

L'ergothérapie
pour le maintien de la fonctionnalité et
la participation sociale
de la personne âgée physiquement fragile vivant à domicile

Partie 1: Guide clinique



GDG:

***De Coninck L., Bouckaert L., Cordyn S., De Schutter F., Gielen E., Guisset ME.,
Kos D., Ledoux A., Aertgeerts B.***

L'ergothérapie
pour le maintien de la fonctionnalité et
la participation sociale
de la personne âgée physiquement fragile vivant à domicile

Partie 1: Guide clinique

Version adaptée aux commentaires du Comité de Validation du Cebam et
validée le 09/03/2023



GDG:

***De Coninck L., Bouckaert L., Cordyn S., De Schutter F., Gielen E., Guisset ME.,
Kos D., Ledoux A., Aertgeerts B.***



Ce guide de pratique a été développé au sein du réseau Evikey avec le soutien financier du SPF Santé publique. www.evikey.be

Contents

Aperçu des questions cliniques et recommandations.....	6
Question clinique 1	6
Question clinique 2	8
Question clinique 3	11
Question clinique 4	12
Question clinique 5	15
1 Situation	17
1.1 Introduction	17
1.1.1 Population cible et problème de santé	17
1.1.2 La poursuite de l'autosuffisance.....	18
1.1.3 L'ergothérapie dans la population cible	18
1.1.4 Fonctionnalité.....	20
1.1.5 Participation sociale	20
1.2 Champ d'application de la guide clinique.....	21
1.2.1 Question clinique centrale et PIPOH.....	21
1.2.2 Question clinique	21
1.3 Groupe cible.....	22
1.3.1 Détermination du groupe cible.....	22
1.3.2 Critères d'inclusion et d'exclusion	23
1.4 Utilisateurs finaux visés	23
1.5 Partenariats.....	24
1.6 Engagement des parties prenantes	27
1.7 Méthodologie de réactivité des recommandations	27
1.8 Recommandations à valeur ajoutée.....	28
1.9 Conditions préalables, y compris les facilitateurs et les obstacles à la mise en œuvre	29
1.9.1 Conditions préalables	29
1.9.2 Facilitateurs et obstacles à la mise en œuvre.....	30
1.10 Contrôle du respect de la guide clinique	32
1.11 Révision de la guide clinique	34
1.12 Conflits d'intérêts	35
1.13 Validation.....	35
1.14 Reconnaissance	35
1.15 Glossaire des termes et abréviations.....	35

1.16 Localisation des références	38
2 Recommandations avec justification par question clinique	41
2.1 Question clinique 1	41
2.1.1 Le dépistage en général	41
2.1.2 Visites préventives à domicile	42
2.1.3 Ergothérapie	43
2.1.4 Dépistage de la fragilité	44
2.1.5 Profilage des ergothérapeutes dans le contexte de l'orientation	45
2.1.6 Personnes pouvant orienter les patients (vers l'ergothérapeute ou entre eux)	45
2.1.7 Structures faisant l'objet d'un renvoi	46
2.1.8 Conseils pour la mise en œuvre	47
2.2 Question clinique 2	48
2.2.1 Méthodologie d'évaluation	48
2.2.2 Division du travail d'évaluation	50
2.2.3 Contenu de l'évaluation : prévention des chutes	52
2.2.4 Contenu de l'évaluation : cognition	53
2.2.5 Contenu de l'évaluation : BAVJ et AIVJ	54
2.2.6 Contenu de l'évaluation : AIVJ - aptitude à la conduite	56
2.2.7 Évaluation du contenu : AIVJ - technologie	59
2.2.8 Conseils pour la mise en œuvre	60
2.3 Question clinique 3	61
2.3.1 Généralités	61
2.3.2 Étapes de la définition des objectifs	62
2.3.3 Travail d'équipe	63
2.3.4 orienté vers l'avenir	64
2.3.5 Conseils pour la mise en œuvre	65
2.4 Question clinique 4	66
2.4.1 Interventions : principes de base	66
2.4.2 Promotion de la santé et prévention pour améliorer le fonctionnement physique, social, cognitif et mental	70
2.4.3 Activités quotidiennes et participation sociale	72
2.4.4 Coopération	75
2.4.5 Conseils pour la mise en œuvre	77
2.5 Question clinique 5	78
2.5.1 Coordination des soins	78

2.5.2 Coopération transmurale.....	80
2.5.3 Confidentialité.....	81
2.5.4 Technologies de l'information en matière de santé	81
2.5.5 Conseils pour la mise en œuvre	82
3 Références recommandations.....	83
3.1 Références question clinique 1	83
3.2 Références question clinique 2	84
3.3 Références question clinique 3	87
3.4 Références question clinique 4	88
3.5 Références question clinique 5	92
3.6 Références de l'information supportive	93

Aperçu des questions cliniques et recommandations

Dans le cadre de la prévention des chutes, il est recommandé de consulter la [guide clinique professionnelle sur la prévention des chutes](#) (Néerlandais [ou Anglais](#)). Seuls les aspects de la prévention des chutes qui ne sont pas dans le guide sur la prévention des chutes sont abordés ici.

Question clinique 1

Comment détecter les personnes âgées physiquement fragiles (case finding) ? Comment la personne âgée physiquement fragile et/ou son contexte social peuvent-ils être orientés de manière efficace et efficiente vers un ergothérapeute ?

Constataion de l'existence d'un cas

Recommandation 1.1

Nous suggérons de détecter la fragilité chez les personnes âgées vivant à domicile à partir de 75 ans.
2C

(Apóstolo et al., 2017 ; Mason et al., 2007)

Visites préventives à domicile

Recommandation 1.2 :

Nous suggérons que les médecins généralistes et tous les autres prestataires de soins primaires procèdent à la détection de la fragilité à haut risque lors de leurs visites régulières à domicile.

Nous ne suggérons pas de visites préventives systématiques à domicile au niveau de la population.
2C

(Bouman et al., 2008 ; Donnelly, 2014 ; Fagerström et al., 2009 ; Kronborg et al., 2006 ; McIntyre, 2019 ; Van Kempen et al., 2015)

Profilage de l'ergothérapie dans le contexte du dépistage

Recommandation 1.3 :

Nous recommandons que les ergothérapeutes se profilent comme des experts dans le dépistage des problèmes de fonctionnement dans la vie quotidienne. **GPP**

Instruments de dépistage

Recommandation 1.4A :

Nous recommandons d'utiliser des outils d'évaluation valides sous forme d'auto-évaluation, d'observation clinique ou d'une combinaison des deux pour détecter la fragilité. **1C**

(Abassi et al., 2018 ; Apóstolo et al., 2017 ; Metzelthin et al., 2010)

Recommandation 1.4B :

Nous recommandons que le choix de l'outil d'évaluation de la fragilité soit déterminé par l'objectif visé et le contexte dans lequel l'outil sera utilisé. **GPP**

Profilage des ergothérapeutes dans le contexte de l'orientation

Recommandation 1.5A :

Nous recommandons que les ergothérapeutes de première ligne se profilent de manière transparente comme des experts du fonctionnement dans la vie quotidienne et de l'environnement dans lequel ce fonctionnement a lieu. **GPP**

Recommandation 1.5B :

Nous recommandons que les ergothérapeutes fassent connaître leur accessibilité à la fois dans une zone de soins primaires et aux services gériatriques de deuxième ligne dans leur région de soins, afin de rationaliser l'orientation et de fournir des soins intégrés centrés sur le client. **GPP**

Les personnes qui peuvent orienter (vers l'ergothérapeute ou entre elles)

Recommandation 1.6A :

Nous recommandons que tous les professionnels de la santé et de l'aide sociale qui sont en contact direct ou indirect avec des personnes âgées soient formés, dans leur zone de première ligne, à identifier les personnes âgées fragiles et les personnes à haut risque de fragilité et à les orienter vers les prestataires de soins de santé compétents, y compris les ergothérapeutes. **GPP**

Recommandation 1.6B :

Nous recommandons aux ergothérapeutes d'identifier les personnes âgées vulnérables et les personnes à haut risque de fragilité et de les orienter vers les prestataires de soins de santé concernés dans le cadre d'une approche interdisciplinaire. **GPP**

Structures dans le contexte de référence

Recommandation 1.7A :

Nous suggérons d'établir une procédure au sein d'une zone de première ligne qui inclut la manière de détecter et d'orienter les personnes à haut risque en ce qui concerne la vulnérabilité. **2C**

(Abassi et al., 2018)

Recommandation 1.7B :

Nous suggérons de nommer un coordinateur pour chaque zone de première ligne afin de suivre ce processus. **2C**

(Abassi et al., 2018)

Recommandation 1.7C :

Nous suggérons que tous les travailleurs de la santé et de l'aide sociale soient informés de la procédure de détection et d'orientation dans leur zone de première ligne. **2C**

(Abassi et al., 2018 ; McIntyre et al., 2019)

Question clinique 2

Quelle évaluation multifactorielle de l'ergothérapie est appropriée pour la personne âgée physiquement fragile vivant à domicile et/ou son contexte ?

Méthodologie de l'évaluation

Recommandation 2.1 :

Nous recommandons que le délai entre la détection de la personne à haut risque, l'évaluation ergothérapeutique et la mise en œuvre des recommandations soit le plus court possible. **1C**

(Stewart et al., 2005)

Recommandation 2.2 :

Nous recommandons aux ergothérapeutes d'effectuer leur évaluation des activités significative dans l'environnement familial de la personne âgée ou dans un environnement qui simule le plus fidèlement possible l'environnement familial. **1C**

(Jakobsson et al., 2011 ; Provencher et al., 2013)

Recommandation 2.3A :

Nous recommandons aux ergothérapeutes de concentrer leurs évaluations sur l'identification des faiblesses et des opportunités dans le cadre d'une activité significative. **GPP**

Recommandation 2.3B :

Nous recommandons aux ergothérapeutes de s'interroger sur les intérêts, les besoins, les préférences et les perceptions de la personne âgée concernant ses activités au niveau fonctionnel et de la participation. **GPP**

Recommandation 2.4 :

Nous recommandons aux ergothérapeutes d'utiliser des outils d'évaluation en plus de leur expertise clinique, le cas échéant, à tous les stades du processus thérapeutique. **GPP**

Recommandation 2.5 :

Nous recommandons que, lors de l'évaluation, l'ergothérapeute soit attentif au mode de vie et à l'équilibre des activités significatives de la personne âgée et, le cas échéant, de son aidant informel. **GPP**

Répartition des tâches dans l'évaluation

Recommandation 2.6 :

Nous recommandons une collaboration multidisciplinaire pour réaliser une évaluation gériatrique complète (EGC) chez la personne âgée vivant à domicile, où une division du travail devrait être envisagée dans le contexte de l'expertise et du rapport coût-efficacité. **1C**

(Bouman et al., 2008 ; Frese et al., 2012 ; McIntyre et al., 2019 ; Pighills et al., 2011)

Recommandation 2.7 :

Nous recommandons que, dans le cadre de la faisabilité, il soit décidé en fonction du contexte si l'évaluation à la sortie est effectuée par un ergothérapeute travaillant à l'hôpital ou dans le cadre des soins à domicile. **1C**

(Avlund et al., 2002 ; Provencher et al., 2013)

Recommandation 2.8 :

Nous recommandons que les ergothérapeutes contribuent à l'équipe interdisciplinaire en envisageant des instruments d'évaluation standardisés ayant une valeur prédictive quant au besoin de soins à domicile. **1C**

(Brown et al., 2013)

Évaluation du contenu : prévention des chutes

Recommandation 2.9 :

Nous recommandons qu'un professionnel de la santé examine le risque de chute et oriente vers un ergothérapeute si nécessaire, et vice versa. **GPP**

Recommandation 2.10 :

Nous recommandons aux ergothérapeutes d'utiliser un instrument d'évaluation fiable pour identifier la composante "comportement" en tant que facteur de risque pour la prévention des chutes. **GPP**

Recommandation 2.11 :

Nous recommandons à l'ergothérapeute de faire remplir à la personne âgée ou à son aidant un instrument d'auto-évaluation comportant des instructions claires sur les facteurs de risque de chute dans l'environnement de vie. **GPP**

Recommandation 2.12 :

Nous recommandons aux prestataires de soins de santé de faire appel à des ergothérapeutes pour l'aménagement du domicile dans le cadre de la prévention des chutes. **1C**

(MacKenzie et al., 2018 ; McIntyre et al., 2019 ; Pighills et al., 2011)

Évaluation du contenu : cognition

Recommandation 2.13 :

Nous recommandons à l'ergothérapeute d'utiliser des tests fonctionnels pour évaluer la cognition en plus des outils d'évaluation cognitive habituels. **1C**

(Belchior et al., 2015 ; Harper et al., 2019)

Révision du contenu : BAVJ et AIVJ

Recommandation 2.14 :

Nous recommandons aux ergothérapeutes de prévoir suffisamment de temps pour évaluer les activités liées aux AVQ (BAVQ et AIVQ) à l'aide d'un instrument d'évaluation standardisé (observation, entretien ou instrument d'auto-évaluation par la personne âgée ou l'aidant informel). **1C**

(Giambelluca et al., 2019)

Recommandation 2.15A :

Nous recommandons à l'ergothérapeute d'adapter le choix de l'instrument à la personne et à son contexte, en tenant compte, entre autres, des effets de plancher et de plafond possibles¹. **1C**

(Belchior et al., 2015 ; Wales et al., 2016)

Recommandation 2.15B :

Nous recommandons à l'ergothérapeute d'étaler les tests dans le temps si cela est souhaitable. **GPP**

Recommandation 2.15C :

Nous recommandons que l'interprétation des scores des mesures BAVQ et AIVQ prenne en compte non seulement le score total mais aussi les sous-scores. **1C**

(Wyller et al., 1995)

Examen du contenu : AIVJ - capacité de conduite

Recommandation 2.16A :

Nous suggérons que l'ergothérapeute, en sa qualité d'expert en conduite automobile, soutienne le processus de décision de reprendre ou non le volant, co-détermine l'évaluation de l'aptitude à la conduite et aide la personne à évaluer de manière réaliste les risques liés à la conduite dans sa situation spécifique. **2C**

(Bédard et al., 2014 ; Dickerson et al., 2011 ; Dickerson et al., 2014 ; Dickerson, 2014 ; Unsworth & Baker, 2014)

Recommandation 2.16B :

Nous suggérons que lors de l'évaluation de l'aptitude à la conduite, l'ergothérapeute identifie les aspects suivants : le comportement du conducteur, les fonctions exécutives (spécifiques à la conduite et BAVJ/AIVJ) et les aptitudes cognitives, visuelles et visuo-motrices générales. **2C**

(Dickerson et al., 2011 ; Bédard & Dickerson, 2014 ; Dickerson et al., 2014 ; Dickerson, 2014 ; Unsworth & Baker, 2014)

Recommandation 2.17 :

Nous suggérons de réfléchir à l'opportunité d'utiliser un simulateur de conduite dans le contexte de la prédiction de l'aptitude à la conduite. **2C**

(Dickerson et al., 2014)

¹ vb MMSE chez les personnes présentant une forte suspicion de déficit cognitif et MOCA chez les personnes présentant une suspicion de fonctions cognitives intactes

Recommandation 2.18 :

Nous recommandons que l'ergothérapeute aide la personne, qui a été jugée inapte à conduire, à trouver et à utiliser d'autres moyens de transport, et qu'il l'accompagne dans ses autres implications en matière de participation. **GPP**

Recommandation 2.19 :

Nous recommandons de s'adresser à l'autorité nationale compétente CARA pour connaître la décision juridique relative à l'aptitude à la conduite. **GPP**

Examen du contenu : AIVJ - technologie**Recommandation 2.20 :**

Nous suggérons que l'ergothérapeute évalue non seulement les BAVJ, les AIVJ, la mobilité et les loisirs, mais aussi les compétences en matière d'utilisation de la technologie et de ses applications. **2C**

(Malinowsky et al., 2011)

Question clinique 3

Quelle méthodologie est appropriée pour fixer des objectifs avec la personne âgée physiquement fragile vivant à domicile et/ou son entourage ?

Général**Recommandation 3.1 :**

Nous recommandons d'inclure la définition d'objectifs personnels et réalisables pour la personne âgée vivant à domicile dans le processus de travail centré sur le client. **1C**

(Nielsen et. al., 2014 ; Stevens et. al., 2013 ; Yun et. al., 2019)

Étapes de la fixation d'objectifs**Recommandation 3.2 :**

Nous vous recommandons de suivre les quatre étapes de la définition d'un objectif.² **1C**

(Stevens et. al., 2013)

² (1) négocier les objectifs, (2) rédiger et hiérarchiser les objectifs, (3) planifier les objectifs et (4) évaluer les objectifs, redéfinir les priorités et/ou reformuler si nécessaire.

Travail d'équipe

Recommandation 3.3 :

Nous recommandons que les objectifs de l'ergothérapie soient partagés et discutés au sein de l'équipe interprofessionnelle et dans tous les contextes (par exemple, hôpital - domicile). **GPP**

Orientation vers l'avenir

Recommandation 3.4 :

Nous suggérons que l'ergothérapeute encourage la personne âgée vivant à domicile à discuter de ses souhaits en matière de traitement avec sa famille, en prévision d'une situation future où la personne aura besoin d'aide pour prendre des décisions en matière de traitement. **2C**

(Kelly et. al., 2012)

Question clinique 4

Quelles sont les interventions multifactorielles d'ergothérapie appropriées pour la personne âgée physiquement fragile vivant à domicile et/ou son contexte ?

Général

Recommandation 4.1 :

Nous recommandons que les interventions ergothérapeutiques auprès des personnes âgées physiquement fragiles soient menées dans une optique centrée sur le client, en mettant l'accent sur l'autonomisation. **1A**

(De Coninck et al., 2017 ; Nielsen et al., 2017 ; Warner et al., 2019)

Recommandation 4.2

Nous recommandons d'appliquer une aide à la décision pour déterminer le choix de l'intervention. **1C**

(van Weert et al., 2016)

Recommandation 4.3 :

Nous recommandons que les interventions soient adaptées à la personne âgée vulnérable dans le cadre d'une approche interprofessionnelle. **1B**

(Cameron et al., 2013, De Coninck et al., 2017 ; Dedeyne et al., 2017)

Recommandation 4.4 :

Nous ne suggérons pas de proposer un programme d'intervention interprofessionnel dans le domaine de la vie quotidienne ou de la participation sociale si un ergothérapeute n'est pas impliqué. **2A**

(Spoorenberg et al., 2018 ; van Lieshout et al., 2018)

Recommandation 4.5A :

Nous recommandons des interventions individuelles à domicile consistant en une combinaison de :

- Améliorer la connaissance de la santé,
- des conseils sur le changement de méthode dans l'accomplissement des tâches quotidiennes,
- des conseils sur les dispositifs d'assistance et s'entraîner à les utiliser,
- des conseils sur l'aménagement du logement, y compris l'éclairage,
- des conseils en matière d'ergonomie,
- Pratiquer des activités quotidiennes,
- Apprendre des stratégies d'autogestion,
- Enseigner les stratégies de prévention des chutes,
- des conseils sur les options de prestation de services. **1B**

(Berger et al, 2013 ; Berger et al, 2018 ; De Coninck et al, 2017 ; Cochrane et al, 2016 ; Tessier et al, 2016 ; Tuntland et al, 2015 ; Whitehead et al, 2015 ; 2019 ; Nielsen et al, 2019).

Recommandation 4.5.B :

Nous recommandons de limiter ces interventions dans le temps et de les conclure par une session de suivi. **1B**

(De Coninck et al., 2017 ; Cochrane et al., 2016 ; Tuntland et al., 2015)

Promotion de la santé et prévention pour améliorer le fonctionnement physique, social, cognitif et mental

Recommandation 4.6A :

Nous suggérons que la promotion de la santé fournisse des interventions qui améliorent le fonctionnement physique, social, cognitif et mental. **2B**

(Gustafsson et al., 2017 ; Huguet et al., 2018)

Recommandation 4.6B :

Nous suggérons de proposer des interventions de groupe pour améliorer la participation sociale dans le cadre de la promotion de la santé, en plus des interventions à domicile. **2B**

(Berger et al., 2013 ; Berger et al., 2018 ; Apostolo et al., 2019 ; Ristolainen et al., 2020)

Recommandation 4.6C :

Nous suggérons de proposer des interventions axées sur le mode de vie, en particulier chez les personnes âgées présentant des symptômes dépressifs, qui, d'une part, les encouragent à s'engager dans davantage d'activités conduisant à des contacts sociaux et, d'autre part, facilitent les activités qui ont un sens pour la personne. **2B**

(Juang et al., 2018)

Activités quotidiennes et participation sociale

Recommandation 4.7 :

Nous recommandons des exercices physiques sur mesure, fondés sur des données probantes, qui encouragent l'exercice et peuvent être intégrés dans le fonctionnement quotidien, en plus des activités quotidiennes habituelles. **1B**

(Manini et al., 2017 ; Martel et al., 2018 ; Winzer et al., 2019)

Recommandation 4.8 :

Nous recommandons de permettre à la personne âgée vulnérable de vivre des expériences significatives, notamment en s'occupant de quelque chose, ou d'encourager les collaborations intergénérationnelles. **GPP**

(Ko et al., 2015)

Recommandation 4.9 :

Nous recommandons d'ajouter une composante motivationnelle et/ou des outils de soutien lors de l'entraînement au fonctionnement physique. **1B**

Nous ne suggérons pas d'utiliser la robotique pour faciliter la mobilité ou les soins personnels. **2C**
(Valenzuela et al., 2018 ; Corregidor-Sanchez et al., 2020 ; Suskom et al., 2011 ; Bedaf et al., 2015)

Recommandation 4.10 :

Nous recommandons d'enseigner des stratégies de changement de comportement en plus de proposer des exercices physiques fondés sur des données probantes. **1B**

(Zijlstra et al., 2011 ; McMahon et al., 2017)

Recommandation 4.11 :

Nous suggérons de proposer des interventions cognitives individuelles qui entraînent la mémoire de travail et la capacité de résolution de problèmes et qui peuvent être liées ou non à des situations de la vie quotidienne. Nous suggérons également d'organiser une séance de suivi afin d'accroître le transfert vers la capacité de résolution de problèmes dans l'AIVQ. **2C**

(Borella et al., 2019)

Recommandation 4.12A :

Nous suggérons de proposer une formation aux compétences off-road et/ou une formation à la simulation sur ordinateur, y compris la vitesse de traitement, dans le cadre des compétences de conduite. **2B**

(Unsworth et al., 2014 ; Ross et al., 2016)

Recommandation 4.12B :

Nous recommandons de sensibiliser aux compétences personnelles en matière de conduite, d'encourager les choix négociés concernant les futurs moyens de transport et de former à l'utilisation de moyens de transport alternatifs. **GPP**

Collaboration**Recommandation 4.13 :**

Nous recommandons de consulter l'aidant ou la famille de la personne âgée fragile dans le cadre de l'aide à la décision, s'ils le souhaitent. **1C**

(Lamore et al., 2017)

Recommandation 4.14 :

Nous recommandons d'aider les aidants à se responsabiliser en utilisant de brèves interventions psycho-éducatives par téléphone, sur Internet et/ou basées sur la technologie, en plus du soutien régulier. **1C**

(Behrndt et al., 2019 ; Hu et al., 2015)

Recommandation 4.15 :

Nous recommandons de répondre aux besoins fonctionnels de la personne âgée fragile qui n'ont pas encore été satisfaits à sa sortie de l'hôpital et de mettre en œuvre des interventions à domicile intégrées et centrées sur le client, en consultation avec l'hôpital et les soins primaires. **1C**

Nous recommandons d'accorder une attention suffisante à la planification et à la communication, à l'information et à l'éducation de la personne âgée et de son aidant informel. **1C**

(Provencher et al., 2020 ; Eklund et al., 2013)

Question clinique 5

Comment l'ergothérapeute, travaillant avec la personne âgée physiquement fragile vivant à domicile et/ou son contexte social, peut-il contribuer à des soins disciplinaires, intégrés et/ou transmuraux de qualité ?

Coordination des soins

Recommandation 5.1A :

Nous recommandons de désigner un coordinateur de soins dans les situations complexes. **1C**

(You et al., 2012)

Recommandation 5.1B :

Nous recommandons que, dans le cadre de la coordination des soins, le coordinateur des soins fasse partie d'une structure intégrée plus générale et ce, en fonction de la continuité en termes de coordination des soins tant au niveau des soins de santé que du bien-être et des services. **1C**

(Carrier, 2012)

Recommandation 5.1C :

Nous recommandons que, si la coordination des soins est utilisée, le coordinateur des soins soit un membre de l'équipe de traitement de la personne âgée. **1B**

(Balard et al., 2016)

Recommandation 5.2 :

Nous recommandons que, dans le cadre de la coordination des soins, outre les objectifs centrés sur le client pour la personne âgée et les attentes organisationnelles, les besoins des aidants informels sur la manière d'optimiser les soins soient également pris en compte, et qu'une formation sur mesure avec une approche multidisciplinaire soit fournie (par exemple sur la nutrition, l'ergonomie, etc.). **GPP**

Coopération transmurale

Recommandation 5.3A :

Nous recommandons une collaboration entre l'hôpital et les soins primaires. Nous recommandons que les ergothérapeutes de l'hôpital ou l'équipe de sortie contactent un ergothérapeute de soins

primaires pour les interventions à domicile à la sortie, et ce dans le contexte de l'exhaustivité des conseils de l'ergothérapeute. **1C**

(Clemson et al., 2016 ; Lockwood et al., 2015)

Recommandation 5.3.B :

Nous ne recommandons pas les interventions à domicile avant la sortie de l'hôpital par les ergothérapeutes hospitaliers. **1C**

(Clemson et al., 2016 ; Patterson et al., 1999)

Confidentialité

Recommandation 5.4 :

Nous recommandons que les accords sur le partage d'informations confidentielles soient consignés par écrit. **1B**

(Marschall et al., 2004)

Technologie de l'information sur la santé

Recommandation 5.5 :

Nous recommandons aux prestataires de soins de santé d'utiliser les technologies de l'information pour échanger des informations entre eux. **GPP**

Recommandation 5.6 :

Nous suggérons que l'utilisation des technologies de l'information sur la santé (HIT) (1) implique les personnes âgées et/ou leurs aidants informels dans les objectifs de santé de la personne âgée, (2) tienne compte de la façon dont ils perçoivent la confidentialité et la sécurité des HIT, (3) garantisse qu'il n'y a pas de problèmes techniques, et (4) garantisse que l'information est fiable. **2C**

(Noblin et al., 2021)

1 Situation

1.1 Introduction

1.1.1 Population cible et problème de santé

L'augmentation constante de la population âgée pose un défi qui dépasse la pensée purement médicale. (Swedish National Institute of Public Health, 2007) La moitié des personnes âgées de plus de 75 ans souffrent d'au moins deux maladies chroniques, tandis que deux personnes âgées de plus de 75 ans sur cinq souffrent d'au moins quatre maladies chroniques (Barnett et al., 2012). (Barnett et al., 2012) Environ 20 % des personnes âgées de plus de 70 ans et 50 % des personnes âgées de plus de 85 ans déclarent avoir des difficultés à accomplir les activités de la vie quotidienne. (Burden of disease network project, 2004)

La population des personnes âgées physiquement fragiles vivant à domicile désigne le groupe de personnes âgées qui deviennent fragiles en raison d'affections complexes liées à l'âge et qui sont exposées à un risque accru de perte de fonction. La fragilité décrit un état caractérisé par une réserve physiologique et une résistance aux facteurs de stress réduites, entraînant une vulnérabilité accrue aux conséquences négatives, telles que l'hospitalisation (Fried et al., 2001). (Fried et al., 2001).

La fragilité augmente avec l'âge. Elle est présente chez 15,7 % des 80-84 ans et atteint 26,1 % chez les plus de 85 ans (Collard et al., 2012). (Collard et al., 2012) Il existe plusieurs définitions opérationnelles de la fragilité. Fried (2001) et Rockwood (2005) sont les plus fréquemment citées à cet égard. L'échelle de fragilité clinique de Rockwood (CFS) classe les individus en fonction de leur degré de fragilité. Il existe 9 catégories, allant de très en forme (CFS 1) à en phase terminale (CFS 9). (Rockwood et al., 2005)

Les personnes des catégories 1 à 3 vont de celles qui sont en bonne santé à celles qui s'en sortent bien malgré des problèmes médicaux. Les personnes des catégories 7 à 9 vont de la dépendance totale pour les soins personnels à la maladie en phase terminale. (Rockwood et al., 2005)

La population cible de cette guide clinique se situe dans la catégorie des CFS 4 à 6. Les personnes atteintes du SFC 4 sont "vulnérables". Vulnérable" ou "à risque de fragilité" signifie "limitations dues à des conditions liées à l'âge, mais ne dépendant pas de tiers pour l'assistance quotidienne". Les personnes âgées "à risque de fragilité" se plaignent souvent d'être léthargiques et/ou fatiguées au cours de la journée. On parle de "fragilité légère" (CSF 5, mildly frail) lorsqu'il y a au moins une lenteur marquée et un besoin d'aide pour les AIVQ, par exemple pour les finances, le transport, les gros travaux ménagers ou les médicaments. Les personnes modérément fragiles (CFS 6, moderately frail) ont besoin d'aide pour les activités ménagères et pour toutes les activités à l'extérieur de la maison. À l'intérieur, ces personnes ont des difficultés à monter les escaliers, à prendre un bain et ont besoin d'une aide minimale pour s'habiller. (Rockwood et al., 2005 ; Mitnitski et al., 2001)

Les caractéristiques négatives de la fragilité comprennent un risque accru de chutes, de fractures, d'admission à l'hôpital ou en maison de retraite, et une dégradation de la qualité de vie.

L'augmentation de la charge de l'aidant informel est une conséquence indirecte de l'aggravation de la fragilité de la personne âgée. (Clegg et al., 2013 ; Morley et al., 2013) L'aidant informel est souvent lui-même d'un âge respectable. En raison de la complexité du problème, l'indépendance diminue et des soins à domicile multidisciplinaires deviennent nécessaires. (Béland et al., 2011)

Le développement dormant et l'augmentation progressive des déficiences chez les personnes âgées physiquement fragiles créent une accoutumance qui rend la personne moins encline à changer quoi que ce soit à sa situation. En conséquence, l'équipe pluridisciplinaire est souvent confrontée à un problème supplémentaire, à savoir le manque de compliance. Bien que la personne âgée vivant à domicile souhaite continuer à vivre dans son environnement familial, le respect des conseils donnés est souvent faible. (Nyman et al., 2011)

1.1.2 La poursuite de l'autosuffisance

Dans les soins actuels, l'accent est mis principalement sur les composantes médicales des "soins et de la guérison". Cependant, il reste encore beaucoup à faire pour préserver l'autonomie des personnes âgées. Le soutien à l'autonomie dans la population âgée favorise la préservation de la capacité fonctionnelle, augmente la qualité de vie et réduit les résultats négatifs tels que l'hospitalisation. (Boeckstaens, 2014 ; Pilkington, 2008) Ce n'est pas seulement la personne âgée et son aidant informel (niveau micro) qui bénéficient d'une plus grande attention au maintien de l'auto-efficacité, mais aussi l'aidant professionnel (niveau méso) et la société (niveau macro).

- Niveau micro :

Tout d'abord, la personne âgée elle-même bénéficie du maintien de son autonomie. En outre, la prise en charge d'une personne âgée pèse lourdement sur l'aidant informel qui, comme indiqué ci-dessus, est souvent lui-même déjà âgé. Améliorer l'autosoin et conseiller l'aidant informel sur la manière dont il peut contribuer à l'autosoin est qualitativement bénéfique pour les deux parties (par exemple, l'augmentation de la qualité de vie). (Oldenkamp et al., 2017)

- Niveau méso :

Au fur et à mesure que l'autonomie s'accroît, la personne âgée elle-même peut reprendre une partie des soins et de certaines activités quotidiennes. Cela permet aux aidants professionnels concernés d'être déchargés de certaines tâches non spécifiques à l'occupation et d'assumer des tâches spécifiques à l'occupation de manière plus ciblée.

- Niveau macro :

Les coûts liés au vieillissement continuent d'augmenter et pèsent lourdement sur le budget. Si la personne âgée a un niveau de fonctionnement plus élevé, certains des coûts liés au degré de limitation peuvent être réduits.

Au moins une personne âgée sur trois a recours à des soins informels. Un aidant informel s'occupe d'une personne qui a besoin d'aide en raison d'une maladie, d'un handicap, de la vieillesse, d'une vulnérabilité mentale ou de problèmes de dépendance. Cette aide est apportée de manière fréquente. Les soins informels impliquent toujours un lien affectif avec la personne aidée.

1.1.3 L'ergothérapie dans la population cible

L'ergothérapeute vise à donner aux individus les moyens de participer aux activités de la vie quotidienne et de co-responsabiliser leur environnement. (WFOT, 2020)

L'ergothérapie a un impact significatif sur la fonctionnalité, la mobilité et la participation des personnes âgées physiquement fragiles. (De Coninck et al., 2017) La fonctionnalité est définie comme toutes les activités que la personne effectue dans le contexte de l'autonomie en termes d'activités de base de la vie quotidienne (BAVJ) et d'activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVJ). La mobilité est décrite dans la Classification internationale du fonctionnement quotidien (ICF)

comme "le changement et le maintien de la position du corps, la marche et le déplacement". La participation est représentée comme "l'implication dans une situation de vie". (WHO, 2001)

Par conséquent, l'ergothérapie a un impact à la fois sur la préservation de l'autonomie et sur la qualité de vie de la personne âgée ainsi que de son aidant informel. (WFOT, 2020 ; Stark et al., 2018 ; De Coninck et al., 2017)

En raison de problèmes chroniques complexes, la curation n'est souvent plus possible, mais la priorité est de s'efforcer de maintenir le fonctionnement et la participation sociale. Les ergothérapeutes préfèrent travailler de manière préventive dans la population des personnes âgées, et ce à trois niveaux : primaire, secondaire et tertiaire. La personne âgée à risque de fragilité bénéficie principalement de la prévention primaire et secondaire. Ainsi, l'ergothérapeute vise à "prévenir" les chutes (prévention primaire) ou à réduire les chutes répétitives (prévention secondaire). Chez la personne âgée légèrement fragile (CFS 5), la prévention tertiaire prend de plus en plus d'importance. En cas de limitations dues à une affection particulière, comme une mobilité réduite permanente après une prothèse totale de la hanche, l'ergothérapeute recherche, en concertation avec la personne âgée, des aides, des adaptations ou des changements de méthode susceptibles de faciliter le fonctionnement quotidien en dépit de cette limitation (prévention tertiaire).

Ici, les ergothérapeutes travaillent à partir d'une "activité significative" de la personne âgée. Ils informent la personne âgée de ses problèmes de fonctionnement (augmentation de la littératie en matière de santé) et fixent des objectifs en consultation avec la personne âgée. Ils définissent les priorités de ces objectifs avec la personne âgée et/ou son aidant informel, en adoptant une attitude centrée sur le client. La prise de décision partagée fait donc partie intégrante de l'approche ergothérapeutique. (Stark et al., 2018 ; De Coninck et al., 2017 ; Gitlin et al., 2009)

Un nombre limité d'interventions ergothérapeutiques peut déjà avoir un impact positif sur l'autonomie de la personne âgée. (De Coninck et al., 2017) Cependant, contrairement à d'autres structures de soins occidentales, les ergothérapeutes dans les soins primaires en Belgique ont une reconnaissance limitée et sont largement sous-utilisés. Dans les soins primaires aux Pays-Bas, par exemple, l'ergothérapie dans la population âgée fragile est remboursée à raison de 10 séances par année civile. (Lammer, 2014) Au Québec, chaque personne âgée fragile a droit à une ergothérapie gratuite à domicile. Là, après le travailleur social, l'ergothérapeute est souvent le premier contact dans cette population cible.

En Belgique, les modalités des interventions d'ergothérapie à domicile remboursées par l'INAMI ont été définies dans un arrêté royal en 2010. Ces modalités concernent un groupe cible tellement spécifique que la population bénéficiaire est extrêmement réduite. Le groupe cible concerne deux types de patients en réadaptation qui peuvent bénéficier d'interventions d'ergothérapie après leur sortie d'un centre de réadaptation dans des conditions spécifiques. Les interventions ergothérapeutiques donnant droit à un remboursement sont un bilan d'observation et un rapport descriptif, un maximum de 7 séances d'exercices de 180 minutes, un maximum de 2 séances d'information, de conseil et de formation et un bilan fonctionnel final.

Pour l'ensemble de la population des personnes âgées physiquement fragiles vivant à domicile, il n'existe toujours pas de numéro de nomenclature pour l'ergothérapie, ce qui complique l'accès à l'ergothérapie dans le cadre des soins primaires. Les régions et les communautés fournissent des ressources limitées pour l'ergothérapie à domicile. Toutefois, l'accessibilité et la disponibilité des ergothérapeutes varient d'une région à l'autre.

1.1.4 Fonctionnalité

(ICF, 2001 ; Townsend, 2007)

Le fonctionnement de la personne implique la réalisation d'activités quotidiennes. Ces activités sont liées aux soins personnels, à la productivité et/ou aux loisirs.

Les soins auto-administrés impliquent la réalisation d'activités de base et d'activités instrumentales de la vie quotidienne (BAVJ et AIVJ). Il s'agit de tâches importantes de la vie quotidienne que les personnes âgées physiquement fragiles doivent gérer pour vivre de manière autonome à domicile. Pouvoir marcher, manger, s'habiller et se laver sont des exemples d'activités de base de la vie quotidienne. Les activités instrumentales requièrent un niveau de compétences plus élevé que les activités de base de la vie quotidienne. Les exemples d'AIVQ comprennent les achats, la gestion de l'argent et la préparation des repas.

La productivité fait référence aux activités ou aux tâches effectuées pour permettre à la personne de prendre soin d'elle-même ou d'autrui.

Le temps libre désigne les activités ou les tâches effectuées pour le plaisir ou la récupération.

Les avantages de rester fonctionnel et de mener une vie autonome sont multiples. (Potocnik & Sonnentag, 2013) La pratique d'activités physiques améliore la santé cardiovasculaire et contribue à ralentir les maladies liées à l'âge, telles que l'ostéoporose et la sarcopénie (Warburton et al., 2010). Le fait de rester fonctionnel et de mener une vie autonome structure la vie quotidienne et apporte des aspects essentiels du bien-être, notamment une image positive de soi, l'estime de soi et un sentiment de compétence. (Warr, Butcher, & Robertson, 2004).

1.1.5 Participation sociale

Le fait de rester fonctionnel permet de socialiser et d'entretenir des relations personnelles. La participation à cette société s'appelle la participation sociale. La participation sociale est un facteur déterminant d'un vieillissement réussi et en bonne santé (OMS, 2020). (OMS, 2020) Les personnes âgées considèrent que leur bien-être est plus positif lorsqu'elles participent à des activités sociales. (Gilmour, 2012 ; Wahrendorf & Siegrist 2010)

La participation sociale peut avoir une signification différente selon le domaine dans lequel elle est définie. Par exemple, la participation sociale n'a pas la même signification selon qu'elle est définie dans le domaine de la santé publique ou dans celui de la réadaptation. Même au sein des domaines, le concept de participation sociale n'est pas défini de manière uniforme. Plus de 40 définitions de la participation sociale circulent dans la population âgée. (Levasseur et al., 2010) Il n'existe donc pas de définition unique du concept de participation sociale. Cependant, les éléments combinés des différentes définitions peuvent conduire à une définition globale.

La participation sociale peut être définie comme "l'implication d'une personne dans des activités qui lui permettent d'interagir avec d'autres personnes au sein de la communauté ou de la société" (Levasseur et al., 2010). (Levasseur et al., 2010) Il existe des différences dans le niveau d'implication de la personne avec les autres. Ainsi, six niveaux peuvent être identifiés : 1) s'engager dans une activité pour se préparer à entrer en contact avec les autres, 2) être avec les autres, 3) interagir avec les autres sans s'engager dans une activité spécifique avec eux, 4) s'engager dans une activité avec les autres, 5) aider les autres, et 6) contribuer à la société. (Levasseur et al., 2010) Plus précisément, il peut s'agir de la vie associative, du bénévolat, des activités culturelles ou physiques, du travail/des revenus annexes, de la participation à la vie politique et de l'apprentissage tout au long de la vie (Elderly Guide, 2020).

1.2 Champ d'application de la guide clinique

Les guides cliniques visent à améliorer le fonctionnement quotidien et la participation sociale des personnes âgées physiquement fragiles, à les maintenir à un certain niveau et/ou à prévenir les rechutes. L'optimisation du fonctionnement quotidien et de la participation sociale a un impact sur l'autonomie et la vie indépendante à domicile de la personne âgée physiquement fragile, sur la charge de l'aidant informel et sur le besoin de soins professionnels.

1.2.1 Question clinique centrale et PPOH

La question centrale de la recherche est la suivante :

À quoi doit répondre une intervention ergothérapeutique de qualité fondée sur des données probantes pour avoir un impact sur le maintien de la fonctionnalité et de la participation sociale de la personne âgée physiquement fragile vivant à domicile ?

P : personne âgée physiquement fragile vivant à domicile

I : Traitement ergothérapeutique de qualité fondé sur des données probantes, dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire ou non

P : ergothérapeutes en collaboration avec d'autres prestataires de soins de santé impliqués (médecins généralistes, gériatres, infirmières, physiothérapeutes, professionnels de la santé, travailleurs sociaux).

O : degré de fonctionnalité et de participation sociale

H : Soins de santé primaires, avec - dans le cadre de la coopération - extension aux services de gériatrie aiguë, aux centres de réadaptation gériatrique, aux centres de jour gériatrique, à l'hôpital de jour gériatrique et aux centres de soins résidentiels (dans le cadre du court séjour).

1.2.2 Question clinique

La question clinique centrale est divisée en cinq questions cliniques. Les questions suivent le processus de raisonnement clinique et le plan de traitement méthodique du professionnel de la santé, ici l'ergothérapeute.

Question clinique 1 :

Comment détecter les personnes âgées physiquement fragiles (recherche de cas) ? Comment orienter efficacement la personne âgée physiquement fragile et/ou son contexte social vers un ergothérapeute ?

Question clinique 2 :

Quelle évaluation multifactorielle de l'ergothérapie est appropriée pour la personne âgée physiquement fragile vivant à domicile et/ou son contexte ?

Question clinique 3 :

Quelle méthodologie est appropriée pour fixer des objectifs avec la personne âgée physiquement fragile vivant à domicile et/ou son entourage ?

Question clinique 4 :

Quelles sont les interventions multifactorielles d'ergothérapie qui conviennent à la personne âgée physiquement fragile vivant à domicile et/ou à son contexte ?

Question clinique 5 :

Comment l'ergothérapeute, travaillant avec la personne âgée physiquement fragile vivant à domicile et/ou son contexte social, peut-il contribuer à des soins disciplinaires, intégrés et/ou transmuraux de qualité ?

1.3 Groupe cible

1.3.1 Détermination du groupe cible

Le groupe cible concerne les personnes âgées physiquement fragiles vivant à domicile. Il s'agit d'un groupe de personnes âgées qui deviennent fragiles ou vulnérables en raison de conditions complexes liées à l'âge et qui présentent un risque accru de perte de fonction. La fragilité se caractérise par une réserve physiologique réduite et une moindre résistance aux facteurs de stress, ce qui accroît la vulnérabilité aux conséquences négatives, telles que l'hospitalisation. (Fried et al., 2001) Nous nous concentrons dans un premier temps sur le groupe "vulnérable à modérément fragile" du CFS de Rockwood décrit ci-dessus (niveaux 4 à 6). Les trois groupes les plus forts, à savoir "très en forme" et "bien gérer", peuvent également bénéficier des conseils formulés.

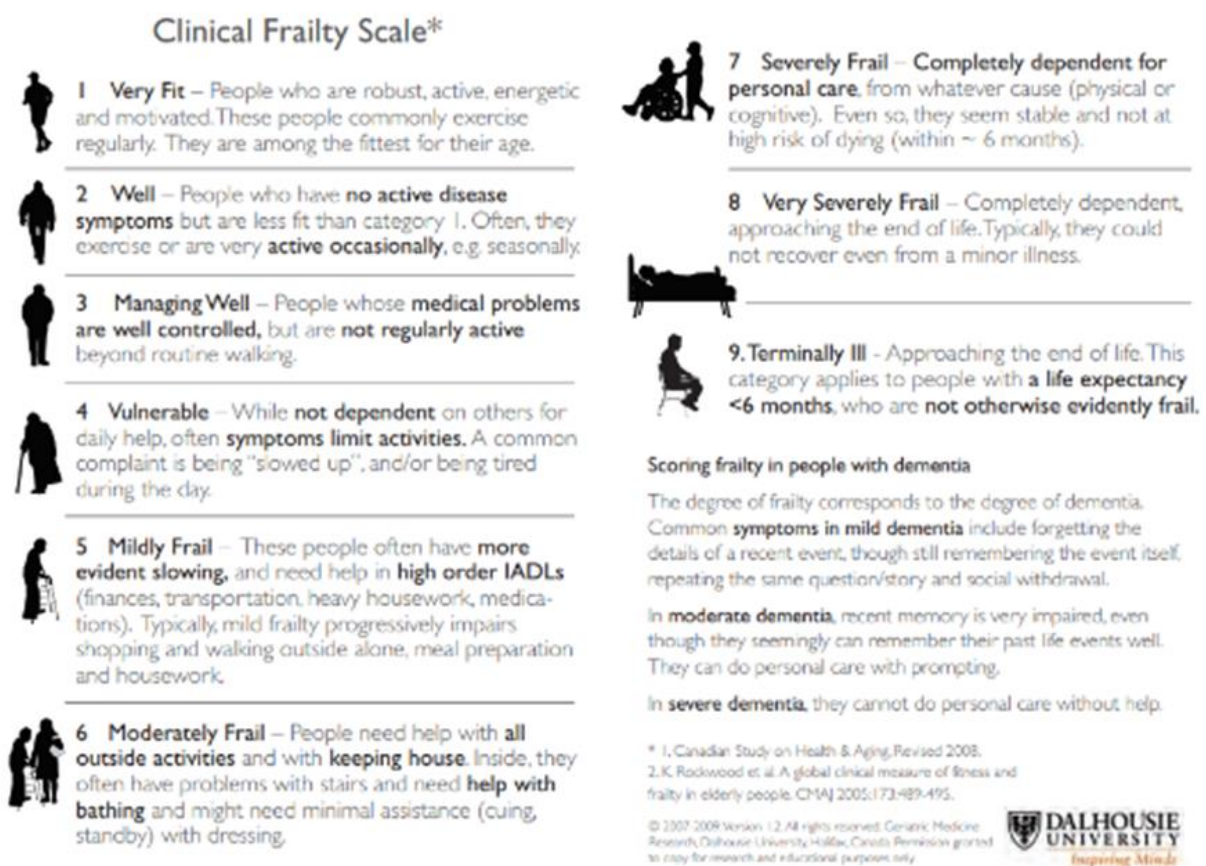


Figure 1 : Échelle de fragilité clinique (Rockwood et al., 2005)

Cette guide clinique n'inclut pas la population âgée souffrant de troubles cognitifs³. Il existe des plans de traitement spécifiques pour cette population, comme le programme EDOMAH pour les personnes vivant à domicile avec une démence (Graff et al., 2007). (Graff et al., 2007) Cela n'exclut pas que d'autres recommandations de ce guide soient également utiles pour la population souffrant de troubles cognitifs. Cependant, l'ensemble des recommandations de cette guide clinique n'est pas suffisant pour fournir un traitement de qualité à cette population cible.

1.3.2 Critères d'inclusion et d'exclusion

La population comprend les hommes et les femmes. Pour éviter toute stigmatisation liée à l'âge, aucune limite d'âge stricte n'est fixée dans la présente guide clinique.

Critères d'inclusion :

- À la suite de maladies liées à l'âge, satisfaire aux stades 4, 5 et 6 du CFS de Rockwood, dans le cadre de l'extension de la prévention aux stades 1, 2 et 3.
- présenter des lésions résiduelles, permanentes ou non, à la suite d'une affection entraînant une perte de fonction (telle qu'une perte permanente de force après un accident vasculaire cérébral)
- Ne pas présenter de troubles cognitifs prononcés (tels qu'une démence diagnostiquée)
- Les personnes âgées souffrant d'une affection spécifique (telle que la maladie de Parkinson) sont incluses dans la proportion du traitement des problèmes liés à l'âge.
- Recours ou non aux soins informels
- Vivre à domicile (y compris en résidence assistée ou en maison de retraite adaptée)

Critères d'exclusion :

- Être aux stades 7 à 9 du CFS de Rockwood
- Toujours en rééducation pour une ou plusieurs affections entraînant une perte de fonction (comme la rééducation après une attaque cérébrale).
- Personne âgée souffrant d'une affection spécifique (telle que la maladie de Parkinson) en termes de proportion de traitement du problème spécifique

1.4 Utilisateurs finaux visés

Ce guide s'adresse principalement aux ergothérapeutes qui sont en contact avec des personnes âgées fragiles vivant à domicile et, le cas échéant, avec leurs aidants informels. Les recommandations s'adressent aux ergothérapeutes travaillant dans diverses organisations de soins de santé et d'aide sociale, y compris les ergothérapeutes indépendants, les ergothérapeutes travaillant dans les mutuelles de santé, les ergothérapeutes travaillant dans les centres de services locaux et les ergothérapeutes employés dans les centres de soins de jour. Le guide vise à soutenir la prise de décision clinique dans le cadre du processus de traitement ergothérapeutique (de la détection au

³ Un score MOCA inférieur à 26 ou un score MMSE inférieur à 24 est considéré comme anormal.

suivi) et de la collaboration interprofessionnelle. L'objectif premier de ce guide n'est pas d'informer les décisions politiques ou les parcours de soins, mais il peut, le cas échéant, être utilisé à cette fin.

Étant donné que le traitement des personnes âgées fragiles nécessite une approche multidisciplinaire, les autres prestataires de soins qui sont en contact avec le groupe cible peuvent également utiliser les recommandations dans la mesure où elles s'inscrivent dans le cadre de leur travail. Les prestataires de soins et d'assistance directement concernés sont le médecin généraliste, le gériatre, l'infirmière, le professionnel de la santé, le physiothérapeute et l'assistant social. Le guide peut également être utilisé par ces prestataires de soins et d'assistance comme outil d'orientation vers un ergothérapeute.

1.5 Partenariats

Le **groupe d'élaboration des guides cliniques (GDG)** est composé d'experts en méthodologie et en domaines spécifiques et constitue le groupe central de l'élaboration des guides cliniques. Le GDG s'est réuni huit fois pour fournir un retour d'information provisoire sur le contenu et le processus de la guide clinique. (Le rapport est en annexe)

Deux coordinateurs de guides cliniques (Leen De Coninck et Leen Bouckaert) sont responsables du processus d'élaboration des guides cliniques et de la méthodologie. Elles ont effectué le travail préparatoire aux réunions du GDG et organisé les réunions des parties prenantes. Toutes deux sont ergothérapeutes et gérontologues, travaillant comme chercheurs au sein du réseau d'expertise en matière de santé et de soins du Haute Ecole Artevelde et fondatrices de la société SQAQEL (Scientific Questions and Quality Evidence Linked). Leen De Coninck est membre du WOREL et du CEBAM et représente le groupe cible de l'ergothérapie au sein du Forum européen des soins primaires (EFPC). Leen Bouckaert est experte au Centre d'expertise pour la prévention des chutes et des fractures en Flandre.

Le superviseur du projet est le professeur Bert Aertgeerts, , chef de service au Centre académique de médecine générale (ACHG) de la KU Leuven et médecin généraliste.

Outre le superviseur et les coordinateurs des guides cliniques, le GDG siège :

- Daphne Kos, ergothérapeute et professeur au programme de maîtrise en ergothérapie à la KU Leuven, experte en méthodologie.
- Evelien Gielen, gériatre et professeur au département de gériatrie de l'UZ Leuven, experte en méthodologie
- Sam Cordyn, infirmière et membre du personnel de la Croix Jaune Blanche de Flandre, experte en méthodologie
- Fons De Schutter, physiothérapeute, président de l'Association scientifique des physiothérapeutes flamands (WVVK) et vice-président du WOREL et de EBPracticenet,
- Anne Ledoux, ergothérapeute, membre de l'Union Professionnelle des Ergothérapeutes UUnion Professionnelle des Ergothérapeutes (UPE) et chargée de cours au collège VINCE, experte méthodologique
- Marc-Eric Guisset, ergothérapeute, président de l'UPE, co-président d'Occupational Therapy Belgium (EB) et enseignant au collège VINCE.

Le GDG comprenait également un expert par expérience et un soignant, Jos Lismont et Misee Martens. Ces personnes n'ont pas participé aux réunions du GDG pour des raisons pragmatiques

(passage de la planification initiale d'une réunion sur place à une consultation en ligne en raison de la pandémie de COVID), mais elles ont été tenues informées des progrès et ont commenté la version préfinale de la guide clinique.

Le **comité consultatif** (parties prenantes) était composé de représentants de tous les groupes de parties prenantes concernés. Nous avons regroupé les parties prenantes dans les catégories suivantes : ergothérapeutes, représentants de la population cible, aidants informels, équipe de soins multidisciplinaire, travailleurs sociaux, prestataires de services et autres parties intéressées.

L'avancement et le contenu du projet ont été régulièrement vérifiés par le biais d'enquêtes en ligne et lors de cinq moments de consultation en ligne.

Comité consultatif (parties prenantes)			
Nom	L'organisation	Expertise	Rôle
Ergothérapeutes			
Anthony Louisfert	Solival Conseils en adaptation du domicile	L'ergothérapie dans les soins primaires	Expertise spécifique au domaine division ergothérapie Ergothérapie de référence dans les soins de santé primaires Partie francophone du pays
Laurie Guerin	Centrale de Services à Domicile Service Ergothérapie	L'ergothérapie dans les soins primaires	Expertise spécifique au domaine division ergothérapie L'ergothérapie de référence dans les soins de santé primaires Partie francophone du pays
Tinneke Claes	Ergothérapeute indépendant Ergothérapie Flandre asbl	Ergothérapie dans les soins primaires Ergothérapie gériatrique Prévention des chutes	Ergothérapie experte spécifique à un domaine
Katrijn De Gendt/Jolien De Kezel	Neutraal ziekenfonds Vlaanderen	L'ergothérapie dans les soins primaires Prévention des chutes	Ergothérapie experte spécifique à un domaine
Stijn Debaets	EDITH-EV	L'ergothérapie dans les soins primaires	Expertise spécifique au domaine division ergothérapie
Utilisateurs finaux			
Nils Vandenweghe	Vlaamse Ouderenraad	Population cible	Population cible
Équipe de soins multidisciplinaire			
Dr Hanne Cloetens	Médecin générale	Soins primaires Élaboration de guides cliniques	Division de l'expertise par domaine en médecine générale Soins primaires ; Soins intégrés
Christophe Demoulin	Président de la SSFK	Kinésithérapie	Partage d'expertise spécifique à un domaine Coopération multidisciplinaire
Dr Benjamin Fauquard	Fédération des maisons médicales	Équipe pluridisciplinaire Soins intégrés	Partage d'expertise spécifique à un domaine Coopération multidisciplinaire
Dr Anne Beyen	Regionaal geriatrisch centrum Tienen	Hôpital de jour gériatrique	Partage d'expertise spécifique dans le domaine de la gériatrie et liaison externe
Jan Teissier	AXXON	Physiothérapie gériatrique	Partage d'expertise spécifique au domaine de la gériatrie
Evelyne Van Cleynenbreughel	UZLeuven	Ergothérapie en gérontologie Gestion des dossiers	Partage de l'expertise spécifique à un domaine, liaison externe et gestion des dossiers

		Soins intégrés Liaison externe	
Prof Dr Nele Vande Noortgate	UZGent	Soins intégrés Gestion des dossiers Liaison externe	Partage de l'expertise spécifique à un domaine, liaison externe et gestion des dossiers
Sien Valy	Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen	Prévention des chutes Élaboration de guides cliniques Mise en œuvre de la guide clinique	Partage de l'expertise spécifique au domaine de la prévention des chutes Expert en méthodologie
Tine Hessens	Wijkgezondheidscentrum Botermarkt	Infirmière en gériatrie Soins intégrés Promotion de la santé	Partage d'expertise spécifique au domaine Centres de santé de district et promotion de la santé
Pascal Vander Meeren	ENW Gezondheid en Zorg, Arteveldehogeschool	Soins infirmiers gériatriques Soins intégrés	Expertise spécifique au domaine Division des soins infirmiers gériatriques
Sofie Ferdinand	National MS Centrum	Équipe pluridisciplinaire Soins intégrés	Expertise spécifique au domaine partage des personnes âgées ayant des problèmes physiques
Bart Deltour	Familiezorg West-Vlaanderen vzw	Équipe pluridisciplinaire Soins intégrés	Partage d'expertise spécifique à un domaine collaboration ergothérapie-soins à la famille (experts en soins)
Lieven Zwaenepoel	Association Pharmaceutique Belge Belgische Pharmaceutische Vereniging	Pharmacie générale Polypharmacie	Partage d'expertise spécifique à un domaine Polypharmacie, adhésion
Travail social			
Elise Pattyn	ENW Mens en Maatschappij Arteveldehogeschool	Travail social Téléassistance	Division de l'expertise dans le domaine du travail social
Services			
Jan Lambrecht/ Caroline Vincent	Departement ouderenzorg, Stad Gent	Vie autonome Soins intégrés	Partage de l'expertise spécifique au domaine des soins transmuraux et à domicile
Décideurs politiques et autres			
Nadine Praet	Kronkels (centre de soutien à l'ergothérapie du programme d'ergothérapie de l'école Arteveldehogeschool)	Ergothérapie gériatrique Diffusion par domaine de travail	Partage d'expertise spécifique à un domaine diffusion de matériel et de formation fondés sur des données probantes et soins aux personnes âgées
Sarah Reyntens	Lokaal Gezondheidsoverleg	Réseaux professionnels Littérature en matière de santé Éducation à la santé Prévention des chutes	Partage de l'expertise spécifique au domaine de l'éducation à la santé
Nicky Malfait	LOGO Gezond+	Communication orale et écrite Diffusion Études des médias graphiques et numériques	Partage de l'expertise spécifique au domaine communication dans la documentation de mise en œuvre et de mise en page
Thérèse Vandurme	Responsable Parcelle 2	Soins primaires FR section pays	Lien vers la parcelle 2

Un comité d'orientation mis en place par le SPF Santé a suivi le processus et les résultats intermédiaires.

Un comité de lecture du Working Group on Guideline Development in Primary Care (WOREL), en particulier le professeur Paul Van Royen et Mme Martine Goossens, a examiné la version préfinale de la guide clinique. Sur la base de leurs commentaires, des ajustements finaux ont été apportés.

La version finale du guide a été soumise pour validation à la cellule de validation du Centre national de médecine factuelle (CEBAM).

1.6 Engagement des parties prenantes

Les parties prenantes ont été impliquées à deux niveaux, à savoir au sein du GDG et du comité consultatif.

Au sein du GDG, deux experts par expérience (une personne âgée et un soignant) ont suivi le développement du guide et ont commenté la version préfinale du guide (voir aussi 1.5 Collaborations), plus spécifiquement, ils ont donné leur avis sur les recommandations préfinales.

Le comité consultatif (voir aussi le point 1.5 Partenariats) s'est réuni 5 fois, réparties sur la durée du projet. Les réunions se sont poursuivies sous forme de forums de discussion. Les quatre premières réunions ont été précédées d'une enquête individuelle en ligne. Cette enquête en ligne comprenait une partie quantitative où les opinions étaient données sur une échelle de Likert en 4 points (allant de pas du tout d'accord à tout à fait d'accord). Les questions posées concernaient la pertinence, la faisabilité, les effets indésirables et la justification des coûts des recommandations. En cas de désaccord ou de désaccord antérieur, il était explicitement demandé de fournir une justification narrative. En cas d'accord ou d'accord antérieur, le score pouvait être motivé sans obligation. La valeur limite de cette enquête a été fixée à l'avance par le GDG à 70 %. Pour la majorité des recommandations, cette valeur limite a été atteinte. Pour la grande majorité des recommandations, il y a eu un consensus de plus de 80%. Lors des forums de discussion, les motivations et autres retours d'information ont été discutés plus en profondeur.

Lors de la dernière réunion, un avis a été demandé sur la solidité des preuves pour les recommandations formulées sur les cinq questions cliniques (voir également le point 1.8 Attribution de la valeur des recommandations).

1.7 Méthodologie de rédaction des recommandations

Les recommandations initiales ont été rédigées sur la base de l'analyse de la littérature et soumises au GDG pour approbation ou ajustement. Après consensus du GDG, les recommandations d'adaptation au contexte ont été soumises au comité consultatif, qui a fourni un retour d'information quantitatif et qualitatif par le biais d'une enquête en ligne. Ces commentaires ont été discutés avec le comité consultatif dans le cadre d'un forum de discussion en ligne après l'analyse. Les déterminants perçus par les personnes âgées elles-mêmes comme affectant le niveau de fonctionnement et la participation sociale ont été pris en compte dans la formulation des recommandations. L'article "*Perspectives of older adults with a chronic condition on functioning,*

social participation and health : a qualitative study" (De Coninck et al., 2021) a été utilisé pour détecter les déterminants.

(voir 1.6 Engagement des parties prenantes et le point 3.2.4 du rapport méthodologique pour plus de détails)

1.8 Recommandations à valeur ajoutée

Cette guide clinique applique la méthode "Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation" développée par le groupe de travail GRADE. L'approche GRADE comporte deux étapes, à savoir une évaluation de la certitude des preuves scientifiques et une évaluation de la force de la recommandation.

Dans cette guide clinique, l'évaluation de la certitude des preuves scientifiques (pour tous les résultats qui ont été décisifs dans la formulation de la recommandation) est exprimée en 3 niveaux (élevé = A, modéré = B ou faible = C).

L'évaluation de la force de la recommandation est exprimée par la note 1 (= recommandation forte) ou la note 2 (= recommandation faible). Dans les recommandations, la force de la recommandation peut également être déduite de la formulation. Les mentions "Nous recommandons" ou "Nous ne recommandons pas" représentent une recommandation forte. La mention "Nous suggérons/envisageons" ou "Nous suggérons de ne pas faire quelque chose/envisageons de ne pas faire quelque chose" correspond à une recommandation faible. Un "point de bonne pratique" (GPP) désigne une recommandation basée sur l'avis d'un expert ou sur la littérature qui a été modifiée dans le cadre de l'adaptation du contexte au point que la recommandation ne peut plus être reliée à la littérature initiale (informations fournies par le comité consultatif ou le GDG) et qui a été jugée forte.

Les éléments suivants ont été pris en compte pour déterminer la force de la recommandation : degré de priorité, équilibre entre les avantages et les inconvénients, ampleur de l'effet, degré de certitude d'obtenir l'effet, degré d'importance du résultat à atteindre, coûts, disponibilité des ressources dans un délai raisonnable, degré d'égalité de dignité, prévention de la discrimination au sein du groupe cible, degré d'acceptabilité (pour le patient et son contexte) et degré de faisabilité (pour le prestataire de soins, la structure de soins et le contexte plus large).

Pour chaque recommandation, la valeur attribuée a été déterminée à l'aide d'un modèle fourni par WOREL à cet effet. (voir annexe à la section méthode)

GRADE		Voordelen versus nadelen of risico's	Betekenis zekerheid van bewijs	Implicaties
1A	Sterke aanbeveling, hoge zekerheid van bewijs	Voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of risico's	We hebben een sterk vertrouwen dat het werkelijke effect dicht bij het geschatte effect ligt.	Sterke aanbeveling, kan toegepast worden bij de meeste patiënten en in de meeste omstandigheden
1B	Sterke aanbeveling, matige zekerheid van bewijs		We hebben een behoorlijk vertrouwen in het geschatte effect. Wellicht ligt dit effect dicht bij het werkelijke effect, maar het is mogelijk dat dit ook behoorlijk afwijkt.	
1C	Sterke aanbeveling, lage zekerheid van bewijs		Ons vertrouwen in het geschatte effect is beperkt. Het werkelijke effect wijkt mogelijk sterk af van het geschatte effect.	
2A	Zwakke aanbeveling, hoge zekerheid van bewijs	Evenwicht tussen voor- en nadelen of risico's	We zijn sterk overtuigd dat het werkelijke effect dicht bij het geschatte effect ligt.	Zwakke aanbeveling, de beste actie kan verschillen afhankelijk van omstandigheden, patiënten of maatschappelijke waarden.
2B	Zwakke aanbeveling, matige zekerheid van bewijs		We hebben een behoorlijk vertrouwen in het geschatte effect. Wellicht ligt dit dicht bij het werkelijke effect, maar het is mogelijk dat dit ook behoorlijk afwijkt.	
2C	Zwakke aanbeveling, lage zekerheid van bewijs	Onzekerheid over voor- of nadelen – evenwicht tussen beide is mogelijk	Ons vertrouwen in het geschatte effect is beperkt. Het werkelijke effect wijkt hiervan mogelijk sterk af.	Erg zwakke aanbeveling, alternatieven kunnen even goed te verantwoorden zijn
GPP	Aanbeveling gebaseerd op expertopinie en op een formele consensusprocedure			Sterke aanbeveling zonder aanduiding van GRADE

Tableau 1 : Vue d'ensemble de l'attribution des valeurs GRADE

1.9 Conditions préalables, y compris les facilitateurs et les obstacles à la mise en œuvre

1.9.1 Conditions préalables

L'ergothérapie primaire n'est pas encore intégrée de manière optimale dans les soins de santé et de bien-être. Il existe de grandes différences en termes de disponibilité de l'ergothérapie primaire en Flandre, en Wallonie et dans la région de Bruxelles-Capitale, ainsi que des différences régionales au sein d'une même région. Un meilleur statut de l'ergothérapie dans les soins primaires s'impose.

Outre un meilleur statut, il est souhaitable que les ergothérapeutes de première ligne adoptent un profil organisé au niveau local. Les zones de première ligne en Flandre peuvent être un facteur de facilitation à cet égard.

Une troisième condition préalable à une coopération réussie est que les professions de soins primaires, y compris l'ergothérapie, apprennent à mieux se connaître et à se référer les unes aux

autres le cas échéant, à la fois au sein des soins primaires et entre les soins primaires et secondaires. À cet égard, il est souhaitable que toutes les professions de soins primaires disposent du logiciel numérique sécurisé nécessaire dans le cadre de l'enregistrement et de l'orientation des patients.

Enfin, les prestataires de soins qui dépistent la fragilité chez les personnes à haut risque devraient être formés de manière adéquate pour apprendre à reconnaître les signes et les symptômes de la fragilité. Il convient d'envisager une formation, par exemple, dans leur propre région de soins de santé.

1.9.2 Facilitateurs et obstacles à la mise en œuvre

Les obstacles et les facteurs facilitant la mise en œuvre sont présentés ci-dessous (à l'aide des symboles + et -) en fonction des niveaux de soins de santé décrits par Grol et al. (2004).

Niveau d'innovation

+ Une procédure de détection des personnes à haut risque intégrée à la pratique clinique est une première étape dans la détection de la fragilité. Par exemple, un Digital Support System (DSS) lié au dossier du patient est un outil utile pour détecter systématiquement les personnes présentant un risque de chute.

- Toutes les professions de santé ne disposent pas encore d'un dossier patient numérique. Par conséquent, un système de sécurité numérique permettant de détecter systématiquement les personnes présentant un risque de chute n'est pas encore opérationnel pour ces professions.

+ Les recommandations nouvellement mises en œuvre dans ce guide ont été adaptées au contexte local. Au cours du processus d'élaboration de ce guide, les parties prenantes belges, les experts et les experts en expérience ont été impliqués pour adapter les recommandations au contexte.

Niveau professionnel individuel

+ Les ergothérapeutes reçoivent une formation de base pour travailler avec des problèmes chroniques complexes. Le travail centré sur le client et le travail sur mesure sont des activités de base régulières de l'ergothérapeute.

+ Il est souhaitable de connaître la méthodologie de la littératie en santé pour avoir un impact durable. Les connaissances et les compétences nécessaires pour travailler sur la littératie en matière de santé font partie des compétences de base de l'ergothérapeute. Dans le cadre du programme de master, la littératie en matière de santé et la meilleure façon de diffuser les connaissances fondées sur des données probantes sont étudiées en profondeur.

+ Dans tous les cours d'ergothérapie de base, la consommation d'EBP est abordée, de sorte que l'application des guides cliniques leur est familière.

+ Dans le cadre du programme de master, les étudiants sont formés à la transformation des résultats de la recherche scientifique en informations cliniques utiles fondées sur des preuves, ainsi qu'à la mise en œuvre de nouvelles connaissances.

Niveau de la personne âgée et de son aidant

- Les conflits avec les attentes et les objectifs personnels peuvent compliquer la mise en œuvre des recommandations.
- Les interventions d'ergothérapie, y compris dans le cadre de l'adaptation du logement, entraînent souvent des coûts supplémentaires pour la personne âgée. Il s'agit en particulier de l'achat d'aides ou de l'installation d'adaptations. Ce coût peut constituer un obstacle à l'obtention de conseils en matière d'adaptation du logement.
- Le déni des risques (par exemple les chutes) et le manque d'efficacité personnelle peuvent compliquer l'adhésion.

Niveau de contexte social

- Le contenu et la valeur de l'ergothérapie dans les soins primaires ne sont pas encore connus correctement par tous les prestataires de soins de santé. Cela rend l'orientation et la communication difficiles.
- + Une série d'indications a été préparée dans le cadre du projet "ergo@home", une campagne de sensibilisation interactive visant à familiariser les médecins généralistes avec l'ergothérapie. Ces indications sont disponibles, ainsi que le matériel de sensibilisation qui les accompagne.

Niveau du contexte organisationnel

- + Les ergothérapeutes sont présents dans presque tous les secteurs de la santé et dans plusieurs secteurs de l'aide sociale.
- Cependant, la sensibilisation à l'ergothérapie reste insuffisante dans certains contextes. C'est le cas, par exemple, des soins primaires, où l'ergothérapie est encore largement sous-utilisée.
- En ce qui concerne les soins primaires, la complexité de la structure de la santé et de la protection sociale constitue un obstacle supplémentaire. Les ergothérapeutes peuvent être employés sous différents statuts, de sorte que la procédure de détection des ergothérapeutes peut varier d'une région à l'autre. Par exemple, les ergothérapeutes peuvent être employés par des centres de services locaux, des CPAS, des mutuelles de santé, des centres de jour, des projets tels que le Protocole 3, ... ou en tant qu'indépendants.

Niveau du contexte économique-politique

- + Les soins intégrés peuvent être facilités au niveau des soins primaires grâce aux zones de soins primaires.
- L'insuffisance des possibilités de remboursement des aides ou des adaptations, par exemple, peut être un facteur d'entrave. En outre, en raison de l'âge, la population âgée ne peut plus faire appel à l'Agence flamande pour les personnes handicapées pour l'achat d'aides et d'adaptations.
- Il n'existe actuellement aucune nomenclature pour l'ergothérapie en ce qui concerne la question de la "fragilité",
- En raison de l'absence d'une structure de financement unique, les soins primaires en ergothérapie ne sont pas disponibles dans toutes les régions du pays.
- + Les mutuelles proposent des services d'ergothérapie à domicile dans le cadre de la mise à disposition et de l'utilisation des ressources.

- + Au niveau communautaire, dans la partie néerlandophone du pays, il est possible de proposer une ergothérapie à partir des centres de services locaux. Il existe également des projets d'impulsion (tels que le protocole 3) qui permettent d'offrir des services d'ergothérapie dans une certaine mesure dans le cadre des soins primaires.
- + Des subventions sont accordées au niveau des municipalités et des comtés pour réaliser des travaux d'adaptation des logements.
- + Le recours plus fréquent à un ergothérapeute représente un coût supplémentaire à court terme, mais il est rentable pour la société à long terme. (Pyatak et al., 2019 ; Campbell et al., 2005 ; Davis et al., 2010)

1.10 Contrôle du respect de la guide clinique

Les ergothérapeutes en soins primaires n'utilisent pas encore systématiquement un système d'enregistrement électronique. Il n'est donc pas possible d'effectuer une extraction des données automatique pour tester l'adhésion au guide.

La Fédération mondiale de l'ergothérapie (WFOT) a développé un outil d'évaluation de la qualité appelé QUEST (Quality Evaluation Strategy Tool). Les multiples dimensions de cet outil peuvent être utilisées pour évaluer le respect de la guide clinique. QUEST identifie un total de sept dimensions de qualité pour la pratique de l'ergothérapie, à savoir l'accessibilité, la pertinence, l'efficacité, l'efficience, le centrage sur la personne, la sécurité et la durabilité.

Conformément au modèle de Donabedian (1966), QUEST mesure la qualité du point de vue de la structure, du processus ou des résultats. Les indicateurs de structure évaluent les facteurs environnementaux et les ressources nécessaires pour fournir des services d'ergothérapie de haute qualité. Les indicateurs de processus évaluent la manière dont l'ergothérapie est dispensée pour garantir la qualité. Les indicateurs de résultats mesurent les changements qui se produisent à la suite de l'intervention de l'ergothérapeute.








QUALITY DIMENSION	CORE QUALITY INDICATORS	SMART QUALITY INDICATORS	QUALITY PERSPECTIVE
APPROPRIATENESS	Availability of competent occupational therapists.	Percentage of occupational therapists trained in the protocol for the new intervention	 Structure
SUSTAINABILITY	Long term supply of resources.	Number of local dealers that provide equipment and supplies needed for the new intervention	 Structure
ACCESSIBILITY	Ability to access service.	Number of clients each month meeting eligibility criteria for the protocol that receive the new intervention	 Process
EFFICIENCY	Optimal use of resources.	Average number of occupational therapy sessions for each client receiving the new intervention according to protocol	 Process
EFFECTIVENESS	Success in attaining occupational therapy goals.	Average functional gains made by clients using the new intervention protocol as measured through standardised testing	 Outcome
PERSON-CENTREDNESS	Satisfaction throughout service delivery.	Percentage of clients that follow the intervention protocol	 Outcome
SAFETY	Incidents resulting in harm.	Incidence of client or staff harm associated with use of the new intervention protocol	 Outcome

Tableau 2 : Indicateurs WFOT QUEST pour mesurer l'impact d'une nouvelle intervention ergothérapeutique

La fréquence et l'intervalle des mesures dépendent de plusieurs facteurs. Si des mesures de la qualité sont effectuées de manière structurelle dans le cadre du service d'ergothérapie, il est préférable d'intégrer la mesure dans les mesures existantes. Si aucune mesure structurelle n'est effectuée, la mesure peut être utilisée à des fins d'étalonnage interne ou externe. Des mesures successives dans le temps peuvent être utilisées pour évaluer l'impact et la durabilité de la mise en œuvre des guides cliniques.

Exemple :

Recommandation :

*Nous suggérons que les ergothérapeutes de premier recours se profilent de manière transparente comme des experts du fonctionnement dans la vie de tous les jours et de l'environnement dans lequel ce fonctionnement a lieu. **GPP***

*Nous suggérons que les ergothérapeutes fassent connaître leur accessibilité à la fois dans une zone de soins primaires et aux services gériatriques de deuxième ligne dans leur région de soins, afin de rationaliser l'orientation et de fournir des soins intégrés centrés sur le client. **GPP***

Possible indicateur d'impact :

- *Les personnes âgées vulnérables sont systématiquement orientées vers l'ergothérapie par le médecin généraliste, l'infirmière, le kinésithérapeute ou l'assistant social.*

Possible indicateur de structure :

- *Des flyer sur la valeur de l'ergothérapie dans la population des personnes âgées fragiles sont disponibles dans la zone de soins primaires.*

Possible indicateur de processus :

- *Les flyers présents seront distribués par les ergothérapeutes de la zone de première ligne.*

1.11 Révision de la guide clinique

La guide clinique est mise à jour cinq ans après sa validation, à moins qu'une mise à jour plus rapide ne soit nécessaire. La nécessité d'une mise à jour anticipée peut résulter de la disponibilité de nouvelles données supplémentaires ou de données contredisant des recommandations antérieures. Un changement dans la structure des soins primaires peut également justifier une mise à jour anticipée de certaines recommandations.

Les coordinateurs de ce guide surveillent la nouvelle littérature en mettant en place une recherche automatique de littérature NCBI dans PubMed. Les évolutions au sein de la structure des soins primaires en Flandre et en Wallonie sont suivies. Les autres membres du GDG peuvent également conseiller des mises à jour précoces grâce à leur expertise.

Tous les membres du GDG seront invités à participer à la mise à jour. La mise à jour sera effectuée conformément au manuel de mise à jour de WOREL le plus récent à ce moment-là. La littérature récente sera examinée et la mesure dans laquelle les recommandations de la guide clinique sont toujours valables sera évaluée. L'examen partira des mêmes chaînes de recherche que celles utilisées lors de la création de cette guide clinique. Les membres du GDG seront interrogés sur l'opportunité d'ajouter entre-temps de nouvelles chaînes de recherche pertinentes.

Sur la base des résultats de la recherche documentaire, les recommandations seront ajustées si nécessaire et le degré de recommandation et le niveau de preuve seront révisés. Un comité consultatif composé de diverses parties prenantes, y compris d'utilisateurs finaux, sera convoqué pour donner son avis sur la force de la recommandation.

Afin d'inclure de manière adéquate le point de vue des patients et des experts par expérience, lors de la révision du guide, les recommandations seront soumises à diverses parties prenantes au sein de la population ciblée, à savoir les personnes âgées et les aidants informels. Plusieurs canaux seront utilisés pour le recrutement, notamment les organisations de personnes âgées, les organes consultatifs et participatifs des personnes âgées auprès du gouvernement et des centres de services. Les prestataires de soins primaires seront également sollicités, afin d'atteindre également la population âgée qui participe moins aux organisations.

Les ressources financières sont une condition préalable à sa révision.

1.12 Conflits d'intérêts

Le groupe de développement de la guide clinique a pu effectuer son travail en toute indépendance. Cette guide clinique n'a pas été influencée par les opinions ou les intérêts de l'organisme de financement, le SPF Santé publique. Tous les membres du GDG ont déclaré leurs intérêts. Ces documents sont disponibles sur demande auprès du premier auteur. Leen De Coninck a déclaré être membre du personnel du CEBAM, mais n'est en aucun cas impliquée dans la validation de ce guide depuis cette position. Aucun autre auteur n'a mentionné de conflits d'intérêts.

1.13 Validation

Il a été validé par Center for evidence based medicin (Cebam) le 9 March 2023.

1.14 Reconnaissance

Nous remercions le professeur Annemie Desoete de l'ENW Health and Care à la Haute Ecole Artevelde pour ses avis et son soutien au cours du processus d'élaboration de ce guide.

Nous remercions également les étudiants et le superviseur du programme d'enseignement secondaire de la Haute Ecole Artevelde. La traduction du néerlandais vers le français a été réalisée par les étudiantes de dernière année Elien Coppens, Jana Meyskens et Madelon Vanhee, sous la supervision de l'enseignante de la matière, Mme Isabelle Cloquet.

1.15 Glossaire des termes et abréviations

Procédure ADAPTE	Procédure systématique développée par la Collaboration Adapte pour l'adaptation des guides cliniques et décrite dans Guideline adaptation : A resource toolkit (2009). Une ou plusieurs guides cliniques sont utilisées ou adaptées et, le cas échéant, mises à jour pour être utilisées dans un contexte différent de celui pour lequel elles ont été élaborées.
Comité consultatif / comité des parties prenantes	Groupe représentatif sélectionné pour représenter tous les groupes de parties prenantes. Le comité consultatif fournit un retour d'information concernant la pertinence et les questions cliniques d'urgence actuelles, la faisabilité et l'applicabilité des recommandations et fournit des conseils sur la mise en œuvre sur le terrain.
AGREE-II	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II est un outil internationalement reconnu pour évaluer la qualité méthodologique d'une guide clinique.

BAVJ	Activités de base de la vie quotidienne telles que se laver ou prendre un repas
Comité d'orientation	Le comité d'orientation est composé de représentants du SPF Santé publique, de l'INAMI, de l'AFMPS, de l'exécutant de la mission, des partenaires principaux du réseau EVIKEY, du WOREL et de tout autre expert.
Base de données Cinahl	Le Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) est une base de données de revues paramédicales et infirmières destinée aux infirmières, aux paramédicaux, aux chercheurs et aux étudiants.
Bibliothèque Cochrane	La bibliothèque Cochrane est une collection de bases de données contenant divers types de preuves indépendantes de haute qualité pour éclairer la prise de décision en matière de soins de santé. La base de données Cochrane des revues systématiques (CDSR) se définit comme la principale source de revues systématiques dans le domaine des soins de santé.
GDG - Experts spécifiques à un domaine	Les experts spécifiques à un domaine, parfois appelés experts en contenu, sont des professionnels ou des utilisateurs finaux possédant une expertise spécifique en matière de contenu. Ces experts évalueront de manière critique le contenu du guide et donneront des conseils sur la faisabilité et l'applicabilité du guide. Ils font partie du groupe de développement de la guide clinique (GDG).
Membres du GDG-Lay	Les personnes ayant une expérience personnelle de l'utilisation des services de santé ou de soins, ou issues d'une communauté concernée par le guide, et qui utilisent leurs expériences pour conseiller le GDG.
GDG- Experts en méthodologie	Des experts en développement et en mise en œuvre de guides cliniques qui utilisent leur expertise au sein du GDG pour garantir la qualité scientifique de la guide clinique. L'expertise est utilisée à la fois dans le développement et dans l'évaluation critique des composantes développées.
Coordinateurs de la guide clinique GDG	Le responsable scientifique et le coordinateur du processus du projet. Outre leur responsabilité et leur fonction de coordination, ils préparent les réunions du GDG et du comité consultatif. Ils assument une part importante de la performance méthodologique.
Développement de novo	Contrairement à la procédure ADAPTE, où la base de données probantes repose sur les guides cliniques existantes, l'élaboration d'une guide clinique de novo repose sur des études originales (revues ou études primaires). Par exemple, le manuel des guides cliniques du NICE (2018)
EBPnet	EBPnet est la plateforme de référence pour la pratique basée sur les preuves pour tous les prestataires de soins de santé belges. Toutes les guides cliniques et autres informations EBP validées par le programme EBP sont disponibles sur cette plateforme.
ENW Health and care Haute Ecole Artevelde	Le Haute Ecole Artevelde dispose de 5 réseaux d'expertise (ENW), dont celui de la santé et des soins. Un réseau d'expertise se concentre sur

	l'enseignement, la recherche et les services. Outre le programme de licence en ergothérapie, le réseau d'expertise Santé et soins comprend sept autres programmes.
GRADE	La gradation de l'évaluation, de l'élaboration et de l'évaluation des recommandations est une approche systématique et transparente, acceptée au niveau international, qui permet d'évaluer la qualité des preuves scientifiques et de déterminer la force des recommandations.
AIVJ	Activités instrumentales de la vie quotidienne, telles que la préparation des repas, la tonte du gazon et le passage de l'aspirateur
ICF	La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (ICF) (2001) est une classification élaborée par l'OMS qui facilite une représentation holistique structurée du fonctionnement d'une personne.
Base de données Medline	MEDLINE est la principale base de données bibliographiques de la National Library of Medicine® (NLM) des États-Unis. Elle contient plus de 25 millions de références à des articles de revues dans le domaine des sciences humaines, avec une concentration sur la biomédecine. MEDLINE se distingue par le fait que ses enregistrements sont indexés avec les Medical Subject Headings de la NLM.
OTDbase	OTDbase est une base de données indexée comprenant plus de 10 000 résumés provenant de plus de 20 revues d'ergothérapie. La base de données existe depuis 1970 et n'est pas librement accessible (bien qu'elle soit accessible via l'adhésion à l'UPE).
PICO	Acronyme de Patient, Intervention, Comparaison et Résultat. Le PICO décrit les éléments d'une question de recherche qui peut être utilisée pour rechercher de la littérature scientifique.
PIPOH	Acronyme pour Patient/population/problème, Intervention, Professionnel, Outcome et Cadre de santé. Le PIPOH représente les éléments d'une question clinique qui reflète le champ d'application de la guide clinique. Le PIPOH peut être utilisé pour rechercher des guides cliniques dans des bases de données telles que G-I-N.
Parties prenantes	Toutes les personnes concernées par le champ d'application de la guide clinique, en particulier les patients/clients, les aidants informels, les utilisateurs finaux, les professionnels de la santé, les travailleurs sociaux, les décideurs politiques et les autres parties potentiellement intéressées.
WOREL	Le Groupe de travail sur le développement de guides cliniques pour les professionnels des soins primaires (WOREL) est un consortium de développeurs de guides cliniques en Belgique qui vise à améliorer le développement, l'adaptation et la révision de guides cliniques pour les professionnels des soins primaires.

1.16 Localisation des références

Barnett K, Mercer SW, Norbury M et al. Epidemiology of multi-morbidity and implications for health care, research, and medical education : a cross-sectional study. *Lancet* 2012;380:37-43.

Béland F, Bergman H, Lebel P et al. A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: Results from a randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2006;61:367–373.

Boeckxstaens P, Bekaert S, De Sutter A, De Maeseneer J. Translational research and multimorbidity: a need for a paradigm-shift. *International Public Health Journal*, 2011; 3: 207–214.

Burden of disease network project. Disability in Old Age. Final Report, Conclusions and Recommendations. Jyväskylä: Jyväskylä University Press; 2004.

Campbell AJ, Robertson MC, La Grow SJ, Kerse NM, Sanderson GF, Jacobs RJ, Sharp DM, Hale LA. (2005) Randomised controlled trial of prevention of falls in people aged ≥ 75 with severe visual impairment: the VIP trial. *BMJ*. 8;331(7520):817.

Davis JC, Robertson MC, Ashe MC, Liu-Ambrose T, Khan KM, Marra CA. (2010) Does a home-based strength and balance programme in people aged ≥ 80 years provide the best value for money to prevent falls? A systematic review of economic evaluations of falls prevention interventions. *Br J Sports Med*. 44(2):80–89.

Clegg A, Young J, Iliffe S et al. Frailty in elderly people. *Lancet* 2013;381:752–762

Collard RM, Boter H, Schoevers RA, et al. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60:1487–1492.

De Coninck, L, Bekkering, GE, Bouckaert, L, Declercq, A, Graff, MJL, Aertgeerts, B (2017) Home- and Community-Based Occupational Therapy Improves Functioning in Frail Older People: A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc*. 2017 Aug;65(8):1863-1869.

De Coninck, L., Declercq, A., Bouckaert, L., Vermandere, M., Graff, M., & Aertgeert, B. (2021). Perspectives of older adults with a chronic condition on functioning, social participation and health: a qualitative study. *BMC geriatrics*, 21(1), 418. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02365-w>.

Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56:M146–156. 6.

Gilmour, H. (2012). Social participation and the health and well-being of Canadian seniors. *Health Reports*, 23(4), 23–32.

Gitlin, L. N., Hauck, W. W., Dennis, M. P., Winter, L., Hodgson, N., & Schinfeld, S. (2009). Long-term effect on mortality of a home intervention that reduces functional difficulties in older adults: results from a randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(3), 476–481. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.02147.x>

Graff MJL, Vernooij-Dassen MJM, Thijssen M et al. Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: Randomised controlled trial. *BMJ* 2006;333:1196.

Grol, R., & Wensing, M. (2004). What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *The Medical journal of Australia*, 180(S6), S57–S60.

<https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2004.tb05948.x>

Levasseur, M, Richard, L, Gauvin, L, Raymond, E (2010) Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: proposed taxonomy of social activities. *Soc Sci Med.* 2010 Dec;71(12):2141-9. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.09.041. Epub 2010

Mitnitski AB, Mogilner AJ, Rockwood K. Accumulation of deficits as a proxy measure of aging. *ScientificWorldJournal.* 2001;1:323–36.

Morley JE, Vellas B, van Kan GA, et al. Frailty consensus: a call to action. *J Am Med Dir Assoc.* 2013;14:392–397.

Nyman, S. R., & Victor, C. R. (2011). Older people's recruitment, sustained participation, and adherence to falls prevention interventions in institutional settings: a supplement to the Cochrane systematic review. *Age and ageing, 40(4), 430–436.* <https://doi.org/10.1093/ageing/afr016>

Oldenkamp M, 't Hagedoorn M, Witteke R, Stolk R, Smidt N (2017) The impact of older person's frailty on the care-related quality of life of their informal caregiver over time: results from the TOPICS-MDS project. *Qual Life Res.* 26:2705–2716 DOI 10.1007/s11136-017-1606-5.

Pilkington G: Homecare re-ablement: why and how providers and commissioners can implement a service. *J Care Services Management* 2008, 2:354–367.

Potocnik, K & Sonnentag, S (2013) 'A longitudinal study of well-being in older workers and retirees: The role of engaging in different types of activities', *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, vol. 86, no. 4, pp. 497-521. <https://doi.org/10.1111/joop.12003>.

Pyatak EA, Carlson M, Vigen CLP, Blanchard J, Niemiec SS, Sideris J, Baranek GT. (2019) Contextualizing the Positive Effects of the Well Elderly 2 Trial: A Response to Schelly and Ohl (2019). *Am J Occup Ther.* 73(6):7306205100p1-7306205100p11.

Rockwood K, Mitnitski A. Frailty in relation to the accumulation of deficits. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2007;62:722–7. 7.

Stark, S., Somerville, E., Conte, J., Keglovits, M., Hu, Y. L., Carpenter, C., Hollingsworth, H., & Yan, Y. (2018). Feasibility Trial of Tailored Home Modifications: Process Outcomes. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association, 72(1), 7201205020p1–7201205020p10.* <https://doi.org/10.5014/ajot.2018.021774>

Swedish National Institute of Public Health. *Healthy Ageing: A Challenge for Europe.* Stockholm: Swedish National Institute of Public Health, 2007.

Treacy, D., Hassett, L., Schurr, K., Fairhall, N. J., Cameron, I. D., & Sherrington, C. (2022). Mobility training for increasing mobility and functioning in older people with frailty. *The Cochrane database of systematic reviews, 6(6), CD010494.* <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010494.pub2>

Wahrendorf, M., & Siegrist, J. (2010). Are changes in productive activities of older people associated with changes in their well-being? Results from a longitudinal European study. *European Journal of Aging, 7, 59–68.*

Warburton D, Charlesworth S, Ivey A, Nettlefold L, Bredin S. A systematic review of the evidence For Canada's Physical Activity Guidelines for Adults. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2010; 7: 39.

Warr, P., Butcher, V., & Robertson, I. (2004). Activity and psychological well-being in older people. *Aging & Mental Health, 8, 172–183.* doi:10.1080/13607860410001649662

World Federation of Occupational Therapists (2020) Statement on occupational therapy [on-line]. Available at [http:// www.wfot.org](http://www.wfot.org). Accessed November 11, 2020.

WHO (2001) The International Classification of Functioning, Disability and Handicap. Geneva: WHO.

WHO (2020) Age-friendly world- social participation Geraadpleegd op <<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/age-friendly-practices/social-participation/>> op 02/05/2020.

Zorgwijzer (2022) Ergotherapie, geraadpleegd op <<https://www.zorgwijzer.nl/pdf/5708.pdf?date=10-07-2022>> op 02/05/2022.

2 Recommandations avec justification par question clinique

De nombreuses recommandations peuvent être formulées à l'intention des ergothérapeutes en ce qui concerne la prévention des chutes. La littérature est abondante sur ce sujet et les ergothérapeutes en Belgique sont impliqués dans la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile. Une guide clinique nationale sur la prévention des chutes a déjà été élaborée. Ce guide clinique apporte une réponse à la question suivante : "Quelle approche ergothérapeutique est efficace en termes d'aménagement du domicile et de réduction de la peur de tomber chez les personnes âgées présentant un risque accru de chute ?" (De Coninck et al., 2021)

La guide clinique formule des recommandations autour de quatre thèmes, à savoir l'environnement résidentiel de la personne âgée, les facteurs qui réduisent la peur de tomber, la conformité dans le cadre de la prévention des chutes et la gestion de la prévention des chutes au niveau de la population. (De Coninck et al., 2021) En ce qui concerne l'ergothérapie dans le contexte de la prévention des chutes, nous nous référons donc à [cette guide clinique](#).

2.1 Question clinique 1

Comment détecter la personne âgée physiquement fragile ? Comment orienter efficacement la personne âgée physiquement fragile et/ou son contexte social vers un ergothérapeute ?

2.1.1 Le dépistage en général

Recommandations

Recommandation 1.1

Nous suggérons de détecter la fragilité chez les personnes âgées vivant à domicile à partir de 75 ans.
2C

(Apóstolo et al., 2017 ; Mason et al., 2007)

Information supportive

La fragilité évolue lentement, ce qui risque d'entraîner une sous-détection.

Les prestataires de soins qui dépistent la fragilité chez les personnes à haut risque devraient recevoir une formation pour apprendre à reconnaître les signes et les symptômes de la fragilité. (Apóstolo et al., 2017 ; Mason et al., 2007)

Synthèse de la littérature

Un diagnostic précoce de la fragilité permet d'améliorer l'impact sur un mode de vie sain, indépendant et engagé. Néanmoins, il n'existe pas d'outil de dépistage universellement utile, mais il convient de faire un choix en fonction du contexte et de l'objectif. Les éléments de base tels que l'auto-perception de la santé et la vitesse de marche sont mieux combinés avec des indicateurs physiques, psychologiques et situationnels. (Apóstolo et al., 2017) Les soignants formés, par exemple les ambulanciers, sont en mesure d'évaluer les personnes âgées souffrant d'affections mineures aiguës et de les orienter si nécessaire. (Mason et al., 2007)

Cette recommandation est basée sur une revue narrative et un essai clinique randomisé, tous deux de bonne qualité méthodologique.

Feedback des parties prenantes

Les parties prenantes déclarent tenir compte de l'aspect financier lorsqu'elles proposent/suivent une formation.

Les parties prenantes indiquent que si le dépistage est effectué par des membres de l'équipe pluridisciplinaire, il convient de se mettre d'accord sur qui fera quoi (médical ou fonctionnel). En outre, le financement de ces services semble être un facteur important pour la mise en œuvre.

La différence entre la Flandre et la Wallonie est ainsi mise en évidence. En Flandre, depuis le 1er juin 2021, le BelRAI et le BelRAI screener sont obligatoirement utilisés dans les services de soins familiaux pour l'indication de l'assurance maladie flamande. Cette obligation sera étendue à l'avenir. En Wallonie, le BelRAI screener est utilisé dans le cadre du protocole 3 et par les coordinateurs de soins.

2.1.2 Visites préventives à domicile

Recommandation 1.2 :

Nous suggérons que les médecins généralistes et tous les autres prestataires de soins primaires procèdent à la détection de la fragilité à haut risque lors de leurs visites régulières à domicile. **2C**

Nous ne suggérons pas de visites préventives systématiques à domicile au niveau de la population. **2C**

(Bouman, et al., 2008 ; Donnelly, 2014 ; Fagerström et al., 2009 ; Kronborg et al., 2006 ; McIntyre, 2019 ; Van Kempen et al., 2015)

Information supportive

Le dépistage du risque élevé de fragilité peut être effectué chaque année au cours d'une intervention régulière, ou plus tôt si des changements surviennent dans le fonctionnement de la personne. Pour éviter un double dépistage, il est souhaitable que les prestataires de soins de santé locaux concluent des accords à ce sujet.

Synthèse de la littérature

Les médecins généralistes et les professionnels de la santé peuvent effectuer un dépistage de la fragilité. L'étude descriptive de Kempen et al. (2015) suggère qu'un médecin généraliste est capable de détecter la fragilité chez les personnes âgées vivant à domicile.

Le dépistage des personnes âgées peut se faire lors de consultations régulières. Les médecins généralistes estiment que le dépistage dans le cadre de la prévention des chutes chez les personnes âgées peut avoir lieu lors d'un bilan de santé général. En particulier, ils estiment qu'il leur appartient de dépister la polypharmacie et les problèmes de mobilité et d'équilibre. (McIntyre ; 2019)

La littérature indique que les visites préventives à domicile ne sont pas efficaces. Une étude (Fagerström et al., 2009) montre que les visites préventives à domicile ne sont pas utiles dans la population générale et cherche donc à savoir s'il en va de même pour la population des personnes âgées. L'étude conclut que les visites préventives à domicile ont un effet positif sur la santé et le bien-être des personnes âgées. Néanmoins, cette forme de soins devrait être développée davantage afin de mieux répondre aux besoins et aux souhaits individuels des personnes âgées. En outre, le dépistage des facteurs de risque et la cartographie des ressources devraient être ajoutés.

En outre, une analyse montre qu'aucun article ne prouve de manière significative que les programmes intensifs de visites à domicile pour les personnes âgées fragiles, menés par une infirmière à domicile sous la supervision d'une infirmière spécialisée en santé publique, sont efficaces pour la mortalité, l'état de santé, l'utilisation des services de soins de santé et les coûts. (Bouman et al., 2008)

Si le médecin généraliste et l'agent de santé reçoivent une formation sur des sujets gériatriques, il n'a pas été possible de prouver que cela avait un impact positif. Les améliorations en termes de fonctionnement de la personne âgée et l'impact sur le coût des soins de la visite préventive à domicile ne sont pas statistiquement significatifs par rapport à la visite préventive à domicile normalement effectuée. (Kronborg et al., 2006)

Cette recommandation se fonde principalement sur des études d'observation de qualité moyenne.

Feedback des parties prenantes

Les parties prenantes indiquent qu'il faut tenir compte de la faisabilité pour la personne âgée : utiliser des outils d'évaluation acceptables pour les personnes âgées et ne pas réaliser trop d'évaluations en même temps ou par différentes personnes de la PCT pour les mêmes évaluations. Le partage d'informations entre les différents partenaires de soins est considéré comme essentiel à cet égard. En outre, la charge pesant sur la personne âgée peut être minimisée en utilisant autant que possible des outils déjà existants.

2.1.3 Ergothérapie

Recommandation 1.3 :

Nous recommandons à que les ergothérapeutes se profilent comme des experts dans le dépistage des problèmes de fonctionnement dans la vie quotidienne. **GPP**

Information supportive

La profession d'ergothérapeute n'est pas encore très connue dans le secteur des soins primaires. L'accent unique mis par l'ergothérapie sur la valeur de "l'activité significative" favorise la capacité fonctionnelle des personnes âgées dans des contextes significatifs et soutient la participation, l'inclusion, le respect et la sécurité. Les ergothérapeutes reconnaissent que le vieillissement actif, l'engagement dans des activités tout au long de la vie et l'interactivité sociale contribuent de manière significative à la création et au maintien de la santé, du bien-être et de la qualité de vie.

L'étude de cas multiples de Donnelly et al. (2014) suggère que les ergothérapeutes travaillant dans une équipe interprofessionnelle de soins primaires doivent se profiler de manière transparente au sein de l'équipe où ils sont importants pour le dépistage et la cartographie du fonctionnement.

Les ergothérapeutes travaillant dans les soins primaires doivent se faire connaître et faire connaître leur fonction au niveau local.

Feedback des parties prenantes

Les parties prenantes indiquent que la reconnaissance limitée de l'ergothérapie dans le système de financement de la nomenclature est un obstacle à l'amélioration du profil de la profession dans les soins primaires. Pour cette raison, les ergothérapeutes doivent accorder une attention particulière à l'amélioration de leur profil dans leur zone ou région de soins primaires.

2.1.4 Dépistage de la fragilité

Recommandation 1.4A :

Nous recommandons d'utiliser des outils d'évaluation valables sous forme d'auto-évaluation, d'observation clinique ou d'une combinaison des deux pour détecter la fragilité. **1C**

(Abassi et al., 2018 ; Apóstolo et al., 2017 ; Metzelthin et al., 2010)

Recommandation 1.4B :

Nous recommandons que le choix de l'outil d'évaluation de la fragilité soit déterminé par l'objectif visé et le contexte dans lequel l'outil sera utilisé. **GPP**

Information supportive

Un diagnostic précoce de la fragilité permet d'améliorer l'impact sur un mode de vie sain, indépendant et engagé. Il n'existe pas d'outil de dépistage universellement utile, mais un choix doit être fait en fonction du contexte et de l'objectif. Les éléments de base tels que l'auto-perception de la santé et la vitesse de marche sont mieux combinés avec des indicateurs physiques, psychologiques et situationnels. (Apóstolo et al., 2017)

Les instruments d'auto-évaluation pour le dépistage de la fragilité comprennent l'indicateur de fragilité de Groningue (GFI) et l'indicateur de fragilité de Tilburg (TFI). Ces deux instruments présentent une cohérence interne et une validité conceptuelle élevées. (Metzelthin et al., 2010) Toutefois, l'utilisation du GFI n'est pas recommandée pour les soins primaires. (Apóstolo et al., 2017) Les cinq critères de fragilité de Fried (perte de poids, faible activité physique, épuisement, retard et fragilité) sont toutefois couramment utilisés en soins primaires pour détecter la fragilité. (Fried et al., 2001)

Les instruments valides et fiables pour évaluer la fragilité en soins primaires comprennent l'échelle de fragilité clinique (CFS), la vitesse de marche ou PRISMA-7. (Abassi et al., 2018) En Belgique, la vitesse de marche s'avère être un facteur de risque avec une très bonne valeur prédictive de la fragilité. L'utilisation d'instruments de dépistage standardisés et valides est recommandée. (Apóstolo et al., 2017)

Si aucun instrument de dépistage n'est déjà utilisé au sein de l'équipe de soins intégrés, l'échelle de fragilité clinique de Rockwood et les cinq critères de fragilité de Fried sont des outils viables pour les ergothérapeutes.

Feedback des parties prenantes

/

2.1.5 Profilage des ergothérapeutes dans le contexte de l'orientation

Recommandation 1.5A :

Nous recommandons que les ergothérapeutes de première ligne se profilent de manière transparente comme des experts du fonctionnement dans la vie quotidienne et de l'environnement dans lequel ce fonctionnement a lieu. **GPP**

Recommandation 1.5B :

Nous recommandons que les ergothérapeutes fassent connaître leur accessibilité à la fois dans une zone de soins primaires et aux services gériatriques de deuxième ligne dans leur région de soins, afin de rationaliser l'orientation et de fournir des soins intégrés centrés sur le client. **GPP**

Information supportive

Les ergothérapeutes en soins primaires sont considérés comme des généralistes qui travaillent sur le "fonctionnement". Il s'agit de participer aux activités quotidiennes qui sont importantes pour les clients, en l'occurrence les personnes âgées. L'accès à l'ergothérapie dans les soins primaires est important. Le lien avec les autres acteurs des soins à domicile est donc essentiel pour soutenir le fonctionnement des individus. (Donnelly et al., 2014)

Synthèse de la littérature

Aucun (GPP)

Feedback des parties prenantes

Les parties prenantes soulignent l'importance de mettre l'accent sur l'efficacité de l'orientation en première ligne lors de l'orientation des patients. Actuellement, la seule occasion de le faire est la consultation multidisciplinaire (MDO).

Les patients peuvent également être orientés vers des soins de deuxième ligne. Dans ce cas, les services de gériatrie sont importants, mais les services sociaux des hôpitaux le sont également.

2.1.6 Personnes pouvant orienter les patients (vers l'ergothérapeute ou entre eux)

Recommandation 1.6A :

Nous recommandons que tous les professionnels de la santé et de l'aide sociale qui sont en contact direct ou indirect avec des personnes âgées soient formés, dans leur zone de première ligne, à identifier les personnes âgées fragiles et les personnes à haut risque de fragilité et à les orienter vers les prestataires de soins de santé compétents, y compris les ergothérapeutes. **GPP**

Recommandation 1.6B :

Nous recommandons aux ergothérapeutes d'identifier les personnes âgées vulnérables et les personnes à haut risque de fragilité et de les orienter vers les prestataires de soins de santé concernés dans le cadre d'une approche interdisciplinaire. **GPP**

Information supportive

Chaque contact entre une personne âgée et un professionnel de la santé est une occasion de reconnaître la fragilité. Ce faisant, il est important de renforcer les compétences de l'équipe de première ligne à cet égard. La détection de la fragilité requiert des compétences spécifiques. Les cours de formation sur la détection de la fragilité dispensés dans les zones de soins primaires peuvent avoir la valeur ajoutée d'assurer que les prestataires de soins primaires se connaissent les uns les autres dans le contexte de l'orientation.

Dans les situations complexes et sévères de fragilité, l'équipe de soins primaires peut décider d'orienter vers des soins gériatriques spécialisés. (Abassi et al., 2018)

Au cœur de la profession d'ergothérapeute (optimiser l'activité utile), les ergothérapeutes possèdent les compétences nécessaires pour détecter les personnes âgées fragiles en ce qui concerne cette activité et les orienter vers les prestataires de soins compétents dans le cadre d'une approche interdisciplinaire.

Feedback des parties prenantes

Les parties prenantes ne voient que des avantages à s'adresser à d'autres professionnels de la santé. Ce faisant, ils indiquent qu'il est important d'avoir une coordination suffisante entre les différents professionnels des différentes lignes.

2.1.7 Structures faisant l'objet d'un renvoi**Recommandation 1.7A :**

Nous suggérons d'établir une procédure au sein d'une zone de première ligne qui inclut la manière de détecter et d'orienter les personnes à haut risque en ce qui concerne la vulnérabilité. **2C**

(Abassi et al., 2018)

Recommandation 1.7B :

Nous suggérons de nommer un coordinateur pour chaque zone de première ligne afin de suivre ce processus. **2C**

(Abassi et al., 2018)

Recommandation 1.7C :

Nous suggérons que tous les professionnels de la santé et de l'aide sociale soient informés de la procédure de détection et d'orientation dans leur zone de première ligne. **2C**

(Abassi et al., 2018 ; McIntyre et al., 2019)

Information supportive

Dans le flux de travail développé autour de la fragilité, la première étape consiste à sélectionner un instrument de détection de la fragilité. En outre, une éducation et une formation peuvent s'avérer nécessaires. Ensuite, l'approche à composantes multiples doit être adaptée pour traiter tous les éléments de la fragilité. (Abassi et al., 2018)

Dans une zone de première ligne, une procédure peut être décrite sur la manière dont la détection et l'orientation se déroulent. Elle indique qui fait quoi et quand, et qui peut être orienté. Le suivi du processus signifie concrètement que le coordinateur de première ligne suit le processus, l'évalue périodiquement et procède à des ajustements si nécessaire.

Synthèse de la littérature

Pour les personnes fragiles, il est recommandé d'adopter une approche centrée sur la personne, multidimensionnelle et hétérogène. Il est recommandé d'intégrer la fragilité dans le flux de travail en première ligne pour l'équipe interdisciplinaire. (Abassi et al., 2018)

L'enquête de McIntyre et al. (2019) indique qu'il existe des lacunes dans l'orientation des médecins généralistes vers les ergothérapeutes, entre autres, dans le cadre de la prévention des chutes. Des chemins cliniques bien développés permettraient une meilleure prise en charge de la personne à risque.

Cette recommandation s'appuie sur des études de qualité méthodologique moyenne à faible.

Feedback des parties prenantes

Les parties prenantes soulignent la différence de structure de première ligne entre la Flandre et la Wallonie. Les deux régions travaillent dans des régions délimitées, qui peuvent être très différentes l'une de l'autre.

2.1.8 Conseils pour la mise en œuvre

Outils de soutien

- [BelRAI - Screener](#)
- [Clinical Frailty Scale \(CFS\)](#)
- [Phénotype de fragilité de Fried](#)

Matériels/services de soutien

- MDO ([Flandre](#))
- Zones de première ligne ([Flandre](#))

2.2 Question clinique 2

Quelle évaluation multifactorielle de l'ergothérapie est appropriée pour la personne âgée physiquement fragile vivant à domicile et/ou son contexte ?

2.2.1 Méthodologie d'évaluation

Recommandation 2.1 :

Nous recommandons que le délai entre la détection de la personne à haut risque, l'évaluation ergothérapeutique et la mise en œuvre des recommandations soit le plus court possible. **1C**

(Stewart et al., 2005)

Recommandation 2.2 :

Nous recommandons aux ergothérapeutes d'effectuer leur évaluation des activités significative dans l'environnement familial de la personne âgée ou dans un environnement qui simule le plus fidèlement possible l'environnement familial. **1C**

(Jakobsson et al., 2011 ; Provencher et al., 2013)

Recommandation 2.3A :

Nous recommandons aux ergothérapeutes de concentrer leurs évaluations sur l'identification des faiblesses et des opportunités dans le cadre d'une activité significative. **GPP**

Recommandation 2.3B :

Nous recommandons aux ergothérapeutes de s'interroger sur les intérêts, les besoins, les préférences et les perceptions de la personne âgée concernant ses activités au niveau fonctionnel et de la participation. **GPP**

Recommandation 2.4 :

Nous recommandons aux ergothérapeutes d'utiliser des outils d'évaluation en plus de leur expertise clinique, le cas échéant, à tous les stades du processus thérapeutique. **GPP**

Recommandation 2.5 :

Nous recommandons que, lors de l'évaluation, l'ergothérapeute soit attentif au mode de vie et à l'équilibre des activités significatives de la personne âgée et, le cas échéant, de son aidant informel. **GPP**

Information supportive

Dans le contexte de l'adhésion, il est souhaitable que la séquence entre l'évaluation et l'intervention se déroule sans heurts.

Un environnement non familial peut influencer les actions. Si l'évaluation ne peut être réalisée dans l'environnement familial de la personne, il est souhaitable de l'imiter autant que possible. Les ergothérapeutes soutiennent la capacité de la personne à effectuer des activités significatives de manière optimale. Cette activité utile est réalisée par la personne dans son environnement familial.

Il est donc souhaitable de procéder également à l'évaluation dans l'environnement de la personne ou dans un environnement qui simule au mieux ce biotope.

L'ergothérapeute utilisera les capacités de la personne âgée pour éliminer ses faiblesses. En outre, pour renforcer la confiance en soi de la personne, il est utile non seulement de souligner les faiblesses, mais aussi de nommer les points forts. Les ergothérapeutes disposent d'un certain nombre d'outils concrets. Les échelles d'identité professionnelle, de compétence professionnelle et de comportement professionnel sont trois échelles qui font partie de la deuxième version de l'OPHI-II. L'OPHI-II est un instrument d'évaluation de l'ergothérapie mis au point pour évaluer les activités du client (passées et présentes). L'OPHI-II donne une vue d'ensemble des forces et des faiblesses du client et sert d'outil pour fixer les objectifs du traitement.

Outre la connaissance des activités en tant que telle, l'ergothérapeute souhaite également comprendre comment la personne perçoit cette activité et quels sont ses intérêts, ses besoins et ses préférences. Ces connaissances sont nécessaires pour adapter au mieux le plan de traitement à la personne. L'intégration de ces connaissances lors de l'élaboration du plan de traitement aura un impact bénéfique sur l'observance du traitement par la personne.

Les ergothérapeutes qui travaillent avec des personnes âgées à domicile peuvent utiliser l'évaluation à toutes les phases du processus thérapeutique (évaluation et planification, intervention et suivi). Des questionnaires, des listes de contrôle, des échelles et des observations peuvent être utilisés. Dans la phase d'évaluation et de planification, les besoins, les intérêts et les objectifs de la personne âgée sont identifiés. (Fischl et al., 2020).

Des outils d'évaluation standardisés sont souhaitables, entre autres pour évaluer objectivement l'évolution d'une personne. Toutefois, l'expertise clinique du thérapeute ne doit pas être sous-estimée. C'est pourquoi il est également préférable de consigner les résultats fondés sur l'expertise clinique.

Les activités de la vie quotidienne peuvent être cartographiées de plusieurs manières. L'Engagement in Meaningful Activities Survey (EMAS) ou le Questionnaire sur l'engagement dans des activités significatives (QESA) en français, permet de cartographier la participation à des activités significatives. (Lacroix et al., 2018). L'Occupational Balance Questionnaire (OBQ) couvre l'équilibre occupationnel, qui est un fondement de l'ergothérapie. Il s'agit d'un concept complexe qui comprend la satisfactivité requise, les niveaux de signification et les types d'occupation. L'OBQ11 peut être utilisé comme outil de dépistage pour déterminer les priorités des clients en matière d'ergothérapie et pour planifier les interventions d'ergothérapie visant à améliorer la santé. (Håkansson, Wagman et Hagell, 2020) Le Health Enhancement Lifestyle Profile (HELP) est un questionnaire d'auto-évaluation en 15 points qui permet d'évaluer le mode de vie des personnes âgées. HELP est un outil fiable d'auto-évaluation du mode de vie des personnes âgées vivant à domicile. Le HELP peut faire partie du kit de dépistage de base des ergothérapeutes en soins primaires. **Hwang (2013)**

Synthèse de la littérature

Synthèse de la littérature pour la recommandation 2.1

L'essai contrôlé randomisé de **Stewart (2004)** a montré qu'il n'y avait pas de différence claire dans l'efficacité centrée sur le patient lorsqu'elle était mesurée par un travailleur social ou un ergothérapeute. Cela peut s'expliquer par le temps consacré à l'évaluation de l'ergothérapeute et à la mise en œuvre des recommandations. Cette étude est d'une qualité méthodologique acceptable.

Synthèse de la littérature pour la recommandation 2.2

Le lieu où l'évaluation est réalisée a un impact sur le score. Premièrement, par le biais du RSMA, l'étude descriptive de **Provencher et al. (2013)** indique à nouveau que le degré de familiarité de

l'environnement dans lequel la personne âgée évolue a un impact sur la performance. Ensuite, l'étude de cohorte de **Jakobsson & Karlsson (2011)** suggère que l'évaluation de l'escalier ADL est un bon prédicteur de la mortalité et que différents seuils devraient être utilisés en fonction du type de logement (vie indépendante à domicile ou logement avec assistance). L'étude observationnelle de Jakobsson (2011) est de qualité méthodologique acceptable et celle de Provencher (2013) de bonne qualité.

Feedback des parties prenantes

Les parties prenantes indiquent que la possibilité de passer les évaluations devrait toujours faire l'objet d'un suivi, étant donné que les recommandations sont exhaustives.

Les parties prenantes estiment que cette phase prend de toute façon beaucoup de temps. Toutes les facettes, toutes les parties de l'évaluation sont importantes. Des choix conscients doivent être faits. Les parties prenantes estiment que seul ce qui est pertinent à ce moment-là doit être identifié.

Les parties prenantes soulignent l'importance de mener des évaluations ciblées et centrées sur la personne. Cela signifie qu'il faut vraiment s'intéresser à la personne âgée et à son environnement plutôt que de la noter. Le fait de procéder à des évaluations très strictes en se concentrant sur la notation crée parfois une certaine "distance". L'idée est de commencer à travailler non seulement en fonction des problèmes, mais aussi des objectifs. La mesure et la cartographie peuvent certainement être réalisées sans évaluation ni instrument d'évaluation. Cependant, il est important de cartographier les choses de manière objective en utilisant des instruments standardisés. Il est également important de travailler méthodiquement lors de la phase d'évaluation.

Les parties prenantes s'interrogent sur la manière de prendre en compte la sensibilité culturelle. De nombreux outils n'ont pas encore été traduits en néerlandais/français et adaptés au contexte belge.

Les parties prenantes indiquent que le BelRAI est un outil fréquemment utilisé dans la pratique. À terme, cet outil deviendra obligatoire dans les soins primaires.

2.2.2 Division du travail d'évaluation

Recommandation 2.6 :

Nous recommandons une collaboration multidisciplinaire pour réaliser une évaluation gériatrique complète (EGC) chez la personne âgée vivant à domicile, où une division du travail devrait être envisagée dans le contexte de l'expertise et du rapport coût-efficacité. **1C**

(Bouman et al., 2008 ; Frese et al., 2012 ; McIntyre et al., 2019 ; Pighills et al., 2011)

Recommandation 2.7 :

Nous recommandons que, dans le cadre de la faisabilité, il soit décidé en fonction du contexte si l'évaluation à la sortie est effectuée par un ergothérapeute travaillant à l'hôpital ou dans le cadre des soins à domicile. **1C**

(Avlund et al., 2002 ; Provencher et al., 2013)

Recommandation 2.8 :

Nous recommandons que les ergothérapeutes contribuent à l'équipe interdisciplinaire en envisageant des instruments d'évaluation standardisés ayant une valeur prédictive quant au besoin de soins à domicile. **1C**

(Brown et al., 2013)

Information supportive

Un CGA à domicile peut inclure l'évaluation STEP, l'indice Bartel, le questionnaire de dépistage du handicap de Lambeth, le score de marche de Tinetti, l'échelle de dépression de Hamilton, l'échelle d'anxiété et de dépression de l'hôpital, le mini-examen de l'état mental, l'échelle hiérarchique de la démence, le test de dessin de l'horloge et les diagrammes COOP. (Frese et al., 2012)

Synthèse de la littérature

Synthèse de la littérature pour la recommandation 2.6

L'ECR de **Frese et al (2012)** identifie l'efficacité d'une évaluation gériatrique préventive (comprehensively geriatric assessment - CGA) par des étudiants en médecine formés au domicile de la personne âgée. L'évaluation gériatrique complète administrée aux personnes âgées de 70 ans et plus vivant à domicile par des médecins généralistes en formation a un effet positif sur la mortalité et le temps passé à vivre à domicile. Le processus d'évaluation offre des possibilités de collaboration multidisciplinaire. L'essai contrôlé randomisé néerlandais de **Bouman et al (2008)** évalue l'efficacité d'un programme de visites à domicile chez les personnes âgées vivant à domicile et dont l'état de santé est médiocre. L'utilisation de l'EasyCare implique une approche par étapes. Un dépistage initial est effectué par le médecin généraliste, après quoi il est possible d'orienter la personne vers une infirmière pour une évaluation plus approfondie. Le médecin généraliste peut également orienter le patient vers un ergothérapeute. L'étude descriptive de **McIntyre et al. (2019)** sur les médecins généralistes anglais examine si et comment ils travaillent sur la prévention des chutes et s'ils orientent vers un ergothérapeute. Le taux de réponse à cette enquête était très faible (2 %). Les médecins généralistes, dans le cadre de la prévention des chutes, ont un intérêt à prendre des évaluations en fonction du facteur de risque de polypharmacie. D'autres professions comme l'ergothérapie peuvent réaliser des évaluations sur la mobilité, l'analyse de la marche, l'examen du domicile et des aménagements et les activités de la vie quotidienne. Il est parfois indispensable de faire appel à l'expertise spécifique d'un ergothérapeute, par exemple. Un essai contrôlé randomisé (**Pighills et al., 2011**) compare l'efficacité d'une intervention environnementale de prévention des chutes menée par des ergothérapeutes, par des évaluateurs formés et non qualifiés et par les soins habituels. L'évaluation de la sécurité à domicile de Westmead (WeHSA) est mieux administrée par un ergothérapeute que par un évaluateur formé. L'ergothérapeute formule davantage de conseils qui sont mieux suivis.

Les études de Frese (2012) et Bouman (2008) sont de bonne qualité méthodologique, tandis que les études observationnelles de McIntyre (2019) et Pighills (2011) sont de qualité faible à moyenne.

Synthèse de la littérature pour la recommandation 2.7

Les ergothérapeutes peuvent jouer un rôle dans le processus de sortie de l'hôpital. **Avlund et al (2002)** montrent la nécessité de l'expertise de l'équipe gériatrique interdisciplinaire dans la planification de la sortie pour un groupe spécifique de personnes âgées (par exemple, visites à domicile, aides, etc.). En outre, ils recommandent des visites de suivi. **Provencher et al (2013)** rapporte que le degré de familiarité de l'environnement dans lequel la personne âgée effectue une évaluation a un impact sur la performance.

L'étude randomisée d'Avlund (2002) est de faible qualité méthodologique, tandis que l'étude observationnelle de Provencher (2013) est de grande qualité.

Synthèse de la littérature pour la recommandation 2.8

Cette étude longitudinale rétrospective de **Brown et al (2013)** a examiné la capacité prédictive de trois instruments d'auto-évaluation de l'état fonctionnel en ce qui concerne le recours aux soins

formels à domicile chez les personnes âgées vivant à domicile : un instrument d'auto-évaluation du comportement habituel, un instrument d'auto-évaluation des capacités et un instrument d'observation évaluant la performance, le Performance Assessment of Self-Care Skills (PASS). Les instruments de performance standardisés, tels que le PASS, ont une meilleure valeur prédictive pour les soins formels à domicile que les instruments d'auto-évaluation.

Cette étude d'observation est d'une qualité méthodologique acceptable.

Feedback des parties prenantes

Les parties prenantes indiquent qu'il est essentiel de travailler de manière multidisciplinaire. Dans la pratique, cela apporte une valeur ajoutée à toutes les parties.

2.2.3 Contenu de l'évaluation : prévention des chutes

Recommandation 2.9 :

Nous recommandons qu'un professionnel de la santé examine le risque de chute et oriente vers un ergothérapeute si nécessaire, et vice versa. **GPP**

Recommandation 2.10 :

Nous recommandons aux ergothérapeutes d'utiliser un instrument d'évaluation fiable pour identifier la composante "comportement" en tant que facteur de risque pour la prévention des chutes. **GPP**

Recommandation 2.11 :

Nous recommandons à l'ergothérapeute de faire remplir à la personne âgée et à son aidant un instrument d'auto-évaluation comportant des instructions claires sur les facteurs de risque de chute dans l'environnement de vie. **GPP**

(Tomita et al., 2014)

Recommandation 2.12 :

Nous recommandons aux prestataires de soins de santé de faire appel à des ergothérapeutes pour l'aménagement du domicile dans le cadre de la prévention des chutes. **1C**

(MacKenzie et al., 2018 ; McIntyre et al., 2019 ; Pighills et al., 2011)

Information supportive

En ce qui concerne la prévention des chutes, nous nous référons également à la guide clinique d'ergothérapie sur la prévention des chutes (De Coninck et al., 2017). Seuls les points non inclus dans cette guide clinique sont abordés ici.

L'échelle de comportement face aux chutes pour les personnes âgées na (FaB) est valide, fiable et utile dans les situations cliniques pour discuter des objectifs et sensibiliser les personnes âgées aux risques de chute. La FaB peut refléter les comportements à risque dans le contexte de la prévention des chutes et sensibiliser les personnes âgées aux facteurs de risque de chute. (Clemson et al., 2008)

Synthèse de la littérature

Synthèse de la littérature pour la recommandation 2.11

L'étude de **Tomita et al (2014)** examine les caractéristiques psychométriques du Home Safety Self-Assessment Tool (HSSAT) pour la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile. Le HSSAT est un outil fiable et valide pour identifier les risques de chute dans un environnement domestique. Le manuel HSSAT est efficace en tant que matériel pédagogique permettant d'améliorer la sécurité à domicile.

Cette étude observationnelle est d'une qualité méthodologique acceptable.

Synthèse de la littérature pour la recommandation 2.12

L'étude de **McIntyre et al. (2019)** portant sur 152 médecins généralistes anglais examine si et comment ils travaillent autour de la prévention des chutes et s'ils orientent vers un ergothérapeute. Les médecins généralistes, dans le cadre de la prévention des chutes, ont intérêt à prendre des évaluations en fonction de la polypharmacie des facteurs de risque. Les médecins généralistes connaissent l'ergothérapie, mais n'y réfèrent pratiquement jamais. L'étude de **MacKenzie** (voir ci-dessus) indique la nécessité d'une bonne offre. L'étude de **Pighills (2011)** indique une diminution significative des chutes dans le groupe ayant bénéficié d'une ergothérapie.

La qualité méthodologique des études incluses était variable : McIntyre faible, MacKenzie bonne et Pighills acceptable.

Feedback des parties prenantes

Les parties prenantes indiquent que l'évaluation des facteurs de risque de chute pour la prévention des chutes est désormais parfois effectuée par l'infirmière à domicile. La collaboration avec l'ergothérapeute est importante et peut être reflétée dans les recommandations.

2.2.4 Contenu de l'évaluation : cognition

Recommandation 2.13 :

Nous recommandons à l'ergothérapeute d'utiliser des tests fonctionnels pour évaluer la cognition en plus des outils d'évaluation cognitive habituels. **1C**

(Belchior et al., 2015 ; Harper et al., 2019)

Information supportive

Une évaluation des fonctions exécutives (⁴) fournit à l'ergothérapeute une image plus globale du déploiement des capacités cognitives dans les activités quotidiennes, par rapport aux fonctions mesurées par les tests cognitifs. Plusieurs instruments sont disponibles pour détecter les problèmes fonctionnels, tels que l'échelle de vie autonome (ILS), l'évaluation des aptitudes motrices et des processus (AMPS) et le test de performance des fonctions exécutives (EFPT). D'autres tests basés sur les performances sont couramment utilisés, notamment l'Échelle de Montréal pour l'évaluation des activités financières (EMAF), l'évaluation des capacités de vie de Kohlman (KELS), le test de Kettle et le test Percevoir, se souvenir, planifier et exécuter (PRPP).

L'instrument d'entretien le plus couramment utilisé est la Mesure des performances professionnelles canadiennes (MPPC).

⁴ Compétences cognitives et processus permettant de mener à bien une action

Les instruments d'auto-évaluation possibles (qu'ils soient remplis par l'aidant ou non) comprennent le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) et le questionnaire d'évaluation fonctionnelle multidimensionnelle OARS.

Parmi les instruments de dépistage cognitif possibles sont l'évaluation cognitive de Montréal (MoCA), le Mini-Mental State Examination (MMSE) et l'échelle d'évaluation cognitive pour les personnes âgées (CASE). Le test de compétence cognitive (CCT) est une évaluation cognitive globale couramment utilisée au niveau international. Les évaluations cognitives spécifiques à un domaine sont le test de mémoire comportementale de Rivermead (RBMT), le dessin de l'horloge, le test de création de pistes (TMT), l'entretien exécutif (EXIT), les cloches et le test de perception visuelle sans moteur (MVPT). (Belchior et al., 2015)

Synthèse de la littérature

L'étude de **Harper et al (2019)** montre que le test de Kettle est un outil d'évaluation valide pour dépister la cognition et le fonctionnement chez les personnes âgées . Les scores ont une valeur prédictive du fonctionnement après l'arrêt de la thérapie. **Belchior et al. (2015)** concluent que l'ergothérapeute doit adapter le choix de l'instrument d'évaluation des AIVJ au type de personne et utiliser à la fois des instruments d'observation (tels que l'ILS, l'AMPS et l'IFT), des instruments d'entretien (tels que le COPM), des instruments d'auto-évaluation (tels que le SMAF et l'OARS).

Les deux études d'observation sont de qualité acceptable.

Feedback des parties prenantes

Les parties prenantes confirment la recommandation et notent qu'il faut tenir compte du fait que toutes les personnes âgées ne maîtrisent pas le néerlandais ou le français.

2.2.5 Contenu de l'évaluation : BAVJ et AIVJ

Recommandation 2.14 :

Nous recommandons aux ergothérapeutes de prévoir suffisamment de temps pour évaluer les activités liées aux AVQ (BAVJ et AIVJ) à l'aide d'un instrument d'évaluation standardisé (observation, entretien ou instrument d'auto-évaluation par la personne âgée ou l'aidant informel). **1C**

(Giambelluca et al., 2019)

Recommandation 2.15A :

Nous recommandons à l'ergothérapeute d'adapter le choix de l'instrument à la personne et à son contexte, en tenant compte, entre autres, des effets de plancher et de plafond possibles⁵. **1C**

(Belchior et al., 2015 ; Wales et al., 2016)

Recommandation 2.15B :

Nous recommandons à l'ergothérapeute d'étaler les tests dans le temps si cela est souhaitable. **GPP**

⁵ vb MMSE chez les personnes présentant une forte suspicion de déficit cognitif et MOCA chez les personnes présentant une suspicion de fonctions cognitives intactes

Recommandation 2.15C :

Nous recommandons que l'interprétation des scores des mesures BAVJ et AIVJ prenne en compte non seulement le score total mais aussi les sous-scores. **1C**

(Wyller et al., 1995)

Information supportive

Il a été démontré que l'investissement en temps supplémentaire requis pour l'évaluation ultérieure est compensé par un diagnostic et un traitement plus efficace. (Voigt-Radloffet al., 2000)

Avec ce groupe cible, certains instruments peuvent être limitatifs en raison d'un effet de plafond ou de plancher. Pour clarifier les choses, un exemple très connu de test de la cognition est le choix "MOCA ou MMSE". Chez les personnes âgées cognitivement intactes, il est préférable d'administrer un MOCA pour évaluer le fonctionnement cognitif. Le MOCA peut détecter une différence dans le temps chez les personnes cognitivement plus fortes, alors que le MMSE peut ne pas détecter de différence en raison de l'effet de plafond.

Se soumettre à une évaluation peut être stressant pour les personnes âgées. Il est donc recommandé de répartir les tests sur plusieurs interventions, si on le souhaite, afin d'accroître la fiabilité. Il convient également de tenir compte du fait que le test est un enregistrement fragmentaire sur lequel des facteurs contextuels, tels que la douleur ou le fait de traverser un processus de deuil, peuvent avoir une influence.

Comme les subscores des mesures BAVJ et AIVJ sont plus instructifs et fournissent des informations plus concrètes sur le fonctionnement de la personne, il est recommandé aux ergothérapeutes de tenir compte également de ces subscores.

La force de la Mesure de la performance professionnelle canadienne (MPPC) dans les soins primaires est qu'elle se concentre sur la fonction ou l'occupation. La MPOC est mieux utilisée chez les personnes souffrant de plusieurs maladies chroniques et pour lesquelles l'ergothérapeute a plusieurs contacts. La MPOC peut également être utilisée pour mesurer les différences dans le temps. (Donnelly et al., 2017)

Synthèse de la littérature

Synthèse de la littérature pour la recommandation 2.14

Giambelluca (2019) indique que le Groningen Activity Restriction Questionnaire (GARS) peut être utilisé à la fois par la personne âgée ou son aidant informel, et par l'ergothérapeute, comme base pour développer un plan de traitement individuel et augmenter les mesures de résultats de la personne âgée. L'utilisation de ce questionnaire nécessite un investissement en temps supplémentaire, mais il est compensé par des diagnostics et des traitements plus efficaces.

Cette étude d'observation est de qualité acceptable.

Synthèse bibliographique de la recommandation 2.15 B/C

Wales et al. (2016) concluent que parmi le large choix d'instruments d'évaluation fonctionnelle, les ergothérapeutes devraient utiliser les instruments qui capturent la performance fonctionnelle et qui ont été validés pour le groupe cible visé dans le cadre en question. Lors du choix de l'instrument de mesure, l'ergothérapeute tient compte des éventuels effets de plancher et de plafond. Le SMAF (système de mesure de l'autonomie fonctionnelle) et l'AMPS (évaluation des aptitudes motrices et du processus) sont des instruments d'évaluation pour lesquels aucune erreur dans les propriétés de mesure (cohérence interne, fiabilité, validité, réactivité, interprétabilité, effets de plafond et de

plancher, et utilité clinique) n'a été identifiée. La mesure fonctionnelle indépendante (FIM) et l'indice de Barthel présentent des effets de plancher et de plafond lorsqu'ils sont appliqués à une population de personnes âgées.

La qualité méthodologique de cette revue est acceptable.

L'étude de **Belchior et al. (2015)** montre que l'ergothérapeute adapte le choix de l'instrument sur l'évaluation des AIVQ au type de personne et utilise à la fois des instruments d'observation (tels que l'ILS, l'AMPS et l'IFT), des instruments d'entretien (tels que le COPM), des instruments d'auto-évaluation (tels que le SMAF et l'OARS).

Cette étude d'observation est de faible qualité méthodologique.

Wyller et al. (1995) concluent que le score total de l'indice de Barthel, un instrument évaluant les performances BAVJ, chez les patients gériatriques ne fournit pas suffisamment d'informations sur les scores individuels dans la complexité de l'indice de Barthel. L'interprétation du score de Barthel doit tenir compte non seulement de la somme des scores, mais aussi des sous-scores. La fiabilité de l'indice de Barthel est élevée, tant lors de l'observation directe que lors de l'entretien.

Cette étude d'observation est de faible qualité méthodologique.

Feedback des parties prenantes

Les parties prenantes indiquent qu'il faut tenir compte de la langue maternelle de la personne âgée lors des tests et ne pas sous-estimer l'expertise de l'aidant dans l'identification des options BAVJ et AIVJ.

2.2.6 Contenu de l'évaluation : AIVJ - aptitude à la conduite

Recommandation 2.16A :

Nous suggérons que l'ergothérapeute, en sa qualité d'expert en conduite automobile, soutienne le processus de décision de reprendre ou non le volant, codétermine l'évaluation de l'aptitude à la conduite et aide la personne à évaluer de manière réaliste les risques liés à la conduite dans sa situation spécifique. **2C**

(Bédard & Dickerson, 2014 ; Dickerson et al., 2011 ; Dickerson et al., 2014 ; Dickerson, 2014 ; Unsworth & Baker, 2014)

Recommandation 2.16B :

Nous suggérons que lors de l'évaluation de l'aptitude à la conduite, l'ergothérapeute identifie les aspects suivants : le comportement du conducteur, les fonctions exécutives (spécifiques à la conduite et BAVJ/AIVJ) et les aptitudes cognitives, visuelles et visuo-motrices générales. **2C**

(Dickerson et al., 2011 ; Bédard & Dickerson, 2014 ; Dickerson et al., 2014 ; Dickerson, 2014 ; Unsworth & Baker, 2014)

Recommandation 2.17 :

Nous suggérons de réfléchir à l'opportunité d'utiliser un simulateur de conduite dans le contexte de la prédiction de l'aptitude à la conduite. **2C**

(Dickerson et al., 2014)

Recommandation 2.18 :

Nous recommandons que l'ergothérapeute aide la personne, qui a été jugée inapte à conduire, à trouver et à utiliser d'autres moyens de transport, et qu'il l'accompagne dans ses autres implications en matière de participation. **GPP**

Recommandation 2.19 :

Nous vous recommandons de vous adresser à l'autorité nationale compétente CARA pour connaître la décision juridique concernant l'aptitude à la conduite (). **GPP**

Information supportive

Dans la pratique, nous distinguons plusieurs types d'évaluation en fonction de la cartographie de la capacité de conduite des personnes âgées.

- Outils d'évaluation des fonctions isolées, à savoir
 - Cognition : TMT, MMSE, Digit Symbol Modalities Test (Wechsler, 1997), clock drawing test, conception de blocs, Rey-Osterrieth Complex Figure Test (Bennett-Levy, 1984), MOCA, tests de labyrinthe et élimination de lettres ou de chiffres.
 - Perception : UFOV, attention visuelle, MVPT, négligence visuelle
 - Vue : netteté, sensibilité aux contrastes, champ visuel et perception de la profondeur
 - Composantes physiques et motrices : amplitude des mouvements, marche rapide (Marottoli, Cooney, Wagner, Doucette et Tinetti, 1994), test musculaire manuel, tapotement des doigts, force de préhension et temps de réaction.
- Simulateur de conduite, complété ou non par des tests individuels
- Batterie d'essai
 - DHI, Assessment of Driving Related Skills (ADReS) (Carr, Barco, Wallendorf, Snellgrove et Ott, 2011), Stroke Drivers Screening (dépistage des accidents vasculaires cérébraux chez les conducteurs)
- Des outils d'évaluation qui testent des compétences multiples
 - Assessment of Motor and Process Skill (AMPS) (Fisher, 2006), Driving Decisions Workbook (Eby, Molnar, Shope, Vivoda et Fordyce, 2003), DriveAble, Attention Network Test (Weaver, Bédard, McAuliffe et Parkkari, 2009), Adelaide Driving Self-Efficacy Test (George, Clark et Crotty, 2007).
- Batteries de tests développées individuellement
 - Incorporer les composantes physiques, cognitives et perceptives de la conduite. (Dickerson et al., 2014)

Un groupe d'experts a formulé les 12 déclarations suivantes pour soutenir les ergothérapeutes dans le cadre clinique. (Bédard et al., 2014) Ces énoncés sont les suivants :

- Éviter l'utilisation d'un outil d'évaluation isolé
- Utilisation des instruments conformément au protocole dans le cadre duquel ils ont été testés et normalisés
- Les instruments développés pour un groupe spécifique doivent également être interprétés pour ce groupe.
- Les résultats des mesures doivent être traités avec prudence pour prédire d'autres résultats.
- L'application éthique des connaissances scientifiques nécessite une évaluation critique
- Il convient d'utiliser des outils fondés sur des données probantes

- Les ergothérapeutes doivent sélectionner les instruments dans un cadre théorique qui correspond le mieux au contexte clinique dans lequel ils travaillent.
- Lorsque l'ergothérapeute travaille dans un cadre généraliste, les résultats servent à l'orientation et à l'approche ; lorsqu'il travaille dans un cadre spécialisé, ces outils peuvent être utilisés dans le contexte de la prise de décision concernant l'aptitude à la conduite.
- Pour les ergothérapeutes travaillant en tant que généralistes, la discussion sur la conduite (avec un soutien scientifique suffisant) devrait être le début d'un processus.
- Si la personne est jugée inapte à conduire, l'ergothérapeute la guidera vers d'autres moyens de transport.
- Les ergothérapeutes généralistes doivent tenir compte de l'aspect multifactoriel de l'état de santé d'une personne et du potentiel d'amélioration.
- Si la personne est apte à conduire, l'ergothérapeute doit continuer à s'occuper de la suite du processus (continuer à conduire en toute sécurité ou passer à ne plus conduire).

Si l'ergothérapeute ne dispose pas d'un simulateur de conduite, il peut mettre au point sa propre batterie de tests pour évaluer l'aptitude à la conduite. Cette batterie de tests doit comprendre au moins des composantes cognitives (par exemple MOCA), la perception visuelle (attention visuelle) et la vision (champ visuel et acuité visuelle), ainsi que des composantes physiques et motrices (amplitude et force des mouvements et temps de réaction). L'ergothérapeute ne peut pas juger lui-même si une personne est apte ou non à conduire, mais il s'adresse au médecin ou aux autorités compétentes à cette fin, telles que CARA.

Synthèse de la littérature

Synthèse de la littérature sur les recommandations 2.16A/B et 2.17

Les ergothérapeutes, lorsqu'ils fournissent des services aux conducteurs âgés, peuvent évaluer l'aptitude à la conduite, développer des interventions pour utiliser les transports publics et faciliter la conduite ou la non-conduite, lorsque cela est nécessaire pour des raisons personnelles ou communautaires. La composante d'évaluation et le processus de prise de décision sont fortement influencés par l'utilisation d'outils de dépistage et d'évaluation. **(Bédard et al., 2014)**

La qualité méthodologique de cette étude est acceptable.

Les ergothérapeutes peuvent utiliser leur évaluation des AIVQ complexes pour identifier les personnes à risque en ce qui concerne les aptitudes à la conduite. Les ergothérapeutes ayant l'expérience de la pratique généraliste devraient être en mesure de faire des recommandations appropriées sur la conduite et la mobilité communautaire dans les AIVQ en se basant sur l'observation des compétences dans les AIVQ. **(Dickerson et al., 2011)**

Cette étude d'observation est de faible qualité méthodologique.

Dickerson et al. (2014b) indiquent que , il existe un large choix de méthodologies d'évaluation pour déterminer l'aptitude à la conduite, allant d'instruments d'évaluation pour des fonctions isolées à des instruments testant plusieurs compétences, en passant par des batteries de tests standardisés, des batteries de tests développés individuellement, ou encore un simulateur de conduite complété ou non par des tests individuels. Toutefois, l'étalon-or pour mesurer l'aptitude à la conduite reste la conduite elle-même.

La qualité méthodologique de cette revue est acceptable.

Unsworth et al. (2014) retrouvent donc de nombreuses "évaluations sur route" dans leur revue systématique.

La qualité méthodologique de cette revue est acceptable.

Synthèse de la littérature pour la recommandation 2.18/2.19

Aucun (GPP)

Feedback des parties prenantes

Les parties prenantes soulignent l'importance de la coordination avec CARA en ce qui concerne l'aptitude à la conduite des personnes âgées.

Ils soulignent qu'outre l'aptitude à la conduite d'une voiture, l'aptitude à la conduite d'une bicyclette est également importante.

Les parties prenantes suggèrent d'inclure l'impact de l'incapacité de conduire. L'ergothérapeute prend en compte la réactivité de deuil due à la diminution de la mobilité. L'ergothérapeute peut chercher non seulement des solutions de remplacement pour les déplacements, mais aussi pour les activités importantes de la vie quotidienne telles que les courses.

2.2.7 Évaluation du contenu : AIVJ - technologie

Recommandation 2.20 :

Nous suggérons que l'ergothérapeute évalue non seulement les BAVJ, les AIVJ, la mobilité et les loisirs, mais aussi les compétences en matière d'utilisation de la technologie et de ses applications.

2C

(Malinowsky et al., 2011)

Information supportive

De plus en plus de technologies et d'applications sont disponibles, y compris dans le contexte de l'évaluation. Il reste souhaitable de vérifier les caractéristiques clinimétriques de ces outils.

Le Management of Every day Technology Assessment (META) est un outil d'évaluation basé sur l'observation. Le META évalue les possibilités d'utilisation de la technologie dans la vie quotidienne. Il comprend 4 domaines, à savoir l'évaluation des compétences exécutives dans l'utilisation de la technologie (11 items), l'évaluation de la façon dont les caractéristiques environnementales affectent l'utilisation de cette technologie (2 items), l'évaluation globale de la capacité de la personne à utiliser la technologie sur la base de toutes les informations et de la sécurité disponibles et la mesure dans laquelle la technologie est importante pour cette personne. Le META appliqué aux personnes âgées sans déficience cognitive présente une échelle d'évaluation acceptable, une fiabilité intra-évaluateur (cohérence) et une validité de réactivité acceptable, mais des déficits de validité interne (Malinowsky, 2011). Les déficits de validité interne doivent être pris en compte lors de l'utilisation de cet instrument.

Synthèse de la littérature

Le Management of Everyday Technology Assessment (META) permet de distinguer les personnes ayant des compétences technologiques supérieures de celles ayant des compétences technologiques inférieures. Le META peut être utilisé en complément des instruments d'évaluation des AVQ existants. Outre l'évaluation des BAVJ, des AIVJ et des loisirs, l'évaluation des compétences technologiques est l'une des tâches de l'ergothérapeute. **(Malinowsky, 2011)**

Cette étude d'observation est d'une qualité méthodologique acceptable.

Feedback des parties prenantes

Il s'agit également d'évaluer la technologie, par exemple les services bancaires en ligne.

2.2.8 Conseils pour la mise en œuvre

Instruments de mesure :

- Évaluation des compétences motrices et processuelles ([AMPS](#))
- Entretien sur les performances professionnelles II ([OPHI-II](#))
- Échelle de restriction des activités de Groningue ([GARS](#))
- Version belge d'interRAI Suite ([Bel-RAI](#))
- Évaluation cognitive de Montréal ([MOCA](#))

Matériels/services supportive :

- Centre d'aide aux automobilistes [CARA](#)

2.3 Question clinique 3

Quelle méthodologie est appropriée pour fixer des objectifs avec la personne âgée physiquement fragile vivant à domicile et/ou son entourage ?

2.3.1 Généralités

Recommandation 3.1 :

Nous recommandons d'inclure la définition d'objectifs personnels et réalisables pour la personne âgée vivant à domicile dans le processus de travail centré sur le client. **1C**

(Nielsen et. al., 2014 ; Stevens et. al., 2013 ; Yun et. al., 2019)

Information supportive

Le processus d'ergothérapie consiste à établir des objectifs significatifs, centrés sur le client et basés sur l'occupation (au niveau fonctionnel et de la participation) par le biais d'une consultation conjointe avec le client. Cela permet de découvrir ce que le client estime devoir être traité en priorité. En fixant des objectifs mesurables, l'intervention peut être évaluée. Des instruments d'évaluation, des observations et des conversations avec le client peuvent être utilisés pour identifier les objectifs, tels que la MPOC. L'ergothérapeute discute avec la personne âgée de la faisabilité des objectifs. En fonction des objectifs, des interventions sur mesure sont proposées. (Donnelly et al., 2017 ; Enemark et al., 2012 ; Kielhofner, 2001 ; Fischl et al., 2020 ; Fisher et al., 2007 ; O'Toole et al., 2013) Les objectifs étant soumis à un contexte changeant, les interventions peuvent également changer au cours du processus de traitement.

Synthèse de la littérature

Une revue systématique (**Yun et al., 2019**) a confirmé que les soins centrés sur la personne ou sur le client sont un moyen d'améliorer la qualité des soins. La fixation d'objectifs en fait partie. L'ECR de **Nielsen et al. (2019)** a montré que la définition d'objectifs était un élément essentiel d'une intervention ergothérapeutique centrée sur le client. Dans ce cas, les objectifs ont été fixés par une collaboration entre le client et l'ergothérapeute. **Stevens et al. (2013)**, dans une revue systématique, ont cité plusieurs outils pour faciliter la fixation d'objectifs centrés sur le client.

Les études de Stevens (2013) et de Yun (2019) sont d'une qualité méthodologique faible à moyenne. L'ECR de Nielsen est de bonne qualité méthodologique.

Feedback des parties prenantes

Tout au long de l'intervention, de nouvelles priorités et de nouveaux objectifs peuvent être définis.

Une version modifiée du COPM peut être utilisée pour évaluer si les objectifs préalablement fixés dans le cadre d'un programme d'ergothérapie axé sur l'adaptation du domicile ont été atteints. En fixant des objectifs axés sur le client, on obtient un degré de conformité plus élevé (Stark et. al., 2009).

La définition d'objectifs centrés sur le client avec un support visuel peut également s'appliquer aux personnes souffrant de maladies chroniques et ayant un niveau de connaissances limité en matière de santé. (Kangovi et al., 2016)

2.3.2 Étapes de la définition des objectifs

Recommandation 3.2 :

Nous vous recommandons de suivre les quatre étapes de la définition d'un objectif. **1C**

(Stevens et. al., 2013)

Information supportive

Les quatre étapes de la définition des objectifs sont (1) la négociation des objectifs, (2) la définition et la hiérarchisation des objectifs, (3) la planification des objectifs et (4) l'évaluation des objectifs.

Négocier les objectifs

Avant de pouvoir déterminer des objectifs centrés sur le client, l'ergothérapeute doit se faire une idée des habitudes de la personne âgée, de son niveau d'activité, de sa volonté de changement et de ses capacités fonctionnelles. La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) peut être utilisée pour classer les objectifs. (Waldersen et. al., 2016)

Une version adaptée de l'application "Aide à la prise de décision dans le choix d'une profession" (ADOC) peut être un outil utile pour les ergothérapeutes, en collaboration avec leurs clients, afin d'identifier les besoins, les désirs et les difficultés perçues par les clients et de hiérarchiser les objectifs. (Tomori et. al., 2012)

Fixer des objectifs et les classer par ordre de priorité

La définition des objectifs et la planification se font sur la base des priorités qui ont émergé dans le cadre de la MPOC ou de nouvelles priorités éventuelles qui apparaissent au cours de l'intervention. Au cours de cette phase, la planification collaborative d'interventions ultérieures basées sur des activités significatives est également réalisée. (Nielsen et al., 2014)

Lors de la définition des objectifs, il convient de prendre en compte des facteurs d'influence tels que la conviction de l'utilité de l'adaptation du logement, la conviction de la prévention des chutes grâce à l'adaptation du logement et les expériences positives antérieures en matière d'adaptation du logement. (Yuen, 2006)

Planifier les objectifs

La planification des objectifs se fait également en consultation avec le client et son contexte. Elle tient compte, entre autres, des capacités du client et de son contexte (rythme du changement de comportement, possibilités financières...) et des capacités de l'ergothérapeute (degré d'orientation possible à partir de son travail, ...). L'expérience, les compétences en matière de coaching et le jugement clinique de l'ergothérapeute permettent une planification réaliste.

Évaluer les objectifs

Les instruments utilisés au départ peuvent permettre une réévaluation des objectifs et donc refléter les progrès de la thérapie. Comme l'ADOC qui peut être utilisé par les personnes âgées et les ergothérapeutes. (Tomori et. al., 2012)

Le manque de volonté de changement et la douleur intense de la personne âgée rendent difficile la réalisation des objectifs. (Waldersen et. al., 2016)

Différents instruments peuvent être nécessaires à différents stades et doivent être adaptés au groupe cible. Le COPM et le GAS sont les plus étudiés, mais il peut être nécessaire de les adapter aux personnes âgées vivant à domicile. (Stevens et al., 2013)

Synthèse de la littérature

Une étude systématique (Stevens et. al., 2013) distingue quatre phases dans le processus de définition des objectifs : (1) la négociation des objectifs (identification du problème), (2) la réactivité et la hiérarchisation des objectifs, (3) la planification des objectifs et (4) l'évaluation des objectifs (évaluation et formulation du Feedback), la redéfinition des priorités et/ou la reformulation, le cas échéant.

La qualité méthodologique de cette revue est acceptable.

Feedback des parties prenantes

Les parties prenantes indiquent que les objectifs sont la clé du succès. SMART (spécifique, mesurable, acceptable, réaliste et limité dans le temps) est une façon de formuler les objectifs dans leur intégralité. Les parties prenantes suggèrent que les objectifs doivent être SMART pour atteindre efficacement le but fixé.

Il convient également de noter que l'établissement d'objectifs ne doit pas toujours se fonder sur des tests standardisés. L'ergothérapeute peut également recueillir des informations pertinentes sur la base d'un entretien préliminaire.

2.3.3 Travail d'équipe

Recommandation 3.3 :

Nous recommandons que les objectifs de l'ergothérapie soient partagés et discutés au sein de l'équipe interprofessionnelle et dans tous les contextes (par exemple, hôpital - domicile). **GPP**

Information supportive

En s'attachant à permettre aux patients d'effectuer des activités, les ergothérapeutes jouent un rôle de soutien à l'équipe professionnelle. Les ergothérapeutes sont formés pour identifier les compétences et les schémas d'exécution des activités et voir leur relation avec l'occupation.

Les ergothérapeutes peuvent utiliser leurs compétences uniques en matière de gestion des soins chroniques pour aider à intégrer les besoins non encore détectés des patients dans le travail d'équipe. L'autogestion, est une activité significative importante chez les personnes atteintes de maladies chroniques sur laquelle les ergothérapeutes se concentrent, entre autres. (Winship et al., 2019) L'étude de Provencher et al. (2020) a montré que les objectifs de sortie peuvent être établis grâce à la collaboration entre l'ergothérapeute de l'hôpital, la personne âgée qui a été admise et sa famille. En outre, l'ergothérapeute peut effectuer le transfert entre l'hôpital et le domicile.

Feedback des parties prenantes

Les parties prenantes indiquent qu'il est important d'impliquer les soignants et de communiquer avec l'équipe afin que chacun sache où il va.

2.3.4 orienté vers l'avenir

Recommandation 3.4 :

Nous suggérons que l'ergothérapeute encourage la personne âgée vivant à domicile à discuter de ses souhaits en matière de traitement avec sa famille, en prévision d'une situation future où la personne aura besoin d'aide pour prendre des décisions en matière de traitement. **2C**

(Kelly et. al., 2012)

Information supportive

En l'absence de famille ou en cas de conflits familiaux, les gens ne préfèrent pas que des membres de leur famille ou des médecins généralistes prennent des décisions concernant leur traitement s'ils ne sont plus en mesure de le faire eux-mêmes.

Synthèse de la littérature

L'analyse systématique de la littérature réalisée par **Kelly et al. (2012)** porte sur la manière dont les adultes souhaitent que les décisions concernant leur traitement soient prises pendant les périodes d'incapacité. La majorité des personnes interrogées souhaitent que les membres de la famille proche (conjoint, enfants) prennent eux-mêmes les décisions relatives à leur traitement pendant les périodes d'incapacité. Les personnes interrogées sont convaincues que leurs souhaits seront respectés, mais les proches ressentent cette situation comme difficile, car ils n'ont pas toujours l'impression de connaître les souhaits de leur parent.

Cette étude est de bonne qualité méthodologique.

Feedback des parties prenantes

Les parties prenantes estiment que cette recommandation est moins prioritaire. L'ergothérapeute n'est pas le seul à le faire, mais tous les prestataires de soins de santé. La discussion sur les besoins en matière de traitement est parfois initiée par le médecin.

Les parties prenantes ajoutent qu'il n'est pas facile d'élaborer ce document pour toutes les situations qui pourraient se présenter à l'avenir. Néanmoins, il est important d'en parler. La plupart des personnes supposent que les membres de leur famille connaissent leurs préférences en matière de traitement. Ceci est parfois basé sur des conversations antérieures entre la personne et sa famille.

Les parties prenantes ont constaté dans la pratique que, lors de la planification précoce des soins, il est important d'informer les gens de l'existence de ce problème (par exemple, chez les personnes atteintes d'une maladie dégénérative). Cette question devrait également être abordée lors d'une consultation multidisciplinaire (MDO).

Les ergothérapeutes peuvent tenir compte des besoins en matière de traitement dans leur approche centrée sur le client lorsque la personne n'est plus en mesure de prendre elle-même les décisions

relatives à son traitement. L'ergothérapeute peut encourager la personne à en discuter avec sa famille.

2.3.5 Conseils pour la mise en œuvre

Instruments de mesure :

- COPM : Canadian Occupational Performance Measure (plus d'[informations](#))

Matériel supportive :

- Recherche de cibles (plus d'[informations](#))
- Soins en espéranto (plus d'[informations](#))
- Planification des soins précoces (plus d'[informations](#))

2.4 Question clinique 4

Quelles sont les interventions multifactorielles d'ergothérapie appropriées pour les personnes âgées physiquement fragiles vivant à domicile et/ou leur contexte ?

Lorsque le terme "*interventions*" est utilisé dans les recommandations, il fait référence aux "*interventions dans le contexte d'une vie quotidienne et d'une participation sociale significatives*". Dans les recommandations, seule la formulation abrégée "*interventions*" est utilisée pour améliorer la lisibilité. Si le terme "*interventions*" est utilisé dans un contexte différent, cela est mentionné dans la recommandation correspondante.

2.4.1 Interventions : principes de base

Recommandation 4.1 :

Nous recommandons que les interventions ergothérapeutiques auprès des personnes âgées physiquement fragiles soient menées dans une optique centrée sur le client, en mettant l'accent sur l'autonomisation. **1A**

(De Coninck et al., 2017 ; Nielsen et al., 2017 ; Warner et al., 2019)

Recommandation 4.2 :

Nous recommandons d'appliquer une aide à la décision pour déterminer le choix de l'intervention. **1C**

(van Weert et al., 2016)

Recommandation 4.3 :

Nous recommandons que les interventions soient adaptées à la personne âgée vulnérable dans le cadre d'une approche interprofessionnelle. **1B**

(Cameron et al., 2013, De Coninck et al., 2017 ; Dedejne et al., 2017)

Recommandation 4.4 :

Nous ne suggérons pas de proposer un programme d'intervention interprofessionnel dans le domaine de la vie quotidienne ou de la participation sociale si un ergothérapeute n'est pas impliqué. **2A**

(Spoorenberg et al., 2018 ; van Lieshout et al., 2018)

Recommandation 4.5A :

Nous recommandons des interventions individuelles à domicile consistant en une combinaison de.. :

- Améliorer la connaissance de la santé,
- des conseils sur le changement de méthode dans l'accomplissement des tâches quotidiennes,
- des conseils sur les dispositifs d'assistance et s'entraîner à les utiliser,
- des conseils sur l'aménagement du logement, y compris l'éclairage,
- des conseils en matière d'ergonomie,

- Pratiquer des activités quotidiennes,
- Apprendre des stratégies d'autogestion,
- Enseigner les stratégies de prévention des chutes,
- des conseils sur les options de prestation de services. **1B**

(Berger et al, 2013 ; Berger et al, 2018 ; De Coninck et al, 2017 ; Cochrane et al, 2016 ; Tessier et al, 2016 ; Tuntland et al, 2015 ; Whitehead et al, 2015 ; 2019 ; Nielsen et al, 2019).

Recommandation 4.5.B :

Nous recommandons de limiter ces interventions dans le temps et de les conclure par une session de suivi. **1B**

(De Coninck et al., 2017 ; Cochrane et al., 2016 ; Tuntland et al., 2015)

Information supportive

Commentaire recommandation 4.1

Les personnes âgées veulent être maîtresses de leur vie et être en mesure d'accomplir des activités de manière indépendante pour se sentir bien. Elles veulent pouvoir décider elles-mêmes des actes quotidiens qu'elles accomplissent. L'ergothérapeute est attentif à la fois aux activités significatives et à la structure quotidienne de chaque personne âgée. (Jessen-Winge et al., 2018) Le travail centré sur le client et la participation du patient sont essentiels ici. Les ergothérapeutes travaillent en fonction du client, ce qui signifie qu'ils prêtent attention aux éléments suivants : soins holistiques, respect et valeurs, liberté de choix, développement personnel et vie utile. (Kogan et al., 2016) La participation du patient augmente l'adhésion. Les interventions axées sur la participation des patients comprennent des dimensions éducatives (promotion de la santé) et comportementales (changement de comportement) et, dans une moindre mesure, des dimensions affectives. (Menichetti et al., 2018)

Pour améliorer l'exécution des activités quotidiennes, les ergothérapeutes se concentrent sur l'autogestion des activités quotidiennes. Il s'agit notamment de fournir des informations et une éducation spécifiques à la maladie sur les connaissances et les compétences (améliorer les connaissances en matière de santé), de fournir un accompagnement individualisé et adapté et d'améliorer les activités quotidiennes. En effet, il a été démontré que la promotion de la littératie en matière de santé permet d'améliorer la vie quotidienne et la participation sociale. (Arbesman et al., 2012 ; van Het Bolscher-Niehuis et al., 2016).

Commentaire recommandation 4.2

Pour aider la personne âgée à faire des choix, l'ergothérapeute recherche un patient actif et informé (cf. Chronic Care Model). L'ergothérapeute informe la personne âgée et, si elle le souhaite, son aidant informel et l'encourage à participer activement.

Commentaire recommandation 4.3

Les maladies chroniques complexes, qui sont souvent à l'origine de l'intervention de l'ergothérapeute, nécessitent une approche interprofessionnelle adaptée à l'individu. C'est pourquoi les ergothérapeutes collaborent souvent avec d'autres prestataires de soins de santé pour convenir d'interventions adaptées à la personne nécessitant des soins.

Commentaire recommandation 4.4

L'ergothérapeute est un expert qui facilite les activités quotidiennes significatives et la participation sociale. L'expertise de l'ergothérapeute est donc essentielle au sein d'une équipe de soins

interprofessionnelle qui s'occupe de maladies chroniques complexes dont les besoins en matière de soins sont plus larges que les besoins en matière de soins médicaux.

Commentaire recommandation 4.5

Permettre aux personnes handicapées de fonctionner de manière optimale malgré leurs limitations est l'objectif principal de l'ergothérapie. Les ergothérapeutes étudient la manière dont les activités quotidiennes significatives et la participation sociale peuvent être adaptées ou pratiquées de manière à ce que les activités répondent (à nouveau) aux besoins de la personne. En raison de la situation unique de chaque personne, une intervention ergothérapeutique adaptée à la personne est nécessaire.

Les ergothérapeutes conçoivent donc des interventions individuelles à composantes multiples en tenant compte du fonctionnement de la personne, de ses souhaits à cet égard, ainsi que des possibilités et des ressources dans le contexte de la personne.

Un nombre limité d'interventions intensives étalées sur une courte période sont prioritaires. Le nombre dépend de la personne et de son contexte et varie entre 2 et 3 (par exemple, pour des conseils limités) et 10 interventions (par exemple, pour des conseils accompagnés d'une formation ou d'un changement de comportement). (Consultation des parties prenantes, 2021)

Synthèse de la littérature

Synthèse de la littérature pour la recommandation 4.01

Une étude systématique a montré l'effet de l'ergothérapie sur le fonctionnement quotidien et la participation sociale des personnes âgées physiquement fragiles. L'approche de l'ergothérapie incluait le centrage sur le client et l'autonomisation (De Coninck et al., 2017). **(De Coninck et al., 2017)** Les programmes d'autogestion devraient aider les personnes âgées à faire face avec succès à de multiples problèmes de santé. Ils sont centrés sur le client et adaptés aux besoins de la personne âgée. **(Warner et al., 2019)** L'ergothérapie à domicile centrée sur le client, qui pourrait inclure des aides au saut libre ou des modifications mineures de la maison, était efficace 3 et 6 mois après la ligne de base en termes de fonctionnement quotidien perçu. Cet essai contrôlé randomisé a indiqué qu'un plus grand nombre d'interventions (N=22 par rapport à N=3) donnait de meilleurs résultats. **(Nielsen et al., 2017)**

La revue de Warner (2019) et l'ECR de Nielsen (2017) sont de qualité acceptable. La revue de De Coninck (2017) est de bonne qualité méthodologique.

Synthèse de la littérature pour la recommandation 4.02

La revue systématique avec méta-analyse de **van Weert (2016)** montre que l'aide à la décision pour les personnes âgées est efficace. L'aide à la décision améliore les connaissances de la personne âgée, augmente sa perception des risques, réduit les conflits concernant le choix de la décision et entraîne une plus grande participation.

La qualité méthodologique de cette revue est acceptable.

Synthèse de la littérature pour la recommandation 4.03

L'ECR de **Cameron et al (2013)** a examiné l'effet d'interventions interprofessionnelles multifactorielles personnalisées et a constaté que cette approche permettait de traiter la fragilité et les troubles de la mobilité.

La revue de **De Coninck et al. (2017)** indique que chez les personnes âgées souffrant de problèmes chroniques multiples, l'intervention collaborative de l'ergothérapeute et les interventions sur mesure, entre autres, sont des caractéristiques des interventions réussies. De même, l'ECR de

Dedeyne et al. (2017) montre que le traitement des personnes âgées fragiles qui se concentre sur plusieurs domaines (comme les exercices physiques, les interventions nutritionnelles et psychosociales) est plus efficace que les interventions monodisciplinaires, et ce en termes d'état de fragilité, de masse et de force musculaires et de fonctionnement physique.

L'ECR de Cameron (2013) et la revue de De Deyne (2017) sont d'une qualité méthodologique acceptable. La revue de De Coninck est de bonne qualité méthodologique.

Synthèse de la littérature pour la recommandation 4.04

L'ECR de **Spoorenberg et al. (2018)** a constaté une amélioration, mais pas de différence significative en termes de bien-être et d'autogestion, chez les personnes âgées vivant à domicile entre les soins centrés sur le patient dans le cadre d'un service de soins intégrés offert par un médecin généraliste et un gestionnaire de cas par rapport aux soins standard. L'ECR de **van Lieshout et al. (2018)** a examiné le fonctionnement quotidien, la qualité de vie et l'utilisation des soins chez des personnes âgées pré-fragiles et fragiles vivant à domicile d'un programme à plusieurs composantes consistant en un examen des médicaments, des exercices de conditionnement physique, des compétences sociales et des conseils nutritionnels. Il y avait cependant une différence significative dans la perception de la capacité fonctionnelle et de l'AIVJ en faveur du groupe d'intervention. L'ergothérapie ne faisait pas partie des deux interventions étudiées.

Les deux ECR sont d'une qualité méthodologique acceptable.

Synthèse de la littérature pour la recommandation 4.05 A-B

La revue systématique de **Berger et al (2013)** indique qu'une approche de résolution des problèmes et une combinaison de services sont les plus efficaces pour maintenir le fonctionnement et améliorer la compétence d'activité dans les loisirs et la participation sociale.

La revue systématique de **Berger et al. (2018)** montre qu'il existe des preuves solides de l'efficacité des interventions individuelles, des interventions de groupe ou d'une combinaison des deux pour améliorer la vie quotidienne. Les interventions ergothérapeutiques couvrent la définition d'objectifs individuels, les stratégies d'adaptation, les techniques de résolution de problèmes, les compétences de promotion de la santé, les interventions d'autogestion et de maintien. Les ergothérapeutes tiennent compte du contexte, des points forts et des besoins particuliers de la personne âgée, ce qui permet d'adapter les interventions à cette dernière.

Dans sa revue systématique avec méta-analyse, **De Coninck et al. (2017)** montre que les interventions individuelles d'ergothérapie, dans le cadre ou non d'une approche interprofessionnelle, sont efficaces en termes de fonctionnement quotidien, de participation sociale et de mobilité. Les interventions consistaient en une évaluation du fonctionnement et de la participation sociale, un travail sur la littératie en santé, les stratégies de prévention, la formation, l'utilisation des ressources, l'adaptation du logement, le conseil en ressources et la prestation de services, le tout suivi d'une séance de suivi. L'approche ergothérapeutique se caractérise par le fait qu'elle est centrée sur le client, l'autonomisation, l'information, l'intégration dans des activités significatives et la collaboration.

La revue de **Cochrane et al (2016)** indique que la réadaptation peut aider certaines personnes âgées à améliorer leur état fonctionnel. La réadaptation est une approche qui requiert la participation active de la personne âgée à la réalisation d'objectifs communs et qui vise l'indépendance et l'augmentation de la confiance en soi. L'approche de la réadaptation est une approche interprofessionnelle fournie sur une période de temps limitée (12 semaines). La revue systématique de **Tessier et al (2016)** indique que l'approche de réadaptation est efficace en termes de qualité de vie liée à la santé et d'utilisation des services pour les personnes âgées vivant à domicile avec des handicaps physiques et/ou mentaux. La réadaptation est définie ici comme des services qui les aident à s'adapter à leur situation en apprenant ou en réapprenant les compétences nécessaires

pour fonctionner dans la vie de tous les jours. L'essai contrôlé randomisé de Tuntland **et al (2015)** donne également des résultats similaires. Un programme de réadaptation de 10 semaines se traduit par un meilleur fonctionnement et une plus grande satisfaction dans les activités quotidiennes. Les ergothérapeutes peuvent superviser les soignants en encourageant et en soutenant les personnes âgées dans leur fonctionnement quotidien. La revue de **Whitehead et al (2015)** indique que les interventions visant à réduire la dépendance sont efficaces et rentables. Les preuves que les interventions liées aux AVQ peuvent réduire le coût des soins à domicile sont limitées. Le contenu des interventions était variable.

La revue systématique de **van het Bolscher-Niehuis et al. (2016)** indique qu'il existe des preuves modérées que les programmes d'autogestion à composantes multiples augmentent la réalisation des activités quotidiennes si ce programme consiste à fournir des informations spécifiques à la maladie et à améliorer les connaissances et les compétences, en particulier le coaching sur mesure.

L'ECR de **Nielsen et al. (2019)** montre qu'une intervention ergothérapeutique intensive de 11 semaines centrée sur le client est efficace chez les personnes ayant besoin de soins. Cette intervention a été complétée par des appareils d'assistance et des modifications mineures du domicile qui ont été fournis/mises en œuvre gratuitement.

Les revues et les essais contrôlés randomisés inclus sont de bonne qualité méthodologique.

Feedback des parties prenantes

Le comité des parties prenantes recommande d'inclure l'"ergonomie" comme composante possible d'une intervention d'ergothérapie.

2.4.2 Promotion de la santé et prévention pour améliorer le fonctionnement physique, social, cognitif et mental

Recommandation 4.6A :

Nous suggérons que la promotion de la santé fournisse des interventions qui améliorent le fonctionnement physique, social, cognitif et mental. **2B**

(Gustafsson et al., 2017 ; Huguet et al., 2018)

Recommandation 4.6B :

Nous suggérons de proposer des interventions de groupe pour améliorer la participation sociale dans le cadre de la promotion de la santé, en plus des interventions à domicile. **2B**

(Berger et al., 2013 ; Berger et al., 2018 ; Apostolo et al., 2019 ; Ristolainen et al., 2020)

Recommandation 4.6C :

Nous suggérons de proposer des interventions axées sur le mode de vie, en particulier chez les personnes âgées présentant des symptômes dépressifs, qui, d'une part, les encouragent à s'engager dans davantage d'activités conduisant à des contacts sociaux et, d'autre part, facilitent les activités qui ont un sens pour la personne. **2B**

(Juang et al., 2018)

Information supportive

Commentaire recommandation 4.6 A-B-C

Les situations quotidiennes sont gérables pour la personne âgée si elle dispose de suffisamment de sources de force physiques, psychologiques, matérielles et psychosociales, ou si elle a les compétences nécessaires pour exploiter ces sources. Des interventions axées sur la motivation, la responsabilité personnelle, les activités physiques et l'impact social et environnemental augmenteront la résilience et le sentiment de cohérence (connexion, cohésion) de la personne âgée. Une personne dotée d'un sentiment de cohérence peut comprendre, influencer et donner un sens aux situations. (Ces interventions s'inscrivent de préférence dans le cadre d'une intervention interprofessionnelle qui aborde les aspects liés au mode de vie, notamment la nutrition, les médicaments, l'exercice physique et le soutien psychosocial. Les activités de groupe qui complètent les interventions individuelles à domicile favorisent non seulement les aptitudes physiques, mais aussi la participation sociale, qui influe sur la qualité de vie. Ces interventions peuvent être complétées par des interventions téléphoniques de soutien à l'autosoin.

Synthèse de la littérature

Synthèse de la littérature pour la recommandation 4.6A

L'ECR de **Huguet (2018)** indique qu'une intervention interdisciplinaire axée sur l'activité physique, la nutrition, l'examen des médicaments et l'évaluation de la composante sociale peut retarder la fragilité chez une personne âgée pré-fragile et améliorer les capacités fonctionnelles et la qualité de vie.

L'ECR de **Gustafsson (2017)** indique que les visites préventives à domicile consistant en des instructions sur les exercices d'équilibre, la détection des facteurs de risque de chute avec des informations et des conseils d'accompagnement, des conseils sur les appareils d'assistance peuvent ralentir le déclin de la santé et de l'AVQ.

L'ECR de Gustafsson (2017) est de bonne qualité méthodologique. Les autres études sont de qualité acceptable.

Synthèse de la littérature pour la recommandation 4.6B

La revue systématique de **Berger (2018)** indique que les ergothérapeutes devraient prêter attention à la promotion de la santé individuellement ou en groupe. Dans ce cadre, les objectifs sont adaptés, les stratégies d'adaptation, les stratégies de résolution de problèmes, les compétences spécifiques à la promotion de la santé, la gestion et les interventions divertissantes sont prises en compte. L'individualité de la personne, ses forces et ses besoins doivent être pris en compte.

L'essai contrôlé randomisé d'**Apostolo (2019)** confirme l'efficacité des interventions visant à renforcer les compétences physiques et psychologiques, si les interventions consistent en des exercices cognitifs et physiques.

La revue systématique de **Berger (2013)** indique que chez les personnes âgées ayant une déficience visuelle, la participation sociale augmente si des interventions de promotion de la santé sont proposées et comprennent : une approche de résolution des problèmes, une combinaison de services, une formation à des compétences et stratégies spécifiques, des visites à domicile et une modification de l'environnement. Cette revue systématique montre que les interventions individuelles de promotion de la santé ont un effet positif sur la participation sociale.

L'ECR de **Ristolainen (2020)** indique que les interventions de groupe ont un effet positif - bien que limité - sur la réduction de la solitude et l'augmentation de la confiance chez les personnes âgées vivant seules.

Les deux études sont d'une qualité méthodologique acceptable.

Synthèse de la littérature pour la recommandation 4.6C

Une intervention d'ergothérapie sur le mode de vie qui facilite la participation à des activités et la signification réduit les sentiments de dépression chez les personnes âgées. **(Juang et al., 2018)**

Cet essai clinique randomisé est de faible qualité méthodologique.

Feedback des parties prenantes

Chaque prestataire de soins de santé devrait envisager la promotion de la santé sous l'angle de l'amélioration du fonctionnement physique, social, cognitif et mental. Des ressources financières suffisantes devraient être disponibles.

L'entretien motivationnel devrait être abordé et faire l'objet d'une formation dans l'enseignement supérieur des soins de santé.

Dans le cadre des soins à domicile, il n'est pas toujours évident de réunir des personnes dans le cadre d'une thérapie de groupe.

2.4.3 Activités quotidiennes et participation sociale

Recommandation 4.7 :

Nous recommandons des exercices physiques sur mesure, fondés sur des données probantes, qui encouragent l'exercice et peuvent être intégrés dans le fonctionnement quotidien, en plus des activités quotidiennes habituelles. **1B**

(Manini et al., 2017 ; Martel et al., 2018 ; Winzer et al., 2019)

Recommandation 4.8 :

Nous recommandons de permettre à la personne âgée vulnérable de vivre des expériences significatives, notamment en s'occupant de quelque chose, ou d'encourager les collaborations intergénérationnelles. **GPP**

(Ko et al., 2015)

Recommandation 4.9 :

Nous recommandons d'ajouter une composante motivationnelle et/ou des outils de soutien lors de l'entraînement au fonctionnement physique. **1B**

Nous ne suggérons pas d'utiliser la robotique pour faciliter la mobilité ou les soins personnels. **2C**

(Valenzuela et al., 2018 ; Corregidor-Sanchez et al., 2020 ; Suskom et al., 2011 ; Bedaf et al., 2015)

Recommandation 4.10 :

Nous recommandons d'enseigner des stratégies de changement de comportement en plus de proposer des exercices physiques fondés sur des données probantes. **1B**

(Zijlstra et al., 2011 ; McMahon et al., 2017)

Recommandation 4.11 :

Nous suggérons de proposer des interventions cognitives individuelles qui entraînent la mémoire de travail et la capacité de résolution de problèmes et qui peuvent être liées ou non à des situations de la vie quotidienne. Nous suggérons également d'organiser une séance de suivi afin d'accroître le transfert vers la capacité de résolution de problèmes dans l'AIVQ. **2C**

(Borella et al., 2019)

Recommandation 4.12A :

Nous suggérons de proposer une formation aux compétences off-road et/ou une formation à la simulation sur ordinateur, y compris la vitesse de traitement, dans le cadre des compétences de conduite. **2B**

(Unsworth et al., 2014 ; Ross et al., 2016)

Recommandation 4.12B :

Nous recommandons de sensibiliser aux compétences personnelles en matière de conduite, d'encourager les choix négociés concernant les futurs moyens de transport et de former à l'utilisation de moyens de transport alternatifs. **GPP**

Information supportive

Commentaire recommandation 4.7

La revue systématique de **Balis (2019)** montre que les exercices physiques ne sont efficaces que s'ils sont fondés sur des données probantes. Les exercices fondés sur des données probantes peuvent, par exemple, être basés sur les programmes LiFE, Stepping On ou OTAGO. Il existe une version flamande du programme OTAGO qui a été développée par le Centre d'expertise Fall and Fracture Prevention Flanders. Les exercices sont adaptés par des ergothérapeutes, entre autres, et peuvent être transmis à la personne âgée par des bénévoles formés. Les interventions sont contrôlées à distance par l'ergothérapeute. Il convient de prêter attention à la planification, à la coopération avec les bénévoles et à leur formation.

Commentaire recommandation 4.8

Pour identifier les activités significatives pour une personne, des outils tels que la "Roue du bien-être" peuvent être utilisés. La "roue du bien-être", également appelée "roue de l'équilibre de vie", décrit un mode de vie visant une santé et un bien-être optimaux. Le "[Purpose Finder](#)" de la Plateforme flamande des patients peut être un outil à cet égard.

Le travail intergénérationnel peut accroître l'effet d'apprentissage des deux parties et permettre à la personne âgée de faire l'expérience de la "générativité". La générativité fait référence au "désir de guider les jeunes générations et de les aider à trouver leur place dans le monde".

Commentaire recommandation 4.9

L'adhésion à la thérapie est un facteur déterminant de l'entraînement physique, entre autres. L'utilisation d'éléments de motivation, tels que des bandes de résistance ou des cannes flexibles, ou de technologies d'assistance, telles que la réalité virtuelle, dans le cadre d'activités significatives et adaptées à la personne âgée, peut accroître l'adhésion et l'impact de l'exercice.

Commentaire recommandation 4.10

L'effet des exercices physiques peut être renforcé si l'on travaille également sur les composantes comportementales telles que l'amélioration de la maîtrise de soi, de l'efficacité personnelle, des attentes réalistes en matière de résultats et de l'engagement dans des interactivités sociales.

Commentaire recommandation 4.11

L'entraînement cognitif individuel peut avoir un impact sur le fonctionnement quotidien. Il n'a pas été démontré que l'exercice physique utilisant les technologies de l'information avait un impact cliniquement pertinent sur le fonctionnement cognitif. (Gates et al., 2020)

Commentaire recommandation 4.12

Il convient d'accorder une attention particulière à l'accompagnement de la décision d'arrêter de conduire et à la recherche d'un autre moyen de transport. Lorsque le moyen de transport alternatif est déterminé, l'ergothérapeute vérifie si ce moyen de transport peut être utilisé sans problème et s'entraîne à supprimer les obstacles si nécessaire.

Synthèse de la littérature

Synthèse de la littérature pour la recommandation 4.7

L'ECR de **Winzer (2019)** a examiné l'impact de l'activité physique et des interventions nutritionnelles sous la direction d'un compagnon chez 80 personnes âgées pré-fragiles et fragiles. L'étude a montré qu'il y avait significativement plus d'activité physique chez la personne âgée et que l'intervention était efficace et faisable.

L'ECR de **Martel (2018)** a montré que l'intervention à domicile utilisant le feedback à distance avait un effet similaire à celui de la formation supervisée.

L'ECR en simple aveugle de **Manini (2017)** a montré qu'un programme structuré à long terme consistant en des activités physiques modérément intensives avait un impact positif sur la déficience motrice sévère et la difficulté à effectuer des tâches physiques. L'intervention n'a pas eu d'impact sur les AVQ.

Tous les essais contrôlés randomisés sont d'une qualité méthodologique acceptable. L'examen systématique est de faible qualité méthodologique.

Synthèse de la littérature pour la recommandation 4.8

L'essai contrôlé randomisé de **Ko (2015)** montre un impact positif significatif des soins sur le bien-être mental des personnes âgées vivant à domicile. Le groupe d'intervention s'occupait d'insectes en tant qu'animaux de compagnie.

Cet essai clinique randomisé est d'une qualité méthodologique acceptable.

Synthèse de la littérature pour la recommandation 4.9

L'observance augmente lorsqu'une composante motivationnelle ou une technologie d'assistance est utilisée. La revue systématique de **Valenzuela (2018)** indique que la technologie est une méthode sûre et acceptée par la personne âgée pour trouver du plaisir et de la motivation dans la réalisation d'exercices physiques. Une supervision est souhaitable dans ce cas. **Corregido-Sàngez (2020)** le confirme dans sa revue systématique en indiquant que les systèmes de réalité virtuelle sont des techniques innovantes et réalisables pour soutenir et améliorer l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées vivant à domicile. L'essai contrôlé randomisé de **Suskom (2011)** montre que l'utilisation de cannes souples dans le cadre d'exercices physiques augmente la flexibilité et la force.

La revue systématique de **Bedaf (2015)** montre que dans la population des personnes âgées vivant à domicile, la robotique n'est pas efficace dans le contexte des soins personnels (BAVJ et AIVJ). La robotique actuelle soutient principalement les activités non physiques (par exemple, la surveillance des médicaments). Le passage à l'assistance physique pose de nouveaux défis techniques.

La revue de Bedaf (2015) est de faible qualité méthodologique. Les autres études sont d'une qualité méthodologique acceptable.

Synthèse de la littérature pour la recommandation 4.10

L'ECR de **Zijlstra (2011)** indique que les interventions cognitivo-comportementales à composantes multiples améliorent la croyance dans le contrôle, l'auto-efficacité, les attentes en matière de résultats et les interactivités sociales, et ont un impact bénéfique sur les activités quotidiennes de la personne âgée vivant à domicile.

L'ECR de **McMahon (2017)** confirme que les stratégies de changement de comportement à plusieurs composantes combinées à des exercices physiques ont un impact modéré mais significatif et cliniquement pertinent sur l'activité physique, la force fonctionnelle et l'équilibre de la personne âgée.

Les deux études sont d'une qualité méthodologique acceptable.

Synthèse de la littérature pour la recommandation 4.11

L'essai contrôlé randomisé de **Borella (2019)** montre que l'entraînement individuel de la mémoire de travail (comme les exercices de mémoire à court terme, l'entraînement à la concentration à l'aide de stimuli auditifs) est efficace chez les personnes âgées les plus âgées confinées à domicile en termes de compétences cognitives et de capacité à résoudre des problèmes dans la vie de tous les jours. L'entraînement de la mémoire de travail peut maintenir la rétention des compétences liées au fonctionnement quotidien.

Cet essai clinique randomisé est de faible qualité méthodologique.

Synthèse de la littérature pour la recommandation 4.12

L'étude systématique d'**Unsworth (2014)** indique qu'il existe des preuves que la formation aux aptitudes routières et la formation à la simulation de conduite sur ordinateur peuvent être utiles pour les personnes âgées. L'étude de **Ross (2016)** montre qu'un programme informatisé d'entraînement cognitif au traitement de la vitesse a un impact sur la fréquence de conduite, principalement chez les conducteurs âgés à haut risque dont la vitesse de traitement de base est médiocre.

La revue d'Unsworth (2014) est d'une qualité méthodologique acceptable. L'essai contrôlé randomisé de Ross (2016) est de bonne qualité méthodologique.

Feedback des parties prenantes

La robotique peut être utilisée pour soutenir les interventions d'ergothérapie. Le coût doit être pris en compte dans le contexte de la robotique et de la technologie des jeux.

Lorsque les ergothérapeutes encadrent des volontaires dans le cadre de la stimulation du mouvement, ils ne doivent pas donner l'impression que l'ergothérapie est prise en charge par les volontaires.

2.4.4 Coopération

Recommandation 4.13 :

Nous recommandons de consulter l'aidant ou la famille de la personne âgée fragile dans le cadre de l'aide à la décision, s'ils le souhaitent. **1C**

(Lamore et al., 2017)

Recommandation 4.14 :

Nous recommandons d'aider les aidants à se responsabiliser en utilisant de brèves interventions psycho-éducatives par téléphone, sur Internet et/ou basées sur la technologie, en plus du soutien régulier. **1C**

(Behrndt et al., 2019 ; Hu et al., 2015)

Recommandation 4.15 :

Nous recommandons de répondre aux besoins fonctionnels de la personne âgée fragile qui n'ont pas encore été satisfaits à la sortie de l'hôpital et de mettre en œuvre des interventions à domicile intégrées et centrées sur le client, en consultation avec l'hôpital et les soins primaires. **1C**

Provencher (2020)

Nous recommandons d'accorder une attention suffisante à la planification et à la communication, à l'information et à l'éducation de la personne âgée et de son aidant informel. **1C**

(Provencher et al., 2020 ; Eklund et al., 2013)

Information supportive

Commentaire recommandation 4.13

L'aide à la décision (aides à la décision) renforce la participation de la personne âgée fragile au choix de l'intervention, la connaissance des avantages et des risques de l'intervention pour la santé, et réduit potentiellement les conflits liés à la prise de décision. L'aide à la décision est une intervention conçue pour aider les personnes à faire des choix spécifiques et éclairés entre différentes options (y compris le statu quo) en rendant la décision explicite et en fournissant des informations sur les options et les résultats en rapport avec l'état de santé de la personne.

Commentaire recommandation 4.14

La décision finale concernant une intervention de soins est souvent prise par la personne âgée après consultation de la famille/de l'aidant. Par conséquent, avec le consentement de la personne âgée et de la famille/l'aidant, l'ergothérapeute doit inclure la famille/l'aidant dans la prise de décision concernant le traitement.

L'admission précoce dans un établissement résidentiel est souvent le résultat d'une surcharge de travail pour l'aidant informel. La tâche de l'ergothérapeute est de soutenir l'aidant informel afin d'optimiser les capacités physiques et mentales et d'éviter ainsi une admission précoce.

Commentaire recommandation 4.15

Un soutien téléphonique supplémentaire limité ou un soutien numérique synchrone à l'aidant informel peuvent renforcer l'autonomie de l'aidant. Cette télépratique supplémentaire prend peu de temps puisqu'elle est effectuée à distance.

Même si aucune différence significative n'est observée en termes de fonctionnalité, le fait de soutenir la personne âgée et son aidant informel après sa sortie de l'hôpital est cliniquement pertinent dans le contexte de la prévention d'une réadmission précoce à l'hôpital. En effet, le soutien à la personne âgée peut retarder l'hospitalisation.

Synthèse de la littérature

Synthèse de la littérature pour la recommandation 4.13

La revue systématique de **Lamore (2017)** indique que la famille joue un rôle essentiel dans la prise de décision. La famille peut soutenir à la fois le patient et l'équipe qui le supervise, facilitant ainsi le processus de soins.

L'étude de Lamore (2017) est d'une qualité méthodologique acceptable.

Synthèse de la littérature pour la recommandation 4.14

L'ECR de **Behrndt (2019)** indique que les interventions téléphoniques psychoéducatives à faible dose visant à renforcer l'autonomie des aidants informels sont efficaces.

La revue de **Hu (2015)** montre l'effet des interventions basées sur internet sur la réduction du stress de l'aidant informel et sur l'augmentation du bien-être général. Cet effet a été démontré dans 18 des 26 études incluses. Six études n'ont enregistré aucun effet, mais également aucun effet secondaire supplémentaire.

Les deux études sont d'une qualité méthodologique acceptable.

Synthèse de la littérature pour la recommandation 4.15

L'ECR de **Provencher (2020)** indique que les personnes âgées hospitalisées souffrant de DCL bénéficient d'une intervention à domicile après leur sortie de l'hôpital. Une intervention d'ergothérapie peut conduire à une amélioration de la prestation des soins et à une diminution de la réadmission.

L'essai contrôlé randomisé d'**Eklund (2013)** indique que la dépendance à l'égard des AVQ diminue avec les soins intégrés et le continuum de soins de la deuxième à la première ligne.

Les deux études sont d'une qualité méthodologique acceptable.

Feedback des parties prenantes

Le GDG et le comité des parties prenantes indiquent que l'ergothérapeute aide également l'aidant informel à réduire le stress et à augmenter sa capacité de charge.

Dans le contexte de l'aide à la décision, la connaissance de l'entretien motivationnel est une condition préalable. Cet aspect devrait être abordé de manière adéquate dans le cadre de la formation aux soins de santé.

Pour assurer la communication entre l'hôpital et les soins primaires, il convient de rechercher un canal de communication structurellement intégré et durable. Pour ce faire, une communication bidirectionnelle est essentielle.

2.4.5 Conseils pour la mise en œuvre

Programmes evidence-based de mouvement fondés :

- [Rouille Rouille](#)
- [Marcher sur](#)
- Programme [flamand Ottago](#)

Outils de prise de décision partagée :

- [Recherche de cibles](#)
- Aidez-nous [à décider](#)*

* Brochure développée dans le cadre du projet de licence de Norah Slabinck, Aster De Busschere, Gwyneth Huyghebaert et Camille Van Goethem, étudiantes en dernière année de licence en ergothérapie à l'Arteveldehogeschool.

2.5 Question clinique 5

Comment l'ergothérapeute, travaillant avec la personne âgée physiquement fragile vivant à domicile et/ou son contexte social, peut-il contribuer à des soins disciplinaires, intégrés et/ou transmuraux de qualité ?

2.5.1 Coordination des soins

Recommandation 5.1 A :

Nous recommandons de désigner un coordinateur de soins dans les situations complexes. **1C**
(You et al., 2012)

Recommandation 5.1 B :

Nous recommandons que, dans le cadre de la coordination des soins, le coordinateur des soins fasse partie d'une structure intégrée plus générale et ce, en fonction de la continuité en termes de coordination des soins tant au niveau des soins de santé que du bien-être et des services. **1C**
(Carrier, 2012)

Recommandation 5.1 C :

Nous recommandons que, si la coordination des soins est utilisée, le coordinateur des soins soit un membre de l'équipe de traitement de la personne âgée. **1B**
(Balard et al., 2016)

Recommandation 5.2 :

Nous recommandons que, dans le cadre de la coordination des soins, outre les objectifs centrés sur le client pour la personne âgée et les attentes organisationnelles, les besoins des aidants informels sur la manière d'optimiser les soins soient également pris en compte, et qu'une formation sur mesure avec une approche multidisciplinaire soit fournie (par exemple sur la nutrition, l'ergonomie, etc.). **GPP**

Information supportive

Recommandation 5.1A-B-C

La coordination des soins permet de détecter les besoins non satisfaits. De par sa perspective holistique, l'ergothérapeute est une personne appropriée pour inclure la coordination des soins. Une revue systématique (You et al., 2012) fournit la base de cette recommandation. En complément de la revue de You, l'étude de Duke (2005) indique qu'un programme de coordination des soins à long terme pour les personnes fragiles de plus de 65 ans, qui inclut une collaboration entre les soins primaires et l'hôpital, réduit le nombre d'admissions à l'hôpital. La mise en place d'une collaboration étroite, d'un suivi intensif des personnes âgées et d'un partage harmonieux des informations sont des éléments essentiels d'un tel programme. L'étude de Browne (2001) indique que l'interruption de la coordination des soins entraîne une dégradation de la santé du bénéficiaire des soins et de l'aidant informel, ainsi qu'une augmentation de la fatigue émotionnelle de l'aidant informel.

La coordination des soins est le meilleur moyen de faire partie de la structure des soins intégrés dans une région donnée.

Recommandation 5.2

L'aidant informel est un élément déterminant pour le maintien à domicile de la personne âgée. Grâce à sa vision holistique et à son attention à l'ergonomie, l'ergothérapeute peut détecter les besoins de l'aidant informel et lui apporter un soutien approprié.

L'étude de **Yu (2016)** montre la valeur d'une collaboration efficace au sein des services de soins et des services sociaux et de la coordination des soins comme un facteur crucial pour soutenir les aidants informels. En effet, les soins informels constituent une ressource précieuse pour prévenir l'admission précoce des personnes âgées.

Synthèse de la littérature

Synthèse de la littérature pour la recommandation 5.1 A

L'examen systématique des essais contrôlés randomisés réalisé par **You (2005)** indique que la coordination des soins a un impact positif sur la santé mentale des personnes âgées et qu'elle répond aux besoins non satisfaits.

Cette étude est de bonne qualité méthodologique

Synthèse de la littérature pour la recommandation 5.1 B

L'étude exploratoire de **Carrier (2012)** indique que la coordination des soins devrait faire partie d'une structure de soins intégrés plus générale afin d'assurer une plus grande continuité structurelle en termes de coordination, impliquant toutes les personnes du réseau de services local, y compris les institutions privées, les organisations communautaires et le réseau de services informels.

La qualité méthodologique de cette étude est acceptable.

Synthèse de la littérature pour la recommandation 5.1 C

L'étude exploratoire qualitative de **Balard (2016)** suggère que dans les situations de soins complexes, un coordinateur de soins qui est membre de l'équipe peut être considéré par l'aidant informel comme un partenaire et un soutien dans la prise en charge de la personne âgée. La personne âgée elle-même se concentre sur la relation personnelle qui se développe avec le coordinateur de soins.

Cette étude présente une bonne qualité méthodologique.

Feedback des parties prenantes

La coordination des soins devrait être envisagée au niveau de la zone de première ligne et ne devrait transcender les soins, les services devraient également être inclus.

2.5.2 Coopération transmurale

Recommandation 5.3A :

Nous recommandons une collaboration entre l'hôpital et les soins primaires. **Nous recommandons** que les ergothérapeutes de l'hôpital ou l'équipe de sortie contactent un ergothérapeute de soins primaires pour les interventions à domicile à la sortie, et ce dans le contexte de l'exhaustivité des conseils de l'ergothérapeute. **1C**

(Clemson et al., 2016 ; Lockwood et al., 2015)

Recommandation 5.3.B :

Nous ne recommandons pas aux ergothérapeutes hospitaliers d'effectuer des interventions à domicile avant la sortie de l'hôpital. **1C**

(Clemson et al., 2016 ; Patterson et al., 1999)

Information supportive

Une collaboration structurelle et harmonieuse entre l'hôpital et les soins primaires dans le cadre d'une intervention ergothérapeutique sur mesure à domicile est souhaitable. Les ergothérapeutes hospitaliers et les ergothérapeutes de premier recours devraient donc se profiler pour faire connaître leur valeur ajoutée au sein de l'équipe interprofessionnelle. Par exemple, les aides à la marche peuvent déjà être conseillées par l'hôpital et formées dans le cadre des soins primaires.

Synthèse de la littérature

L'ECR de **Clemson (2016)** montre que la collaboration entre l'hôpital et l'ergothérapie de premier recours est efficace en termes d'adaptation du logement dans le cadre des conseils d'ergothérapie. Les conseils d'ergothérapie fournis par un ergothérapeute de premier recours avaient deux fois plus de chances d'être mis en œuvre que ceux fournis à l'hôpital. L'étude n'a pas montré de meilleurs résultats en ce qui concerne les AVQ générales ou la participation sociale. Par conséquent, les interventions à domicile ne doivent pas être systématiques mais ciblées.

La revue avec méta-analyse de **Lockwood (2015)** indique que les interventions d'ergothérapie à domicile ont un effet faible à modéré sur la réduction des chutes, la participation sociale et la réadmission.

La qualité méthodologique des deux études est acceptable.

L'étude de **Patterson (1999)** indique qu'à la sortie de l'hôpital, l'effet des visites à domicile d'un ergothérapeute hospitalier n'a pas été démontré.

La qualité méthodologique de cette étude est faible.

Feedback des parties prenantes

La coopération entre les soins primaires et l'hôpital doit être ancrée de manière structurelle et durable.

2.5.3 Confidentialité

Recommandation 5.4 :

Nous recommandons que les accords sur le partage d'informations confidentielles soient consignés par écrit. **1B**

(Marschall et al., 2004)

Information supportive

Recommandation 5.4

Le fait de consigner les informations confidentielles qui peuvent être partagées et avec qui peut prévenir la méfiance quant au partage d'informations et améliorer la relation avec l'ergothérapeute.

Synthèse de la littérature

Des politiques de confidentialité inadéquates constituent un obstacle à la coopération entre le prestataire de soins, l'utilisateur et le soignant. L'étude de **Marschall (2004)** montre qu'une politique efficace de clarification de la confidentialité sur la divulgation de certaines informations est associée de manière significative à tous les aspects de l'amélioration de la collaboration.

Cette étude d'observation présente une qualité méthodologique moyenne.

Feedback des parties prenantes

/

2.5.4 Technologies de l'information en matière de santé

Recommandation 5.5 :

Nous recommandons aux prestataires de soins de santé d'utiliser les technologies de l'information pour échanger des informations entre eux. **GPP**

Recommandation 5.6 :

Nous suggérons que l'utilisation des technologies de l'information sur la santé (HIT) (1) implique les personnes âgées et/ou leurs aidants informels dans les objectifs de santé de la personne âgée, (2) tienne compte de la façon dont ils perçoivent la confidentialité et la sécurité des HIT, (3) garantisse qu'il n'y a pas de problèmes techniques, et (4) garantisse que l'information est fiable. **2C**

(Noblin et al., 2021)

Information supportive

Recommandation 5.5

Un système de communication d'informations numériques sécurisé favorise un transfert efficace des communications et garantit la confidentialité.

Recommandation 5.6

Les technologies de l'information sur la santé peuvent soutenir l'intervention si elles sont faciles à utiliser et si l'utilisateur (personne âgée ou aidant informel) peut les manipuler sans problème et les perçoit comme sûres.

Synthèse de la littérature

Synthèse de la littérature pour la recommandation 5.5

Aucun (GPP)

Synthèse de la littérature pour la recommandation 5.6

La revue systématique de **Noblin (2021)** a étudié la confiance des soignants et des familles dans les technologies de l'information sur la santé qui visent à soutenir les soins aux patients. Les technologies de l'information sur la santé couvrent les dossiers médicaux personnels, les soins à domicile et les applications de santé mobiles. Noblin a identifié quatre thèmes pour la confiance dans les technologies de l'information sur la santé, à savoir la confidentialité perçue, la sécurité perçue, les déficits technologiques et la fiabilité.

La qualité méthodologique de cette étude est faible.

Feedback des parties prenantes

Les technologies de l'information en matière de santé peuvent encore susciter des résistances, mais elles s'imposeront de plus en plus à l'avenir.

2.5.5 Conseils pour la mise en œuvre

Outils possibles pour sensibiliser à l'ergothérapie :

- avec la personne âgée "[L'ergothérapie, c'est pour vous ?](#) "*.
- avec des collègues soignants "[Ergothérapie chez les personnes âgées physiquement fragiles vivant à domicile](#) "*.

* Brochures développées dans le cadre du projet de licence de Norah Slabinck, Aster De Busschere, Gwyneth Huyghebaert et Camille Van Goethem, étudiantes en dernière année de licence en ergothérapie à l'Arteveldehogeschool.be .

3 Références recommandations

3.1 Références question clinique 1

Abbasi M et al. Identification and Management of Frailty in the Primary Care Setting. *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, vol. 190, no. 38, 2018, pp. E1134–E1140.

Apóstolo J, Cooke R, Bobrowicz-Campos E, Santana S, Marcucci M, Cano A, Vollenbroek-Hutten M, Germini F, Holland C. Predicting risk and outcomes for frail older adults: an umbrella review of frailty screening tools. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2017 Apr;15(4):1154-1208. doi: 10.11124/JBISRIR-2016-003018. PMID: 28398987; PMCID: PMC5457829.

Bouman A et al. Effects of a Home Visiting Program for Older People with Poor Health Status: A Randomized, Clinical Trial in the Netherlands. *Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)*, vol. 56, no. 3, 2008, pp. 397–404.

Bouman A et al. Effects of Intensive Home Visiting Programs for Older People with Poor Health Status: A Systematic Review. *BMC Health Services Research*, vol. 8, no. 1, 2008, p. 74.

Donnelly CA, et al. The Emerging Role of Occupational Therapy in Primary Care. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, vol. 81, no. 1, 2014, pp. 51–61.

Fagerström L et al. An Integrative Research Review of Preventive Home Visits among Older People – Is an Individual Health Resource Perspective a Vision or a Reality? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 23, no. 3, 2009, pp. 558–568.

Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001; 56: M146–156.

Kronborg C et al. Cost Effectiveness of Preventive Home Visits to the Elderly: Economic Evaluation Alongside Randomized Controlled Study. *The European Journal of Health Economics*, vol. 7, no. 4, 2006, pp. 238–246.

Mason S et al. Effectiveness of Paramedic Practitioners in Attending 999 Calls from Elderly People in the Community: Cluster Randomised Controlled Trial. *BMJ*, vol. 335, no. 7626, 2007, pp. 919–922.

McIntyre A et al. Engagement of General Practitioners in Falls Prevention and Referral to Occupational Therapists. *The British Journal of Occupational Therapy*, vol. 82, no. 2, 2018, pp. 71–79.

Metzelthin SF et al. The Psychometric Properties of Three Self-Report Screening Instruments for Identifying Frail Older People in the Community. *BMC Public Health*, vol. 10, no. 1, 2010, p. 176.

van Kempen JA, Melis RJ, Perry M, Schers HJ, Rikkert MG. Diagnosis of frailty after a Comprehensive Geriatric Assessment: differences between family physicians and geriatricians. *J Am Board Fam Med*. 2015 Mar-Apr;28(2):240-8. doi: 10.3122/jabfm.2015.02.130081. PMID: 25748765.

3.2 Références question clinique 2

Andreassen M, Öhman A, Larsson Ranada Å. Assessing occupational performance in special housing in Sweden. *Scand J Occup Ther.* 2018 Nov;25(6):428-435. doi: 10.1080/11038128.2017.1367415. Epub 2017 Aug 23. PMID: 28830285.

Avlund, Kirsten et al., 2002. Effects of Comprehensive Follow-up Home Visits after Hospitalization on Functional Ability and Readmissions among Old Patients. A Randomized Controlled Study. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 9(1), pp.17–22.

Bédard M, Dickerson AE; National Highway Traffic Safety Administration; American Occupational Therapy Association. Consensus statements for screening and assessment tools. *Occup Ther Health Care.* 2014 Apr;28(2):127-31. doi: 10.3109/07380577.2014.903017. PMID: 24754760.

Belchior P, Korner-Bitensky N, Holmes M, Robert A. Identification and assessment of functional performance in mild cognitive impairment: a survey of occupational therapy practices. *Aust Occup Ther J.* 2015 Jun;62(3):187-96. doi: 10.1111/1440-1630.12201. Epub 2015 May 7. PMID: 25950462.

Bouman A et al. Effects of a Home Visiting Program for Older People with Poor Health Status: A Randomized, Clinical Trial in the Netherlands. *Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)*, vol. 56, no. 3, 2008, pp. 397–404.

Bouman A et al. Effects of Intensive Home Visiting Programs for Older People with Poor Health Status: A Systematic Review. *BMC Health Services Research*, vol. 8, no. 1, 2008, p. 74.

Brown CL, Finlayson ML. Performance measures rather than self-report measures of functional status predict home care use in community-dwelling older adults. *Can J Occup Ther.* 2013 Dec;80(5):284-94. doi: 10.1177/0008417413501467. PMID: 24640643.

Clemson L, Bundy AC, Cumming RG, Kay L, Lockett T. Validating the Falls Behavioural (FaB) scale for older people: a Rasch analysis. *Disabil Rehabil.* 2008;30(7):498-06. doi: 10.1080/09638280701355546. PMID: 17852314.

Dickerson AE, Reistetter T, Davis ES, Monahan M. Evaluating driving as a valued instrumental activity of daily living. *Am J Occup Ther.* 2011 Jan-Feb;65(1):64-75. doi: 10.5014/ajot.2011.09052. PMID: 21309373.

Dickerson AE. Screening and assessment tools for determining fitness to drive: a review of the literature for the pathways project. *Occup Ther Health Care.* 2014a Apr;28(2):82-121. doi: 10.3109/07380577.2014.904535. PMID: 24754758.

Dickerson AE, Meuel DB, Ridenour CD, Cooper K. Assessment tools predicting fitness to drive in older adults: a systematic review. *Am J Occup Ther.* 2014b Nov-Dec;68(6):670-80. doi: 10.5014/ajot.2014.011833. PMID: 25397762.

Donnelly, Catherine A, et al. The Emerging Role of Occupational Therapy in Primary Care. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, vol. 81, no. 1, 2014, pp. 51–61.

Donnelly, C., O'Neill, C., Bauer, M., & Letts, L. (2017). Canadian Occupational Performance Measure (COPM) in primary care: A profile of practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 71, 7106265010. <https://doi.org/>.

Enemark Larsen, Anette, and Carlsson, Gunilla. "Utility of the Canadian Occupational Performance Measure as an Admission and Outcome Measure in Interdisciplinary Community-Based Geriatric Rehabilitation." *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, vol. 19, no. 2, 2012, pp. 204–213.

Fagerström L et al. An Integrative Research Review of Preventive Home Visits among Older People – Is an Individual Health Resource Perspective a Vision or a Reality? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 23, no. 3, 2009, pp. 558–568.

Fischl, C., Blusi, M., Lindgren, H., & Nilsson, I. (2020). Tailoring to support digital technology-mediated occupational engagement for older adults—a multiple case study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 27(8), 577–590. <https://doi.org/10.1080/11038128.2020.1760347>.

Frese, Thomas, et al. "In-Home Preventive Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) Reduces Mortality—A Randomized Controlled Trial." *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol. 55, no. 3, 2012, pp. 639–644.

Giambelluca E, Panigazzi M, Saade A, Imbriani M. Assessment of functional status and rehabilitative strategies in occupational therapy: role of the Groningen Activity Restriction Questionnaire. *G Ital Med Lav Ergon*. 2019 Mar;41(1):52-57. PMID: 30946549.

Harper KJ, Llewellyn K, Jacques A, Ingram K, Pearson S, Barton A. Kettle test efficacy in predicting cognitive and functional outcomes in geriatric rehabilitation. *Aust Occup Ther J*. 2019 Apr;66(2):219-226. doi: 10.1111/1440-1630.12540. Epub 2018 Oct 9. PMID: 30298936.

Hwang, J. E. (2010). Promoting healthy lifestyles with aging: Development and validation of the Health Enhancement Lifestyle Profile (HELP) using the Rasch measurement model. *American Journal of Occupational Therapy*, 64, 786–795. doi: 10.5014/ajot.2010.09088.

Jakobsson, Ulf & Karlsson, Staffan, 2011. Predicting Mortality With the ADL-Staircase in Frail Elderly. *Physical & occupational therapy in geriatrics*, 29(2), pp.136–147.

Kielhofner G, Mallinson T, Forsyth K, Lai JS. Psychometric properties of the second version of the Occupational Performance History Interview (OPHI-II). *Am J Occup Ther*. 2001 May-Jun;55(3):260-7. doi: 10.5014/ajot.55.3.260. PMID: 11723966.

Mackenzie, Lynette & Clifford, Amanda. (2018). Perceptions of primary health staff about falls prevention in primary care settings in the west of Ireland. *British Journal of Occupational Therapy*. 81. 030802261876175. 10.1177/0308022618761759.

Maggi P, de Almeida Mello J, Delye S, Cès S, Macq J, Gosset C, Declercq A. Fall determinants and home modifications by occupational therapists to prevent falls: Facteurs déterminants des chutes et modifications du domicile effectuées par les ergothérapeutes pour prévenir les chutes. *Can J Occup Ther*. 2018 Feb;85(1):79-87. doi: 10.1177/0008417417714284. PMID: 29506411.

Malinowsky C, Nygård L & Kottorp A(2011) Psychometric evaluation of a new assessment of the ability to manage technology in everyday life, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18:1, 26-35, DOI: 10.3109/11038120903420606.

Mallinson, Trudy, et al. "Development and Validation of the Activity Significance Personal Evaluation (ASPEn) Scale." *Australian Occupational Therapy Journal*, vol. 61, no. 6, 2014, pp. 384–393.

McIntyre, Anne, et al. Engagement of General Practitioners in Falls Prevention and Referral to Occupational Therapists. *The British Journal of Occupational Therapy*, vol. 82, no. 2, 2018, pp. 71–79.

Pighills AC, Torgerson DJ, Sheldon TA, Drummond AE, Bland JM. Environmental assessment and modification to prevent falls in older people. *J Am Geriatr Soc*. 2011 Jan;59(1):26-33. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03221.x. Erratum in: *J Am Geriatr Soc*. 2011 Apr;59(4):776. PMID: 21226674.

Provencher V, Demers L, Gélinas I & Giroux F (2013) Cooking task assessment in frail older adults: who performed better at home and in the clinic?, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20:5, 374-383, DOI: 10.3109/11038128.2012.743586

Stewart S, Harvey I, Poland F, Lloyd-Smith W, Mugford M, Flood C. Are occupational therapists more effective than social workers when assessing frail older people? Results of CAMELOT, a randomised controlled trial. *Age Ageing*. 2005 Jan;34(1):41-6. doi: 10.1093/ageing/afh230. Epub 2004 Nov 3. PMID: 15525654.

Tomita MR, Saharan S, Rajendran S, Nochajski SM, Schweitzer JA. Psychometrics of the Home Safety Self-Assessment Tool (HSSAT) to prevent falls in community-dwelling older adults. *Am J Occup Ther*. 2014 Nov-Dec;68(6):711-8. doi: 10.5014/ajot.2014.010801. PMID: 25397766.

Unsworth CA. Using social judgment theory to study occupational therapists' use of information when making driver licensing recommendations for older and functionally impaired adults. *Am J Occup Ther*. 2007 Sep-Oct;61(5):493-502. doi: 10.5014/ajot.61.5.493. PMID: 17944286.

Wales K, Clemson L, Lannin N, Cameron I. Functional Assessments Used by Occupational Therapists with Older Adults at Risk of Activity and Participation Limitations: A Systematic Review. *PLoS One*. 2016 Feb 9;11(2):e0147980. doi: 10.1371/journal.pone.0147980. PMID: 26859678; PMCID: PMC4747506.

Wyller TB, Sveen U, Bautz-Holter E. The Barthel ADL index one year after stroke: comparison between relatives' and occupational therapist's scores. *Age Ageing*. 1995 Sep;24(5):398-401. doi: 10.1093/ageing/24.5.398. PMID: 8669342.



3.3 Références question clinique 3

Kelly, B., Rid, A., & Wendler, D. (2012, May). Systematic review: Individuals' goals for surrogate decision-making. *Journal of the American Geriatrics Society*. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.03937.x>

Nielsen TL, Andersen NT, Petersen KS, Polatajko H, Nielsen CV. Intensive client-centred occupational therapy in the home improves older adults' occupational performance. Results from a Danish randomized controlled trial. *Scand J Occup Ther*. 2019 Jul;26(5):325-342. doi: 10.1080/11038128.2018.1424236. Epub 2018 Jan 12. PMID: 29325486

Provencher, V., Clemson, L., Wales, K., Cameron, I. D., Gitlin, L. N., Grenier, A., & Lannin, N. A. (2020). Supporting at-risk older adults transitioning from hospital to home: Who benefits from an evidence-based patient-centered discharge planning intervention? Post-hoc analysis from a randomized trial. *BMC Geriatrics*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1494->

Stevens, A., Beurskens, A., Köke, A., & van der Weijden, T. (2013). The use of patient-specific measurement instruments in the process of goal-setting: a systematic review of available instruments and their feasibility. *Clinical rehabilitation*, 27(11), 1005–1019. <https://doi.org/10.1177/0269215513490178>.

Winship, J. M., Ivey, C. K., & Etz, R. S. (2019). Opportunities for occupational therapy on a primary care team. *American Journal of Occupational Therapy*, 73(5). <https://doi.org/10.5014/ajot.2019.030841>.

Yun D, Choi J. Person-centered rehabilitation care and outcomes: A systematic literature review. *Int J Nurs Stud*. 2019 May;93:74-83. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.02.012. Epub 2019 Feb 26. PMID: 30870614.

versis

3.4 Références question clinique 4

Apóstolo J, Dixe MDA, Bobrowicz-Campos E, Areosa T, Santos-Rocha R, Braúna M, Ribeiro J, Marques I, Freitas J, Almeida ML, Couto F. Effectiveness of a Combined Intervention on Psychological and Physical Capacities of Frail Older Adults: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Aug 28;16(17):3125. doi: 10.3390/ijerph16173125. PMID: 31466229; PMCID: PMC6747215.

Balis LE, Strayer T, Ramalingam N, Wilson M, Harden SM. Open-Access Physical Activity Programs for Older Adults: A Pragmatic and Systematic Review. *Gerontologist*. 2019 Jul 16;59(4): e268-e278. doi: 10.1093/geront/gnx195. PMID: 29329395.

Bedaf S, Gelderblom GJ, De Witte L. Overview and Categorization of Robots Supporting Independent Living of Elderly People: What Activities Do They Support and How Far Have They Developed. *Assist Technol*. 2015 Summer;27(2):88-100. doi: 10.1080/10400435.2014.978916. PMID: 26132353.

Behrndt EM, Straubmeier M, Seidl H, Vetter C, Luttenberger K, Graessel E. Brief telephone counselling is effective for caregivers who do not experience any major life events - caregiver-related outcomes of the German day-care study. *BMC Health Serv Res*. 2019 Jan 9;19(1):20. doi: 10.1186/s12913-018-3853-8. PMID: 30626439; PMCID: PMC6325874.

Berger S, McAteer J, Schreier K, Kaldenberg J. Occupational therapy interventions to improve leisure and social participation for older adults with low vision: a systematic review. *Am J Occup Ther*. 2013 May-Jun;67(3):303-11. doi: 10.5014/ajot.2013.005447. PMID: 23597688.

Berger S, Escher A, Mengle E, Sullivan N. Effectiveness of Health Promotion, Management, and Maintenance Interventions Within the Scope of Occupational Therapy for Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review. *Am J Occup Ther*. 2018 Jul/Aug;72(4):7204190010p1-7204190010p10. doi: 10.5014/ajot.2018.030346. PMID: 29953825.

Borella E, Cantarella A, Carretti B, De Lucia A, De Beni R. Improving Everyday Functioning in the Old-Old with Working Memory Training. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2019 Sep;27(9):975-983. doi: 10.1016/j.jagp.2019.01.210. Epub 2019 Jan 29. PMID: 30878190

Cameron ID, Fairhall N, Langron C, Lockwood K, Monaghan N, Aggar C, Sherrington C, Lord SR, Kurrle SE. A multifactorial interdisciplinary intervention reduces frailty in older people: randomized trial. *BMC Med*. 2013 Mar 11;11:65. doi: 10.1186/1741-7015-11-65. PMID: 23497404; PMCID: PMC3751685.

Cochrane A, Furlong M, McGilloway S, Molloy DW, Stevenson M, Donnelly M. Time-limited home-care reablement services for maintaining and improving the functional independence of older adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Oct 11;10(10):CD010825. doi: 10.1002/14651858.CD010825.pub2. PMID: 27726122; PMCID: PMC6457975.

Corregidor-Sánchez AI, Segura-Fragoso A, Criado-Álvarez JJ, Rodríguez-Hernández M, Mohedano-Moriano A, Polonio-López B. Effectiveness of Virtual Reality Systems to Improve the Activities of Daily Life in Older People. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Aug 28;17(17):6283. doi: 10.3390/ijerph17176283. PMID: 32872313; PMCID: PMC7504692.

De Coninck L, Bekkering GE, Bouckaert L, Declercq A, Graff MJL, Aertgeerts B. Home- and Community-Based Occupational Therapy Improves Functioning in Frail Older People: A Systematic

Review. *J Am Geriatr Soc.* 2017 Aug;65(8):1863-1869. doi: 10.1111/jgs.14889. Epub 2017 Apr 3. PMID: 28369719.

Dedeyne L, Deschodt M, Verschueren S, Tournoy J, Gielen E. Effects of multi-domain interventions in (pre)frail elderly on frailty, functional, and cognitive status: a systematic review. *Clin Interv Aging.* 2017 May 24;12:873-896. doi: 10.2147/CIA.S130794. PMID: 28579766; PMCID: PMC5448695.

Eklund K, Wilhelmson K, Gustafsson H, Landahl S, Dahlin-Ivanoff S. One-year outcome of frailty indicators and activities of daily living following the randomised controlled trial: "Continuum of care for frail older people". *BMC Geriatr.* 2013 Jul 22;13:76. doi: 10.1186/1471-2318-13-76. PMID: 23875866; PMCID: PMC3750658.

Gustafsson S, Wilhelmson K, Eklund K, Gosman-Hedström G, Zidén L, Kronlöf GH, Højgaard B, Slinde F, Rothenberg E, Landahl S, Dahlin-Ivanoff S. Health-promoting interventions for persons aged 80 and older are successful in the short term--results from the randomized and three-armed Elderly Persons in the Risk Zone study. *J Am Geriatr Soc.* 2012 Mar;60(3):447-54. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03861.x. PMID: 22409735.

Hu C, Kung, S, Rummans, TA, Clark, MM., & Lapid, MI (2015). Reducing caregiver stress with internet-based interventions: a systematic review of open-label and randomized controlled trials. *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA*, 22(e1), e194–e209. <https://doi.org/10.1136/amiajnl-2014-002817>

Huguet G L, Navarro González M, Kostov B, Ortega Carmona M, Colungo Francia C, Carpallo Nieto M, Hervás Docón A, Vilarrasa Sauquet R, García Prado R, Sisó-Almirall A. Pre Frail 80: Multifactorial Intervention to Prevent Progression of Pre-Frailty to Frailty in the Elderly. *J Nutr Health Aging.* 2018;22(10):1266-1274. doi: 10.1007/s12603-018-1089-2. PMID: 30498836.

Juang C, Knight BG, Carlson M, Schepens Niemiec SL, Vigen C, Clark F. Understanding the Mechanisms of Change in a Lifestyle Intervention for Older Adults. *Gerontologist.* 2018 Mar 19;58(2):353-361. doi: 10.1093/geront/gnw152. PMID: 28329863; PMCID: PMC5946910.

Ko HJ, Youn CH, Kim SH, Kim SY. Effect of Pet Insects on the Psychological Health of Community-Dwelling Elderly People: A Single-Blinded, Randomized, Controlled Trial. *Gerontology.* 2016;62(2):200-9. doi: 10.1159/000439129. Epub 2015 Sep 18. PMID: 26383099.

Lamore K, Montalescot L, Untas A. Treatment decision-making in chronic diseases: What are the family members' roles, needs and attitudes? A systematic review. *Patient Educ Couns.* 2017 Dec;100(12):2172-2181. doi: 10.1016/j.pec.2017.08.003. Epub 2017 Aug 14. PMID: 28838630

Manini TM, Beavers DP, Pahor M, Guralnik JM, Spring B, Church TS, King AC, Folta SC, Glynn NW, Marsh AP, Gill TM; LIFE study investigators. Effect of Physical Activity on Self-Reported Disability in Older Adults: Results from the LIFE Study. *J Am Geriatr Soc.* 2017 May;65(5):980-988. doi: 10.1111/jgs.14742. Epub 2017 Feb 7. PMID: 28168689; PMCID: PMC5435532.

Martel D, Lauzé M, Agnoux A, Fruteau de Laclous L, Daoust R, Émond M, Sirois MJ, Aubertin-Leheudre M. Comparing the effects of a home-based exercise program using a gerontechnology to a community-based group exercise program on functional capacities in older adults after a minor injury. *Exp Gerontol.* 2018 Jul 15;108:41-47. doi: 10.1016/j.exger.2018.03.016. Epub 2018 Mar 22. PMID: 29577975.

McMahon SK, Lewis B, Oakes JM, Wyman JF, Guan W, Rothman AJ. Assessing the Effects of Interpersonal and Intrapersonal Behavior Change Strategies on Physical Activity in Older Adults: a Factorial Experiment. *Ann Behav Med*. 2017 Jun;51(3):376-390. doi: 10.1007/s12160-016-9863-z. PMID: 28188585; PMCID: PMC5634530.

Nielsen TL, Andersen NT, Petersen KS, Polatajko H, Nielsen CV. Intensive client-centred occupational therapy in the home improves older adults' occupational performance. Results from a Danish randomized controlled trial. *Scand J Occup Ther*. 2019 Jul;26(5):325-342. doi: 10.1080/11038128.2018.1424236. Epub 2018 Jan 12. PMID: 29325486.

Provencher V, Clemson L, Wales K, Cameron ID, Gitlin LN, Grenier A, Lannin NA. Supporting at-risk older adults transitioning from hospital to home: who benefits from an evidence-based patient-centered discharge planning intervention? Post-hoc analysis from a randomized trial. *BMC Geriatr*. 2020 Mar 2;20(1):84. doi: 10.1186/s12877-020-1494-3. PMID: 32122311; PMCID: PMC7053102.

Ristolainen H, Kannasoja S, Tiilikainen E, Hakala M, Närhi K, Rissanen S. Effects of 'participatory group-based care management' on wellbeing of older people living alone: a randomized controlled trial. *Arch Gerontol Geriatr*. 2020 Jul-Aug;89:104095. doi: 10.1016/j.archger.2020.104095. Epub 2020 May 7. PMID: 32446172

Ross LA, Edwards JD, O'Connor ML, Ball KK, Wadley VG, Vance DE. The Transfer of Cognitive Speed of Processing Training to Older Adults' Driving Mobility Across 5 Years. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2016 Jan;71(1):87-97. doi: 10.1093/geronb/gbv022. Epub 2015 Apr 15. PMID: 25878053; PMCID: PMC4701127.

Spoorenberg SLW, Wynia K, Uittenbroek RJ, Kremer HPH, Reijneveld SA. Effects of a population-based, person-centred and integrated care service on health, wellbeing and self-management of community-living older adults: A randomised controlled trial on Embrace. *PLoS One*. 2018 Jan 19;13(1):e0190751. doi: 10.1371/journal.pone.0190751. PMID: 29351295; PMCID: PMC5774687.

Suksom D, Siripatt A, Lapo P, Patumraj S. Effects of two modes of exercise on physical fitness and endothelial function in the elderly: exercise with a flexible stick versus Tai Chi. *J Med Assoc Thai*. 2011 Jan;94(1):123-32. PMID: 21425738.

Tessier A, Beaulieu MD, Mcginn CA, Latulippe R. Effectiveness of Reablement: A Systematic Review. *Healthc Policy*. 2016 May;11(4):49-59. PMID: 27232236; PMCID: PMC4872552.

Tuntland H, Aaslund MK, Espehaug B, Førlund O, Kjekken I. Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial. *BMC Geriatr*. 2015 Nov 4;15:145. doi: 10.1186/s12877-015-0142-9. PMID: 26537789; PMCID: PMC4634595.

Unsworth CA, Baker A. Driver rehabilitation: a systematic review of the types and effectiveness of interventions used by occupational therapists to improve on-road fitness-to-drive. *Accid Anal Prev*. 2014 Oct;71:106-14. doi: 10.1016/j.aap.2014.04.017. Epub 2014 Jun 2. PMID: 24906164.

Valenzuela T, Okubo Y, Woodbury A, Lord SR, Delbaere K. Adherence to Technology-Based Exercise Programs in Older Adults: A Systematic Review. *J Geriatr Phys Ther*. 2018 Jan/Mar;41(1):49-61. doi: 10.1519/JPT.000000000000095. PMID: 27362526.

van Het Bolscher-Niehuys MJ, den Ouden ME, de Vocht HM, Francke AL. Effects of self-management support programmes on activities of daily living of older adults: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2016 Sep;61:230-47. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.06.014. Epub 2016 Jun 30. PMID: 27400029.

van Lieshout MRJ, Bleijenberg N, Schuurmans MJ, de Wit NJ. The Effectiveness of a PROactive Multicomponent Intervention Program on Disability in Independently Living Older People: A Randomized Controlled Trial. *J Nutr Health Aging*. 2018;22(9):1051-1059. doi: 10.1007/s12603-018-1101-x. PMID: 30379302.

van Weert JC, van Munster BC, Sanders R, Spijker R, Hooft L, Jansen J. Decision aids to help older people make health decisions: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2016 Apr 21;16:45. doi: 10.1186/s12911-016-0281-8. PMID: 27098100; PMCID: PMC4839148.

Warner G, Packer TL, Kervin E, Sibbald K, Audulv Å. A systematic review examining whether community-based self-management programs for older adults with chronic conditions actively engage participants and teach them patient-oriented self-management strategies. *Patient Educ Couns*. 2019 Dec;102(12):2162-2182. doi: 10.1016/j.pec.2019.07.002. Epub 2019 Jul 2. PMID: 31301922.

Whitehead PJ, Worthington EJ, Parry RH, Walker MF, Drummond AE. Interventions to reduce dependency in personal activities of daily living in community dwelling adults who use homecare services: a systematic review. *Clin Rehabil*. 2015 Nov;29(11):1064-76. doi: 10.1177/0269215514564894. Epub 2015 Jan 13. PMID: 25587088; PMCID: PMC4607918.

Winzer E, Dorner TE, Grabovac I, Haider S, Kapan A, Lackinger C, Schindler K. Behavior changes by a buddy-style intervention including physical training, and nutritional and social support. *Geriatr Gerontol Int*. 2019 Apr;19(4):323-329. doi: 10.1111/ggi.13616. Epub 2019 Feb 5. PMID: 30724012; PMCID: PMC6849832.

Zijlstra GA, van Haastregt JC, van Eijk JT, de Witte LP, Ambergen T, Kempen GI. Mediating effects of psychosocial factors on concerns about falling and daily activity in a multicomponent cognitive behavioral group intervention. *Aging Ment Health*. 2011 Jan;15(1):68-77. doi: 10.1080/13607863.2010.501054. PMID: 20924813.



3.5 Références question clinique 5

Balard F, Somme D, Gély-Nargeot MC, Corvol A, and Saint-Jean O (2016) Case Management for the Elderly with Complex Needs: Cross-linking the Views of Their Role Held by Elderly People, Their Informal Caregivers and the Case Managers. *BMC Health Services Research*.

Browne CV, and Braun KL (2001) When a Case Management Program Closes: Impact as Perceived by Frail Elders and Their Family Caregivers. *Journal of Applied Gerontology* 20, no. 3: 338-55.

Carrier S (2012) Service Coordination for Frail Elderly Individuals: An Analysis of Case Management Practices in Québec. *Journal of Gerontological Social Work*, vol. 55, no. 5, pp. 392–408.

Clemson L et al. "Occupational Therapy Predischarge Home Visits in Acute Hospital Care: A Randomized Trial." *Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)*, vol. 64, no. 10, 2016, pp. 2019–2026.

Duke C (2005) The Frail Elderly Community-Based Case Management Project. *Geriatr Nurs*. Mar-Apr;26(2):122-7. doi: 10.1016/j.gerinurse.2005.03.003. PMID: 15824728.

Lockwood J, et al. "Pre-Discharge Home Assessment Visits in Assisting Patients' Return to Community Living: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Journal of Rehabilitation Medicine*, vol. 47, no. 4, 2015, pp. 289–299.

Marshall, Tina, and Phyllis Solomon. "Confidentiality Intervention: Effects on Provider-Consumer-Family Collaboration." *Research on Social Work Practice* 14, no. 1 (2004): 3-13.

Noblin A, Hewitt B, Moqbel M, Sittig S, Kinnerson L & Rulon V(2021) Can caregivers trust information technology in the care of their patients? A systematic review, *Informatics for Health and Social Care*, 46:1, 29-41, DOI: 10.1080/17538157.2020.1834399

You EC, Dunt D, Doyle C, and Hsueh A (2012). "Effects of Case Management in Community Aged Care on Client and Carer Outcomes: A Systematic Review of Randomized Trials and Comparative Observational Studies." *BMC Health Services Research* 12, no. 1 (2012): 395.

Yu DSF (2016) Effects of a Health and Social Collaborative Case Management Model on Health Outcomes of Family Caregivers of Frail Older Adults: Preliminary Data from a Pilot Randomized Controlled Trial." *Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)* 64, no. 10 (2016): 2144-148.



3.6 Références de l'information supportive

Abbasi M et al. Identification and Management of Frailty in the Primary Care Setting. *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, vol. 190, no. 38, 2018, pp. E1134–E1140.

Apóstolo J, Cooke R, Bobrowicz-Campos E, Santana S, Marcucci M, Cano A, Vollenbroek-Hutten M, Germini F, Holland C. Predicting risk and outcomes for frail older adults: an umbrella review of frailty screening tools. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2017 Apr;15(4):1154-1208. doi: 10.11124/JBISIRIR-2016-003018. PMID: 28398987; PMCID: PMC5457829.

Arbesman M, Mosley LJ. Systematic review of occupation- and activity-based health management and maintenance interventions for community-dwelling older adults. *Am J Occup Ther*. 2012 May-Jun;66(3):277-83. doi: 10.5014/ajot.2012.003327. PMID: 22549592.

Bédard M, Dickerson AE; National Highway Traffic Safety Administration; American Occupational Therapy Association. Consensus statements for screening and assessment tools. *Occup Ther Health Care*. 2014 Apr;28(2):127-31. doi: 10.3109/07380577.2014.903017. PMID: 24754760.

Belchior P, Korner-Bitensky N, Holmes M, Robert A. Identification and assessment of functional performance in mild cognitive impairment: a survey of occupational therapy practices. *Aust Occup Ther J*. 2015 Jun;62(3):187-96. doi: 10.1111/1440-1630.12201. Epub 2015 May 7. PMID: 25950462.

Carr, D. B., Barco, P. P., Wallendorf, M. J., Snellgrove, C. A., & Ott, B. R. (2011). Predicting road test performance in drivers with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(11), 2112–2117. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03657.x>

De Coninck L, Bouckaert L, Gielen E, Milisen K, Vlaeyen E, Despriet D, Tessier J, Geeraerts A, Verstraeten L, Adriaenssen J, Callens J, De Jaegere J, Demeulenaere J, Deryckere V, Haverals R, Huyghe A, Kerckx A, Moreels T, Peeters N, Robyns L, Kos D. Ergotherapeutische richtlijn: Valpreventie bij oudere personen met een verhoogd valrisico. Omgevingsrisico's- Valangst - Therapietrouw – Management en aanpak op populatieniveau. Samenwerkingsverband SqaQel, KU Leuven en WOREL 2021.

Dickerson AE, Meuel DB, Ridenour CD, Cooper K. Assessment tools predicting fitness to drive in older adults: a systematic review. *Am J Occup Ther*. 2014 Nov-Dec;68(6):670-80. doi: 10.5014/ajot.2014.011833. PMID: 25397762.

Donnelly CA, et al. The Emerging Role of Occupational Therapy in Primary Care. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, vol. 81, no. 1, 2014, pp. 51–61.

Donnelly, C., O'Neill, C., Bauer, M., & Letts, L. (2017). Canadian Occupational Performance Measure (COPM) in primary care: A profile of practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 71, 7106265010. <https://doi.org/>

Eby, D. W., Molnar, L. J., Shope, J. T., Vivoda, J. M., & Fordyce, T. A. (2003). Improving older driver knowledge and self-awareness through self-assessment: the driving decisions workbook. *Journal of safety research*, 34(4), 371–381. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2003.09.006>

Enemark Larsen, Anette, and Carlsson, Gunilla. "Utility of the Canadian Occupational Performance Measure as an Admission and Outcome Measure in Interdisciplinary Community-Based Geriatric Rehabilitation." *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, vol. 19, no. 2, 2012, pp. 204–213.

- Fischl, C., Blusi, M., Lindgren, H., & Nilsson, I. (2020). Tailoring to support digital technology-mediated occupational engagement for older adults—a multiple case study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 27(8), 577–590. <https://doi.org/10.1080/11038128.2020.1760347>
- Fisher, A. G., Adler, K., & Potts, A. (2007). Effectiveness of occupational therapy with frail community living older adults. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 14(4), 240–249. <https://doi.org/10.1080/11038120601182958>
- Frese, Thomas, et al. “In-Home Preventive Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) Reduces Mortality—A Randomized Controlled Trial.” *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol. 55, no. 3, 2012, pp. 639–644.
- Gates NJ, Rutjes AW, Di Nisio M, Karim S, Chong LY, March E, Martínez G, Vernooij RW. Computerised cognitive training for 12 or more weeks for maintaining cognitive function in cognitively healthy people in late life. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Feb 27;2(2):CD012277. doi: 10.1002/14651858.CD012277.pub3. PMID: 32104914; PMCID: PMC7045394.
- George, S., Clark, M., & Crotty, M. (2007). Development of the Adelaide driving self-efficacy scale. *Clinical rehabilitation*, 21(1), 56–61. <https://doi.org/10.1177/0269215506071284>
- Håkansson, C., Wagman, P., & Hagell, P. (2020). Construct validity of a revised version of the Occupational Balance Questionnaire. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 27(6), 441–449. <https://doi.org/10.1080/11038128.2019.1660801>
- Jessen-Winge C, Petersen MN, Morville AL. The influence of occupation on wellbeing, as experienced by the elderly: a systematic review. *JBISRIR*. 2018 May;16(5):1174-1189. doi: 10.11124/JBISRIR-2016-003123. PMID: 29762312.
- Kielhofner G, Mallinson T, Forsyth K, Lai JS. Psychometric properties of the second version of the Occupational Performance History Interview (OPHI-II). *Am J Occup Ther*. 2001 May-Jun;55(3):260-7. doi: 10.5014/ajot.55.3.260. PMID: 11723966.
- Kogan AC, Wilber K, Mosqueda L. Person-Centered Care for Older Adults with Chronic Conditions and Functional Impairment: A Systematic Literature Review. *J Am Geriatr Soc*. 2016 Jan;64(1):e1-7. doi: 10.1111/jgs.13873. Epub 2015 Dec 2. PMID: 26626408.
- Lacroix PA, Pelletier AJ, Blondin MP, Dugal A, Langlois C, Levasseur M, Larivière N. Traduction et validation du Questionnaire sur l’engagement dans les activités significatives: Translation and validation of the Engagement in Meaningful Activities Survey. *Can J Occup Ther*. 2018 Feb;85(1):11-20. French. doi: 10.1177/0008417417702925. PMID: 29506410
- Malinowsky C, Nygård L & Kottorp A(2011) Psychometric evaluation of a new assessment of the ability to manage technology in everyday life, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18:1, 26-35, DOI: 10.3109/11038120903420606
- Mason S et al. Effectiveness of Paramedic Practitioners in Attending 999 Calls from Elderly People in the Community: Cluster Randomised Controlled Trial. *BMJ*, vol. 335, no. 7626, 2007, pp. 919–922.
- Menichetti J, Graffigna G, Steinsbekk A. What are the contents of patient engagement interventions for older adults? A systematic review of randomized controlled trials. *Patient Educ Couns*. 2018 Jun;101(6):995-1005. doi: 10.1016/j.pec.2017.12.009. Epub 2017 Dec 12. PMID: 29246493.

Metzelthin, Silke F, et al. "The Psychometric Properties of Three Self-Report Screening Instruments for Identifying Frail Older People in the Community." *BMC Public Health*, vol. 10, no. 1, 2010, p. 176.

Nielsen TL, Andersen NT, Petersen KS, Polatajko H, Nielsen CV. Intensive client-centred occupational therapy in the home improves older adults' occupational performance. Results from a Danish randomized controlled trial. *Scand J Occup Ther*. 2019 Jul;26(5):325-342. doi: 10.1080/11038128.2018.1424236. Epub 2018 Jan 12. PMID: 29325486

O'Toole, L., Connolly, D., & Smith, S. (2013). Impact of an occupation-based self-management programme on chronic disease management. *Australian occupational therapy journal*, 60(1), 30–38. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12008>

Stevens, A., Beurskens, A., Köke, A., & van der Weijden, T. (2013). The use of patient-specific measurement instruments in the process of goal-setting: a systematic review of available instruments and their feasibility. *Clinical rehabilitation*, 27(11), 1005–1019. <https://doi.org/10.1177/0269215513490178>

Tomori, K., Saito, Y., Nagayama, H., Seshita, Y., Ogahara, K., Nagatani, R., & Higashi, T. (2013). Reliability and validity of individualized satisfaction score in aid for decision-making in occupation choice. *Disability and Rehabilitation*, 35(2), 113–117. <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.689919>

van Het Bolscher-Niehuus MJ, den Ouden ME, de Vocht HM, Francke AL. Effects of self-management support programmes on activities of daily living of older adults: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2016 Sep;61:230-47. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.06.014. Epub 2016 Jun 30. PMID: 27400029

Voigt-Radloff S, Ruf G, Vogel A, van Nes F, Hüll M. Occupational therapy for elderly. Evidence mapping of randomised controlled trials from 2004-2012. *Z Gerontol Geriatr*. 2015 Jan;48(1):52-72. doi: 10.1007/s00391-013-0540-6. PMID: 24127052.

Waldersen BW, Wolff JL, Roberts L, Bridges AE, Gitlin LN, Szanton SL. Functional Goals and Predictors of Their Attainment in Low-Income Community-Dwelling Older Adults. *Arch Phys Med Rehabil*. 2017 May;98(5):896-903. doi: 10.1016/j.apmr.2016.11.017. Epub 2016 Dec 19. PMID: 28007445; PMCID: PMC5403585.

Weaver, B., Bédard, M., McAuliffe, J., & Parkkari, M. (2009). Using the Attention Network Test to predict driving test scores. *Accident; analysis and prevention*, 41(1), 76–83. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2008.09.006>

Winship, J. M., Ivey, C. K., & Etz, R. S. (2019). Opportunities for occupational therapy on a primary care team. *American Journal of Occupational Therapy*, 73(5). <https://doi.org/10.5014/ajot.2019.030841>.

Yuen HK, Carter RE. A Predictive Model for the Intention to Implement Home Modifications: A Pilot Study. *Journal of Applied Gerontology*. 2006;25(1):3-16. doi:10.1177/0733464805280751