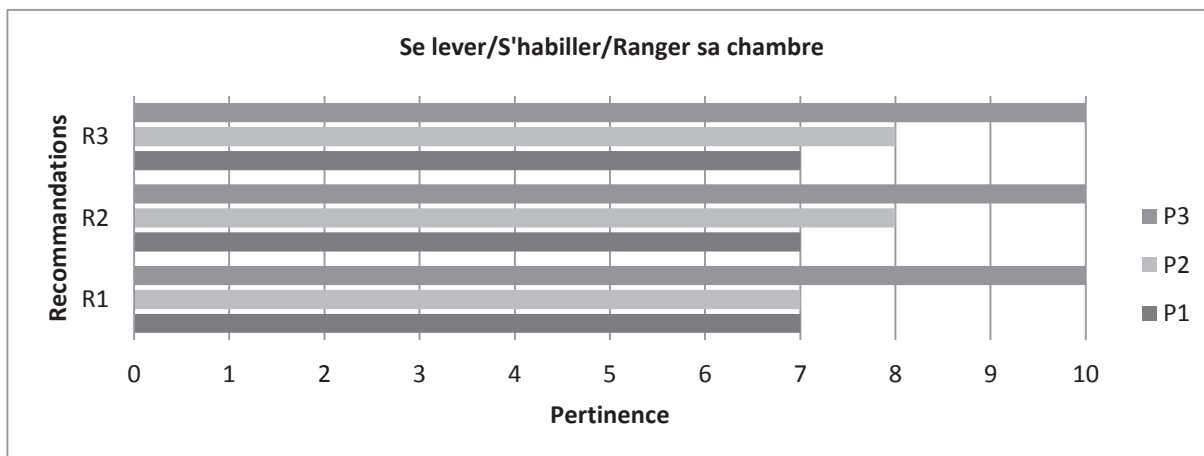


Figure 5 : Valeurs accordées par les experts sur chacune des recommandations pour le groupe d'occupation en lien de se lever de son lit, s'habiller et ranger sa chambre

Pour ce groupe d'occupations, les recommandations n'ont pas obtenu un niveau de pertinence unanime à la suite des valeurs données par les experts. Toutefois, pour chacune des recommandations, un niveau de pertinence majoritaire est observé, soit deux experts sur trois sont en accord. Dans un premier temps, l'augmentation de la luminosité ambiante (R1) est identifiée comme étant une recommandation de pertinence moyenne par P1 et P2, alors que P3 l'évalue comme étant fortement pertinente. Sur l'applicabilité, P1 et P2 sont en accord sur l'important de prendre en compte le degré d'éblouissement de la personne. Pour ce, l'augmentation de la luminosité peut être plus nuisible qu'aidante pour la personne, selon P2. Dans un deuxième temps, l'ajout de source de lumière dans la garde-robe et les placards (R2) et l'installation d'un système de couleurs de vêtements (R3) sont associés à un niveau de pertinence élevé par P2 et P3, alors que P1 les évalue comme étant de pertinence moyenne. Selon P2, l'ajout de source de lumière est une recommandation utile en « mode voyant », alors que le système de reconnaissance des vêtements est plus utile en « mode aveugle ». Selon P3, la reconnaissance tactile des vêtements est à privilégier.

5.2.2.2. Soins corporels/prendre une douche/prendre un bain/hygiène au lavabo

La figure 6 présente les valeurs de la pertinence accordées par les experts pour chacune des trois recommandations en lien avec les soins corporels tels que prendre une douche, prendre un bain et effectuer l'hygiène au lavabo. Les recommandations présentes dans cette section touchent les éléments de l'environnement dans lequel se déroulent ces occupations.

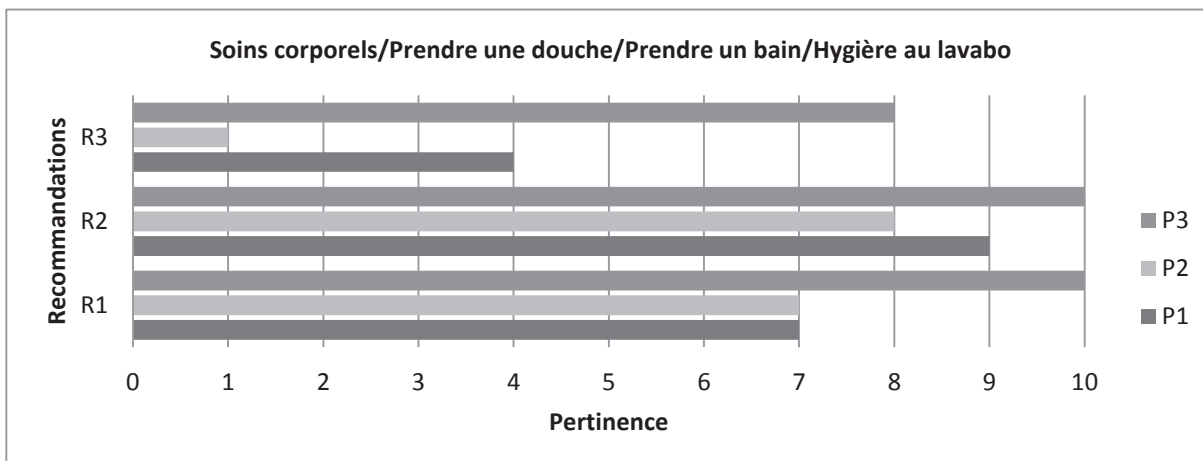


Figure 6 : Valeurs accordées par les experts sur chacune des recommandations en lien avec les soins personnels/prendre une douche/prendre un bain/Hygiène au lavabo

Sur les trois recommandations, une seule a eu reçu le même niveau de pertinence de la part de tous les experts, soit la présence d'un recouvrement de sol non luisant et antidérapant (R2). Effectivement, les notes des participants pour cette recommandation correspondent à un niveau de pertinence élevée. Toutefois, selon P2, l'application de telle recommandation est plutôt rare et non pertinente dans les cas où le recouvrement de sol doit être modifié en entier. Dans ce cas, l'installation d'une surface antidérapante est ajoutée (P2 et P3). Finalement, l'utilisation d'un bain de couleur contrastante n'a pas donné des résultats similaires chez les experts, où trois niveaux de pertinence différents sont notés. Pour l'applicabilité, P1 et P2 proposent l'utilisation d'un tapis contrastant.

5.2.2.3. Utiliser les toilettes

La figure 7 présente les valeurs de la pertinence accordées par les experts pour chacune des deux recommandations en lien avec l'occupation d'utiliser les toilettes. Ces recommandations abordent l'environnement dans lequel prend place l'occupation, c'est-à-dire la salle de bain.

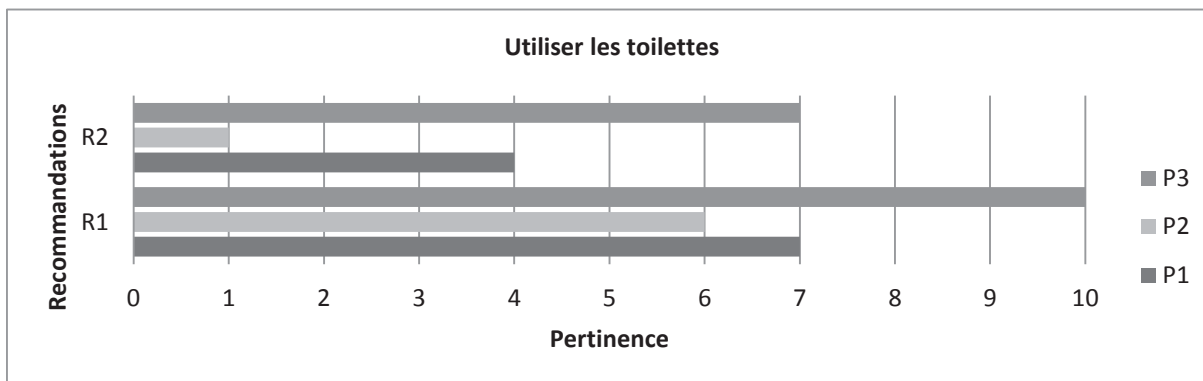


Figure 7 : Valeurs accordées par les experts sur chacune des recommandations en lien avec l'utilisation des toilettes.

L'utilisation d'un siège de toilette de couleur contrastante (R2) reçoit des valeurs variées où trois niveaux de pertinence différents sont cumulés. Comme l'utilisation d'un bain de couleur contrastante, P2 mentionne que la personne connaît l'emplacement de sa toilette et ses habiletés compensatoires peuvent être utilisées pour se diriger.

5.2.2.4. Préparation et prise de repas

La figure 8 présente les valeurs de la pertinence accordées par les experts pour chacune des sept recommandations en lien avec les occupations de préparation et prise de repas. Les recommandations touchent l'environnement dans lequel se déroule l'occupation (éclairage, outils, etc.) et les aptitudes de la personne (habiletés visuelles).

Sur les sept recommandations, seul deux recommandations (R3 et R7) ont fait l'unanimité auprès des experts où un niveau de pertinence élevé est attribué. La première recommandation est l'utilisation d'une planche à couper de couleur contrastante aux aliments (R3). L'utilisation d'une telle planche est vue comme un facilitateur pour couper des aliments, mais augmente le temps d'accomplissement de la tâche, selon P2. Donc, il y a augmentation de l'autonomie dans la tâche, mais une diminution de l'efficacité.

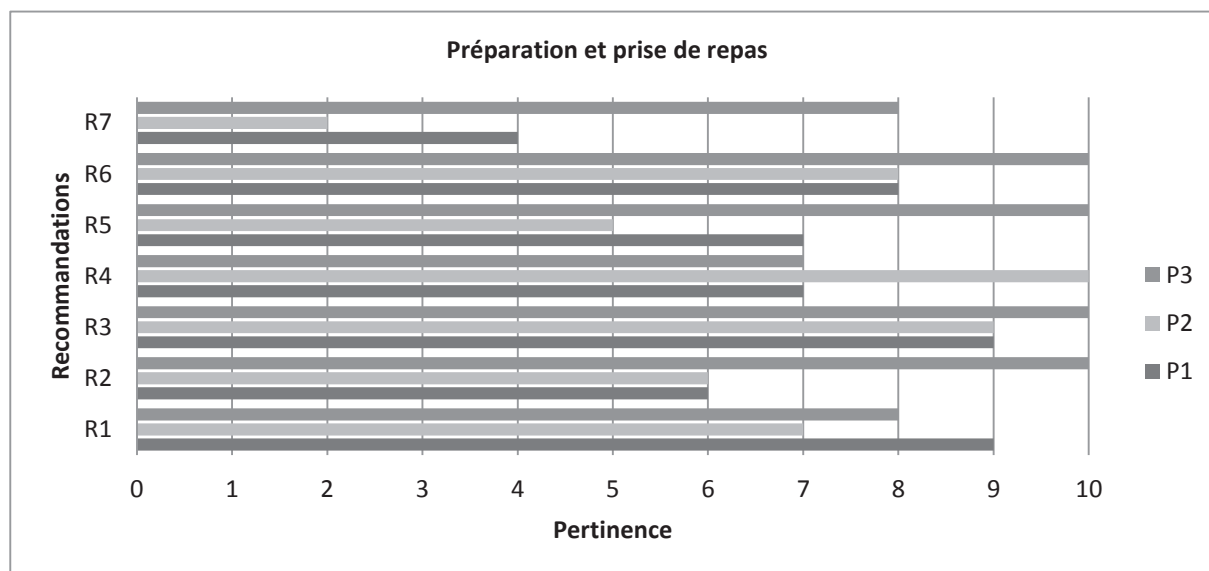


Figure 8 : Valeurs accordées par les experts sur chacune des recommandations pour le groupe d'occupation en lien avec la préparation et prise de repas

Finally, the use of plates with wide, bright borders (R7) is evaluated as having low relevance by two experts out of three. In this case, the contrast of the plates is favored over bright colors, according to P2.

5.2.2.5. Faire la lessive

The figure 9 presents the relevance values awarded by the experts for each of the two recommendations related to the occupation of doing laundry. These recommendations concern the environment in which the occupation takes place (ambient light) and the aptitudes of the person.

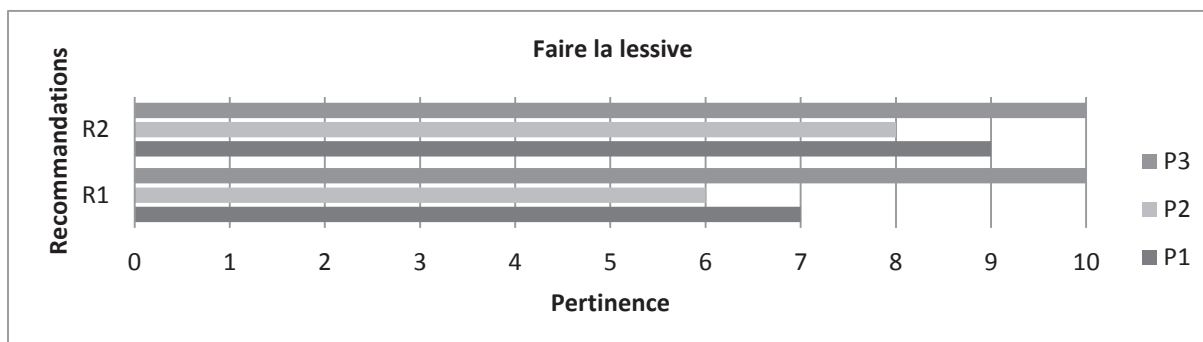


Figure 9 : Valeurs accordées par les experts sur chacune des recommandations pour le groupe d'occupation en lien avec la lessive

La recommandation concernant l'augmentation de la lumière ambiante (R1) a reçu une valeur de pertinence moyenne par P1 et P2, alors que P3 accorde une valeur de pertinence élevée. Selon P2, il est plus pertinent d'augmenter la luminosité au besoin. Également, P1 mentionne la possibilité que cette intervention augmente le niveau d'éblouissement dans les cas où les électroménagers sont en chrome ou blanc.

La seconde recommandation (R2) pour faciliter la lessive est évaluée par l'ensemble des experts comme étant fortement pertinente. Selon P2, un système d'identification des couleurs est utile en « mode aveugle » ou selon la pathologie visuelle. Également, cette recommandation est plus facile à appliquer lorsque le client présente de bonnes habiletés organisationnelles et permet de différencier plus efficacement les couleurs semblables (ex. : noir, marine, brun, gris foncé, etc.).

5.2.2.6. Entretien ménager

La figure 10 présente les valeurs de la pertinence accordées par les experts pour chacune des trois recommandations en lien avec le groupe d'occupation pour l'entretien ménager. Ces recommandations touchent l'environnement dans lequel se déroule l'occupation (lumière ambiante) et les caractéristiques de l'occupation.

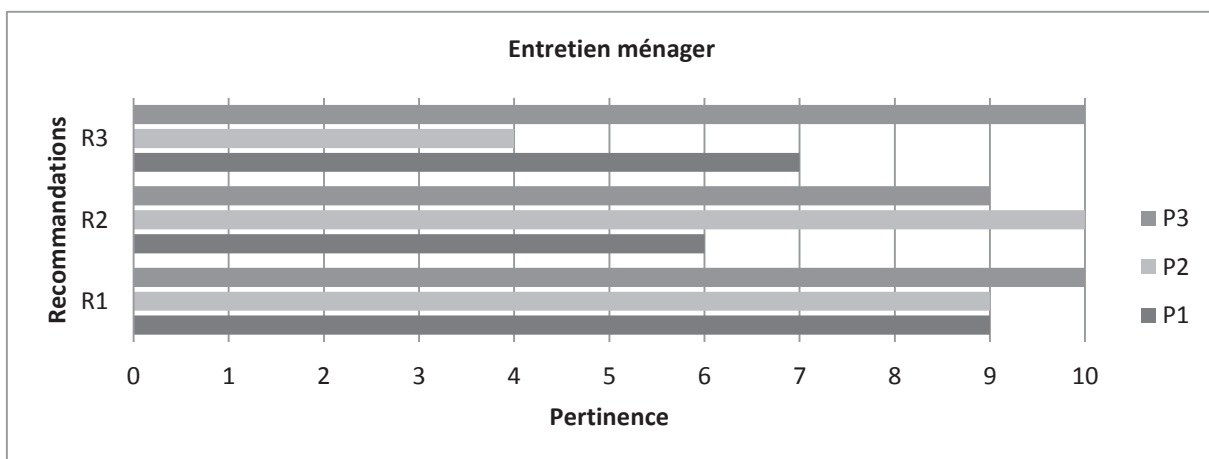


Figure 10 : Valeurs accordées par les experts sur chacune des recommandations pour le groupe d'occupation en lien avec l'entretien ménager

Une seule recommandation résulte à un niveau unanime de pertinence, soit l'organisation des produits et outils nécessaires (R1). L'applicabilité de cette recommandation

est facilitée par le soutien du réseau social permettant de maintenir l'organisation établie. De plus, la présence de peu de produits et outils représente un élément facilitateur (P2).

Pour ce groupe d'occupation, la recommandation sur l'augmentation de la luminosité (R3) a reçu des valeurs de pertinences différentes de la part des experts. Pour ce, P2 mentionne que cette intervention est moins pertinente que pour les autres occupations, car « la luminosité ne permettra pas de voir les saletés au sol ou sur un comptoir de couleur ».

5.2.2.7. Utiliser le téléphone

La figure 11 présente les valeurs de la pertinence accordées par les experts pour chacune des cinq recommandations en lien avec l'utilisation du téléphone. Ces recommandations touchent l'environnement dans lequel se déroule l'occupation (lumière ambiante) ainsi que les habiletés de la personne.

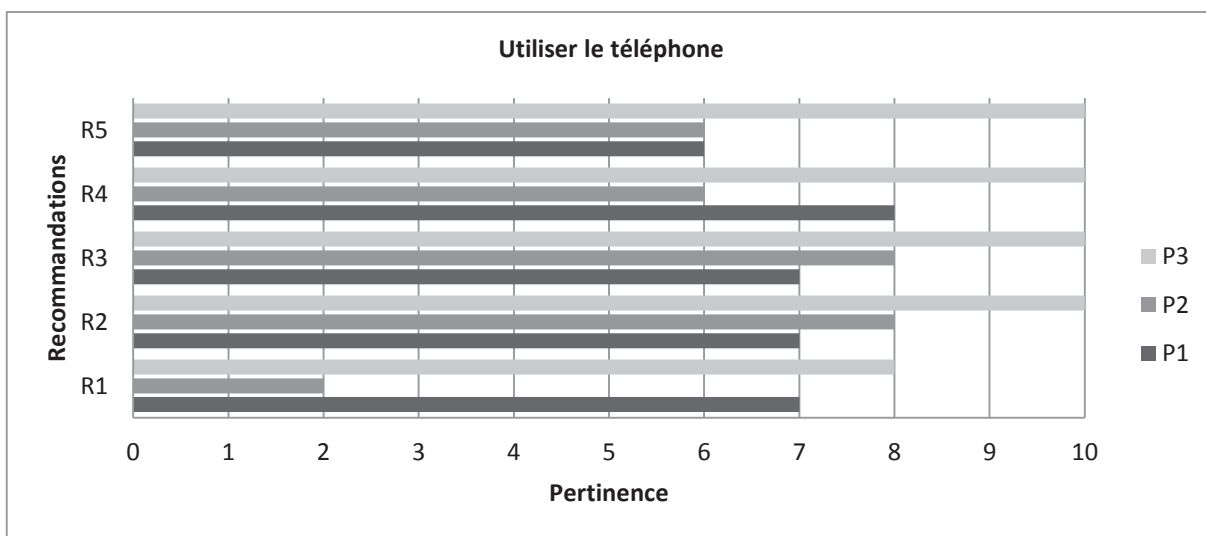


Figure 11 : Valeurs accordées par les experts sur chacune des recommandations pour le groupe d'occupation en lien avec l'utilisation du téléphone

Aucune recommandation n'a eu un niveau de pertinence unanime suite aux valeurs attribuées par les experts. Toutefois, quatre recommandations ont eu un total de deux experts en accord. Les interventions consistant à augmenter la luminosité d'appoint à l'aide d'une lampe en col de cygne (R2), à imprimer les numéros de téléphone en gros caractères (R3) et à masquer les fonctions inutiles sur le téléphone (R4) sont considérées comme des interventions

fortement pertinentes par deux experts sur trois. De plus, l'utilisation d'un téléphone à grosses touches programmables est identifiée comme étant moyennement pertinente par deux experts sur trois. Dans ce cas, P3 mentionne que le point négatif de cette recommandation est la nécessité d'avoir des capacités mnésiques adéquates. Néanmoins, un simple problème visuel n'entraîne pas nécessairement l'utilisation d'un tel outil, selon P2.

Enfin, la recommandation proposant l'entraînement aux habiletés visuelles (R1) a conduit à trois niveaux de pertinence différents chez les experts, soit un niveau de pertinence faible (P2), moyen (P1) et élevé (P3). Selon P2, les habiletés tactiles sont plus importantes dans ce cas-ci où il sera possible pour la personne de pouvoir utiliser tous types de téléphones.

5.2.2.8. Écriture

La figure 12 présente les valeurs de la pertinence accordées par les experts pour chacune des cinq recommandations en lien avec l'écriture. Ces recommandations touchent l'environnement dans lequel se déroule l'occupation, c'est-à-dire la lumière ambiante ainsi que les caractéristiques de l'occupation.

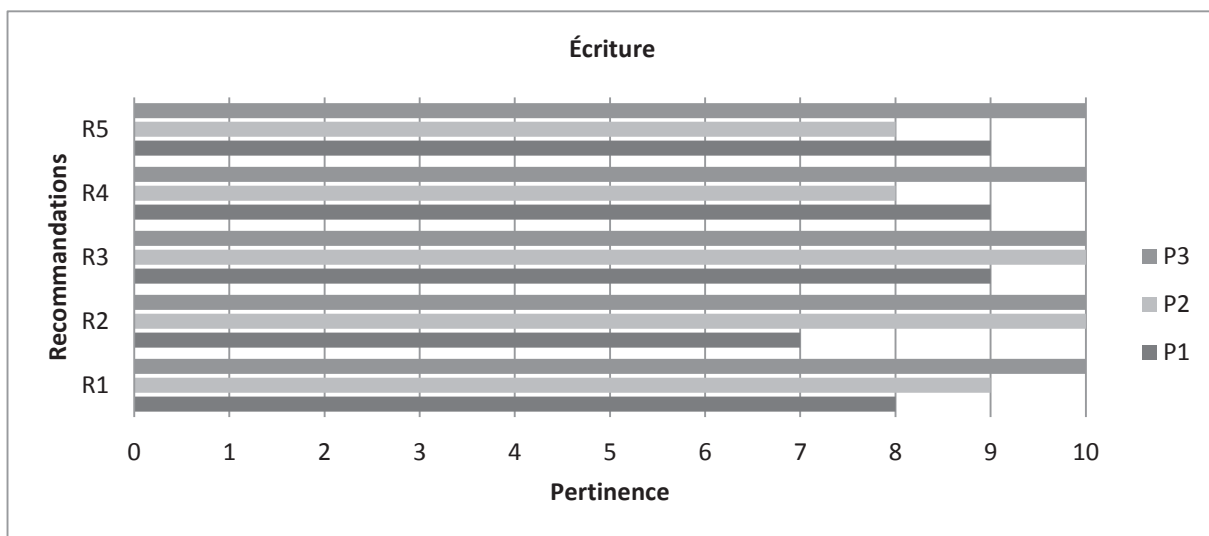


Figure 12 : Valeurs accordées par les experts sur chacune des recommandations pour le groupe d'occupation en lien avec l'écriture

Quatre recommandations sur cinq ont reçu de manière unanime un niveau de pertinence élevée. Premièrement, l'utilisation d'un crayon-feutre noir au lieu d'un stylo à bille (R1) est

évaluée comme étant une recommandation fortement pertinente. L'utilisation d'un tel crayon facilite la relecture pour la grande majorité des clients, selon P2. De plus, ceci est associé à un coût minime et présente un rendement intéressant, selon P3. Toutefois, s'il y a présence de difficulté motrice, il est possible de favoriser de la micrographie (P2). Deuxièmement, placer la source lumineuse du côté de la main non dominante lors de l'écriture (R3) est une intervention pertinente pour faciliter cette tâche chez les personnes âgées ayant une déficience visuelle. L'applicabilité de cette recommandation se voit facilitée dans le cas où la personne se placerait toujours au même endroit pour écrire, ce qu'il empêche de déplacer la lampe constamment (P2). Troisièmement, le fait d'écrire sur une surface de couleur contrastante à la feuille (R4) est évalué comme étant une intervention fortement pertinente selon les experts. Dans le même sens que la recommandation R3, le maintien de la surface contrastante à un endroit précis facilite l'applicabilité de la recommandation, car les personnes prennent rarement le temps de bien s'installer particulièrement lorsque l'écriture est de courte durée (P2). Finalement, l'écriture en lettre moulée (R5) présente également un niveau élevé de pertinence. L'applicabilité peut être difficile dans le cas où cela demanderait un changement d'habitude de la part du client (P2 et P3).

5.2.2.9. Prise de médicaments

La figure 13 présente les valeurs de la pertinence accordées par les experts pour chacune des six recommandations en lien avec la prise de médication. Ces recommandations touchent l'environnement dans lequel se déroule l'occupation ainsi que les caractéristiques de l'occupation.

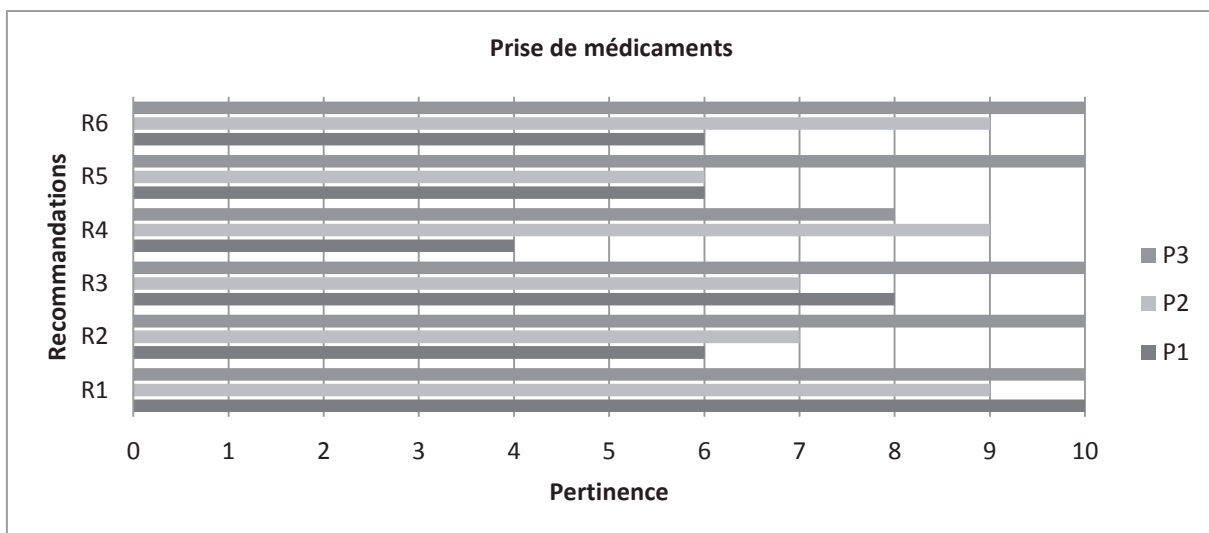


Figure 13 : Valeurs accordées par les experts sur chacune des recommandations pour le groupe d'occupation en lien avec la prise de médicaments

Parmi les recommandations permettant de faciliter la prise de médicaments par les personnes âgées ayant une déficience visuelle, une seule a obtenu l'unanimité en termes de pertinence. Cette recommandation propose l'implantation de stratégies d'organisation des médicaments afin d'assurer l'adhérence à la prise des médicaments (R1). De plus, l'applicabilité de cette stratégie d'organisation est facilitée chez des personnes ayant déjà de telles stratégies d'organisation au quotidien (P2). Sinon, de bonnes capacités d'apprentissage se doivent d'être présentes chez le client, en plus d'une certaine motivation à maintenir la stratégie (P2). Néanmoins, une telle intervention nécessite une bonne orientation temporelle, selon P3.

Également, l'utilisation d'un dispenseur (R3) et l'augmentation de la grosseur de l'écriture sur l'étiquette (R5) sont considérées comme étant des recommandations de pertinence élevée par la majorité des experts. Également, deux participants (P2 et P3) mentionnent que leur applicabilité peut être facilitée dans les cas où ceux-ci peuvent être offerts par la pharmacie responsable de la vente des médicaments du client.

5.2.2.10. Interactions sociales

La figure 14 présente la valeur de la pertinence accordée par les experts pour la recommandation en lien avec la participation à des interactions sociales. Cette dernière est en lien avec l'environnement où se déroule l'occupation, soit par l'augmentation de la luminosité ambiante. Selon P2, ceci permet de mieux voir les visages des gens. Également, la recommandation est davantage appliquée lorsque les gens impliqués sont conscients de la déficience visuelle ce qui favorise l'initiative de ceux-ci pour se placer face à la fenêtre par exemple.

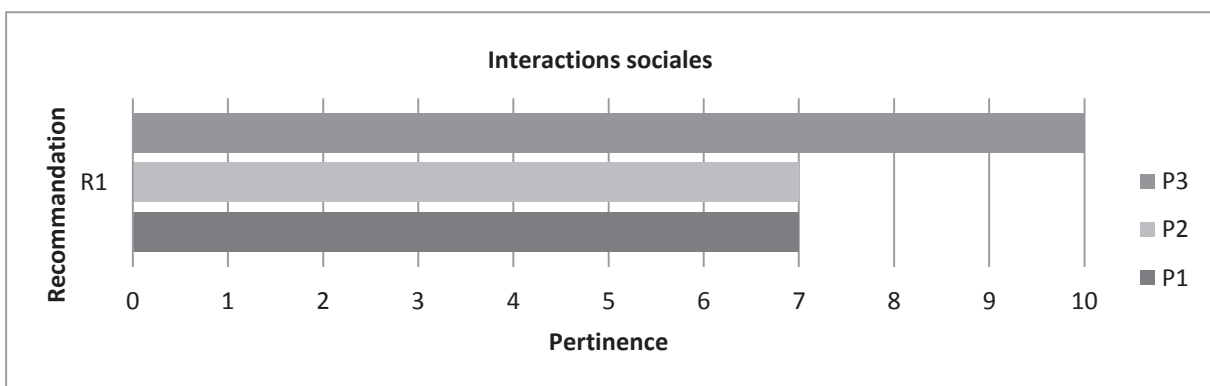


Figure 14 : Valeur accordée par les experts pour la recommandation en lien avec les interactions sociales

5.2.2.11. Activités quotidiennes significantes et amusantes

La figure 15 présente les valeurs de la pertinence accordées par les experts pour chacune des huit recommandations en lien avec la participation à des activités quotidiennes significantes et amusantes. Ces recommandations touchent l'environnement dans lequel se déroule l'occupation, les caractéristiques de l'occupation ainsi que les aptitudes de la personne.

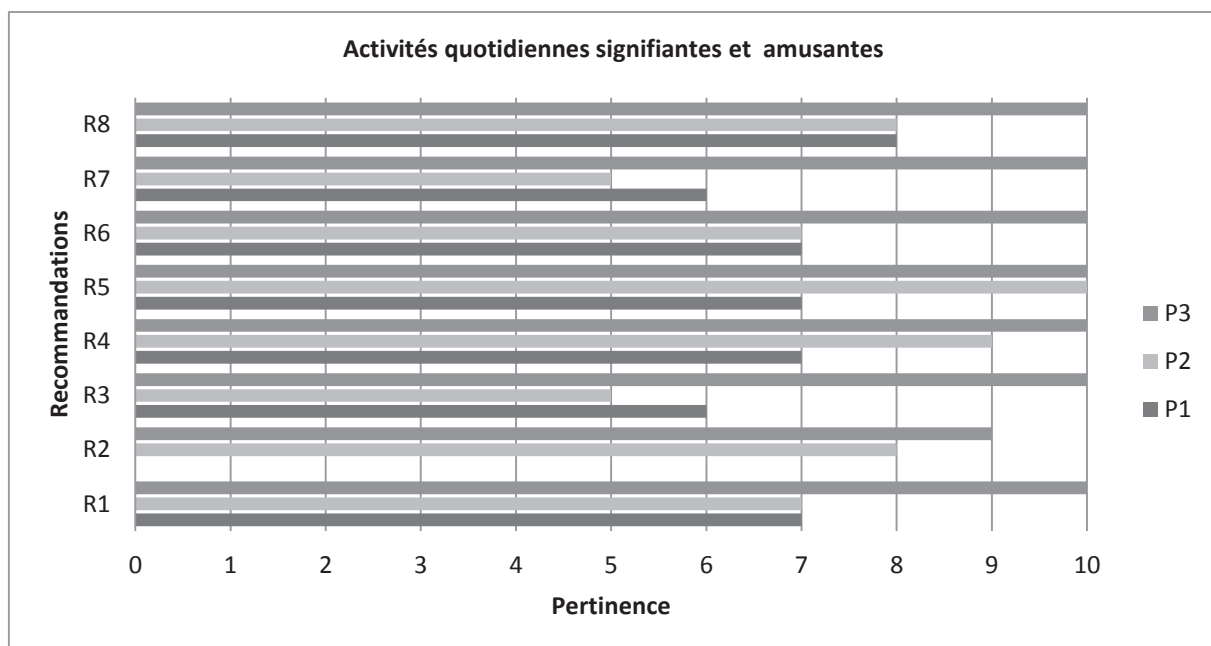


Figure 15 : Valeurs accordées par les experts sur chacune des recommandations pour le groupe d'occupation en lien avec des activités quotidiennes significantes et amusantes

Au total, quatre recommandations (R1, R3, R6, et R7) sont associées à un niveau de pertinence moyen par deux experts sur trois. Comme les autres recommandations précédentes, certains facteurs peuvent interférer à l'applicabilité de la recommandation. Dans le cas du grossissement des mots croisés (R3), l'efficacité de cette intervention doit prendre en considération les capacités visuelles où une personne ayant une atteinte importante pourrait bénéficier davantage de l'utilisation de la télévisionneuse (P2). Également, l'augmentation de la luminosité d'appoint lors de la lecture (R6) peut être une intervention nuisible si le degré d'éblouissement du client n'est pas pris en compte (P2).

Le positionnement du téléviseur loin de la fenêtre afin de réduire l'éblouissement de l'écran est l'unique recommandation ayant reçu des valeurs de pertinence unanime, soit une

pertinence élevée. Toutefois, l'aspect de la capacité d'adaptation face à ce changement est noté par les experts (P2 et P3) pour l'applicabilité. De plus, il est soulevé que l'aspect esthétique du changement est considéré comme étant un facilitant au repositionnement du téléviseur (P2).

Enfin, la pertinence de la recommandation proposant la prévention des symptômes dépressifs (R2) a été évaluée uniquement par P2 et P3, car P1 exprime une interrogation sur la signification de la recommandation en soi. Néanmoins, dans la section de l'applicabilité, P1 mentionne que l'identification des symptômes doit être faite pour tous. Également, selon P2, cette démarche demande au professionnel d'être attentif à ces symptômes, et ce, en raison du processus de deuil en cours chez ce type de client. Il demeure que la sensibilisation du réseau social face à de tels symptômes est un facteur facilitant.

5.2.2.12. Lecture de l'heure

La figure 16 présente les valeurs de la pertinence accordées par les experts pour chacune des deux recommandations en lien avec la lecture de l'heure. Ces recommandations touchent les caractéristiques de l'occupation.

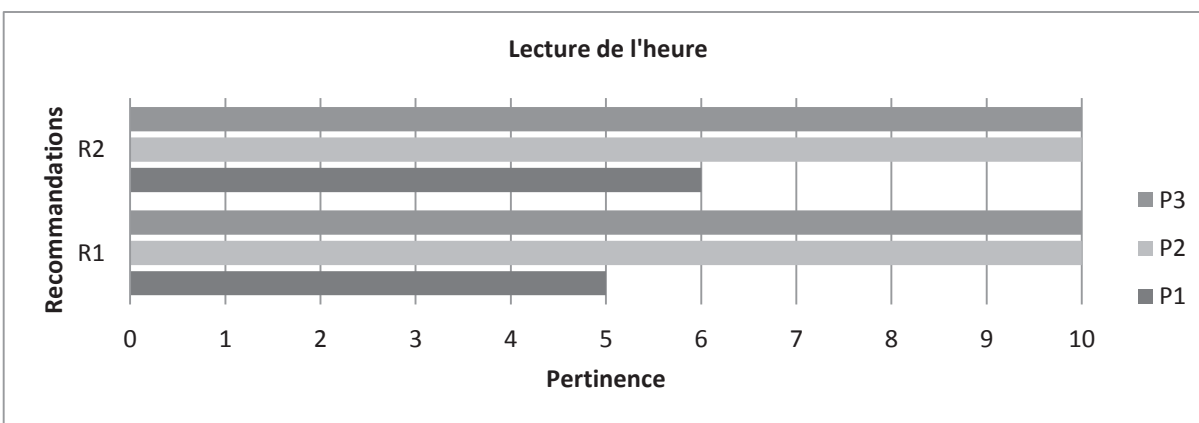


Figure 16 : Valeurs accordées par les experts sur chacune des recommandations pour le groupe d'occupation en lien avec la lecture de l'heure

La première recommandation (R1) propose l'utilisation d'une horloge avec lignes et chiffres de couleur contrastante afin de faciliter la lecture de l'heure. Deux experts sur trois (P2 et P3) attribuent une note correspondant à un niveau de pertinence élevée, alors que la valeur du troisième expert (P1) est associée à un niveau de pertinence moyenne. Selon P1, ce sont les

aiguilles qui doivent être larges et contrastantes pour faciliter la lecture de l'heure sur une horloge. De plus, une distance œil-horloge rapprochée est considérée comme un facilitant (P3). Toutefois, P2 nuance en mentionnant que cette recommandation touche les personnes fonctionnellement voyantes dans le cas où l'éclairage influencerait la lecture de l'heure.

La deuxième recommandation (R2) propose l'utilisation d'une montre avec synthèse vocale donnant l'heure. La validation de la pertinence a donné les mêmes résultats que la recommandation précédente. L'utilisation d'une telle aide technique permet d'avoir accès à l'heure en tout temps, même lorsque les conditions ne sont pas favorables (éclairage diminué, vision moins bonne) (P2). Toutefois, une bonne discrimination auditive est requise (P3) où la synthèse vocale n'est pas toujours facile à comprendre (P1) et où il est possible de déranger les autres personnes autour (P1).

5.2.2.13. Faire de l'activité physique

La figure 17 présente la valeur de la pertinence accordée par les experts pour la recommandation en lien avec la pratique d'activités physiques. Cette dernière conseille la participation à un programme d'exercice pour augmenter l'équilibre chez les personnes âgées ayant une déficience visuelle. Deux experts sur trois (P1 et P3) attribuent une note correspondant à un niveau de pertinence élevée, alors que la valeur du troisième expert (P2) est associée à un niveau de pertinence moyenne.

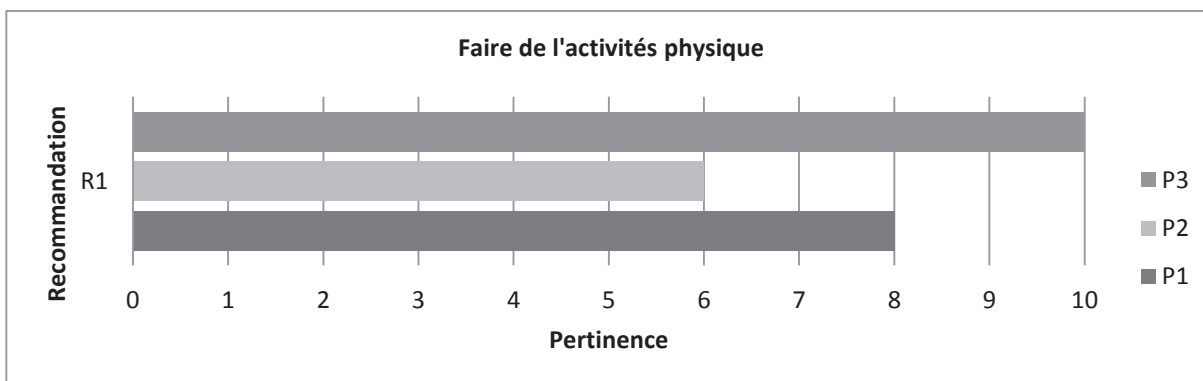


Figure 17 : Valeur accordée par les experts pour la recommandation pour le groupe d'occupation en lien avec la réalisation d'activité physique

Selon P2, certains clients sont référés dans un centre local de services communautaire (CLSC) pour participer à des groupes. Toutefois, l'applicabilité de cette recommandation est caractérisée par le délai entre la participation et la référence engendré par les listes d'attente des CLSC en plus de la nécessité d'un accompagnateur pour les déplacements. Également, P3 mentionne que les programmes d'équilibre présents dans le réseau de la santé ne sont pas adaptés à la condition visuelle.

En somme, le tableau 10 présente les recommandations pour la participation à des occupations variées chez les personnes âgées ayant une déficience visuelle qui ont reçues majoritairement une valeur de pertinence de huit ou plus par au moins deux experts lors de validation. Ceci fait en sorte que la recommandation est considérée comme étant fortement pertinente.

Tableau 10 : Recommandations de pertinence élevée pour la participation à des occupations variées

Recommandations pour la participation à des occupations variées chez les personnes âgées ayant une déficience visuelle
Se lever/s'habiller/ranger sa chambre
R2 Éclairer l'intérieur de la garde-robe et des placards en ajoutant des sources de lumière (Swann, 2008)
R3 Installer un système d'identification des couleurs de vêtements (Swann, 2008)
Soins corporels/prendre une douche/prendre un bain/hygiène au lavabo
R2 Plancher non luisant et antidérapant (Swann, 2008)
Préparation et prise de repas
R1 Entraînement aux habiletés visuelles (Kaldenberg, 2013)
R3 Utiliser une planche à couper de couleur contrastante aux aliments (Riddering, 2001)
R6 Utiliser un ensemble de vaisselle de couleur contrastante à la nappe (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2013; Russo & Bowen, 2013)
Faire la lessive
R2 Installer un système d'identification des couleurs de vêtements (Swann, 2008)
Entretien ménager
R1 Avoir uniquement les produits et outils nécessaires et les conserver à un endroit précis et facile d'accès (Kaldenberg, 2013)
R2 Nettoyer le plancher dans une direction et ensuite dans l'autre (ex. : en largeur puis en longueur.) (Kaldenberg, 2013)
Utiliser le téléphone
R2 Augmenter la luminosité par l'utilisation d'une lampe en col de cygne (lumière d'appoint) (Kaldenberg, 2013; Riddering, 2001; Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)
R3 Imprimer les numéros de téléphone en gros caractères (Riddering, 2001)
R4 Masquer les fonctions inutiles (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2013)

Écriture
R1 Utiliser un crayon-feutre au lieu d'un stylo à bille (Riddering, 2001)
R2 Augmenter la luminosité par l'utilisation d'une lampe en col de cygne (lampe d'appoint) (Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)
R3 Placer la lumière du côté de la main non dominante (Kaldenberg, 2013; Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)
R4 Placer la feuille sur une surface contrastante de la feuille blanche pour identifier les limites de la feuille (Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)
R5 Écrire en lettre détachée (Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)
Prise de médicaments
R1 Stratégies d'organisation des médicaments afin d'assurer l'adhérence aux médications (Kaldenberg, 2013; Weisser-Pike, & Kaldenberg, 2010)
R3 Utiliser un dispense (Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)
R4 Utiliser un fond qui contraste avec la couleur du contenu à médicament pour faciliter sa localisation (Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)
R5 Augmenter la grosseur de l'écriture sur l'étiquette (Kaldenberg, 2013; Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)
Activités quotidiennes significatives et amusantes
R2 Prévenir les symptômes de dépression (Newton & Sanderson, 2013)
R4 Utiliser un éclairage d'appoint facilitant l'activité (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2013)
R5 Utiliser un lecteur audio pour écouter des livres (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2013; Kaldenberg, 2013; Russo & Bowen, 2013)
R6 Positionner le téléviseur loin de la fenêtre pour éviter l'éblouissement sur l'écran (Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)
Lecture de l'heure
R1 Horloge avec ligne et chiffre de couleur contrastante afin de mieux lire l'heure (Riddering, 2001)
R2 Utiliser une montre avec synthèse vocale (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2003)
Faire de l'activité physique
R1 Participer à un programme d'exercice pour augmenter l'équilibre (Fauchard & Le Cren, 2008; Radvay et coll., 2007)

5.3. Contexte d'application des recommandations

Pour chacune des recommandations, les experts devaient préciser deux éléments relatifs à l'applicabilité, soit le niveau de soin auquel l'intervention est faite et le professionnel appliquant la recommandation. Les prochaines sections présentent les résultats portant sur ces deux éléments.

5.3.1. Niveau de soins

Les experts avaient à identifier à quel niveau de soins du système de santé, c'est-à-dire choisir entre les soins à domicile ou en centre de réadaptation chaque recommandation pouvait être appliquées. Le tableau 11 présente le nombre de recommandations correspondant au niveau

de soin, et ce pour la prévention des chutes ainsi que pour la participation à des occupations variées.

Tableau 11 : Recommandations par niveau de soin

	Soutien à domicile (SD)	Centre de réadaptation (CR)	SD et CR
Partie I – Prévention des chutes (Total : 23 recommandations)			
P1	0 (0 %)	10 (43 %)	13 (57 %)
P2	0 (0 %)	14 (61 %)	9 (39 %)
P3	0 (0 %)	23 (100 %)	0 (0 %)
Partie II – Participation à des occupations variée (Total : 48 recommandations)			
P1	0 (0 %)	30 (63 %)	18 (37 %)
P2	0 (0 %)	35 (73 %)	13 (27 %)
P3	0 (0 %)	48 (100 %)	0 (0 %)

Pour les recommandations en lien avec la prévention des chutes, un grand nombre de recommandations est réalisé uniquement en centre de réadaptation. Néanmoins, selon l'évaluation de P1, une majorité de recommandations peut être réalisée soit en soutien à domicile ou en centre de réadaptation visuelle.

Pour les recommandations en lien avec la participation à des occupations variées, les experts ont identifié le centre de réadaptation comme étant le niveau de soin principal.

L'expert P2 décrit la fonction des ergothérapeutes pour les différents niveaux de soin, selon son expérience professionnelle :

« Règle générale, les ergothérapeutes en CLSC font des recommandations “de bases”, concernant la prévention des chutes et l'importance de l'éclairage, contraste, etc. Toutefois, les recommandations plus précises, selon les atteintes visuelles du client, viennent davantage des professionnels en CR, puisqu'elles dépendent de l'évaluation en optométrie et des aides optiques recommandées par celui-ci (filtres, lentilles, loupe, télévisionneuse, etc.). En cas de PAD (programme d'adaptation de domicile), ce sont les ergothérapeutes du SAD (soutien à domicile) qui chapeaute le dossier, et les ergothérapeutes du CR agissent comme consultant pour le côté visuel. »

Les experts P1 et P2 ont attribué un plus grand nombre de recommandations correspondantes à une application en contexte de soutien à domicile et en centre de réadaptation visuelle lorsque celles-ci sont en lien avec la prévention des chutes. Contrairement à P1 et P2, P3 évalue l'application uniquement en contexte de réadaptation visuelle.

Aucun expert n'a identifié une application unique en contexte de soutien à domicile, et ce, en lien avec les recommandations pour la prévention des chutes et pour la participation à des occupations variées.

5.3.2. Professionnels de la santé impliqués

À partir des questionnaires complétés par les participants, il a été possible d'identifier différents professionnels de la santé, dont deux principaux pouvant intervenir auprès des personnes âgées avec une déficience visuelle et de ce fait, collaborant avec l'ergothérapeute. Ceux-ci sont les spécialistes en réadaptation en déficience visuelle (SRDV) et les spécialistes en orientation et mobilité (SOM).

Le tableau 12 présente le nombre de recommandations associées pour chacun des professionnels selon les trois participants.

Tableau 12 : Recommandations par professionnels

	Ergothérapeute	Spécialiste en réadaptation en déficience visuelle	Spécialiste en orientation et mobilité
Partie I – Prévention des chutes (Total : 23 recommandations)			
P1	14 (63.6 %)	8 (34.7 %)	8 (34.7 %)
P2	13 (56.5 %)	11 (47.8 %)	10 (43.5 %)
P3	9 (39.1 %)	8 (37.7 %)	6 (26.1 %)
Partie II – Participation à des occupations variée (Total : 48 recommandations)			
P1	31 (64.5 %)	33 (68.6 %)	1 (4.3 %)
P2	41 (83.3 %)	27 (56.2 %)	0 (0 %)
P3	31 (64.5 %)	16 (33.3 %)	0 (0 %)

** Il est possible d'avoir plus d'un professionnel pour une même recommandation

Le rôle du SOM consiste à aider les personnes atteintes d'une déficience visuelle à s'orienter et se déplacer en toute sécurité dans différents environnements. Les résultats

recueillis reflètent ce rôle où les recommandations associées à ce professionnel se situent principalement dans les actions en lien avec la prévention des chutes. Pour ce, seule la recommandation en lien avec la participation à des occupations conseillant les recouvrements de sol non luisant et antidérapant dans le cadre des soins personnels est évaluée par P3 comme pouvant être appliquée par ce professionnel.

L'ergothérapeute et le SRDV sont les professionnels les plus fréquemment associés à l'applicabilité d'une recommandation en lien avec la réalisation d'occupation, soit plus de 50 % des recommandations. L'expert P2 fait la différence du rôle de l'ergothérapeute et celui du SRDV :

« [...] les interventions en mode voyant sont souvent réalisées par les SRDV. Les ergothérapeutes ont la clientèle fonctionnellement aveugle et les clients avec comorbidité, troubles cognitifs, troubles moteurs ou autres. Ce sont donc les SRDV qui font les recommandations sur le plan de l'éclairage ambiant. Toutefois, lorsque nous en avons besoin sur une tâche dirigée, alors les ergothérapeutes en font également. »

Finalement, d'autres professionnels de la santé sont identifiés comme étant compétents dans l'application de certaines recommandations. L'optométriste est identifié par P2 comme un professionnel pouvant être responsable de l'application de la recommandation concernant la réduction de l'éblouissement par le port de lentilles teintées et de chapeau/casquette lors des déplacements à l'extérieur. Également, P2 mentionne le rôle possible du service social pour la prise de médication particulièrement pour l'utilisation d'un dispenseur et l'augmentation de l'écriture sur les étiquettes des contenants de la médication. Selon le même participant, tous les intervenants doivent mentionner un changement d'emplacement d'un meuble ou d'un élément dans l'environnement de la personne. Selon P3, le psychologue peut avoir un rôle à jouer dans la prévention des symptômes dépressifs chez un client.

5.4. Connaissances issues de l'expérience professionnelle

Cette section du questionnaire ayant comme but de recueillir des connaissances issues de l'expérience professionnelle n'a pas été complétée de manière uniforme par chacun des

participants. Pour ce, les données obtenues ne seront pas prises en considération dans la présente étude.

6. DISCUSSION

La présente étude avait pour objectif de faire la validation des recommandations issues des données probantes pour la prévention des chutes à domicile ainsi que pour la participation à des occupations variées chez les personnes âgées ayant une déficience visuelle. Les prochaines sections permettront de discuter des résultats obtenus pour chacune des catégories de recommandation afin de faire des liens entre elles pour ensuite identifier les constats majeurs. Par la suite, l'utilité et l'application de ces résultats seront illustrées pour finalement présenter les forces et les limites de ce projet.

6.1. Constats ressortis pour les recommandations pour la prévention des chutes à domicile et pour la participation à des occupations variées

Les résultats obtenus font ressortir la pertinence des recommandations en lien avec les critères d'accessibilité pour les personnes ayant une déficience visuelle. Au total, sept des huit recommandations en lien avec les critères présentés dans le document de Ratelle, Lemay et Kreis (2003) sont considérées comme étant fortement pertinentes selon les experts. Néanmoins, l'unique recommandation n'ayant pas reçu une valeur de pertinence élevée, soit l'utilisation d'un gradateur de lumière (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay et Kreis, 2003; Swann, 2008) a été tout de même associée à un niveau de pertinence moyenne. Bien que Ratelle, Lemay et Kreis (2003) présentent des fiches techniques démontrant les critères sans pour autant les valider, le document a toutefois été mis sur pied à la suite d'une revue de la littérature sur le sujet. De plus, ces critères sont considérés comme étant le minimum pouvant être fait afin de répondre aux besoins des personnes présentant une telle limitation. Également, certaines de ces recommandations font partie des normes minimales du bâtiment ce qui renforce leur pertinence. Malgré l'importance et la nécessité d'offrir une accessibilité optimale, il est parfois complexe de modifier les éléments de l'environnement de la personne. Effectivement, la résistance au changement de la part du client et les coûts financiers importants pouvant y être associés sont des obstacles identifiés par les experts pour l'applicabilité de ces recommandations. Pour ce, l'utilisation des habiletés compensatrices peuvent être favorisées telles que les habiletés tactiles, proprioceptives ou cognitives selon les capacités de la personne âgée.

Il est observé que la majorité des recommandations en lien avec la prévention des chutes à domicile concerne majoritairement l'environnement de la personne. Néanmoins, une prévention efficace des chutes est caractérisée par la considération des trois sphères, soit l'environnement, la personne et le comportement de celle-ci. Dans ce cas, malgré un niveau de pertinence élevé individuellement, il demeure crucial d'agir sur les deux autres aspects, soit la personne et le comportement afin d'assurer une réduction des risques de chute à domicile et une pérennité des interventions à long terme. D'un autre côté, les experts ont fait ressortir l'importance de la considération des aptitudes de la personne afin d'assurer une application efficace de certaines recommandations. Par exemple, l'utilisation d'ampoule fluorescente pour assurer un éclairage ambiant est directement en lien avec le niveau d'éblouissement de la personne. Également, l'installation d'une main courante de 30 cm à chaque extrémité de l'escalier n'est d'aucune utilité si la personne ne la tient pas lors de ses déplacements dans les escaliers. Dans ce sens, l'applicabilité d'une recommandation pour la prévention des chutes touchant l'environnement est directement en lien avec le comportement et les capacités de la personne. Dans ce sens, il est du devoir du professionnel d'expliquer l'importance de la recommandation et de respecter les mises en garde associées.

Enfin, il est intéressant de comparer la validation de la pertinence faite par les experts avec les recommandations issues du plus récent guide de pratique, *Occupational Therapy Practice Guidelines for Older Adults With Low Vision* (Kaldenberg, 2013) où celui-ci présente les meilleures pratiques auprès de cette clientèle. Le tableau 13 présente le niveau de pertinence attribué par les experts de l'étude et le niveau d'évidence scientifique des recommandations issues du guide de pratique.

Tableau 13 : Niveau de pertinence et d'évidence scientifique des recommandations issues du guide de pratique

Recommandations	Niveau de pertinence	Niveau d'évidence scientifique
Stratégies sensorielles		
- Installer un système d'identification de couleur de vêtements	Moyen	Évidence faible en lien avec les interventions utilisant des stratégies sensorielles
- Utiliser une montre avec synthèse vocale	Élevée	

<u>Grossissement</u> - Utiliser un aide de grossissement pour lire les étiquettes des médicaments	Moyen	Évidence faible en lien avec les interventions utilisant des stratégies de grossissement
<u>Stratégies d'organisation</u> - Stratégies d'organisation des médicaments afin d'assurer l'adhérence à la médication	Élevée	Évidence insuffisante en lien avec les interventions utilisant des stratégies d'organisation
- Avoir uniquement les produits et outils nécessaires et les conserver à un endroit précis et facile d'accès	Élevée	
- Nettoyer le plancher dans une direction et ensuite dans l'autre	Élevée	
- Éliminer les objets non nécessaires dans les corridors	Élevée	
<u>Entraînement des habiletés visuelles</u> - Pour utiliser le téléphone	Aucun consensus	Évidence faible en lien avec l'entraînement des habiletés visuelles
- Pour la préparation et la prise de repas	Élevée	
<u>Adaptations environnementales</u> 1) Éclairage - Placer la lumière du côté de la main non dominante	Élevée	Évidence modérée en lien avec les interactions sociales et la lecture
- Augmenter la luminosité par l'utilisation d'une lampe en col de cygne (lumière d'appoint)	Élevée	
- Augmenter la luminosité ambiante pour faciliter l'occupation	Moyen	
- Augmenter la luminosité ambiante afin de mieux voir les obstacles et les changements de surface	Moyen	
2) Contraste - Utiliser un ensemble de vaisselle de couleur contrastante à la nappe	Élevée	Évidence faible en lien avec les interventions utilisant le contraste
<u>Stratégies non optiques</u> - Augmenter la grosseur de l'écriture sur l'étiquette.	Élevée	Évidence insuffisante en lien avec les interventions utilisant des stratégies non optiques
- Imprimer les mots croisés ou autres jeux en gros caractères.	Moyen	
- Imprimer les numéros de téléphone en gros caractères.	Moyen	

Selon l'évaluation des participants, les recommandations vont de fortement à moyennement pertinente pour prévenir les chutes et favoriser la participation à des occupations variées. Toutefois, les interventions spécifiques présentées dans le guide de pratique sont associées à des niveaux d'évidence scientifique modérée à insuffisante. Ceci peut être expliqué par la difficulté à obtenir un échantillon le plus homogène possible en lien avec des variations des atteintes visuelles auprès de personnes ayant le même diagnostic. De plus, la composante de la variabilité entre les personnes a été ressortie par les participants de l'étude pour nuancer

l'applicabilité des recommandations. Les interventions en lien avec l'éclairage en sont un bon exemple. Malgré l'augmentation du niveau de luminosité nécessaire chez la population âgée en générale, il demeure qu'il est difficile d'identifier une intensité précise de luminosité pour une activité en particulier en raison des besoins et aptitudes visuelles uniques d'un client (Kaldenberg, 2013). Dans le même sens, les experts font ressortir l'importance de prendre en considération le degré d'éblouissement lors des interventions en lien avec la luminosité que ce soit pour l'environnement ambiant ou lors d'une occupation. De plus, la littérature présente une grande variation, où le sujet est encore jeune et peu exploré.

6.2. Pratique centrée sur les occupations en prévention des chutes

Cette étude avait également comme objectif d'explorer la possibilité d'avoir une pratique centrée sur les occupations dans un contexte de prévention des chutes. Premièrement, l'analyse du questionnaire permet de faire un constat intéressant. Il est identifié que les recommandations pour la participation à des occupations variées peuvent être regroupées dans les mêmes catégories que celles des recommandations pour la prévention des chutes, soit l'éclairage, l'éblouissement, le contraste et l'organisation de l'environnement. Par exemple, dans le cadre de la participation à des occupations, augmenter la lumière spécifique pour une tâche est une intervention simple, et ce, pour plusieurs occupations chez les personnes ayant une déficience visuelle. Pour la prévention des chutes, l'augmentation de la lumière ambiante favorise les déplacements sécuritaires (obstacles, changement de surface). Également, l'organisation de l'environnement peut s'appliquer à grande échelle telle que dans les airs de circulation et à plus petite échelle telle que dans le garde-manger, les placards et les garde-robes. Avec une application des concepts de l'éclairage, l'éblouissement, le contraste et l'organisation de l'environnement sur un plan holistique, il est possible de respecter une pratique centrée sur les occupations tout en assurant la prévention des chutes. Deuxièmement, les participants ont associé davantage de recommandations pour la participation à des occupations à la pratique de l'ergothérapeute que ceux ciblant la prévention des chutes. Pour ce, l'occupation est notre médium d'intervention en plus de donner la couleur unique à la profession.

6.3. Applications pour la pratique

Les résultats de cette étude permettent d'améliorer la pratique de l'ergothérapie auprès de la clientèle gériatrique présentant des troubles visuels. Premièrement, ce type de validation des recommandations issues des données probantes n'a pas été réalisé jusqu'à ce jour. En sachant que le nombre de personnes âgées vivant avec une déficience visuelle augmentera dans les prochaines années, ce document vise une meilleure pratique future afin de répondre aux besoins grandissants de cette population en facilitant l'identification des meilleures recommandations issues des résultats probants. Deuxièmement, cette recherche illustre l'intérêt croissant face aux problématiques et interventions en lien avec la déficience visuelle chez cette population. Effectivement, en envisageant une augmentation des besoins, il est pertinent de questionner et critiquer les pratiques actuelles. Finalement, les résultats appuient la pertinence de la présence de l'ergothérapeute auprès de la clientèle gériatrique présentant une déficience visuelle. Un grand nombre de recommandations est associé à l'expertise de l'ergothérapeute où le rôle de la profession est bien défini par l'identification des recommandations pouvant être appliquées par celui-ci. Par l'application de recommandations centrées sur les occupations, les ergothérapeutes mettent en place des stratégies favorisant un vieillissement en santé chez cette population vulnérable.

6.4. Les limites et forces de l'étude

La réalisation de l'étude a permis d'identifier diverses limites pouvant avoir eu des répercussions sur la cueillette et l'interprétation des résultats. Premièrement, le faible échantillon d'experts limite la généralisation des résultats. De plus, les participants proviennent d'un seul milieu clinique, soit d'un centre de réadaptation. Néanmoins, il demeure qu'au plan provincial, un faible nombre d'ergothérapeutes pratique auprès de la clientèle. Dans ce sens, il aurait été intéressant de recruter des ergothérapeutes travaillant en soutien à domicile afin d'avoir un point de vue d'un autre niveau de soin. Deuxièmement, les données qualitatives en lien avec l'applicabilité des recommandations n'ont pas été complétées de manière uniforme par l'ensemble des participants. Ceci faisant en sorte qu'un manque d'information est présent sur cet aspect. Finalement, l'absence de considération des connaissances issues de l'expérience

clinique ampute l'étude de données offrant une exploration plus approfondie de la question de recherche. Néanmoins, il demeure que l'étude apporte des constats intéressants.

Malgré ces limites, la force majeure demeure l'aspect inédit de l'étude. La validation des recommandations issues des données probantes par des experts permet d'identifier les meilleures pratiques auprès des personnes âgées ayant une déficience visuelle, ce qui n'avait pas été réalisé. De plus, cette étude offre un regard rapide sur des recommandations en plus d'offrir des références pertinentes sur le sujet. Finalement, ce projet porte une vision intéressante sur le lien entre les occupations et la prévention des chutes.

7. CONCLUSION

Par cette étude, l'objectif était de faire la validation auprès d'experts des recommandations issues des données probantes pour la prévention des chutes à domicile ainsi que pour la participation à des occupations variées chez les personnes âgées ayant une déficience visuelle. Suite à la compilation des résultats, il s'est avéré que la majorité des recommandations présentes dans les données probantes est évaluée comme étant pertinente dans la pratique auprès d'une clientèle gériatrique ayant une déficience visuelle. De plus, la prise en considération des facteurs tels que les limitations visuelles et de l'environnement est nécessaire pour l'applicabilité efficace d'une recommandation pour la prévention des chutes. Ceci répond à la nature multifactorielle des chutes. La participation à des occupations peut être facilitée en appliquant des recommandations en lien avec l'éclairage, l'éblouissement, le contraste et l'organisation de l'environnement permettant ainsi l'application d'une pratique centrée sur les occupations dans un contexte de prévention des chutes. L'ergothérapeute possède une place importante afin de répondre aux besoins occupationnels de cette clientèle.

Enfin, pour des recherches futures, il serait intéressant de produire un document présentant les recommandations pouvant être réalisées par des ergothérapeutes travaillant dans les services de soutien à domicile dans un contexte de première ligne chez des personnes âgées présentant des limitations visuelles sans pour autant avoir une déficience visuelle. Ceci permettrait d'offrir un outil d'interventions pouvant être appliqué pendant les délais d'attente pour une réadaptation visuelle par exemple. De plus, les limitations en lien avec une diminution des capacités visuelles secondaire au vieillissement normal pourraient être prises en compte plus rapidement. Une telle action entre dans la ligne des stratégies permettant un vieillissement en santé des personnes âgées.

RÉFÉRENCES

- Abdelhafiz, A. H., & Austin, C. A. (2003). Visual factors should be assessed in older people presenting with falls or hip fracture. *Age And Ageing*, 32(1), 26-30.
- Agence de la santé publique du Canada (ASPC) (2006). *Le vieillissement en santé au Canada : une nouvelle vision, un investissement vital, Des faits aux gestes*, Ottawa. Repéré à : <file:///C:/Users/clientmd/Downloads/-sites-webphac-htdocs-archives-vision-fra.pdf>
- Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes*. ACE, Publications CAOT.
- Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AÉRDQP) (2003). *Cadre structurant la programmation des services pour les personnes âgées ayant une déficience visuelle*. Montréal: Édition de l'AÉRDQP. Repérée à : http://www.aerdpq.org/fichiers/publications/cadre_aines_da_avril08.pdf
- Association québécoise de la dégénérescence maculaire (AQDM) (2014) *Qu'est-ce que la DMLA*. Repéré à : <http://www.aqdm.org/>
- Black, A., & Wood, J. (2005). Vision and falls. *Clinical and Experimental Optometry*, 88(4), 212-222.
- Bourdessol, H. et Pin, S. (2005). *Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile : Référentiel de bonnes pratiques*. Réseau Francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité, France : Édition Inpes. Repéré à : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/830.pdf>
- Brousseau, M. (2001). *Relations entre le rendement occupationnel subjectif, l'efficacité cognitive et l'efficacité personnelle chez des personnes de 60 ans et plus aux prises avec des modifications abruptes des capacités physiques* (Thèse de doctorat), Université du Québec à Montréal, Montréal.
- Cardinal, L., M.-C. Langlois, D. Gagné, A. Tourigny. (2008). *Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel*. Québec : Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique et Institut national de santé publique du Québec. Repéré à : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/860_PerspectiveVieillissementSante.pdf
- Christiaen, M.-P. (2004). *Vivre mieux dans un environnement visuel adapté : Lumières, contrastes et repères au service des personnes âgées en EMS*. Suisse : Association pour le Bien des Aveugle et malvoyants Genève

- Christian-Colmez, M.-P., Julien Simonet, F. & Nicolet, D. (2013). *Cartes sur table: accompagnement des résidents malvoyants en EMS*. Suisse : Association pour le Bien des Aveugles et malvoyants.
- Corriveau, H. & Roy, P.-M. (2007) Les chutes. Dans M. Arcard & R. Hébert (Eds). *Précise pratique de gériatrie* (3^e ed., pp. 200-213). Québec, Qc : Edisem/Maloine.
- Dargent-Molina, P., & Bréart, G. (1995) Épidémiologie des chutes et traumatismes liés aux chutes chez les personnes âgées. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 43 (1), 72-83.
- de Boer, M. R., Pluijm, S. M., Lips, P., Moll, A. C., Völker-Dieben, H. J., Deeg, D. J., & van Rens, G. H. (2004). Different aspects of visual impairment as risk factors for falls and fractures in older men and women. *Journal of bone and Mineral Research*, 19, 1539-1547. doi: 10.1359/JBMR.040504.
- Desrosiers, J., Wanet-Defalque M.-F., Témisjian, K., Gresset, J., Dubois, M.-F., Renaud, J., ..., Overbury, O. (2009). Participation in daily activities and social roles of older adults with visual impairment. *Disability and Rehabilitation*, 31, 1227-1234. doi: 10.1080/09638280802532456.
- Dhital, A., Pey, T. & Stanford, M.R. (2010) Visual loss and falls: a review. *Eye*, 24, 1437-1446. doi : 10.1038/eye.2010.60.
- Duquette, J. (2013) *La prévention des chutes chez les aînés ayant une déficience visuelle*. Montréal : Institut Nazareth et Louis-Braille. Repéré à : <http://inlb.qc.ca/librairies/sfv/telecharger.php?fichier=1309>
- Fortin, M.F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal : Les Éditions de la Chenelière.
- Fauchard, T. & Le Cren, F. (2009) Présentation du programme intégré d'équilibre dynamique (PIED). *Science & Sports*, 24, 152-159. doi:10.1016/j.scispo.2007.01.008
- Gagnon, C., & Lafrance, M. (2011). Prévention des chutes auprès des personnes âgées vivant à domicile. *Analyse des données scientifiques et recommandations préliminaires à l'élaboration d'un guide de pratique clinique*, Institut national de santé publique du Québec et Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. Repéré à http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1241_PrevChutesPersAgeesAnalyseRecomm.pdf
- Gresset, J. (2004). *Déficience visuelle et cécité au Canada – Démographie présente et future*. Repéré à : <http://inlb.qc.ca/modules/pages/index.php?id=343&langue=fr>.
- Hébert, R. & Roy, P. (2007). Syndrome d'immobilisation. Dans M. Arcand & R. Hébert (Eds.). *Précis pratique de gériatrie* (3^e ed., pp. 477-491). Québec, Qc : Edisem/Maloine.

- Horowitz, A. (2004). The prevalence and consequences of vision impairment in later life. *Topics in Geriatric Rehabilitation, 20* (3), 185-195.
- Institut national de santé publique du Québec (2006) *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec- Les statistiques*. (Publication n° ISBN 978-2-550-47904-8). Repéré à : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/545-PortraitSante2006_Statistiques.pdf
- Institut de la statistique du Québec (ISQ) (2010) *Portrait social du Québec : Données et analyse, édition 2010*. (Publication n° ISBN 978-2-550-60585-0). Repéré à : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/portrait-social2010.pdf#page=29>
- Institut de la statistique du Québec (ISQ) (2013) *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011 : Utilisation des services de santé et des services sociaux des personnes avec incapacité, volume 2*. (Publication n° ISBN 978-2-550-69054-2). Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/services/incapacites/limitation-maladies-chroniques-utilisation.pdf>
- Ivers, R. Q., Cumming, R. G., Mitchell, P., & Attebo, K. (1998). Visual impairment and falls in older adults: the Blue Mountains Eye Study. *Journal of the American Geriatrics Society, 46*(1), 58-64.
- La Grow, S. J., Robertson, M. C., Campbell, A. J., Clarke, G. A. & Kerse, N. M. (2006) Reducing hazard related falls in people 75 years and older with significant visual impairment : how did a successful program work? *Injury Prevention, 12*, 296-301, doi: 10.1136/ip.2006.012252
- Larsson Lund, M. & Nygård, L. (2004) Occupational life in the home environment: The experience of people with disabilities. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 71* (4), 243-251.
- Law, M., Polatajko, H., Baptiste, S. & Townsend, E. (2002). Concepts de base de l'ergothérapie. Dans E., Townsend, S., Stanton, M., Law, H., Polotajko, S., Baptiste, T., Thompson-Franson, ..., L., Campanile. (Eds.) *Promouvoir l'occupation: Une perspective de l'ergothérapie*. (Édition révisée, pp. 33-64), Ottawa: Association canadienne des ergothérapeutes.
- Law, M., Steinwender, S., & Leclair, L. (1998). Occupation, health and well-being. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 65*(2), 81-9.
- LeBlanc, M. (2013) *Recommandations issues des données probantes pour l'aménagement des résidences privées d'hébergement pour les personnes âgées autonomes et semi-autonomes de 65 ans et plus en prévention des chutes* (Essai de maîtrise), Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières.

- Liu, C. J., Brost, M. A., Horton, V. E., Kenyon, S. B., & Mears, K. E. (2013). Occupational therapy interventions to improve performance of daily activities at home for older adults with low vision: a systematic review. *American Journal of Occupational Therapist*, 67, 279-287. doi: 10.5014/ajot.2013.005512
- McGrath, C. (2011). Low vision and older adults: the role of occupational therapy. *Occupational Therapy Now*, 13(3), 26-28.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2012). *Chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile*, Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-202-03F.pdf>
- Ministères de la Santé et des Services Sociaux (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012, mise à jour 2008*, Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux. Repéré à : http://www.quebecenforme.org/media/1387/programme_national_de_sante__publique_2003-2012.pdf
- National Eye Institute (NEI) (s.d.,a). *Low Vision Glossary*. Repéré à <http://www.nei.nih.gov/lowvision/content/glossary.asp>
- National Eye Institute (NEI) (s.d.,b) *Facts about glaucoma*. Repéré à : https://www.nei.nih.gov/health/glaucoma/glaucoma_facts
- National Eye Institute (NEI) (2009) *Facts about cataract*. Repéré à : https://www.nei.nih.gov/health/ataract/ataract_facts
- National Eye Institute (NEI) (2012) *Facts about diabetic eye disease*. Repéré à : <https://www.nei.nih.gov/health/diabetic/retinopathy>
- National Eye Institute (NEI) (2013). *Facts about age-related macular degeneration*. Repéré à http://www.nei.nih.gov/health/maculardegen/armd_facts.asp
- Newton, M., & Sanderson, A. (2013). The effect of visual impairment on patients' falls risk. *Nursing Older People*, 25, 16-21. doi: 10.7748/nop2013.10.25.8.16.e489
- Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2003) *La définition de la santé de l'OMS*. Repéré à : <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>
- Polatajko, H.J., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L. & Zimmerman, D. (2013) Préciser le domaine primordial d'intérêt: l'occupation comme centralité. Dans E.A. Townsend & H.J Polatajko (Eds.). *Habiliter l'occupation : Faire avancer la perspective*

ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation. (2e édition, N. Cantin, pp. 15-44). Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.

- Reed, K., Hocking, C., & Smythe, L. (2013). The meaning of occupation: Historical and contemporary connections between health and occupation. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 60(1), 38.
- Riddering, A. T. (2001). Geriatric low-vision rehab: an introduction. *OT Practice*, 6(8), 17-22.
- Santé Canada, Division du vieillissement et des aînés (2002). *Atelier sur le vieillissement en santé, Partie I : Le vieillissement et les pratiques de santé*, Ottawa : Gouvernement du Canada.
- Schepens, S., Sen, A., Painter, J. A., & Murphy, S. L. (2012). Relationship between fall-related efficacy and activity engagement in community-dwelling older adults: A meta-analytic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 66. doi : doi:10.5014/ajot.2012.001156.
- Société canadienne du glaucome (s.d.) *Qu'est-ce que le glaucome ?* Repéré à : http://glaucomaresearch.ca/fr/about/about_glaucoma.shtml
- Statistiques Canada (2012). La population canadienne en 2011 : âge et sexe. Repéré à : <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-311-x/98-311-x2011001-fra.pdf>
- Stav, W. B., Hallenen, T., Lane, J., & Arbesman, M. (2012). Systematic review of occupational engagement and health outcomes among community-dwelling older adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 66, 301–310. doi: 10.5014/ajot.2012.003707.
- Stevens-Ratchford, R. G. (2005). Occupational engagement: Motivation for older adult participation. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 21(3), 171-181.
- Tideiksaar, R (2009) Falls. Dans B.R. Bonder & V. Dal Bello-Haas. (Eds) *Functional performance in older adults* (3e édition, pp. 193-214), Philadelphie: F.A. Davis Company
- Wilcock, A. A. (2007). Occupation and health: Are they one and the same? *Journal of Occupational Science*, 14(1), 3-8.
- Wilcock, A.A. (1998). *An occupational perspective of health*. Thorofare, NJ : Slack

ANNEXE 1 PRINCIPALES DÉFICIENCES VISUELLES CHEZ LA PERSONNES ÂGÉE

Avec l'avance en âge, la vision peut être diminuée, car l'acuité visuelle, l'accommodation et la sensibilité aux faibles contrastes régressent (Christiaen, 2004). Dans certains cas, une déficience visuelle se développe engendrant des dysfonctions visuelles plus importantes. Les quatre principales déficiences visuelles chez l'aîné sont la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), le glaucome, la cataracte et la rétinopathie diabétique. Dans cette section, ces dernières seront expliquées afin de mieux comprendre et visualisé les difficultés et limitations que peuvent vivre les personnes ayant ce type d'incapacité.

1. Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)

La DMLA est la maladie oculaire la plus répandue chez les personnes âgées d'où son apparition chez les 50 ans et plus (NEI, 2013a). L'origine de cette maladie n'est pas connue à ce jour (Association québécoises de la dégénérescence maculaire (AQDM), 2014). Cette maladie dégénérative attaque la macula, partie centrale située sur la rétine de l'œil. Alors, la perte visuelle est dite centrale. Il existe deux formes de DLMA soit, la forme atrophique dite sèche (85-90%) et la forme exsudative dite humide (10-15%) (AQDM, 2014). La forme sèche est caractérisée par une évolution progressive plus lente alors que la forme humide est associée par une apparition soudaine et une évolution rapide où la vision centrale peut être perdue totalement en quelques jours (NEI, 2013a). La DMLA n'affecte pas la vision périphérique, évitant alors la cécité complète chez la personne atteinte. En plus d'une vision centrale altérée, les personnes ayant une DLMA peuvent rapporter des plaintes en lien avec une vision floue, difficulté à gérer l'éblouissement et une diminution de la vision nocturne. Les occupations atteintes par la dysfonction de la vision centrale sont par exemple la lecture, les activités sociales (reconnaisances faciales), les déplacements (perception des obstacles devant soi), exécution de tâches demandant de la précision, etc. (NEI, 2013a).

2. Glaucome

Le glaucome est la deuxième pathologie oculaire causant la cécité en Amérique du Nord et où les personnes de 60 et ans sont les plus à risque (Riddering, 2001; Société canadienne de recherche sur le glaucome, s.d.). L'évolution de la maladie est lente et les premières manifestations de celle-ci peuvent perçues que des années après l'apparition de la maladie. Les causes du glaucome ne sont pas connues à ce jour (NEI, s.d.b). Toutefois, il est identifié que la pression oculaire est le facteur principal voulant altérer la transmission des signaux visuels vers le cerveau secondaire à une atrophie du nerf optique (Riddering, 2001; Société canadienne de recherche sur le glaucome, s.d.; NEI, s.d.b). Ce manque d'informations visuelles provoque une altération du champ visuel périphérique résultant en une vision tubulaire et ce, affecte la mobilité augmentant les risques de chutes (NEI, s.d.b). Le glaucome peut être traité par l'application de gouttes et la chirurgie au laser. Les pertes visuelles engendrées par le glaucome sont irréversibles et peuvent conduire à la cécité si non traitée (Société canadienne du glaucome, s.d.).

3. Cataracte

Le développement de la cataracte est davantage en prévalence chez la population des 55 ans et plus (Horowitz, 2010 cité dans Newton et Sanderson, 2013). Le diabète, des expositions prolongées au soleil, une consommation importante d'alcool et le tabagisme sont des facteurs de risque au développement de cataracte (NEI, 2009). Cette pathologie fréquente avec l'avancement en âge est causée par l'opacification du cristallin causant une diminution de la quantité de lumière pénétrant dans l'œil et provoquant une vision floue, de l'éblouissement et de l'inconfort (Newton et Sanderson, 2013). Les répercussions sur la vision sont multiples : diminution de l'acuité visuelle et de la sensibilité aux contrastes, rétrécissement du champ visuel, plainte de vision double et altération de la perception des couleurs et des profondeurs (NEI, 2009). La cataracte est traitable avec l'aide d'une chirurgie consistant en remplacer la lentille humaine par une artificielle.

4. Rétinopathie diabétique

La rétinopathie diabétique est une complication du diabète (NEI, 2012). Cette pathologie oculaire touche le bon fonctionnement de la rétine, c'est-à-dire la couche nerveuse photosensible présente au fond de l'œil. C'est par l'altération des vaisseaux sanguins rétiniens que les visions périphérique et centrale peuvent être affectées. Il existe deux formes de rétinopathie diabétique, soit proliférante ou nonproliférante (Société canadienne d'ophtalmologie, s.d.). Dans la forme nonproliférante de la pathologie, les vaisseaux sanguins gonflent ou s'occlurent. Cette affectation est souvent présente aux deux yeux. Pour la forme proliférante de la pathologie, il s'agit du développement de vaisseaux sanguins anormaux à la suite de blocage de d'autres vaisseaux. Une diminution de l'apport de nutriments à la rétine est causée ce qui engendre une vision floue et des scotomes (tâches) dispersés (Riddering, 2001; Société canadienne d'ophtalmologie, s.d.). Des traitements médicaux sont possibles pour les personnes atteintes de rétinopathie diabétique telle que la chirurgie, les traitements au laser et la vitrectomie (NEI, 2012).

ANNEXE 2

DÉMARCHE DE LA RECENSION DES ÉCRITS

La recension des données probantes a permis d'identifier les recommandations pour la prévention des chutes et pour la participation à des occupations variées chez les personnes âgées ayant une déficience visuelle. La recherche documentaire a été effectuée entre le 10 octobre 2013 et le 28 février 2014. Les bases de données utilisées pour effectuer la recherche sont *Medline*, *Cinhal* et *PubMed*. Également, la *Cochrane Library* a été consultée afin d'obtenir des revues systématiques sur la prévention des chutes ou la participation à des occupations pour la problématique ciblée. Les mots clés ont été regroupés en quatre groupes soit, la prévention des chutes (Groupe 1), les personnes âgées (Groupe 2), les déficiences visuelles (Groupe 3) et les occupations (Groupe 4). Afin d'obtenir des meilleurs résultats pour la participation à des occupations, les mots clés en lien avec l'ergothérapie ont également été utilisés principalement en raison de son association avec les occupations humaines. Pour les recherches sur la prévention des chutes, les mots-clés des groupes 1, 2 et 3 sont appliqués alors que les groupes 2, 3 et 4 sont sélectionnés pour la recherche sur la participation à des occupations. Le tableau 1 présente les termes pour chacun groupe de mots clés.

Tableau 14: Groupes de mots clés pour la recherche documentaire

	Mots clés
Groupe 1	«falls prevention», falls, «risk of fall», accidental falls
Groupe 2	Aged, elderly, «older people», «older adult», «personnes âgées»
Groupe 3	«visual impairment», «low vision», «vision disorder», «poor vision», «basse vision», «déficience visuelle»
Groupe 4	Occupation, «occupational therap*», ergothérap*

De plus, une recherche manuelle sur le moteur de recherche *Google Scholar* a été réalisée pour trouver des documents ou des guides supplémentaires en lien avec la prévention des chutes et la participation à des occupations. Les mots « Falls prevention in older people with visual impairment» et « older people with low vision » ont été utilisés. Finalement, deux références ont

été rajoutées suite à la proposition faite par un expert. (L'annexe 3 présente les bases de données consultées ainsi que les mots clés utilisés pour chacune.)

Au total, 21 articles ont été retenus sur la base de la pertinence du titre en plus des trois articles recommandés par un expert. Au final, 12 articles sont conservés pour lecture et analyse, car ceux-ci contiennent des recommandations pour la prévention des chutes et/ou la participation à des occupations variées chez les personnes âgées ayant une déficience visuelle. En raison de la rareté de références à ce sujet et de l'importance attribuée aux données validées par l'expérience, le niveau d'évidence scientifique des articles sélectionnés n'a pas été pris en considération. L'annexe 4 présente le schéma de sélection des articles pour l'étude.

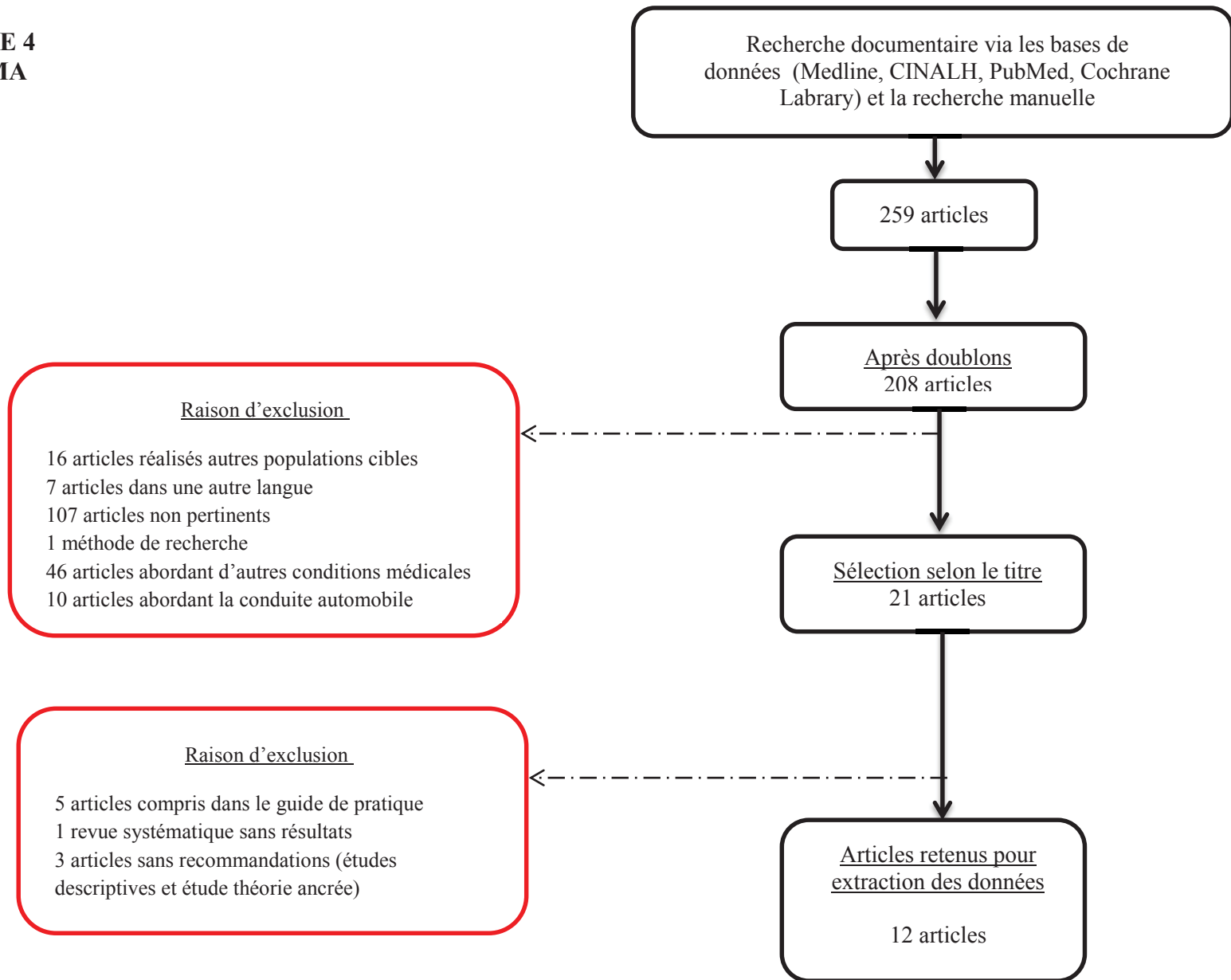
ANNEXE 3
BASES DE DONNÉES ET MOTS CLÉS

Tableau 15: Bases de données et mots clés lors de la recherche documentaire

Bases de données	Mots clés utilisés	Limites	Nombres d'articles
CINHAL (via ESBCO)	"Falls OR accidental falls OR risk of fall" AND "aged OR elderly OR older adult" AND "visual impairment OR low vision OR vision disorder"	----	66
	"Low vision OR Visual impairment OR Basse vision OR Vision disorder OR Poor vision" AND "Elderly OR Older people OR Aged OR personne âgée OR (Aged, 80 and over)" AND "Ergothérap* OR 'Occupational Therap*"	2001-2014	29
Medline	"Visual impairment" AND " Falls prevention" AND " Aged"	2000-2014	7
	"Vision, low OR Low vision OR Visual impairment OR Basse vision OR Vision disorder OR Poor vision" AND " Elderly OR Older people OR Aged OR personne âgée" AND "Ergothérap* OR Occupational Therap*" NOT "Blind*"	2000-2014 65 ans et plus	59
Cochrane Library	"visual impairment OR low vision OR vision disorder " AND "aged OR elderly OR older adult" AND "Falls OR accidental falls OR risk of fall" NOT stroke	"Title, Abstract, Keywords"	3
	" Low Vision OR Visual Impairment" AND " Aged OR Elderly" AND "Occupational therapy"	"Title, Abstract, Keywords"	19
Pubmed	" Low vision OR Visual impairment OR Basse vision OR Vision disorder OR Poor vision" AND "Elderly OR Older people OR Aged OR personne âgée" AND "Ergothérap* OR Occupational Therap*"	10 ans Humains Anglais/Français	76

Total des articles	259
Après avoir enlevé les doublons	208
Recherche manuelle	3
Total final	211
Après avoir enlevé les articles non pertinents	16
Articles retenues pour extractions des données	12

ANNEXE 4
SCHÉMA



ANNEXE 5 QUESTIONNAIRE

Validation auprès d'experts des recommandations pour la prévention des chutes à domicile et pour la participation à des occupations variées chez les personnes âgées ayant une déficience visuelle

Introduction

Avec l'augmentation populationnelle des 65 ans et plus prévue au Canada et au Québec, il sera possible d'observer un accroissement des problématiques de santé et phénomène en lien avec la fragilisation des capacités physiques et fonctionnelles accompagnant le vieillissement. Parmi ces phénomènes ce trouve les chutes et la déficience visuelle ainsi que les conséquences engendrées.

Le lien entre les chutes et la déficience visuelle chez les personnes âgées a fait l'objet de nombreuses études telles que *The Blue Mountain Eye Study* (Ivers, Cumming, Mitchell & Attebo, 1998). Les impacts fonctionnels résultant d'une déficience visuelle sont parmi les plus importants chez les conditions reliées au vieillissement (Horowitz, 2004). Ces impacts engendrent des difficultés de nature variée à la réalisation des occupations au quotidien (Christiaen, 2004). Il demeure que les répercussions sont variables d'un individu à l'autre en raison des atteintes des fonctions visuelles de la déficience visuelle. Le phénomène de chute présente des répercussions similaires chez une personne ainsi chutée où la majorité ne revient pas à leur condition avant l'accident (Abdelhafiz & Austin, 2003; Dhital, Pey & Stanford, 2010; Newton & Sanderson, 2013; Tideiksaar, 2009). Finalement dans les cas, la perception de la qualité de vie est moindre secondaire restriction de participation dans des occupations variées.

Par ce projet d'intégration, plusieurs objectifs sont souhaités. Dans un premier temps, la validation des recommandations issues des données probantes pour la prévention des chutes chez les personnes âgées ayant une déficience visuelle est visée afin d'illustrer leurs applications dans le contexte de pratique clinique. Dans un deuxième temps, il est question de valider des recommandations pour faciliter les occupations réalisées à domicile en raison de l'importance de celles-ci chez les aînés. Finalement, la question de la possibilité d'avoir une pratique ergothérapique centrée sur les occupations tout en intégrant les recommandations pour la prévention des chutes tentera d'être répondue.

Il est entendu que les recommandations sont proposées à la suite d'une évaluation où les caractéristiques spécifiques des capacités fonctionnelles, cognitives et visuelles du client sont prises en compte.

Instructions

Le questionnaire comprend deux parties, soit la prévention des chutes (Partie I) et les occupations (Partie II). Dans un premier temps, il est question de valider les recommandations issues des données probantes, tout en précisant selon vous, quel professionnel peut réaliser cette recommandation. Dans un deuxième temps, après chaque partie du questionnaire, vous êtes invités à partager vos connaissances reliées à votre expérience professionnelle afin de venir compléter les informations en lien avec la prévention des chutes et les occupations chez les personnes âgées ayant une déficience visuelle.

1. Évaluation de la pertinence

Sur une échelle de 1 à 10, cotez la pertinence de la recommandation où 1 est « peu pertinente » et 10 est « fortement pertinente ».

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Peu pertinent					Fortement pertinent				

2. L'applicabilité de la recommandation

Expliquez comment cette recommandation peut être appliquée afin d'assurer une efficacité de celle-ci. Y a-t-il des obstacles ou des facilitateurs à l'application de la recommandation?

3. À quel niveau de soins?

Est-ce que cette recommandation est réalisée par un ergothérapeute en soutien à domicile (SD) et/ou en centre de réadaptation (CR)?

Dans la colonne *Par qui?*, indiquez « E » si la recommandation peut être faite par un ergothérapeute. Dans les cas où cette recommandation se situe en dehors du champ d'expertise de l'ergothérapie et/ou peut être réalisée par un autre professionnel de la santé, indiquez « A » en mentionnant le professionnel le plus approprié, selon vous.

4. Connaissances issues de l'expérience professionnelle

Vous êtes invités à laisser des commentaires à la fin de chaque section afin de partager vos expériences professionnelles ainsi que fournir des informations supplémentaires et complémentaires sur les recommandations répertoriées.

Questionnaire

Validation auprès d'experts des recommandations pour la prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées ayant une déficience visuelle

Information sur le participant

Âge	
Sexe	
Nombre d'années de pratique	
Titre du poste occupé	
Brève description des tâches faites	

PARTIE I – Recommandations issues des données probantes pour la prévention des chutes

Recommandations pour la prévention des chutes chez les personnes âgées ayant une déficience visuelle	Évaluation de la pertinence	L'application de la recommandation	Niveau de soin		
			SD	CR	Par qui?
Éclairage					
a) Éclairer les escaliers avec des lumières DEL (Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)					
b) Utiliser un gradateur de lumière (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2003; Swaan, 2008)					
c) Faciliter le repérage de l'interrupteur de la lumière avec un cadre contrastant. (Christiaen, 2004)					
d) Utiliser un détecteur de présence (Christiaen, 2004)					
e) Augmenter la luminosité afin de mieux voir les obstacles et les changements de surfaces (Kaldenberg, 2013; Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)					
f) Orienter l'éclairage d'appoint sur l'objet à voir (ex. : éléments architecturaux) (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2003)					
g) Utiliser des ampoules fluorescentes pour éclairer les zones de passages (corridors et escaliers) (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2003)					
h) Effectuer des essais pour trouver la bonne teinte de lumières artificielles (Christiaen, 2004)					
i) Assurer une bonne éclairage générale de base en utilisant des ampoules fluorescentes (Ratelle, Lemay & Kreis, 2003)					
Éblouissement					
a) Utiliser des stores de lamelles inclinables pour réguler l'intensité et la diffusion de la lumière dans une pièce (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2003)					
b) Éviter les planchers luisants en favorisant un revêtement avec un fini mat (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2003; Swann, 2008)					

c) Cacher les sources d'éclairage afin qu'elles ne puissent pas être visibles. (Christiaen, 2004)					
d) Lors des déplacements à l'extérieur, porter des lunettes fumées avec des lentilles de teintées foncées (Christiaen-Colmez, Julien Simonet & Nicolet, 2013; Riddering, 2001)					
e) Lors des déplacements à l'extérieur, porter un chapeau/casquette (Christiaen-Colmez, Julien Simonet & Nicolet, 2013; Riddering, 2001)					
Contraste					
a) Identifier la première et la dernière marche d'un escalier en utilisant une couleur différente des autres marches (Swann, 2008)					
c) Augmenter les contrastes dans l'environnement (fourniture, décoration, corridor, porte, mur, etc.) (Kaldenberg, 2013; Ratelle, Lemay & Kreis, 2003; Russo & Bowen, 2013; Swann, 2008)					
d) Ajouter une bande d'éveil contrastante sur chaque volée de marche. (Christiaen, 2004; Russo & Bowen, 2013)					
Organisation de l'environnement					
a) Si déplacement de meuble ou élément de l'environnement, expliquer les modifications à la personne (Newton & Sanderson, 2013; Russo & Bowen, 2013)					
b) Éliminer les objets non nécessaires dans les corridors (Kaldenberg, 2013; La Grow, Robertson, Campbell, Clarke & Kerse, 2006; Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)					
c) Utiliser des repères tactiles au début et à la fin d'un escalier (Swann, 2008; Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)					
d) Favoriser un sol antidérapant (Christiaen, 2004; Swann, 2008)					
e) Faire dépasser les mains courantes de 30 cm à chaque extrémité de l'escalier (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2003; Swann, 2008; Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)					

f) Marches de dimensions constantes (Christiaen, 2004)					
Connaissances issues de l'expérience professionnelle (Vous pouvez donner ici des exemples de situations particulières issues de votre pratique)					

PARTIE II – Recommandations issues de données probantes pour la participation à occupations

Recommandations pour la participation à des occupations chez les personnes âgées ayant une déficience visuelle	Évaluation de la pertinence	L'application de la recommandation	Niveau de soin		
			SD	CR	Par qui?
Se lever/s'habiller/Ranger sa chambre²					
a) Augmenter la luminosité ambiante (Kaldenberg, 2013)					
b) Éclairer l'intérieur de la garde-robe et des placards en ajouter des sources de lumière (Swann, 2008)					
c) Installer un système d'identification des couleurs de vêtements (Swann, 2008)					
Soins corporels/Prendre une douche/Prendre un bain/Hygiène au lavabo					
a) Augmenter la luminosité ambiante (Kaldenberg, 2013)					
b) Plancher non luisant et antidérapant (Swann, 2008)					

² Activités réalisées par les personnes âgées inspirées de Leblanc, M. [2013]. *Recommandations issues des données probantes pour l'aménagement des résidences privées d'hébergement pour les personnes âgées autonomes et semi-autonomes de 65 ans et plus en prévention des chutes.*

c) Bain de couleur contrastante (Swann, 2008)					
Utiliser les toilettes					
a) Augmenter la luminosité (Kaldenberg, 2013; Swann, 2008)					
b) Utiliser un siège de toilette contrastant (Swann, 2008)					
Préparation et prise de repas					
a) Entraînement aux habiletés visuelles. (Kaldenberg, 2013)					
b) Imprimer les recettes en gros caractères. (Riddering, 2001)					
c) Utiliser une planche à couper de couleur contrastante aux aliments. (Riddering, 2001)					
d) Utiliser d'un gradateur de lumière (Swann, 2008)					
e) Augmenter la luminosité ambiante (Kaldenberg, 2013; Swann, 2008; Riddering, 2001)					
f) Utiliser un ensemble de vaisselle de couleur contrastante à la nappe. (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2013; Russo & Bowen, 2013)					
g) Utiliser des assiettes à large bordure de couleur vive (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2013)					
Faire la lessive					
a) Augmenter la luminosité ambiante (Kaldenberg, 2013)					
b) Installer un système d'identification des couleurs de vêtements (Swann, 2008)					
Entretien ménager					
a) Avoir uniquement les produits et outils nécessaires et les conserver à un endroit précis et facile d'accès. (Kaldenberg, 2013)					
d) Nettoyer le plancher dans une direction et ensuite dans l'autre (ex. : en largeur puis en longueur.)					

(Kaldenberg, 2013)					
e) Augmenter la luminosité ambiante (Kaldenberg, 2013)					
Utiliser le téléphone					
a) Entraînement aux habiletés visuelles. (Kaldenberg, 2013)					
b) Augmenter la luminosité par l'utilisation d'une lampe en col de cygne (lumière d'appoint) (Kaldenberg, 2013; Riddering, 2001; Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)					
c) Imprimer les numéros de téléphone en gros caractères (Riddering, 2001)					
d) Masquer les fonctions inutiles (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2013)					
e) Utiliser un téléphone à grosses touches programmables (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2013; Russo & Bowen, 2013)					
Écriture					
a) Utiliser un crayon-feutre au lieu d'un stylo à bille (Riddering, 2001)					
b) Augmenter la luminosité par l'utilisation d'une lampe en col de cygne (lampe d'appoint) (Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)					
c) Placer la lumière du côté de la main non dominante (Kaldenberg, 2013; Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)					
d) Placer la feuille sur une surface contrastante de la feuille blanche pour identifier les limites de la feuille (Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)					
e) Écrire en lettre détachée (Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)					
Prise de médicaments					
a) Stratégies d'organisation des médicaments afin d'assurer l'adhérence aux médicaments. (Kaldenberg, 2013; Weisser-Pike, & Kaldenberg, 2010)					

b) Marqueur tactile sur les bouteilles pour identifier les différentes périodes auxquelles les médicaments doivent être pris (Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)					
c) Utiliser un dispile (Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)					
d) Utiliser un fonds qui contraste avec la couleur du contenu à médicament pour faciliter sa localisation (Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)					
e) Utiliser un aide de grossissement (Kaldenberg, 2013; Markowitz, Kent, Schuchard & Fletcher, 2008)					
f) Augmenter la grosseur de l'écriture sur l'étiquette (Kaldenberg, 2013; Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)					
Interactions sociales					
a) Augmenter la luminosité ambiante (Kaldenberg, 2013)					
Activités quotidiennes significantes et amusantes					
a) Augmenter la luminosité ambiante (Kaldenberg, 2013)					
b) Prévenir les symptômes de dépression (Newton & Sanderson, 2013)					
c) Imprimer les mots croisés ou autres jeux en gros caractères (Riddering, 2001)					
d) Utiliser un éclairage d'appoint facilitant l'activité (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2013)					
e) Utiliser un lecteur audio pour écouter des livres (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2013; Kaldenberg, 2013; Russo & Bowen, 2013)					
f) Augmenter la luminosité en positionnant une lumière d'appoint au-dessus de l'épaule et directement vers la lecture (Kaldenberg, 2013; Riddering, 2001; Swann, 2008; Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)					
g) Pour regarder la télévision, enseigner les techniques de visualisation excentrique (Weisser-Pike, Kaldenberg, 2010)					

h) Positionner le téléviseur loin de la fenêtre pour éviter l'éblouissement sur l'écran (Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)					
Lecture de l'heure					
a) Horloge avec ligne et chiffre de couleur contrastante afin de mieux lire l'heure. (Riddering, 2001)					
b) Utiliser une montre avec synthèse vocale (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2003)					
Faire de l'activité physique					
a) Participer à un programme d'exercice pour augmenter l'équilibre (Fauchard & Le Cren, 2008)					
Connaissances issues de l'expérience professionnelle (Vous pouvez donner ici des exemples de situations particulières issues de votre pratique)					

ANNEXE 6
NIVEAU DE PERTINENCE DES RECOMMANDATIONS POUR LE PRÉVENTION
DES CHUTES À DOMICILE

Tableau 16: Niveau de pertinence des recommandations pour la prévention des chutes à domicile

Recommandations pour la prévention des chutes chez les personnes âgées ayant une déficience visuelle	Niveau de pertinence		
	P1	P2	P3
Éclairage			
a) Éclairer les escaliers avec des lumières DEL (Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)	M	M	M
b) Utiliser un gradateur de lumière (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2003; Swaan, 2008)	M	E	M
c) Faciliter le repérage de l'interrupteur de la lumière avec un cadre contrastant. (Christiaen, 2004)	F	F	F
d) Utiliser un détecteur de présence (Christiaen, 2004)	F	F	F
e) Augmenter la luminosité afin de mieux voir les obstacles et les changements de surfaces (Kaldenberg, 2013; Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)	M	M	E
f) Orienter l'éclairage d'appoint sur l'objet à voir (ex. : éléments architecturaux) (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2003)	E	E	E
g) Utiliser des ampoules fluorescentes pour éclairer les zones de passages (corridors et escaliers) (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2003)	M	E	E
h) Effectuer des essais pour trouver la bonne teinte de lumières artificielles (Christiaen, 2004)	---	E	E
i) Assurer une bonne éclairage générale de base en utilisant des ampoules fluorescentes (Ratelle, Lemay & Kreis, 2003)	M	E	E
Éblouissement			
a) Utiliser des stores de lamelles inclinables pour réguler l'intensité et la diffusion de la lumière dans une pièce (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2003; Russo & Bowen, 2013)	E	E	E
b) Éviter les planchers luisants en favorisant un revêtement avec un fini mat (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2003; Swann, 2008)	E	E	E
c) Cacher les sources d'éclairage afin qu'elles ne puissent pas être visibles. (Christiaen, 2004)	E	E	E
d) Lors des déplacements à l'extérieur, porter des lunettes fumées avec des lentilles de teintes foncées (Christiaen-Colmez, Julien Simonet & Nicolet, 2013; Riddering, 2001)	M	E	E
e) Lors des déplacements à l'extérieur, porter un chapeau/casquette (Christiaen-Colmez, Julien Simonet & Nicolet, 2013; Riddering, 2001)	E	M	E

Contraste			
a) Identifier la première et la dernière marche d'un escalier en utilisant une couleur différente des autres marches (Swann, 2008)	M	M	E
b) Augmenter les contrastes dans l'environnement (fourniture, décoration, corridor, porte, mur, etc.) (Kaldenberg, 2013; Ratelle, Lemay & Kreis, 2003; Russo & Bowen, 2013; Swann, 2008)	M	E	E
c) Ajouter une bande d'éveil contrastante sur chaque volée de marche. (Christiaen, 2004; Russo & Bowen, 2013)	N	M	E
Organisation de l'environnement			
a) Si déplacement de meuble ou élément de l'environnement, expliquer les modifications à la personne (Newton & Sanderson, 2013; Russo & Bowen, 2013)	E	E	E
b) Éliminer les objets non nécessaires dans les corridors (Kaldenberg, 2013; Weisser-Pike, Kaldenberg, 2010)	E	E	E
c) Utiliser des repères tactiles au début et à la fin d'un escalier (Swann, 2008; Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)	M	E	E
d) Favoriser un sol antidérapant (Christiaen, 2004; Swann, 2008)	E	M	E
e) Faire dépasser les mains courantes de 30 cm à chaque extrémité de l'escalier (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2003; Swann, 2008; Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)	E	E	E
f) Marches de dimensions constantes (Christiaen, 2004)	E	E	M

ANNEXE 7
NIVEAU DE PERTINENCE DES RECOMMANDATIONS POUR LA
PARTICIPATION À DES OCCUPATIONS VARIÉES

Tableau 17: Niveau de pertinence des recommandations pour la participation à des occupations variées

Recommandations pour la participation à des occupations chez les personnes âgées ayant une déficience visuelle	Niveau de pertinence E= Pertinence élevée, M = Pertinence moyenne, F= Pertinence faible, N= Pertinence nulle		
	P1	P2	P3
Se lever/s'habiller/Ranger sa chambre			
a) Augmenter la luminosité ambiante (Kaldenberg, 2013)	M	M	E
b) Éclairer l'intérieur de la garde-robe et des placards en ajoutant des sources de lumière (Swann, 2008)	M	E	E
c) Installer un système d'identification des couleurs de vêtements (Swann, 2008)	M	E	E
Soins corporels/Prendre une douche/Prendre un bain/Hygiène au lavabo			
a) Augmenter la luminosité ambiante (Kaldenberg, 2013)	M	M	E
b) Plancher non luisant et antidérapant (Swann, 2008)	E	E	E
c) Bain de couleur contrastante (Swann, 2008)	F	N	E
Utiliser les toilettes			
a) Augmenter la luminosité (Kaldenberg, 2013; Swann, 2008)	M	M	E
b) Utiliser un siège de toilette contrastant (Swann, 2008)	F	N	M
Préparation et prise de repas			
a) Entraînement aux habiletés visuelles (Kaldenberg, 2013)	E	M	E
b) Imprimer les recettes en gros caractères (Riddering, 2001)	M	M	E
c) Utiliser une planche à couper de couleur contrastante aux aliments (Riddering, 2001)	E	E	E
d) Utiliser d'un gradateur de lumière (Swann, 2008)	M	E	M
e) Augmenter la luminosité ambiante (Kaldenberg, 2013; Swann, 2008; Riddering, 2001)	M	M	E
f) Utiliser un ensemble de vaisselle de couleur contrastante à la nappe (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2013; Russo & Bowen, 2013)	E	E	E
g) Utiliser des assiettes à large bordure de couleur vive (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2013)	F	F	E

Faire la lessive			
a) Augmenter la luminosité ambiante (Kaldenberg, 2013)	M	M	E
b) Installer un système d'identification des couleurs de vêtements (Swann, 2008)	E	E	E
Entretien ménager			
a) Avoir uniquement les produits et outils nécessaires et les conserver à un endroit précis et facile d'accès (Kaldenberg, 2013)	E	E	E
b) Nettoyer le plancher dans une direction et ensuite dans l'autre (ex. : en largeur puis en longueur.) (Kaldenberg, 2013)	M	E	E
c) Augmenter la luminosité ambiante (Kaldenberg, 2013)	M	F	E
Utiliser le téléphone			
a) Entraînement aux habiletés visuelles (Kaldenberg, 2013)	M	F	E
b) Augmenter la luminosité par l'utilisation d'une lampe en col de cygne (lumière d'appoint) (Kaldenberg, 2013; Riddering, 2001; Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)	M	E	E
c) Imprimer les numéros de téléphone en gros caractères (Riddering, 2001)	M	E	E
d) Masquer les fonctions inutiles (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2013)	E	M	E
e) Utiliser un téléphone à grosses touches programmables (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2013, Russo & Bowen, 2013)	M	M	E
Écriture			
a) Utiliser un crayon-feutre au lieu d'un stylo à bille (Riddering, 2001)	E	E	E
b) Augmenter la luminosité par l'utilisation d'une lampe en col de cygne du côté (lampe d'appoint) (Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)	M	E	E
c) Placer la lumière du côté de la main non dominante. (Kaldenberg, 2013; Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)	E	E	E
d) Placer la feuille sur une surface contrastante de la feuille blanche pour identifier les limites de la feuille (Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)	E	E	E
e) Écrire en lettre détachée (Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)	E	E	E
Prise de médicaments			
a) Stratégies d'organisation des médicaments afin d'assurer l'adhérence aux médicaments. (Kaldenberg, 2013; Weisser-Pike, & Kaldenberg, 2010)	E	E	E
b) Marqueur tactile sur les bouteilles pour identifier les différentes périodes auxquelles les médicaments doivent être pris (Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)	M	M	E

c) Utiliser un dispile (Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)	E	M	E
d) Utiliser un fonds qui contraste avec la couleur du contenu à médicament pour faciliter sa localisation (Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)	F	E	E
e) Utiliser un aide de grossissement (Kaldenberg, 2013; Markowitz, Kent, Schuchard & Fletcher, 2008)	M	M	E
f) Augmenter la grosseur de l'écriture sur l'étiquette (Kaldenberg, 2013; Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)	M	E	E
Interactions sociales			
a) Augmenter la luminosité ambiante (Kaldenberg, 2013)	M	M	E
Activités quotidiennes significantes et amusantes			
a) Augmenter la luminosité ambiante (Kaldenberg, 2013)	M	M	E
b) Prévenir les symptômes de dépression. (Newton & Sanderson, 2013)	---	E	E
c) Imprimer les mots croisés ou autres jeux en gros caractères. (Riddering, 2001)	M	M	E
d) Utiliser un éclairage d'appoint facilitant l'activité. (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2013)	M	E	E
e) Utiliser un lecteur audio pour écouter des livres (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2013; Kaldenberg, 2013; Russo & Bowen, 2013)	M	E	E
f) Augmenter la luminosité en positionnant une lumière d'appoint au-dessus de l'épaule et directement vers la lecture (Kaldenberg, 2013; Riddering, 2001; Swann, 2008; Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)	M	M	E
g) Pour regarder la télévision, enseigner les techniques de visualisation excentrique (Weisser-Pike, Kaldenberg, 2010)	M	M	E
h) Positionner le téléviseur loin de la fenêtre pour éviter l'éblouissement sur l'écran (Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010)	E	E	E
Lecture de l'heure			
a) Horloge avec ligne et chiffre de couleur contrastante afin de mieux lire l'heure. (Riddering, 2001)	M	E	E
b) Utiliser une montre avec synthèse vocale (Christiaen, 2004; Ratelle, Lemay & Kreis, 2003)	M	E	E
Faire de l'activité physique			
a) Participer à un programme d'exercice pour augmenter l'équilibre (Fauchard & Le Cren, 2008; Radvay et coll., 2007)	E	M	E