

Université de Sherbrooke

**L'évaluation quant au retour à domicile sécuritaire des personnes âgées et des adultes hospitalisés: développement d'un guide à l'intention des ergothérapeutes**

Par  
Annie-Claude Lemieux Courchesne  
Programme en pratiques de la réadaptation

Essai présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé  
en vue de l'obtention du grade de maître en pratiques de la réadaptation (M. Réad.)  
Maîtrise en pratiques de la réadaptation

Sherbrooke, Québec, Canada  
Juin, 2016

Membres du jury d'évaluation  
Marie-José Durand, programme en pratiques de la réadaptation  
Chantal Sylvain, programme en pratiques de la réadaptation  
Nathalie Veillette, école de réadaptation, faculté de médecine, Université de Montréal

© Annie-Claude Lemieux Courchesne, 2016



## RÉSUMÉ

### **L'évaluation quant au retour à domicile sécuritaire des personnes âgées et des adultes hospitalisés: développement d'un guide à l'intention des ergothérapeutes**

Par

Annie-Claude Lemieux Courchesne  
Programme en pratiques de la réadaptation

Essai présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé en vue de l'obtention du diplôme de maître en pratiques de la réadaptation (M. Réad.), Maîtrise en pratiques de la réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

#### **PROBLÉMATIQUE**

La majorité des personnes âgées et des adultes hospitalisés désirent retourner à domicile le plus rapidement possible et ce, malgré leurs incapacités (Gouvernement du Québec, 2011, Lesemann et *al.*, 2002). Leur sécurité est parfois compromise et des effets indésirables tels qu'une réadmission, peuvent survenir. Un des rôles des ergothérapeutes travaillant auprès de la clientèle hospitalisée est d'évaluer leurs habiletés fonctionnelles afin de déterminer si un retour à domicile est sécuritaire. Cette évaluation demeure complexe et dépend de plusieurs facteurs dont les valeurs des ergothérapeutes (Robertson et Blaga, 2013, Crennan et MacRae, 2010). Au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS), il existe des variations en ce qui concerne les dimensions dont tiennent compte les ergothérapeutes lors de l'évaluation quant au retour à domicile des personnes âgées et des adultes.

#### **OBJECTIFS**

L'objectif général de cet essai est de développer un guide, basé sur les données probantes, afin d'uniformiser les pratiques des ergothérapeutes du CHUS pour l'évaluation des personnes âgées et des adultes quant au retour à domicile dans le but d'éviter des effets indésirables. Les objectifs spécifiques sont 1) documenter le besoin de développer un guide, les objectifs du guide et planifier l'élaboration du guide quant au retour à domicile sécuritaire des personnes âgées et des adultes selon les données probantes, 2) concevoir un guide basé sur les données probantes selon les dimensions de l'évaluation et développer une version préliminaire, 3) évaluer la validité de contenu du guide avec les ergothérapeutes cliniciens du CHUS par une approche de co-construction afin de favoriser l'application dans le milieu, 4) rédiger une version finale du guide à l'intention des ergothérapeutes en tenant compte de l'appréciation du guide.

## **MÉTHODOLOGIE ET RÉSULTATS**

La méthodologie du présent travail s'inspire des approches couramment utilisées dans la littérature en ce qui concerne le développement d'outil qui s'organise en fonction des phases de planification, de construction, d'évaluation et de validation (Benson et Clark, 1982).

Une recension des écrits a permis de documenter le besoin, les objectifs du guide ainsi que de planifier l'élaboration du guide. Une première version du guide a été créée en considérant les principales dimensions à évaluer selon l'analyse des outils de mesure et les facteurs prédictifs. Par la suite, une consultation des ergothérapeutes du CHUS par un questionnaire préliminaire et ensuite par la méthode TRIAGE, a permis d'effectuer une validation de contenu de la première version du guide. Quinze dimensions ont été retenues pour concevoir la seconde version du guide. Les ergothérapeutes ont été consultés de nouveau pour commenter leur appréciation du guide et la version finale a été créée.

## **CONCLUSION**

Ce projet a mené à l'élaboration d'un guide à l'intention des ergothérapeutes du CHUS quant à l'évaluation du retour à domicile sécuritaire des personnes âgées et des adultes hospitalisés. Il est attendu que le guide permettra d'uniformiser les pratiques des ergothérapeutes du CHUS et qu'il sera bénéfique à plus long terme pour les patients afin d'éviter les effets indésirables suite à une hospitalisation.

**Mots Clés :** évaluation, soins aigus, retour à domicile, ergothérapie, personnes âgées, adultes, effets indésirables, développement d'un guide.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>RÉSUMÉ</b> .....	iii
<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	viii
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	ix
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS</b> .....	x
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	xii
<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE</b> .....	2
<b>CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS</b> .....	4
<b>2.1 Clientèle visée: les personnes âgées et les adultes</b> .....	4
<b>2.2 Définition : retour à domicile sécuritaire suite à une hospitalisation</b> .....	5
<b>2.3 Effets indésirables suite à une hospitalisation</b> .....	6
<b>2.4 Facteurs prédictifs associés à un retour à domicile sécuritaire</b> .....	7
<b>2.5 Outils de mesure existants en soins aigus</b> .....	9
<i>2.5.1 Outils de mesure utilisés par les divers professionnels en soins aigus en lien avec le retour à domicile</i> .....	9
<i>2.5.2 Outils de mesure utilisés par les ergothérapeutes en soins aigus en lien avec le retour à domicile</i> .....	10
<i>2.5.3 Outils de mesure utilisés par les ergothérapeutes du CHUS</i> .....	10
<b>2.6 Contexte de l'évaluation de l'ergothérapeute en soins aigus</b> .....	10
<b>2.7 Synthèse de la recension des écrits</b> .....	11
<b>CHAPITRE 3 : OBJECTIFS DU PROJET D'INNOVATION</b> .....	12
<b>3.1 Objectif général</b> .....	12
<b>3.2 Objectifs spécifiques</b> .....	12
<b>CHAPITRE 4 : DEVIS DE DÉVELOPPEMENT D'OUTIL</b> .....	12
<b>CHAPITRE 5 : DÉVELOPPEMENT DU GUIDE DESTINÉ AUX ERGOTHÉRAPEUTES</b> .....	14
<b>5.1 Phase 1 : Documenter le besoin de développer un guide</b> .....	14
<i>5.1.1 Analyser les outils de mesure existants en soins aigus</i> .....	14
<b>5.2 Phase 2 : Documenter les objectifs du guide</b> .....	15
<b>5.3 Phase 3 : Planifier l'élaboration du guide</b> .....	17
<i>5.3.1 Choisir un modèle conceptuel : le modèle Personne-Environnement-Occupation</i> .....	18
<i>5.3.2 Analyser les facteurs prédictifs associés à un retour à domicile sécuritaire</i> .....	19

5.3.3 Analyser les dimensions abordées dans les outils de mesure.....	20
5.3.4 Documenter les autres éléments à considérer dans l'élaboration du guide.....	22
5.3.4.1 Applicabilité, utilité clinique et acceptabilité .....	22
5.3.4.2 Considération des valeurs et des buts du patient.....	23
5.3.4.3 Travail d'équipe.....	23
5.3.4.4 Visites à domicile .....	24
<b>5.4 Phase 4 : Développer une version préliminaire du guide à l'intention des ergothérapeutes.....</b>	<b>24</b>
<b>5.5 Phase 5: Évaluer la validité de contenu de la version préliminaire.....</b>	<b>25</b>
5.5.2 Étape 1 : validation initiale de contenu par questionnaire .....	25
5.5.2.1 Questionnaire 1.....	25
5.5.2.2 Résultats obtenus au questionnaire 1 .....	26
5.5.2.2.1 Caractéristiques des répondants au questionnaire .....	26
5.5.2.2.2 Dimensions à considérer selon les répondants .....	27
5.5.3 Étape 2 : validation de contenu par la méthode TRIAGE.....	30
5.5.3.1 Méthode TRIAGE.....	30
5.5.3.2 Résultats obtenus au groupe TRIAGE .....	31
5.5.3.2.1 Déroulement de la rencontre de groupe TRIAGE.....	31
5.5.3.2.2 Dimensions à considérer selon les participants.....	31
<b>5.6 Phase 6 : Rédiger la version finale du guide.....</b>	<b>35</b>
5.6.1 Questionnaire 2 : appréciation du guide.....	35
5.6.2 Résultats obtenus au questionnaire 2 .....	35
5.6.2.1 Répondants au questionnaire.....	35
5.6.2.2 Commentaires obtenus.....	35
5.6.3 Synthèse des résultats : version finale du guide à l'intention des ergothérapeutes .....	36
5.6.3.1 Aide-mémoire du guide à l'intention des ergothérapeutes .....	37
 <b>CHAPITRE 6 : DISCUSSION.....</b>	 <b>37</b>
<b>6.1 Principaux résultats et liens avec les études .....</b>	<b>37</b>
<b>6.2 Autres études en lien avec le développement d'outil.....</b>	<b>43</b>
<b>6.3 Retombées de l'étude .....</b>	<b>44</b>
<b>6.4 Forces et limites de l'étude .....</b>	<b>45</b>
<b>6.5 Implications futures pour la recherche.....</b>	<b>46</b>
 <b>CHAPITRE 7: CONCLUSION.....</b>	 <b>48</b>
 <b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	 <b>49</b>
 <b>ANNEXE A - CARACTÉRISTIQUES DES OUTILS DE MESURE RECENSÉS DANS LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE, UTILISÉS PAR DIVERS PROFESSIONNELS, EN LIEN AVEC LE RETOUR À DOMICILE.....</b>	 <b>58</b>
 <b>ANNEXE B - CARACTÉRISTIQUES DES PRINCIPAUX OUTILS DE MESURE UTILISÉS PAR LES ERGOTHÉRAPEUTES EN LIEN AVEC LA SÉCURITÉ À DOMICILE, RECENSÉS DANS LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE.....</b>	 <b>62</b>

<b>ANNEXE C - CARACTÉRISTIQUES DES OUTILS DE MESURE UTILISÉS PAR LES ERGOTHÉRAPEUTES DU CHUS.....</b>	<b>64</b>
<b>ANNEXE D - QUESTIONNAIRE 1.....</b>	<b>69</b>
<b>ANNEXE E - QUESTIONNAIRE 2.....</b>	<b>71</b>
<b>ANNEXE F - GUIDE À L'INTENTION DES ERGOTHÉRAPEUTES QUANT AU RETOUR À DOMICILE SÉCURITAIRE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES ADULTES.....</b>	<b>73</b>

**LISTE DES FIGURES**

Figure 1: Modèle Personne-Environnement-Occupation (PEO) ..... 19



## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Résumé du processus de développement du guide.....	13
Tableau 2 - Grille d'analyse de contenu des dimensions abordées des outils de mesure utilisés par les professionnels et les ergothérapeutes en soins aigus selon le PEO.....	21
Tableau 3 - Caractéristiques des ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire 1 (n=8).....	27
Tableau 4 - Importance des dimensions à considérer dans l'évaluation quant au retour à domicile sécuritaire selon les répondants au questionnaire 1 (n=8 répondants).....	29
Tableau 5 - Classement des concepts suite au questionnaire réalisé auprès des ergothérapeutes du CHUS.....	32
Tableau 6 - Organisation et regroupement des concepts suite au groupe TRIAGE réalisé auprès des ergothérapeutes du CHUS.....	34
Tableau 7 - Résumé des dimensions à considérer selon le modèle PEO.....	37

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

AVC : Accident vasculaire cérébral

CHUS: Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

*Prendre note qu'au cours de l'essai suite de l'entrée en vigueur de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke fait désormais partie du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS). Toutefois, pour alléger le texte, le terme CHUS seulement sera utilisé.*

PEO : Modèle Personne-Environnement-Occupation

TRIAGE : Technique de recherche d'information par animation d'un groupe expert

### **Outils de mesure :**

BRASS : Blaylock Risk Assessment Screening Score

COMPRI: Care Complexity Prediction Instrument

ESFU-PA: Évaluation du Statut Fonctionnel à l'Urgence pour les Personnes Âgées

HARP : Hospital Admission Risk Profile /Profil de risque déterminé à l'admission

ISAR: Identification of Seniors at Risk

PAT : Predischarge Assessment Tools

SHERPA : Score Hospitalier d'Évaluation du Risque de Perte d'Autonomie

TRST: Triage Risk Screening Tool

UNAI: Uniform Needs Assessment Instrument

VIP: Variables Indicative of Placement Risk

NS : Évaluation fonctionnelle non standardisée

KELS Kohlman Evaluation of Living Skills

MCRO: Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

MMSE Mini-Mental State Exam

MOCA : Montreal Cognitive Assessment

A-ONE: Arnadottir OT-ADL Neurobehavioural Evaluation

CCT: Cognitive Competency Test

ÉMAF : Échelle de Montréal pour l'évaluation des Activités Financières

GOAT: Galveston Orientation and Amnesia Test

MVPT: Motor-free Visual Perception Test

PECPA-2R : Protocole d'Examen Cognitif de la Personne Âgée, version 2

PRPP: Perceive Recall Plan Perform

## REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à remercier ma mentore, Nathalie Veillette, qui a accepté de m'accompagner avec enthousiasme dans ce projet. Sa confiance dès le début de nos rencontres, le partage de son expertise, son ouverture d'esprit ainsi que sa disponibilité tout au long de mon essai synthèse m'ont permis d'apprécier grandement cette expérience.

Merci à Marie-José Durand, professeure du cours essai synthèse, pour son accompagnement et pour avoir fait preuve d'humanité ainsi qu'à Chantal Sylvain pour tous ses conseils qui m'ont permis d'avancer et de mettre à terme ce projet.

Je voudrais remercier spécialement mes collègues en ergothérapie du CHUS pour leur participation et leur enthousiasme face à mon projet de maîtrise. Les discussions lors de la rencontre de groupe ont été très enrichissantes. Merci à Annie Turcotte pour son aide précieuse à la création de l'image du guide. Merci à Alain Thivierge, coordonnateur professionnel biomédical par intérim lors de mon essai, pour avoir cru à la pertinence de mon projet et pour ses démarches auprès des gestionnaires ainsi qu'aux gestionnaires des divers programmes du CHUS pour avoir permis aux ergothérapeutes de participer à mon projet.

Merci à Véronique Provencher, professeure et chercheuse, pour le partage de son expertise quant à la planification du congé des personnes âgées.

Merci aux membres de mon sous-groupe du cours, Annie Legault, Sébastien Pelletier, Chantal Lapointe et Catherine Brodrique-Boisvert, pour vos nombreuses idées et votre support tout au long de l'année.

Enfin, à ma famille et à mes amis qui m'ont soutenu tout au long de mes années de maîtrise, un énorme merci !

## INTRODUCTION

Les ergothérapeutes travaillant au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) tout comme dans la plupart des milieux de soins aigus, sont souvent interpellés à évaluer la sécurité quant au retour à domicile des personnes âgées et des adultes hospitalisés. Cette évaluation demeure complexe et n'est pas uniforme pour tous les ergothérapeutes puisqu'elle dépend entre autre de leurs valeurs et de leurs expériences professionnelles. Pourtant, les enjeux sont importants. En effet, de nombreux effets indésirables, dont les réadmissions, peuvent survenir suite au congé des patients hospitalisés. Cette problématique, qui sera détaillée davantage dans le premier chapitre, a mené à se poser la présente question de recherche : de quelle façon peut-on outiller les ergothérapeutes du CHUS pour uniformiser les pratiques, basées sur les données probantes, quant à l'évaluation du retour à domicile des patients afin d'éviter les effets indésirables ? Cette question est à la base du projet d'innovation.

Tout d'abord, la recension des écrits permettra de démontrer la pertinence du projet de recherche, soit qu'aucun outil n'est présentement disponible dans la littérature et ne peut être utilisé par les ergothérapeutes en soins aigus pour évaluer le retour à domicile sécuritaire. Ce projet visera donc à développer un guide, basé sur les données probantes, afin d'uniformiser les pratiques des ergothérapeutes du CHUS pour l'évaluation des personnes âgées et des adultes quant au retour à domicile dans le but d'éviter des effets indésirables. Le développement du guide sera détaillé selon les phases de développement d'un outil de mesure dans lesquelles les principaux résultats seront décrits. Une consultation des ergothérapeutes du CHUS permettra d'effectuer une validation de contenu des dimensions du guide. Finalement, la discussion permettra de constater les principaux résultats en lien avec les études antérieures, de démontrer les retombées ainsi que les forces et les limites de cette étude.

## CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE

Le système de santé au Québec a subi de nombreux changements au cours des dernières années. Dans les années 1990, le virage ambulatoire a été caractérisé par la réduction systématique de la durée du séjour hospitalier en privilégiant une approche axée sur les services ambulatoires (Lesemann *et al.*, 2002). La diminution de la durée d'hospitalisation a amené une pression constante aux intervenants pour attribuer des congés aux patients dès qu'ils sont stables au niveau médical (Lesemann *et al.*, 2002, Crennan et MacRae, 2010). Actuellement, les patients sont retournés à domicile hâtivement et de plus en plus malades (Preyde et Brassard, 2011). Au centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS), comme dans la plupart des milieux de soins aigus, les congés des patients sont souvent réalisés rapidement, dès que la condition d'admission est résolue. Au CHUS, la durée moyenne de séjour hospitalier était de sept jours en 2014-2015, selon le rapport de gestion.

La majorité des personnes âgées et des adultes hospitalisés désirent aussi retourner à domicile le plus rapidement possible et ce, malgré leurs incapacités (Lesemann *et al.*, 2002, Gouvernement du Québec, 2011). Toutefois, de nombreux risques liés à la sécurité peuvent se présenter dont les risques de chute, les risques associés à la prise de la médication, les risques d'abus, etc. La sécurité en lien avec le retour à domicile est donc compromise et des effets indésirables comme une réadmission, la mortalité, l'admission en institution ou un déclin fonctionnel significatif peuvent se produire (Carpenter *et al.*, 2015, Preyde et Brassard, 2011).

Un des rôles des ergothérapeutes travaillant auprès de la clientèle hospitalisée est d'ailleurs d'évaluer les habiletés fonctionnelles des personnes âgées et des adultes afin de déterminer si un retour à domicile est sécuritaire. Les ergothérapeutes jouent un rôle important afin de fournir des recommandations pour l'orientation post-hospitalisation, les besoins d'aides techniques et de services, surtout pour la population âgée (Crennan et MacRae, 2010). Au CHUS, c'est le motif de référence que reçoivent le plus fréquemment les ergothérapeutes. Les évaluations concernant le

retour à domicile s'effectuent rapidement dans un contexte de pratique non optimal. Toutefois, la prise de décision demeure complexe et devrait tenir compte de plusieurs aspects afin de couvrir les risques potentiels du retour à domicile (Atwal *et al.*, 2012). En fait, l'évaluation devrait considérer les facteurs prédictifs d'un retour à domicile sécuritaire. Au CHUS, comme dans la majorité des milieux de soins aigus, l'évaluation des patients hospitalisés quant au retour à domicile n'apparaît pas être uniforme pour tous les ergothérapeutes et dépend de leurs valeurs, de leur programme, de leurs formations antérieures et de leurs expériences professionnelles (Robertson et Blaga, 2013, Crennan et MacRae, 2010). Aucun outil spécifique n'est utilisé présentement par les cliniciens du CHUS pour déterminer de la sécurité à domicile.

Les ergothérapeutes ainsi que les autres professionnels de l'équipe demeurent préoccupés par rapport aux risques associés au retour à domicile des patients (Atwal *et al.*, 2008). Les familles de ces derniers manifestent également leurs inquiétudes en ce sens (Moulias, 2007). Beaucoup de patients présentant des incapacités désirent retourner à domicile et les professionnels sont donc confrontés à un conflit de valeur entre la sécurité et l'autonomie. La décision concernant l'orientation post-hospitalisation du patient ne doit pas être négligée, car elle a un impact important sur les effets indésirables, mais aussi sur la santé psychologique de la personne ainsi que toute sa famille. L'entrée en institution peut parfois s'avérer une solution, mais est habituellement peu souhaité pour la personne puisqu'elle exige pour la personne de renoncer à son milieu de vie et de prendre conscience du caractère définitif et évolutif de la maladie (Moulias, 2007).

Bref, au CHUS, il existe des variations en ce qui concerne les dimensions dont tiennent compte les ergothérapeutes lors de l'évaluation quant au retour à domicile des personnes âgées et des adultes. Cette problématique amène donc une question de recherche sur laquelle portera le projet : « De quelle façon peut-on outiller les ergothérapeutes du CHUS pour uniformiser les pratiques, basées sur les données

probantes, quant à l'évaluation du retour à domicile des patients afin d'éviter les effets indésirables».

## **CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS**

### **2.1 Clientèle visée: les personnes âgées et les adultes**

Dans le cadre du présent projet, la clientèle d'intérêt est constituée des personnes âgées et des adultes qui sont hospitalisés au CHUS dans le contexte d'un problème de santé physique, puisque les requêtes les plus fréquentes reçues par les ergothérapeutes quant au retour à domicile concernent l'évaluation de cette clientèle.

Les personnes âgées représentent la majorité de la clientèle hospitalisée. En effet, quelque 45 % de toutes les journées d'hospitalisation au Québec sont utilisées par les personnes âgées de 65 ans et plus (Gouvernement du Québec, 2011). La population de personnes âgées continue de s'accroître avec le vieillissement de la population. Avec l'ensemble de la cohorte des baby-boomers qui vient d'atteindre l'âge de 65 ans, le vieillissement de la population devrait s'accélérer jusqu'en 2031 (Gouvernement du Québec, 2011). En 2007, les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 14,4 % de la population du Québec alors que cette proportion passera à 24% en 2026 (Gouvernement du Québec, 2011). Les personnes âgées sont une clientèle plus vulnérable et à risque de présenter des effets indésirables. Elles sont à risques d'hospitalisations et de réadmissions en lien avec leurs conditions médicales. Les patients âgés peuvent présenter des maladies chroniques, des problèmes de santé mentale, la prise de plusieurs médicaments, un déclin cognitif et des incapacités associées (Holm et Mu, 2012, Gouvernement du Québec, 2011). Près du tiers des patients âgés hospitalisés subissent une diminution de leurs capacités fonctionnelles et environ 40 % de ces patients présentent une atteinte dans plus de trois activités quotidiennes. Pour près de la moitié de ces personnes, cette problématique va persister davantage et deviendra souvent l'élément déclencheur d'une atteinte fonctionnelle, progressive et irréversible, associée à une augmentation des taux de réadmission, d'hébergement et même de mortalité. (Gouvernement du Québec, 2011).

La majorité des maladies sont associées à un âge avancé, mais les adultes peuvent aussi présenter des problèmes de santé, des incapacités et sont aussi fréquemment hospitalisés. Selon l'enquête canadienne sur l'incapacité publiée par le gouvernement du Canada (2012), 3,8 millions de canadiens (13,7 %) des adultes canadiens âgés de 15 ans et plus vivant dans la communauté ont déclaré présenter une incapacité. De ce nombre, 27,0 % des personnes sont âgées entre 15 et 65 ans. Certaines maladies peuvent provoquer de longues hospitalisations chez les adultes. Par exemple, l'accident vasculaire cérébral (AVC) est en augmentation chez les jeunes adultes et à l'échelle internationale, les chercheurs prédisent que le taux d'incidence parmi cette population doublera au cours des 15 prochaines années (Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation, 2015).

La plupart des personnes âgées et des adultes qui présentent un problème de santé chronique ou une incapacité physique ou mentale désirent retourner et demeurer à domicile le plus longtemps possible, malgré une atteinte de leur autonomie (Conseil canadien de la santé, 2012).

## **2.2 Définition : retour à domicile sécuritaire suite à une hospitalisation**

Avant de poursuivre, il importe de savoir ce que signifie réellement un retour à domicile sécuritaire. Le concept de « retour à domicile sécuritaire » est un terme qui est communément employé dans les milieux de soins aigus et est souvent un objectif visé par les intervenants. Ce concept est peu défini dans la littérature. Les auteurs parlent parfois de « *safe discharge* » ou de « *successful discharge* », mais ce ne sont pas nécessairement des termes qui représentent la finalité désirée, c'est-à-dire que la personne retourne à domicile dans des circonstances similaires à celles qui prévalaient avant son hospitalisation. Goodacre *et al.*, 2006, suggèrent que ce concept peut mener à une prise de décision irrationnelle, à des hospitalisations non nécessaires et à des attentes irréalistes pour les intervenants concernant les risques du retour à domicile. En fait, viser la sécurité d'un patient suite à son congé de l'hôpital, signifie



plutôt de minimiser la probabilité des risques d'incidents (ex : risques de chute, risques de fugue, risques d'abus, risques d'intoxication, etc.) suite au retour à domicile. Malgré cette réserve et afin de faciliter la compréhension de la suite du travail en lien avec la proposition d'innovation, le concept de « retour à domicile sécuritaire » sera utilisé comme synonyme à l'évitement des effets indésirables.

### **2.3 Effets indésirables suite à une hospitalisation**

Tel que défini, le retour à domicile sécuritaire est synonyme à l'évitement des effets indésirables. Les effets indésirables sont, quant à eux, des conséquences néfastes survenant suite à une hospitalisation. Parmi les effets indésirables, qui sont les plus souvent répertoriés dans la littérature, mentionnons la réadmission, le déclin fonctionnel, l'admission en institution et la mortalité (Preyde et Brassard, 2011).

Les réadmissions sont rapportées comme étant un problème majeur, possiblement en lien avec l'implication des ressources nécessaires (Preyde et Brassard, 2011). Plusieurs études ont démontrés que les réadmissions sont communes, très coûteuses (Preyde et Brassard, 2011, Robinson *et al.*, 2012, Jencks *et al.*, 2009) et potentiellement évitables (Institut canadien d'information sur la santé, 2012). Au Canada, environ 8,5% des patients sont réadmis suite à une hospitalisation 30 jours après leur congé initial (Institut canadien d'information sur la santé, 2012). Le pourcentage est similaire au CHUS alors que le taux de réadmission à 30 jours en 2014-2015 pour toutes clientèles était de 9,0 % selon le rapport annuel de gestion (Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, 2015). Une étude de l'institut canadien d'information sur la santé (2012) a démontré qu'au cours d'une période de 11 mois, les réadmissions en soins pour les patients hospitalisés dans les 30 jours suivant le congé ont coûté environ 1,8 milliard de dollars au système de santé canadien.

Le déclin fonctionnel est commun et sérieux puisqu'il occasionne un changement important de la qualité de vie. Les études ont démontré que 30% des personnes âgées

développent une dépendance dans les activités de la vie quotidienne durant leur hospitalisation (Hoogerduijn *et al.*, 2007). Les coûts personnels sont élevés, mais en considérant la progression démographique de la population âgée, l'impact sur les coûts des soins de santé est également très élevé (Hoogerduijn *et al.*, 2007).

L'admission en institution engendre également des coûts importants et est associée à une augmentation de la mortalité ainsi qu'à une diminution de la qualité de vie de la personne (Luppa, 2010).

Finalement, les hospitalisations, spécialement chez les personnes âgées, peuvent mener à des effets indésirables tels que la mortalité. Une étude a démontré que plus d'un quart des patients de 65 ans et plus sont décédés après un an suite à une hospitalisation (Levine *et al.*, 2007).

#### **2.4 Facteurs prédictifs associés à un retour à domicile sécuritaire**

Afin de prévenir les effets indésirables pouvant survenir suite à un retour à domicile, il est nécessaire de prendre en considération les facteurs les plus prédictifs concernant l'évaluation d'un retour à domicile sécuritaire. Plusieurs facteurs prédictifs sont rapportés dans la littérature, dont le statut fonctionnel, le statut cognitif, le soutien social, la comorbidité et la fragilité.

Le statut fonctionnel à l'admission s'avère le facteur le plus prédictif d'un retour à domicile sécuritaire (Preyde et Brassard 2011, Garcia-Perez *et al.* 2011, Saint-Hubert *et al.* 2010, Hoogerguijn *et al.* 2007 et Campbell *et al.* 2004). Plus la personne est autonome dans la réalisation de ses activités au quotidien, moins elle présente de risque à son retour à domicile. L'absence de dépendance au niveau fonctionnel est documentée dans la revue systématique et méta-analyse récente de Carpenter et ses collaborateurs (Carpenter *et al.*, 2015) comme étant le seul facteur qui réduit le risque de mortalité et d'institutionnalisation. Le statut fonctionnel est également la

dimension principale des évaluations des ergothérapeutes cliniciens afin de statuer sur le retour à domicile (Crennan et MacRae, 2010 et Holm *et al.*, 2012).

Le statut cognitif du patient à l'admission est également un facteur prédictif pour le retour à domicile sécuritaire (Preyde et Brassard, 2011, Saint-Hubert *et al.*, 2010, Hoogerguijn *et al.*, 2007, Anderson *et al.*, 2006 et Campbell *et al.*, 2004). Une méta-analyse (Witlox *et al.*, 2010) traite spécifiquement du délirium. Elle conclut que le délirium est associé à la mortalité, l'augmentation de l'institutionnalisation et la démence suite à l'hospitalisation chez les personnes âgées. Les ergothérapeutes cliniciens sont préoccupés par la dimension cognitive de la personne hospitalisée, dimension qui occupe une place importante dans l'évaluation. En effet, des tests de dépistage au niveau cognitif sont fréquemment utilisés afin de soutenir leur décision clinique concernant l'évaluation au congé. Ils évaluent principalement le statut cognitif lors des évaluations fonctionnelles, dont la capacité du patient à résoudre des problèmes (Crennan et MacRae, 2010).

Le manque de soutien social augmente le risque des personnes âgées d'expérimenter davantage d'effets indésirables après un congé de l'hôpital (Preyde et Brassard, 2011, Saint-Hubert *et al.*, 2010, Jacob *et al.*, 2008 et Anderson *et al.*, 2006). Le fait de demeurer seul et la disponibilité des soins au congé ont été relevés comme des facteurs significatifs (Preyde et Brassard, 2011). Dans l'étude de Crennan et MacRae (2010), les auteurs relèvent que les ergothérapeutes prennent systématiquement en considération le support de la famille ainsi que des aidants lors de leur évaluation.

La comorbidité est aussi un facteur qui a été identifié dans quelques études (Robinson *et al.*, 2012, Preyde et Brassard 2011, Garcia-Perez *et al.* 2011, Anderson *et al.*, 2006). La comorbidité est une situation commune lorsque l'individu présente plus d'un diagnostic, que ce soit médical ou psychologique (Firestone et Marshall, 2003). La présence et l'importance de comorbidités sont souvent liées à d'autres facteurs dont la prise de plusieurs médicaments, la durée de l'hospitalisation et des problèmes

d'ordre physique, psychologique, psychosocial et fonctionnel (Preyde et Brassard, 2011), qui augmentent la probabilité des risques d'effets indésirables.

Enfin, plusieurs auteurs soulignent le concept de fragilité (Carpenter *et al.*, 2015, Preyde et Brassard, 2011, Saint-Hubert *et al.*, 2010) comme étant aussi un facteur prédictif pour le retour à domicile sécuritaire chez les personnes âgées. La fragilité est définie comme un état de vulnérabilité caractérisé par une diminution des réserves physiologiques et de résistance aux stressors (Bergman *et al.*, 2007, Fried *et al.*, 2001). Les auteurs mentionnent qu'il est utile d'identifier les personnes âgées fragiles et hospitalisées, puisqu'elles sont prédisposées à un risque plus élevé d'effets indésirables. Ce concept est sous-utilisé par les ergothérapeutes, mais demeure important à considérer dans l'évaluation pour déterminer un plan d'intervention adapté à leurs besoins spécifiques et complexes (Provencher *et al.*, 2012).

## **2.5 Outils de mesure existants en soins aigus**

Par la suite, il importe de répertorier les outils de mesure existants en soins aigus afin de vérifier s'ils permettraient d'outiller les ergothérapeutes du CHUS afin d'uniformiser les pratiques quant à l'évaluation du retour à domicile des patients hospitalisés.

### *2.5.1 Outils de mesure utilisés par les divers professionnels en soins aigus en lien avec le retour à domicile*

Dans la littérature, certains outils de mesure existent en lien avec le retour à domicile pouvant être utilisés par divers professionnels. Les principales caractéristiques des outils de mesure, notamment l'objectif, les dimensions abordées, la clientèle et le contexte d'utilisation ont été répertoriés et sont présentés à titre d'information à l'annexe A.

### *2.5.2 Outils de mesure utilisés par les ergothérapeutes en soins aigus en lien avec le retour à domicile*

Les ergothérapeutes utilisent aussi divers outils de mesure pour évaluer les patients hospitalisés. La majorité des outils abordent plusieurs dimensions (Robertson et Blaga, 2013, Crennan et MacRae, 2010). Seulement l'étude de Crennan et MacRae (2010) identifie les principaux outils de mesure qui sont utilisés par les ergothérapeutes pour évaluer spécifiquement la sécurité au congé. Selon les résultats obtenus par ces auteurs, l'évaluation fonctionnelle non standardisée est la plus fréquemment utilisée par les ergothérapeutes. Les outils Kohlman Evaluation of Living Skills (Kohlman, 1992), Canadian Occupational Performance Measure (Law *et al.*, 1990), Montreal Cognitive Assessment (Nasreddine *et al.*, 2005), Mini-Mental State Examination (Folstein *et al.*, 1975) sont aussi utilisés par les ergothérapeutes et ont été répertoriés à l'annexe B.

### *2.5.3 Outils de mesure utilisés par les ergothérapeutes du CHUS*

Les ergothérapeutes du CHUS travaillant avec la clientèle adulte en santé physique ont aussi été consultés en groupe, dans le cadre d'une formation, notamment pour savoir quels outils de mesure ils utilisaient dans leur pratique. Les réponses obtenues indiquent que les ergothérapeutes n'utilisent pas un outil de mesure spécifique pour évaluer le retour à domicile sécuritaire des personnes âgées et des adultes, mais qu'ils utilisent plusieurs outils pour les aider dans leur prise de décision. Ces outils, ainsi que leurs principales caractéristiques, ont été relevés à l'annexe C.

## **2.6 Contexte de l'évaluation de l'ergothérapeute en soins aigus**

L'évaluation par les ergothérapeutes dans un milieu hospitalier s'effectue souvent dans un contexte de pratique sous-optimal. L'environnement n'est pas propice et ne représente pas, dans la majorité des cas, l'environnement à domicile. Les patients sont évalués dans un environnement non familier ce qui influence les données recueillies (Provencher *et al.*, 2009). Le manque de temps est aussi souvent rapporté par les ergothérapeutes (Holm et Mu, 2012). Ils doivent évaluer divers

aspects de la personne sur une courte période. De plus, le patient n'est souvent pas disposé à compléter l'évaluation au moment où elle est demandée. Certains présentent encore des symptômes, de la fatigue, des problèmes de communication, des effets de la médication et une perturbation de la routine de vie et des rôles occupationnels (Crennan et MacRae, 2010, Holm et Mu, 2012, Smith-Gabai, 2011). Parfois, certains démontrent des signes d'anxiété en contexte d'évaluation et espèrent seulement retourner à domicile le plus tôt possible.

## **2.7 Synthèse de la recension des écrits**

Bref, pour résumer l'état de la situation, la recension des écrits permet de constater qu'aucun outil de mesure n'existe présentement dans la littérature ayant comme objectif d'évaluer les personnes âgées et les adultes quant au retour à domicile sécuritaire. Les outils répertoriés ne prennent pas compte, dans leurs dimensions abordées, de tous les facteurs prédictifs liés à un retour à domicile sécuritaire. De plus, aucun outil n'a été développé spécifiquement pour les ergothérapeutes et n'est applicable pour l'utilisation avec une clientèle de personnes âgées et d'adultes. Bien que valide au plan métrologique, certains outils nécessiteraient une adaptation pour être utilisés dans un contexte de soins aigus et avant de pouvoir être utilisés par les ergothérapeutes en raison de contraintes organisationnelles (notamment les durées d'hospitalisation et les priorités institutionnelles). La recension des outils de mesure utilisés par les ergothérapeutes du CHUS a aussi permis de relever qu'aucun outil n'est utilisé présentement et spécifiquement quant au retour à domicile. Les ergothérapeutes vont prendre en considération plusieurs dimensions de la personne, mais celles-ci ne sont pas nécessairement en lien avec les facteurs prédictifs d'un retour à domicile sécuritaire. Les évaluations varient selon chaque ergothérapeute qui utilise une approche individualisée à chaque patient.

### **CHAPITRE 3 : OBJECTIFS DU PROJET D'INNOVATION**

Afin de combler les lacunes observées dans la synthèse de la recension des écrits et de répondre à la question de recherche, un projet d'innovation a été réalisé en considérant un objectif général et des objectifs spécifiques.

#### **3.1 Objectif général**

Développer un guide, basé sur les données probantes, afin d'uniformiser les pratiques des ergothérapeutes du CHUS pour l'évaluation des personnes âgées et des adultes quant au retour à domicile dans le but d'éviter des effets indésirables.

#### **3.2 Objectifs spécifiques**

- 1- Documenter le besoin de développer un guide, les objectifs du guide et planifier l'élaboration du guide quant au retour à domicile sécuritaire des personnes âgées et des adultes selon les données probantes.
- 2- Concevoir un guide basé sur les données probantes selon les dimensions de l'évaluation et développer une version préliminaire.
- 3- Évaluer la validité de contenu du guide avec les ergothérapeutes cliniciens du CHUS par une approche de co-construction afin de favoriser l'application dans le milieu.
- 4- Rédiger une version finale du guide à l'intention des ergothérapeutes en tenant compte de l'appréciation du guide.

### **CHAPITRE 4 : DEVIS DE DÉVELOPPEMENT D'OUTIL**

La méthodologie du présent travail s'inspire des approches couramment utilisées dans la littérature en ce qui concerne le développement d'outil. La démarche générale s'organise en fonction des phases de planification, de construction, d'évaluation et de validation décrites par Benson et Clark (1982) et correspond aux objectifs du projet (voir tableau 1). De façon parallèle, la séquence des étapes sera

également détaillée à l'aide de la perspective de Kielhofner, notamment parce que la méthodologie qu'il propose s'applique bien au contexte du développement d'un guide tel que celui qui est envisagé dans le cadre du présent projet (Kielhofner, 2006).

Tableau 1

## Résumé du processus de développement du guide

	Phases	Étapes
Planification	1. Documenter le besoin de développer un guide	-Analyser les outils de mesure existants en soins aigus
	2. Documenter les objectifs du guide	-Démontrer les deux principaux objectifs : -Outiller les ergothérapeutes en soins aigus -Éviter les effets indésirables liés à un retour à domicile suite à une hospitalisation
	3. Planifier l'élaboration du guide	-Choisir un modèle conceptuel -Analyser les facteurs prédictifs associés à un retour à domicile sécuritaire -Analyser les dimensions abordées dans les outils de mesures -Documenter les autres éléments à considérer dans l'élaboration du guide
Construction	4. Développer une version préliminaire du guide	-Développer les dimensions de l'évaluation
Évaluation et validation	5. Évaluer la validité de contenu de la version préliminaire du guide	-Recruter les participants au projet -Valider les dimensions à considérer et pondération de leur importance selon les répondants par un questionnaire -Valider les choix faits par les membres du groupe et procéder à la sélection finale des dimensions à inclure dans le guide par la méthode TRIAGE
	6. Rédiger la version finale du guide	-Consulter les ergothérapeutes par un questionnaire pour connaître leur avis sur l'appréciation du guide -Rédiger la version finale du guide en tenant compte de leurs commentaires et en incluant un aide-mémoire



Le devis méthodologique de développement d'un nouvel outil est particulier parce qu'il est constitué de plusieurs étapes successives à l'intérieur desquelles les résultats d'une étape donnée déterminent les suites à donner à l'étape suivante. En effet, plusieurs articles publiés relatant le développement d'un nouvel outil présentent les procédures de chacune des étapes en y intercalant les résultats partiels correspondants au fur et à mesure (Benson et Clark, 1982, Rudman et *al.*, 1998, Veillette et *al.*, 2008). C'est donc l'approche qui sera utilisée pour le développement du guide dans le prochain chapitre.

## **CHAPITRE 5 : DÉVELOPPEMENT DU GUIDE DESTINÉ AUX ERGOTHÉRAPEUTES**

### **5.1 Phase 1 : Documenter le besoin de développer un guide**

Tout d'abord, il s'avère essentiel de documenter le besoin avant de développer un nouvel outil ou un guide (Benson et Clark, 1982, Kielhofner, 2006). Ce besoin a été documenté préalablement au début du processus dans la section de la synthèse de la recension des écrits. Ce sont notamment ces données qui ont mené à l'élaboration des objectifs du présent projet.

#### *5.1.1 Analyser les outils de mesure existants en soins aigus*

Une analyse plus approfondie des outils de mesure répertoriés dans la littérature scientifique a été effectuée. Les caractéristiques des outils de mesure ont été analysées ainsi que l'applicabilité de l'outil pour le contexte clinique en lien avec le présent travail. L'applicabilité des outils a été décrite selon une échelle de 1 à 3, basée sur trois critères : la similarité entre la clientèle, le contexte et la possibilité d'utiliser l'outil de mesure dans la pratique (voir annexe A, B, C). En général, la plupart des outils utilisés par les divers professionnels en lien avec le retour à domicile sont des outils de repérage (ex : COMPRI, ISAR, TRST, etc). Plusieurs outils ont été développés en anglais, dans un contexte d'urgence et nécessiterait une adaptation pour être applicable avec la clientèle hospitalisée francophone. De plus,

ces outils ne visent pas directement à évaluer le retour à domicile sécuritaire des patients hospitalisés. Les outils de mesure utilisés par les ergothérapeutes selon la littérature et par les ergothérapeutes du CHUS sont davantage applicables en considérant les trois critères établis. Toutefois, aucun outil n'a comme objectif l'évaluation du retour à domicile sécuritaire des patients hospitalisés. La majorité des outils de mesure sont spécifiques à l'évaluation des habiletés cognitives (ex : CCT, MMSE, MOCA, PECPA-2R) et ne considèrent donc pas tous les facteurs prédictifs d'un retour à domicile sécuritaire. Tel que mentionné dans la synthèse de la recension des écrits, aucun outil ne peut donc être utilisé pour outiller les ergothérapeutes quant au retour à domicile sécuritaire des personnes âgées et des adultes hospitalisés.

## **5.2 Phase 2 : Documenter les objectifs du guide**

Une fois que le besoin de développer un outil est documenté et bien établi, l'étape suivante est d'identifier les objectifs de l'outil, en incluant quel type d'informations sera généré et dans quel but l'information sera utilisée (Kielhofner, 2006). L'outil dont il est question dans le présent projet consiste en un guide qui sera un outil clinique pour les ergothérapeutes du CHUS afin de les guider dans la collecte de données pertinentes pour l'évaluation des adultes et des personnes âgées quant au retour à domicile sécuritaire. Ce guide aidera les ergothérapeutes dans leur raisonnement clinique, à prendre une décision éclairée concernant le retour à domicile des patients. Ultiment, le développement d'un guide visera à éviter les effets indésirables suite à l'hospitalisation des personnes âgées et des adultes.

Selon le référentiel des compétences des ergothérapeutes (Ordre des ergothérapeutes, 2015), les professionnels doivent fonder leurs décisions professionnelles sur l'analyse de données probantes. Selon Sackett et *al.* (2000), la pratique basée sur les données probantes est définie comme l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures et récentes connaissances scientifiques lors de la prise de décision concernant les soins d'un client. L'utilisation d'un guide par les ergothérapeutes au CHUS pourrait faciliter leur prise de décision tout en se basant sur les données

probantes. Étant donné que l'évaluation des patients hospitalisés quant au retour à domicile peut aussi dépendre des valeurs des ergothérapeutes, de leur programme et de leurs formations antérieures, un tel guide permettrait d'uniformiser les pratiques entre les ergothérapeutes.

L'évaluation des adultes et des personnes âgées dans un milieu de soins aigus présente un défi complexe. Prédire la sécurité du patient est un élément majeur du processus de prise de décision dans un milieu de soins aigus et l'habileté dépend de l'expérience du thérapeute (Robertson et Blaga, 2012). Les ergothérapeutes expérimentés présentent des meilleures habiletés dans leur raisonnement clinique comparativement aux ergothérapeutes novices (Britton et *al.*, 2015, Holm et Mu, 2012). Un guide permettrait donc d'outiller les ergothérapeutes et plus particulièrement les novices dans leur raisonnement clinique. Holm et Mu (2012) suggère que le processus dépend majoritairement de l'expérience du thérapeute. Le raisonnement clinique de l'ergothérapeute qui a plusieurs années d'expérience diffère de l'ergothérapeute novice et est davantage basé sur une pratique centrée sur le client et sur l'occupation (Holm et Mu, 2012). Les ergothérapeutes expérimentés utilisent aussi de meilleures habiletés cliniques, considèrent les besoins des patients, se basent sur les expériences passées pour anticiper et identifier un plan d'action et sont plus confiants et efficaces dans leurs interventions (Holm et Mu, 2012).

Dans un même ordre d'idée, l'évaluation dépend aussi des formations reçues de l'ergothérapeute; l'administration de certaines évaluations nécessite une formation spécifique, comme par exemple, l'outil de mesure Arnadottir OT-ADL Neurobehavioural Evaluation (A-ONE). Le programme auquel appartient l'ergothérapeute est aussi un facteur influençant l'évaluation. Les listes d'attente diffèrent d'un programme à l'autre et donc le temps disponible à l'évaluation des patients.

Les valeurs de l'ergothérapeute vont aussi teinter l'évaluation. Étant donné la grande diversité des valeurs des ergothérapeutes et d'une identité professionnelle ambiguë, une étude exploratoire (Drolet et Desormeaux-Moreau, 2014) a été réalisée afin de déterminer l'importance accordée par les ergothérapeutes aux valeurs de l'ergothérapie et à celles rapportées par les ergothérapeutes. L'étude répertorie les principales valeurs des ergothérapeutes et conclut aussi que l'importance accordée à des valeurs dépend du nombre d'année d'expérience de l'ergothérapeute, d'une formation en éthique et de l'université à laquelle l'ergothérapeute a étudié. De plus, les études ont démontré que les cliniciens sont influencés principalement par la valeur de sécurité plutôt que par la valeur d'autonomie lors de leur prise de décision (Moats et Doble, 2006). Malgré le fait que les pratiques actuelles sont centrées sur le client et que c'est un aspect important de la pratique en ergothérapie, les ergothérapeutes ne prennent pas toujours en considération le point de vue du patient lorsqu'il est question de sa sécurité.

Tel que mentionné dans la recension des écrits, les principaux effets indésirables comprennent la réadmission, le déclin fonctionnel, l'admission en institution et la mortalité (Preyde et Brassard, 2011). Les personnes à risque bénéficient d'une évaluation axée sur les facteurs de risque afin d'éviter ou de minimiser les effets indésirables (Preyde et Brassard, 2011). Un guide basé sur les données probantes permettrait donc de minimiser à plus long terme les effets indésirables.

### **5.3 Phase 3 : Planifier l'élaboration du guide**

Divers aspects doivent être pris en considération dans la phase de planification du guide à l'intention des ergothérapeutes. L'identification d'un modèle conceptuel, des facteurs prédictifs associés à un retour à domicile sécuritaire, des dimensions de l'évaluation quant au retour à domicile sécuritaire ainsi que des autres éléments à considérer permettront de bien planifier et de bien élaborer le guide.

### 5.3.1 Choisir un modèle conceptuel : le modèle Personne-Environnement-Occupation

Le choix de modèles basés sur l'occupation afin de guider le raisonnement clinique des ergothérapeutes a été démontré dans la littérature (Ashby et Chandler, 2010).

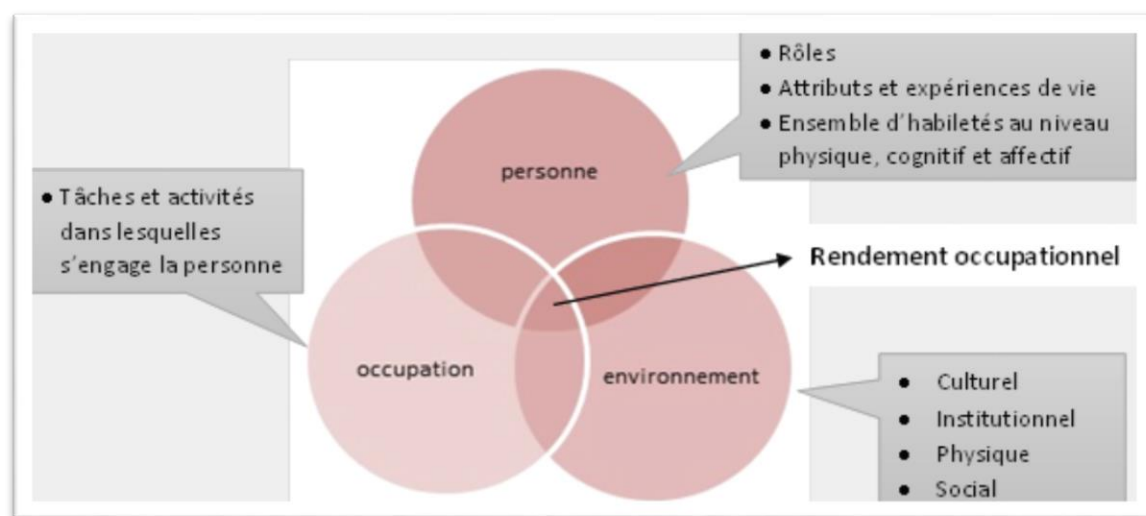
Le modèle Personne-Environnement-Occupation (PEO) a été développé par Law et *al.* (Law et *al.*, 1996). Il convient bien au milieu de soins aigus et procure un cadre propice pour le développement du guide. De plus en plus d'études démontrent les bénéfices de l'utilisation du PEO, notamment l'étude de Maclean (2012), qui souligne l'utilité de ce modèle par sa flexibilité en milieu hospitalier.

Les principaux construits du modèle et le langage utilisé permettent de faciliter la compréhension par les ergothérapeutes et de favoriser des communications plus efficaces entre les intervenants de l'équipe (Maclean et *al.*, 2012). De plus, le PEO est utilisable pour toutes les clientèles, autant les adultes que les personnes âgées plus vulnérables. Ce modèle considère les buts et les valeurs du patient, sans y être un élément central, étant donné qu'il est parfois difficile d'intégrer cette approche dans un milieu de soins aigus quand la personne n'est pas nécessairement en mesure de faire des choix éclairés et que sa sécurité est compromise (Durocher et *al.*, 2015). De plus, le modèle PEO est décrit dans l'étude de Robertson et Blaga (2013) pour expliquer le rôle de l'ergothérapeute en soins aigus qui est d'évaluer la personne et de faire des liens avec son environnement. Finalement, le PEO considère le temps et le développement de la personne. En effet, lors de la prise de décision quant au retour à domicile, il est important pour l'ergothérapeute de considérer les éléments avant l'hospitalisation, les changements et les risques possibles si un retour à domicile est envisagé.

Le modèle PEO se résume par un schéma (voir figure 1) où chaque dimension est représentée par un cercle et où le rendement occupationnel est central. Le rendement occupationnel est donc la résultante qui reflète la congruence entre la personne,

l'occupation et son environnement. Ce modèle dynamique démontre bien comment les changements dans chaque sphère affectent le rendement, qui est défini dans une perspective développementale, à travers le temps. L'environnement est aussi en constant changement et est souvent plus facile à modifier que les caractéristiques de la personne. Le rôle de l'ergothérapeute est donc, à travers ses interventions, de maximiser la congruence entre la personne, l'occupation et son environnement (Strong *et al.*, 1999).

FIGURE 1  
Modèle Personne-Environnement-Occupation (PEO)



Adapté de Law *et al.*, 1996

### 5.3.2 Analyser les facteurs prédictifs associés à un retour à domicile sécuritaire

La recension des écrits a permis de constater que les auteurs ne s'entendent pas tous sur les facteurs prédictifs associés à un retour à domicile sécuritaire. Toutefois, les facteurs liés au statut fonctionnel, au statut cognitif, au soutien social, à la comorbidité et à la fragilité paraissent les plus souvent associés à un retour sécuritaire au domicile chez les personnes âgées et les adultes (L.Courchesne, 2015). Ces facteurs ont été décrits préalablement dans la recension des écrits.

Il est aussi important de souligner que la combinaison de certains facteurs de risque augmente les effets indésirables. Une étude relève que les facteurs de risque les plus importants résultent de la combinaison de la fragilité médicale, du fonctionnement psychologique et du manque de support social (Preyde et Brassard, 2011). En pratique, l'analyse de l'ergothérapeute concernant la décision du retour à domicile est basée sur plusieurs facteurs. Une personne présentant des difficultés au niveau cognitif, de son statut fonctionnel et qui a un pauvre réseau social sera considérée davantage à risque pour retourner à domicile.

### *5.3.3 Analyser les dimensions abordées dans les outils de mesure*

Afin de développer les principales dimensions de l'évaluation, l'analyse de contenu des dimensions abordées dans les outils de mesure existants dans la littérature utilisés par les professionnels (voir annexe A), ainsi que des outils utilisés par les ergothérapeutes en général (voir annexe B) et par les ergothérapeutes du CHUS (voir annexe C) a été effectuée en se basant sur le modèle conceptuel choisi. Le tableau 2 à la page suivante résume les résultats de l'analyse de contenu qui a été réalisée. Cette analyse a permis de mettre en évidence les principales dimensions couvertes par les outils de mesure déjà existants dans la littérature. Ces dimensions sont les habiletés cognitives (24), les activités et les tâches occupationnelles (15), les habiletés physiques (13) ainsi que les attributs et expérience de vie (9). La composante de l'environnement est aussi souvent évaluée dans les outils de mesure et plus particulièrement l'environnement social (8). La majorité des outils de mesure utilisés par les professionnels documentent plusieurs dimensions tandis que les outils utilisés par les ergothérapeutes du CHUS évaluent surtout les habiletés cognitives.

**Tableau 2**  
Grille d'analyse de contenu des dimensions abordées des outils de mesure utilisés par les professionnels et les ergothérapeutes en soins aigus selon le PEO

		Évaluations utilisées par les professionnels quant au retour à domicile sécuritaire selon la littérature										Évaluations utilisées par les ergothérapeutes quant au retour à domicile sécuritaire selon la littérature				Évaluations utilisées par les ergothérapeutes du CHUS pour les aider dans leur prise de décision quant au retour à domicile sécuritaire												
Composantes	Dimensions	BRASS	COMPRI	ESFU-PA	HARP	ISAR	PAT	SHERPA	TRST	UNAI	VIP	Éval. fonctionnelle NS	KELS	MCRO	MMSE	MOCA	A-ONE	CCT	EMAF	GOAT	MVPT	PECPA-2R	PRPP	Test de l'horloge	Test des cloches	Trail making A et B	Nombre total	
		Personne	Rôles		X																							
Attributs et expérience de vie	X		X	X	X	X	X	X	X		X																	9
Habiletés physiques	X		X	X	X	X	X	X	X		X	X	X				X											13
Habiletés cognitives	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	24
Habiletés affectives			X	X			X	X		X		X		X			X											8
Environnement	Culturel			X			X			X		X		X														5
	Institutionnel			X						X		X		X														4
	Physique			X			X			X		X		X														5
	Social	X		X			X		X	X	X	X		X														8
Occupation	Activités et tâches	X		X	X	X	X		X	X	X	X	X			X	X	X					X				15	



### 5.3.4 Documenter les autres éléments à considérer dans l'élaboration du guide

La dernière étape de la planification du guide consiste à documenter les éléments à considérer dans l'élaboration du guide.

#### 5.3.4.1 Applicabilité, utilité clinique et acceptabilité

L'applicabilité est l'utilisation d'un outil de mesure pour une population donnée dans un contexte spécifique (Auger et *al.*, 2006). Étant donné le contexte du milieu de soins aigus, caractérisé par une attribution rapide des congés, le guide doit pouvoir être consulté rapidement par les ergothérapeutes. En effet, les évaluations standardisées sont peu utilisées en soins aigus en lien avec les contraintes de temps (Crennan et MacRae, 2010). Un aide-mémoire facilitera aussi l'appropriation du guide. De plus, ce guide pourra être utilisé par les ergothérapeutes du CHUS pour l'évaluation de tous les adultes et les personnes âgées hospitalisés en santé physique.

L'utilité clinique d'un outil de mesure est déterminé par son contexte clinique spécifique et par son but spécifique (Auger et *al.*, 2006). L'ergothérapeute a un rôle central dans l'évaluation du patient concernant le retour à domicile sécuritaire. À cet égard, des auteurs démontrent que des procédures standardisées permettraient aux ergothérapeutes de mieux orienter leur décision (Robertson et Blaga, 2013). Toutefois, dans la littérature, tel que mentionné, aucun outil de mesure n'existe spécifiquement pour les ergothérapeutes combinant tous les facteurs prédictifs d'un congé sécuritaire (Crennan et MacRae, 2010). Plusieurs auteurs concluent que le développement d'un outil d'évaluation en lien avec le congé des patients, qui considérerait tous les facteurs prédictifs, devrait être envisagé dans des recherches futures (Preyde et Brassard, 2011, Crennan et MacRae, 2010).

L'acceptabilité implique l'évaluation de l'outil par les usagers en terme d'expérience subjective (Auger et *al.*, 2006). Le guide doit être compatible avec les intervenants pour

favoriser une meilleure acceptabilité. Il doit être perçu comme cohérent avec les valeurs existantes de l'établissement, les expériences passées et les besoins des professionnels (Sylvain, 2012). L'implication des ergothérapeutes par la méthode TRIAGE favorisera l'acceptabilité. Cette méthode permettra à ce que les ergothérapeutes du CHUS se sentent concernés dans la démarche et s'approprient le guide (Gervais et *al.*, 2000).

#### 5.3.4.2 *Considération des valeurs et des buts du patient*

L'approche centrée sur le client est au cœur de la pratique en ergothérapie. En milieu de soins aigus, il est démontré que les ergothérapeutes priorisent souvent la sécurité au détriment des valeurs et des buts du patient surtout pour les patients fragiles, présentant des atteintes au niveau cognitif (Moats, 2007, Durocher et *al.*, 2015). Toutefois, en considérant ces aspects, les ergothérapeutes obtiennent un portrait plus exact de chaque patient en obtenant sa perspective (Holm et Mu, 2012). Ils peuvent ainsi mieux informer la famille et le patient des risques potentiels si le plan de congé s'avère non optimal et émettre les recommandations nécessaires. Sans être basé strictement sur une approche centrée sur le client, le guide devrait donc tenir compte des valeurs du patient et de ses buts en regard du congé (Holm et Mu, 2012, Crennan et MacRae, 2010).

#### 5.3.4.3 *Travail d'équipe*

Le guide a été élaboré pour les ergothérapeutes, qui sont des acteurs-clés dans la planification du congé. Toutefois, parmi les éléments à considérer dans l'élaboration du guide, il faut tenir compte du fait qu'il est préférable de favoriser un travail d'équipe dans les cas de situations complexes. Or, l'évaluation du patient en milieu de soins aigus quant au retour à domicile est complexe. Atwal *et al.* (2012), mentionnent qu'une approche multidisciplinaire procure un support utile pour les cliniciens lorsqu'ils sont confrontés à une prise de décision complexe impliquant des risques. Cette approche est également à privilégier étant donné que la gestion du risque est au centre du processus de planification du congé et que la tolérance au risque varie selon chaque personne.

#### 5.3.4.4 Visites à domicile

Finalement, les visites à domicile avant le congé ont été démontrés comme étant efficaces afin d'éviter les effets indésirables une fois de retour à domicile, dont les risques de chute et de réadmission. Les visites à domicile augmentent la participation du patient dans ses activités au quotidien (Lockwood *et al.*, 2015). Elles ont été qualifiées d'utiles et valables pour évaluer le fonctionnement du patient dans son environnement (Ngyard *et al.*, 2004). Toutefois, cette procédure n'est pas possible en raison des contraintes organisationnelles et financières actuelles du système de santé québécois en général, incluant la région de Sherbrooke. En conséquence, les visites à domicile avant le congé hospitalier ne font pas partie des tâches des ergothérapeutes de l'hôpital. Toutefois, ces visites peuvent être recommandées aux professionnels du soutien à domicile suite à l'évaluation en milieu hospitalier. Les visites à domicile devraient être privilégiées dans les cas de situations complexes et pour les personnes âgées fragiles afin d'identifier les risques de l'environnement (Ngyard *et al.*, 2004). Elles peuvent aussi être recommandées lorsqu'une incertitude demeure quant aux risques anticipés ou lors d'une incongruence entre les besoins du patient et de son environnement (Robertson et Blaga, 2013).

### 5.4 Phase 4 : Développer une version préliminaire du guide à l'intention des ergothérapeutes

La phase suivante consiste à développer la version préliminaire du guide à l'intention des ergothérapeutes.

Une première version du guide a donc été conçue en considérant les dimensions selon l'analyse de contenu des outils de mesure existant dans la littérature et les facteurs prédictifs d'un retour à domicile sécuritaire. Dix-sept sous-dimensions ont été identifiées importantes à considérer lors de l'évaluation et ont été organisées selon le modèle PEO. Ces dimensions sont les suivantes : 1) Attentes du patient et de la famille, 2) Hospitalisations précédentes, 3) Comorbidités, 4) Fragilité, 5) Prise de médicaments, 6) Risque de chute, 7) Mobilité, 8) Délirium au cours de l'hospitalisation, 9) Errance, 10) Faire de bons choix selon ses capacités, les apprécier et s'ajuster, 11) Capacité à résoudre des problèmes, 12) Capacité à se rappeler des informations, 13) Soutien social, 14) Disponibilité des soins au congé, 15) Caractéristiques du domicile, 16) Accès aux

services de santé, 17) Autonomie dans les activités au quotidien. Chacune des dimensions a été décrite dans la première version du guide avec un tableau résumé.

### **5.5 Phase 5: Évaluer la validité de contenu de la version préliminaire**

Suite au développement de la version préliminaire du guide, la phase 5 consiste à consulter les ergothérapeutes pour effectuer une validation de contenu du guide. Cette validation s'est effectuée en deux étapes.

#### *5.5.1 Recrutement des participants au projet*

Onze ergothérapeutes qui travaillent dans les divers programmes de l'un ou l'autre des deux sites du CHUS auprès de la clientèle hospitalisée de personnes âgées et adultes ont été sollicités par courriel pour participer au projet. Le courriel comprenait un document pour expliquer le thème, les objectifs et les étapes du projet, la version préliminaire du guide, le déroulement de la rencontre en groupe ainsi que le lien pour répondre en ligne à un court questionnaire. Les ergothérapeutes qui souhaitaient participer au projet étaient libérés de leurs tâches cliniques.

#### *5.5.2 Étape 1 : validation initiale de contenu par questionnaire*

##### *5.5.2.1 Questionnaire 1*

Un premier questionnaire a été diffusé en ayant recours à la plate-forme en ligne « Monkey Survey ». Il comportait huit questions et ces questions étaient divisées en deux sections (voir le questionnaire 1 à l'annexe D). La première section du questionnaire permettait d'obtenir un portrait des caractéristiques des participants. La seconde section portait sur les sous-dimensions du guide élaborées à partir des diverses informations issues de la recension initiale des écrits. Elle permettait d'avoir un premier avis des ergothérapeutes sur les dimensions importantes à considérer lors de l'évaluation des personnes âgées et des adultes quant au retour à domicile sécuritaire. Tel que mentionné précédemment, le lien pour accéder au questionnaire avait été envoyé par courriel aux participants, qui avaient trois semaines pour y répondre. Un rappel a été fait par courriel cinq jours avant la date limite.

### *5.5.2.2 Résultats obtenus au questionnaire 1*

#### *5.5.2.2.1 Caractéristiques des répondants au questionnaire*

Au total, huit ergothérapeutes sur les 11 qui avaient été sollicités ont répondu au questionnaire. Plus de la moitié des ergothérapeutes (n=5) ont moins de 10 ans d'expérience en tant qu'ergothérapeute d'une part mais aussi, en tant qu'ergothérapeute dans un contexte où ils ont à évaluer le retour à domicile sécuritaire des personnes âgées et des adultes. Les ergothérapeutes ont fréquenté diverses universités pour compléter leurs études mais la plupart ont gradué d'université montréalaises (n=5). Un seul ergothérapeute possède une formation intégrée baccalauréat-maîtrise en ergothérapie. Les ergothérapeutes qui ont répondu au questionnaire ont travaillé dans divers programmes-clientèles au CHUS et ont donc des expériences et des formations différentes. Les caractéristiques des participants sont résumées dans le tableau 3 suivant.

Tableau 3  
Caractéristiques des ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire 1 (n=8)

Caractéristiques	Nombre de répondants
Site travaillé au CHUS	
Hôtel-Dieu	3
Fleurimont	5
Nombre d'années d'expérience (en tant qu'ergothérapeute)	
1-5 ans	1
6-10 ans	4
11-15 ans	1
16-25 ans	0
25 ans et plus	2
Nombre d'années d'expérience (dans un contexte d'évaluation quant au retour à domicile)	
1-5 ans	3
6-10 ans	2
11-15 ans	1
16-25 ans	1
25 ans et plus	1
Université où l'ergothérapeute a gradué	
Laval	1
De Montréal	3
McGill	2
D'Ottawa	1
De Sherbrooke	1
Programme-clientèle travaillé au CHUS	
Médecine générale et urgence	3
Mère-enfant	1
Soins cardiopulmonaire	2
Soins chirurgicaux	5
Soins critique et traumatologie	4
Soins médicaux spécialisés	5

#### 5.5.2.2.2 Dimensions à considérer selon les répondants

Les résultats au questionnaire ont permis de valider les 17 dimensions à considérer qui étaient ressorties lors de la recension des écrits et d'estimer l'importance de celles-ci lors de leur évaluation quant au retour à domicile sécuritaire et ce, selon la perspective des répondants au questionnaire. L'importance des dimensions a été estimée en attribuant une pondération à chacun des choix de réponse (Totalement en désaccord

=1, Plutôt en désaccord =2, Plutôt en accord =3, Totalement en accord =4), qui est ensuite multipliée par le nombre de répondants pour chacune des cellules du tableau de contingence (voir le tableau 4 qui suit dans le texte). Le total pondéré a été obtenu en additionnant le total pour chacune des dimensions. Ce total reflète l'importance de chacune des dimensions à considérer dans l'évaluation, qui ont ensuite été classées par ordre décroissant. Les niveaux de concordance entre les réponses des ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire ont aussi été illustrés (Élevé = 5 répondants et plus sur 8, Modéré = 3 ou 4 répondants sur 8, Faible = 1 ou 2 répondants sur 8). Les résultats sont présentés dans le tableau 4 suivant.

Tableau 4  
 Importance des dimensions à considérer dans l'évaluation quant au retour à domicile  
 sécuritaire selon les répondants au questionnaire 1 (n=8 répondants)

Dimensions à considérer dans l'évaluation	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Totalement en accord	Total pondéré *
Facteur de pondération	(n X 1)	(n X 2)	(n X 3)	(n X 4)	
Faire de bons choix selon ses capacités, les apprécier et s'ajuster (autocritique/jugement)	0	0	0	8	32
Soutien social	0	0	0	8	32
Mobilité	0	0	1	7	31
Risque de chute	0	0	1	7	31
Capacité à résoudre des problèmes	0	0	1	7	31
Disponibilité des soins au congé	0	0	2	6	30
Caractéristiques du domicile	0	0	2	6	30
Errance	0	0	2	6	30
Capacité à se rappeler des informations	0	0	3	5	29
Autonomie dans les activités au quotidien	0	0	3	5	29
Attentes du patient et de la famille	0	2	0	6	28
Prise de médicaments	0	0	4	4	28
Hospitalisations précédentes	0	1	4	3	26
Comorbidités	0	1	4	3	26
Accès aux services de santé	0	0	2	5	26
Fragilité	1	1	1	5	26
Délirium au cours de l'hospitalisation	0	3	1	4	25

\* Total pondéré = somme des produits du nombre de répondants par le facteur de pondération

Niveau de concordance entre les répondants :

Élevé = 6 répondants et plus / 8 (75% et +)
Modéré = 4 ou 5 répondants / 8 (50 à 75 %)
Faible = 1 à 3 répondants / 8 (50% et -)

Les résultats du questionnaire ont également permis d'ajouter 14 nouveaux concepts proposés par les participants qui n'étaient pas ressortis dans la recension de la littérature



scientifique. Ces concepts sont : 1) Probabilité du risque et gravité de la conséquence (priorisation) 2) Autonomie dans les activités de la vie domestique et les loisirs, 3) Autres aspects de la dimension cognitive (ex : attention, capacité visuo-perceptuelle, etc.), 4) Capacité d'adaptation, 5) Fréquence de consultation récente à l'urgence, 6) Niveau de collaboration du patient et son accord par rapport aux recommandations pré-congé, 7) Niveau de littératie en santé des patients, 8) Perceptions sensorielles, 9) Pronostic de récupération, 10) Respect des recommandations des médecins et professionnels, 11) Revenus de la personne (ex: adaptation du domicile, accès aux services de santé, etc.), 12) Risque de déconditionnement, 13) Risque de dénutrition, et 14) Stratégies compensatoires du client.

Les résultats du questionnaire ont permis d'orienter la phase suivante du projet, qui consistait à consulter les ergothérapeutes en ayant recours à un groupe de discussion basé sur la méthode TRIAGE.

### *5.5.3 Étape 2 : validation de contenu par la méthode TRIAGE*

#### *5.5.3.1 Méthode TRIAGE*

En se basant sur les ajustements découlant des réponses au questionnaire, la validation de contenu du guide a été effectuée en groupe, par la méthode TRIAGE (technique de recherche d'information par animation d'un groupe expert). Cette technique inductive et structurée vise l'obtention d'un consensus de groupe (Gervais et al., 2000). La durée de la rencontre prévue était de deux heures, incluant une période de mise en contexte et une autre période pour éclaircir certains concepts.

Conformément aux procédures de la méthode TRIAGE, les dimensions ont été classées dans cinq catégories (mémoire, regroupement, sélection, frigo et poubelle). Dans le cas du présent projet, les ergothérapeutes devaient discuter et statuer sur l'importance de chacune des dimensions en tant qu'élément dont il faut tenir compte lors de l'évaluation quant au retour à domicile sécuritaire. Concrètement, au terme des discussions de groupe, le consensus devait conduire à des catégories.

Ces catégories sont :

- 1- Mémoire : Concepts relevés comme pertinents par les participants quant à l'évaluation du retour à domicile sécuritaire des personnes âgées et des adultes;
- 2- Regroupement : Concepts jugés importants ou pertinents, à regrouper au besoin;
- 3- Sélection : Concepts constituant le choix final des participants (qui seront à prioriser par la suite);
- 4- Frigo : Concepts dont une incertitude persiste après discussion quant à la pertinence;
- 5- Poubelle : Concepts jugés non importants ou non pertinents.

### *5.5.3.2 Résultats obtenus au groupe TRIAGE*

#### *5.5.3.2.1 Déroulement de la rencontre de groupe TRIAGE*

La rencontre de groupe TRIAGE a eu lieu au CHUS site Fleurimont et a duré 2 heures 20 minutes. Neuf ergothérapeutes dont trois travaillant sur le site Hôtel-Dieu et six sur le site Fleurimont du CHUS ont participé à la rencontre. Une stagiaire en ergothérapie était également présente. La rencontre était animée par moi-même avec l'aide d'une co-animatrice qui est ergothérapeute.

#### *5.5.3.2.2 Dimensions à considérer selon les participants*

Avant la rencontre de groupe, tous les concepts relevés de la littérature et ceux ajoutés par les participants ont été qualifiés d'important à prendre en considération lors de l'évaluation et en conséquence, aucun concept n'a été rejeté d'emblée à la poubelle. Les résultats pour lesquels les ergothérapeutes ont été totalement en accord et ceux pour lesquels ils étaient à 75% et plus en accord dans la phase préliminaire ont été classés directement dans la catégorie « Sélection ». Pour ce qui est des autres dimensions pour lesquelles les niveaux de concordance entre les répondants n'atteignaient pas le seuil de 75%, ils ont été placés dans la catégorie « Mémoire ». Les nouveaux concepts proposés par les répondants qui se sont ajoutés lors du questionnaire ont également été ajoutés dans la catégorie « Mémoire ». À ce sujet, voir le tableau 5 qui suit, et qui résume le classement

des concepts suite au questionnaire réalisé auprès des ergothérapeutes. Celui-ci est à la base de la discussion en groupe.

Tableau 5  
Classement des concepts suite au questionnaire réalisé auprès des ergothérapeutes du CHUS

Mémoire	Sélection
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attentes du patient et de la famille</li> <li>• Hospitalisations précédentes</li> <li>• Comorbidités</li> <li>• Fragilité</li> <li>• Prise de médicaments</li> <li>• Délirium au cours de l'hospitalisation</li> <li>• Capacité à se rappeler des informations</li> <li>• Accès aux services de santé</li> <li>• Autonomie dans les activités au quotidien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risque de chute</li> <li>• Mobilité</li> <li>• Errance</li> <li>• Faire de bons choix selon ses capacités, les apprécier et s'ajuster</li> <li>• Capacité à résoudre des problèmes</li> <li>• Soutien social</li> <li>• Disponibilité des soins au congé</li> <li>• Caractéristiques du domicile</li> </ul>
<p>Nouveaux concepts :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Probabilité du risque et gravité de la conséquence (priorisation)</li> <li>• Autonomie dans les activités de la vie domestique et au niveau des loisirs</li> <li>• Autres aspects au niveau de la dimension cognitive (ex : attention, capacité visuo-perceptuelle, etc.)</li> <li>• Capacité d'adaptation</li> <li>• Fréquence de consultation récente à l'urgence</li> <li>• Niveau de collaboration du patient et son accord par rapport à nos recommandations pré-congé</li> <li>• Niveau de littératie en santé des patients</li> <li>• Perceptions sensorielles</li> <li>• Pronostic de récupération</li> <li>• Respect des recommandations des médecins et professionnels</li> <li>• Revenus de la personne (ex: adaptation du domicile, accès aux services de santé...)</li> <li>• Risque de déconditionnement</li> <li>• Risque de dénutrition</li> <li>• Stratégies compensatoires du client</li> </ul>	

Lors du groupe de discussion TRIAGE, les ergothérapeutes ont pris leurs décisions par majorité et souvent à l'unanimité. Certains des concepts à discuter ont été éclaircis de nouveau lors du groupe, comme par exemple, la différence entre la disponibilité des soins

au congé et l'accès aux services de santé. Aussi, le concept de fragilité et de littératie en santé ont été discutés davantage par les participants. Quatre concepts qui avaient été mis dans la catégorie « Sélection » (mobilité, errance, faire de bons choix selon ses capacités, les apprécier et s'ajuster, capacité à résoudre des problèmes) ont été rediscutés et regroupés avec d'autres concepts.

Finalement, ce sont 15 concepts qui ont été sélectionnés. Il s'agit de : 1) Attentes du patient et de ses proches aidants, 2) Fragilité, 3) Contexte socio-économique, 4) Gestion du risque et de ses conséquences, 5) Niveau de littératie en santé, 6) Risque de chute, 7) Capacité d'adaptation, 8) Traitement de l'information cognitive, 9) Difficultés au niveau des comportements perturbateurs, 10) Soutien social, 11) Disponibilité des soins au congé, 12) Caractéristiques du domicile, 13) Accès aux services de santé, 14) Autonomie dans les activités essentielles au retour à domicile et 15) Gestion de la médication.

Le résultat des discussions, les regroupements de concepts et la sélection finale des concepts à considérer lors de l'évaluation sont résumés dans le tableau 6 suivant.

Tableau 6  
 Organisation et regroupement des concepts suite au groupe TRIAGE réalisé auprès des ergothérapeutes du CHUS

Mémoire	Regroupement	Sélection
	-Attentes du patient et de la famille	-Attentes du patient et des proches aidants
	-Hospitalisations précédentes	-Risque de chute
	-Comorbidités	-Soutien social
	-Déliirium au cours de l'hospitalisation	-Disponibilité des soins au congé
	-Fréquence de consultation récente à l'urgence	-Caractéristiques du domicile
	-Pronostic de récupération	-Accès aux services de santé
	-Risque de dénutrition	-Contexte socio-économique
	-Risque de déconditionnement	- Fragilité
	-Capacité d'adaptation	-Capacité d'adaptation
	-Stratégies compensatoires du client	
	-Prise de médicaments	-Gestion de la médication
	-Probabilité du risque et gravité de la conséquence (priorisation)	-Gestion du risque et de ses conséquences
	-Niveau de collaboration du patient et son accord par rapport à nos recommandations pré-congé	
	-Respect des recommandations des médecins et professionnels	
	-Autres aspects au niveau de la dimension cognitive (ex : attention, capacité visuo-perceptuelle, etc.)	-Traitement de l'information cognitive
	-Capacité à résoudre des problèmes	
	-Capacité à se rappeler des informations	
	-Faire de bons choix selon ses capacités, les apprécier et s'ajuster	
	- Perceptions sensorielles	
	-Errance	-Difficulté au niveau des comportements perturbateurs
	-Autonomie dans les activités au quotidien	-Autonomie dans les activités essentielles au RAD
	-Autonomie dans les activités de la vie domestique et au niveau des loisirs	
	-Mobilité	
		-Niveau de littératie en santé

## **5.6 Phase 6 : Rédiger la version finale du guide**

La dernière étape est de rédiger la version finale du guide à l'intention des ergothérapeutes, incluant un aide-mémoire. Les ergothérapeutes ont été consultés au préalable afin d'obtenir leurs commentaires sur l'appréciation du guide et de bonifier cette dernière version.

### *5.6.1 Questionnaire 2 : appréciation du guide*

Un second questionnaire a été réalisé et diffusé à l'aide de la plate-forme en ligne « Monkey Survey » (voir questionnaire 2 en annexe E). Ce questionnaire permettait d'obtenir l'avis des ergothérapeutes quant à l'appréciation de la seconde version du guide. La première section des questions portaient sur le format (3 questions), l'applicabilité (2 questions), l'utilité clinique (3 questions) et l'acceptabilité (5 questions) du guide. La seconde section permettait d'obtenir les commentaires des ergothérapeutes sur les points à améliorer, les points forts du guide ainsi que de donner leur appréciation générale. Les réponses au questionnaire demeuraient confidentielles.

### *5.6.2 Résultats obtenus au questionnaire 2*

#### *5.6.2.1 Répondants au questionnaire*

Au total, sept ergothérapeutes sur les neuf ergothérapeutes ayant participé au groupe TRIAGE ont répondu au second questionnaire portant sur l'appréciation du guide.

#### *5.6.2.2 Commentaires obtenus*

Tout d'abord, les réponses obtenues au questionnaire ont permis de constater que les ergothérapeutes sont majoritairement totalement en accord ou en accord, avec les aspects concernant le format, l'acceptabilité ainsi que l'applicabilité du guide dans la pratique. Un seul ergothérapeute était en désaccord avec une question portant sur l'utilité clinique, soit que le guide sera utile lors de l'enseignement aux stagiaires ou aux nouveaux ergothérapeutes. Cet élément sera d'ailleurs discuté en lien avec les résultats obtenus dans la section de la discussion.

Concernant les points à améliorer du guide, trois ergothérapeutes ont mentionné la pertinence de créer un aide-mémoire afin d'avoir les informations à portée de main et faciliter l'utilisation dans la pratique. Deux ergothérapeutes ont discuté qu'il serait intéressant d'avoir des façons concrètes de « comment » évaluer chacune des dimensions, ce qui peut être plus aidant pour les ergothérapeutes ayant peu d'expérience. L'élaboration d'un canevas d'évaluation en lien avec les concepts du guide a aussi été soulevé. Un autre ergothérapeute a mentionné qu'il serait pertinent d'avoir des pistes sur les éléments à considérer en équipe multidisciplinaire et des questions ciblées aux autres membres de l'équipe afin de sécuriser le retour à domicile. Concernant le format du guide, les ergothérapeutes ont suggéré qu'il serait pertinent d'ajouter de la couleur pour se repérer plus facilement, que le guide soit accessible dans un format plus petit et que l'image représente davantage l'ergothérapie.

Les ergothérapeutes ont aimé la simplicité du guide, sa concision, le fait que les concepts soient bien définis et compréhensibles, dans un vocabulaire adéquat. Il a été mentionné que le guide est facile à utiliser et à s'approprier. Un ergothérapeute a souligné que le fait que le guide soit basé sur les données probantes ainsi que sur l'expérience des ergothérapeutes cliniciens est un point fort. Un autre ergothérapeute a bien aimé le tableau résumant les diverses dimensions. De façon générale, les ergothérapeutes ont tous apprécié le guide. Ils ont attribué une cote de 8 et plus, sur une échelle de 0 à 10 (0= Non apprécié, 10= Très apprécié) au guide.

### *5.6.3 Synthèse des résultats : version finale du guide à l'intention des ergothérapeutes*

Les discussions tenues lors du groupe TRIAGE ont permis de sélectionner les concepts à considérer lors de l'évaluation des personnes âgées et des adultes quant au retour à domicile sécuritaire. Ces concepts s'intègrent dans le cadre théorique qui avait été choisi pour structurer la démarche de développement du guide destiné aux ergothérapeutes dans la cadre de ce projet, à savoir le modèle PEO. Une dernière révision du guide a été effectuée en considérant les commentaires reçus suite au questionnaire 2 sur l'appréciation du guide. La version finale est disponible en annexe F. Dans ce guide, les concepts sont énumérés et définis selon la littérature et selon les discussions lors du

groupe TRIAGE. Le tableau 7 qui suit résume l'arrimage entre le modèle théorique et les concepts finaux retenus.

Tableau 7  
Résumé des dimensions à considérer selon le modèle PEO

P-E-O	Dimensions	Sous-dimensions
Personne	Rôles	Attentes du patient et de ses proches aidants
	Attributs et expérience de vie	Fragilité
		Gestion du risque et de ses conséquences
		Niveau de littératie en santé
	Habiletés physiques	Risque de chute
	Habiletés cognitives	Capacité d'adaptation
Traitement de l'information cognitive		
Difficulté au niveau des comportements perturbateurs		
Environnement	Environnement social	Soutien social
		Disponibilité des soins au congé
	Environnement physique	Caractéristiques du domicile
	Environnement institutionnel	Accès aux services de santé
	Environnement culturel	Contexte socio-économique
Occupation	Activités et tâches occupationnelles	Autonomie dans les activités essentielles au retour à domicile
		Gestion de la médication

#### 5.6.3.1 Aide-mémoire du guide à l'intention des ergothérapeutes

Un aide-mémoire a été réalisé et inclus dans le guide afin de permettre aux ergothérapeutes de consulter rapidement les éléments clés du guide (voir annexe F).

## CHAPITRE 6 : DISCUSSION

### 6.1 Principaux résultats et liens avec les études

Ce projet, réalisé dans le cadre d'un essai synthèse, avait pour but de développer un guide basé sur les données probantes, afin d'uniformiser les pratiques des



ergothérapeutes du CHUS pour l'évaluation des personnes âgées et des adultes quant au retour à domicile sécuritaire, dans le but d'éviter des effets indésirables.

Les objectifs spécifiques du projet s'inscrivaient selon les phases de développement d'un guide. Le premier objectif était de documenter le besoin de développer un guide, les objectifs du guide et planifier l'élaboration du guide quant au retour à domicile sécuritaire des personnes âgées et des adultes selon les données probantes. Le second objectif visait à développer une version préliminaire du guide basé sur les données probantes selon les dimensions de l'évaluation. Par la suite, le troisième objectif avait pour but d'évaluer la validité de contenu avec les ergothérapeutes cliniciens du CHUS par une approche de co-construction afin de favoriser l'application dans le milieu. Finalement, le dernier objectif était de rédiger une version finale du guide à l'intention des ergothérapeutes.

Pour ce qui est de l'objectif spécifique 1, qui visait à s'assurer du besoin de développer un guide, à préciser les objectifs du guide et à planifier l'élaboration du guide, il a été rencontré en effectuant une recension des écrits et une analyse des divers éléments.

D'abord, le besoin de développer le guide a été documenté par une analyse des outils de mesure, qui a permis de répertorier plusieurs outils de mesure. Parmi ceux-ci, aucun outil n'est spécifique à l'évaluation du retour à domicile sécuritaire pour la clientèle visée. L'étude de Crennan et MacRae (2010) va dans le même sens et conclut qu'aucun outil d'évaluation tenant compte de tous les aspects du congé n'est utilisé par les ergothérapeutes cliniciens en soins aigus. L'étude de Roberston et Blaga (2013) démontre que les ergothérapeutes en soins aigus utilisent surtout des outils de mesure qui ne sont pas standardisés. Toutefois, l'habileté à prédire de la sécurité à domicile est un processus décisionnel complexe et dépend entre autre de l'expérience de l'ergothérapeute. Les ergothérapeutes, dont les nouveaux gradués, sont très peu outillés lors de l'évaluation (Britton et *al.*, 2015, Holm et Mu, 2012). En lien avec le manque d'outil de mesure spécifique concernant l'évaluation de la sécurité à domicile, plusieurs études concluent même de la pertinence de développer un outil d'évaluation (Carpenter et *al.*, 2015,

Preyde et Brassard, 2011, Saint-Hubert et *al.*, 2010) et spécifiquement en ergothérapie (Robertson et Blaga, 2013, Crennan et MacRae, 2010, Rudman et *al.*, 1998).

Ensuite, les objectifs du guide ont été démontrés. De nombreuses études mettent en évidence la pertinence d'agir sur les effets indésirables dont principalement les réadmissions, (Shepperd et *al.*, 2013, Garcia-Perez et *al.*, 2011) afin de s'assurer d'une planification du congé efficace. Les ergothérapeutes jouent un rôle dans la prévention des effets indésirables dont les réadmissions (Roberts et Robinson, 2014). L'étude de Rudman et *al.* (1998) souligne l'importance d'une évaluation au congé et illustre le besoin de développement d'une évaluation en ergothérapie. L'étude discute également de l'importance d'utiliser une structure organisée lors de l'évaluation au congé et que ce processus devrait être uniforme pour tous les ergothérapeutes.

La planification de l'élaboration du guide a d'abord été effectuée en déterminant le modèle pour fournir un cadre au guide. Le modèle PEO a été choisi. Ce modèle est d'ailleurs décrit dans l'étude de Robertson et Blaga (2013) pour expliquer le rôle de l'ergothérapeute en soins aigus qui est d'évaluer la personne et de faire des liens avec son environnement. L'importance d'utiliser un cadre conceptuel est documentée également dans l'étude de Veillette (2008) lors du développement de l'outil ESFU-PA.

L'analyse des facteurs prédictifs quant au retour à domicile sécuritaire a permis de sélectionner plusieurs dimensions à considérer lors de l'évaluation. Ces dimensions sont multiples et les auteurs ne s'entendent pas tous sur les facteurs les plus prédictifs. Une des raisons pouvant expliquer cela est que le diagnostic et l'âge de la population étudiée varient selon les études. Les facteurs prédictifs chez les adultes sont peu étudiés et seulement deux études en discutaient (Jacob et *al.*, 2008 et Anderson et *al.*, 2006). De plus, afin de relever les facteurs prédictifs, les auteurs mesurent les effets indésirables. Toutefois, ces effets diffèrent également selon les études. Par exemple, l'étude de Saint-Hubert et *al.* (2008) évalue spécifiquement le statut fonctionnel tandis que l'étude de Robinson et *al.* (2008) mesure le risque de réadmission. Les résultats sont donc

hétérogènes et malgré l'abondance des revues systématiques sur ce sujet, les méta-analyse sont peu concluantes (Carpenter *et al.*, 2015).

L'analyse des dimensions abordées dans les outils de mesure a permis de relever les dimensions à considérer lors de l'évaluation quant au retour à domicile sécuritaire. Ces principales dimensions sont, par ordre de fréquence, les habiletés cognitives, les activités et les tâches occupationnelles, les habiletés physiques ainsi que les attributs et expérience de vie. Selon Robertson et Blaga (2013), les évaluations concernant les habiletés cognitives sont d'ailleurs les évaluations standardisées les plus utilisées en soins aigus par les ergothérapeutes.

Finalement, les autres éléments à considérer lors de l'élaboration d'un guide ont été documentés par une recension des écrits.

Pour ce qui est de l'objectif spécifique 2, qui visait à développer une version préliminaire du guide basé sur les données probantes, il a été atteint puisqu'effectivement, une première version du guide a été créée. Les données recueillies dans la littérature ont permis de relever 17 dimensions sur lesquels les ergothérapeutes devraient se baser lors de leur évaluation. Le fait que plusieurs dimensions ont été relevées illustre la complexité de l'évaluation, tel qu'expliqué par Atwal *et al.* (2012). Conformément au devis de développement d'un nouvel outil (Kielhofner, 2006, Benson et Clark, 1982), la version préliminaire est basée sur l'ensemble des résultats décrits précédemment, à savoir le modèle conceptuel, les facteurs prédictifs, les dimensions ainsi que les autres éléments à considérer lors de l'élaboration d'un nouvel outil.

En ce qui concerne l'objectif spécifique 3, une consultation des ergothérapeutes du CHUS a permis d'effectuer une validation de contenu des dimensions du guide. Les informations recueillies en lien avec les caractéristiques des participants du projet ont permis de dresser un portrait des ergothérapeutes qui démontre que les ergothérapeutes ayant participé au projet sont représentatifs des ergothérapeutes travaillant en soins aigus en général, tant en raison de l'étendue de leur expérience, des programmes dans lesquels

ils travaillent que de l'université où ils ont reçu leur formation. L'étude ne permet toutefois pas de porter des conclusions quant à savoir si ces éléments influencent leur processus d'évaluation, ce qui n'était d'ailleurs pas un objectif poursuivi dans le cadre de cette étude.

Pour effectuer la validation de contenu, la méthode TRIAGE a été utilisée. Une même technique avait été utilisée pour le développement de l'outil de mesure ESFU-PA (Veillette, 2008). Une autre étude récente en réadaptation a aussi utilisé cette méthode qui s'est avérée efficace pour documenter l'acceptabilité et la faisabilité d'un programme de prise de décision partagée applicable aux programmes de réadaptation (Coutu et *al.*, 2015).

La majorité des ergothérapeutes recrutés dans le projet ont participé au groupe TRIAGE et se sont engagés dès le début des discussions. Une des raisons pouvant expliquer cela est que l'étape préliminaire de production individuelle, lors du questionnaire 1, a permis aux ergothérapeutes de se sentir concernés dans le processus (Gervais et *al.*, 2000). Par exemple, certains avaient même apporté des notes lors de la rencontre de groupe TRIAGE. L'enthousiasme démontré par les ergothérapeutes pour le projet et les discussions enrichissantes qui ont eu lieu au cours de la rencontre permettent de supposer fortement que le retour sécuritaire à domicile est un enjeu qui les préoccupe dans leur pratique; ils désirent être outillés davantage face à cette problématique.

Les ergothérapeutes ont relevé 15 dimensions dont ils jugent qu'il faut considérer lors de l'évaluation. La majorité des concepts ont été sélectionnés à l'unanimité. Les concepts de fragilité et du niveau de littératie en santé ont été discutés plus longuement, possiblement en lien avec le fait que ces concepts sont relativement nouveaux dans la littérature (Levasseur et Carrier, 2012, Provencher et *al.*, 2012). De plus, certaines discussions ont porté sur la distinction entre les concepts liés au comportement des patients qui font partie des attributs et de l'expérience de vie et ceux liés aux habiletés cognitives, comme par exemple, le concept de la gestion du risque et de ses conséquences. Ceci peut s'expliquer par le fait que certains ergothérapeutes travaillent avec la clientèle adulte, qui

ne présente pas nécessairement des atteintes au niveau des habiletés cognitives. De plus, aucun concept n'a été rejeté, ce qui confirme la pertinence des concepts sélectionnés lors de l'analyse de la recension des écrits quant à l'évaluation du retour à domicile sécuritaire. La majorité des concepts liés aux habiletés cognitives ont été regroupés, notamment la capacité à résoudre des problèmes, la capacité à se rappeler des informations et à faire de bons choix selon ses capacités, les apprécier et s'ajuster. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que les habiletés cognitives sont davantage évaluées par les ergothérapeutes du CHUS par la réalisation d'activités et de tâches occupationnelles, soit par une approche « top-down ». Cela va dans le même sens que l'étude de Douglas et *al.* (2008) affirmant que lorsqu'un clinicien désire prédire quant à la sécurité à domicile ou si la personne nécessite l'utilisation d'équipements ou d'aide à domicile, la participation va directement être observée dans la réalisation des activités quotidiennes. Des discussions pendant la rencontre ont aussi mis en lumière que la prise de décision concernant le retour à domicile sécuritaire soulève un questionnement éthique entre les valeurs de sécurité et d'autonomie. Ce qui démontre l'importance pour les ergothérapeutes de s'appuyer sur des données probantes lors de leur prise de décision afin d'éviter que cette décision ne dépende de leurs valeurs. L'utilisation d'un cadre conceptuel et d'un outil d'aide à la décision est d'ailleurs proposée par Atwal et *al.* (2012) afin de guider les cliniciens à gérer les risques dans leur pratique.

Finalement, en ce qui concerne l'objectif spécifique 4, qui était de rédiger une version finale du guide à l'intention des ergothérapeutes, cet objectif a été atteint puisque, la version finale du guide a été créée en incluant un aide-mémoire. Les résultats concernant l'appréciation du guide qui ont été recueillis auprès des ergothérapeutes du CHUS suggèrent que le guide peut être applicable en soins aigus pour la clientèle hospitalisée. L'aide-mémoire sera utile dans ce contexte de soins aigus où les ergothérapeutes subissent de la pression constante pour évaluer les patients en visant des congés rapidement (Robertson et Blaga, 2013, Britton et *al.*, 2015). L'aide-mémoire, qui n'avait pas été inclus dans la première version du guide, a d'ailleurs été suggéré par quelques ergothérapeutes au questionnaire 2. Il permettra de cibler facilement les dimensions à considérer lors de l'évaluation. Les résultats concernant l'utilité clinique démontrent, une

fois de plus, la pertinence du besoin de la création d'un guide, qui est cohérent avec le rôle des ergothérapeutes du CHUS. À cet égard, il est difficile d'expliquer pourquoi un des ergothérapeutes ayant complété le questionnaire 2 n'utiliserait pas le guide lors de l'enseignement aux stagiaires ou aux nouveaux ergothérapeutes. À la lumière des réponses exprimées par la majorité des répondants, il est toutefois possible de croire que, s'il est bien intégré dans la pratique des ergothérapeutes, il soit présenté aux stagiaires et aux nouveaux ergothérapeutes sans être utilisé nécessairement pour l'enseignement. Enfin, en accord avec l'article de Gervais *et al.* (2000), il est aussi possible de croire que l'implication des ergothérapeutes dans le processus de validation de contenu a permis aux ergothérapeutes de se sentir impliqués et permet, par le fait même, une meilleure acceptabilité du guide.

Étant donné l'atteinte des divers objectifs spécifiques du projet, on peut conclure que l'objectif général qui était de développer un guide basé sur les données probantes pour l'évaluation des personnes âgées et des adultes quant au retour à domicile sécuritaire, a été globalement rencontré. Il est attendu que le guide développé favorisera une uniformisation des pratiques des ergothérapeutes du CHUS pour l'évaluation des personnes âgées et des adultes quant au retour à domicile sécuritaire et dans un but ultime, d'éviter des effets indésirables.

## **6.2 Autres études en lien avec le développement d'outil**

Aucune autre étude ne s'est consacrée spécifiquement au développement d'un guide pour les ergothérapeutes afin d'évaluer le retour à domicile sécuritaire. À cette fin, plusieurs outils de mesure existent, mais ils ne sont pas spécifiques aux ergothérapeutes. La planification du congé nécessite une évaluation interdisciplinaire, à l'intérieur de laquelle les ergothérapeutes sont impliqués particulièrement (Moats et Doble, 2006) et nécessitent des outils pour guider leur décision, notamment en lien avec leur expertise dans l'évaluation des habiletés fonctionnelles (Atwal, 2008 et Rudman *et al.*, 1998).

D'autres outils d'évaluation des habiletés fonctionnelles existent, mais ils devraient être adaptés au contexte de soins aigus pour y être utilisés. Par exemple, l'outil ESFU-PA

(Veillette, 2008), a été développé à l'urgence et selon l'auteure, étant spécifique à ce contexte, il faudrait d'abord l'adapter et en vérifier les qualités métrologiques avec une clientèle hospitalisée avant d'en envisager l'utilisation auprès de celle-ci (Veillette, communication personnelle, octobre 2015). Le PAT (Rudman et *al.*, 1998) est également un outil intéressant mais aucune autre information sur la structure de l'outil n'est disponible dans la littérature. Les auteurs concluent que le PAT devrait bénéficier d'une révision et de d'autres études concernant la validité de contenu en lien avec les changements des lignes directrices canadiennes de la pratique en ergothérapie. Toutefois, l'outil en question n'est pas disponible dans la littérature et ne peut donc pas être utilisé. D'autres outils ont aussi été développés en lien avec la sécurité à domicile, mais ils ont été validés pour l'utilisation à domicile. Par exemple, la grille d'évaluation de la sécurité (De Courval et *al.*, 2006) n'a pas été considérée puisqu'elle s'intéresse spécifiquement à la clientèle de personnes âgées souffrant de démence et vivant à domicile. Finalement, des études actuelles s'intéressent à la planification du congé des personnes âgées fragiles. Une des études porte d'ailleurs sur le développement d'un guide d'aide à la décision clinique et éthique concernant le retour à domicile sécuritaire (Provencher, communications personnelles, 21 avril 2016). Il viserait à assurer la sécurité et l'autonomie à domicile des personnes âgées atteintes de démence suivant un séjour en milieu hospitalier.

### **6.3 Retombées de l'étude**

Il est attendu que le guide permettra d'uniformiser les pratiques des ergothérapeutes du CHUS en ciblant les principales dimensions quant à l'évaluation du retour à domicile sécuritaire. L'aide-mémoire permettra aux ergothérapeutes de consulter rapidement les dimensions à considérer lorsqu'ils devront se prononcer sur la sécurité à domicile et ainsi de maximiser leur temps en facilitant leur raisonnement clinique.

Ce guide sera également bénéfique à plus long terme pour les patients afin de leur éviter des effets indésirables survenant parfois suite à une hospitalisation. Cet aspect n'a pas été mesuré directement dans le cadre cet essai synthèse. Toutefois, en évaluant chacune des dimensions, les ergothérapeutes pourront identifier les barrières à un retour à domicile

sécuritaire, intervenir et émettre des recommandations nécessaires au patient et à ses proches afin d'éviter les réadmissions (Roberts et Robinson, 2014).

Étant donné que les caractéristiques des ergothérapeutes ayant participé au projet sont représentatives des ergothérapeutes travaillant en soins aigus et que ceux-ci travaillent au sein de divers programmes, il est possible de croire que ce guide pourrait également être utilisé par d'autres ergothérapeutes dans la province.

#### **6.4 Forces et limites de l'étude**

La principale force de l'étude est que les taux de participation des ergothérapeutes aux deux questionnaires ainsi que pour le groupe TRIAGE étaient élevés, ce qui suggérait leur enthousiasme face à ce projet. Par exemple, les ergothérapeutes ont exprimé qu'ils désiraient connaître les résultats de la rencontre de groupe ainsi que la version finale du guide afin de l'utiliser dans leur pratique.

Une autre force de l'étude est qu'elle se base sur de nombreuses données probantes et sur des études de haute qualité. Plusieurs revues systématiques ont été incluses dans la recension des écrits. L'implication des ergothérapeutes, experts dans le domaine, pour effectuer la validation de contenu, assure également la qualité et la richesse des résultats obtenus.

Le besoin de développer un tel guide est très bien documenté dans la littérature. Tel que mentionné précédemment, plusieurs études concluaient même la pertinence de développer un outil quant au retour à domicile sécuritaire en ergothérapie (Robertson et Blaga, 2013, Crennan et MacRae, 2010, Rudman et *al.*, 1998).

L'étude comporte aussi des limites. L'animation du groupe TRIAGE présente plusieurs défis. L'animateur doit être en mesure d'accompagner le groupe et de stimuler les échanges (Gervais et *al.*, 2000). Le manque d'expérience dans l'animation de ce type de groupe a sans aucun doute influencé le cours des conversations. Afin de minimiser ce biais et aussi pour faciliter certains aspects techniques du déroulement de la rencontre



TRIAGE, une autre personne a été sollicitée pour co-animer le groupe. Toutefois, elle a peu intervenu lors des discussions et n'avait pas non plus d'expérience en animation de groupe TRIAGE.

Puisque les ergothérapeutes du groupe TRIAGE sont des personnes avec qui l'étudiante travaille, on peut soulever l'hypothèse du biais du participant, à l'effet que des ergothérapeutes n'auraient pas exprimé toutes leurs idées de ne peur de pas « déplaire » à leur collègue. Cette source de biais aurait pu être contournée en faisant appel à une tierce personne pour diriger la rencontre TRIAGE. Toutefois, les ressources disponibles n'ont pas pu permettre de procéder ainsi mais il est à propos de se questionner sur ce choix *a posteriori*. Une autre hypothèse concerne aussi la désirabilité sociale; on pourrait donc supposer que les ergothérapeutes participant au groupe TRIAGE ont voulu se conformer à ce qui est perçu comme de bonnes pratiques cliniques et n'ont pas voulu aller à l'encontre de ce qui a été recensé dans les données probantes. Ceci pourrait expliquer le fait que la plupart des concepts discutés lors du TRIAGE ont été regroupés et qu'ils n'ont pas été rejetés.

Le guide s'adresse à la clientèle de personnes âgées et des adultes hospitalisés. Il peut être utilisé par tous les ergothérapeutes du CHUS et pour plusieurs patients de divers programmes. Ce faisant, il a l'inconvénient d'être moins spécifique à ces deux types de clientèles. Dans les faits, il a été bâti en considérant particulièrement les personnes âgées, puisqu'elles constituent la majorité de la clientèle en soins aigus. D'autant plus que peu d'étude existent en ce qui concerne l'évaluation spécifique des adultes. Les discussions lors du groupe TRIAGE et la sélection des dimensions auraient possiblement été différentes si une clientèle adulte avait été ciblée. Par exemple, le concept de fragilité s'adresse particulièrement aux personnes âgées et concerne moins la population adulte en général.

### **6.5 Implications futures pour la recherche**

En considérant la limite de la clientèle, il serait pertinent de poursuivre les recherches avec une clientèle plus précise étant donné les besoins spécifiques des deux

groupes ciblés. Par exemple, la population de personnes âgées fragiles est une clientèle pour qui, la planification du congé s'avère souvent problématique vu leurs besoins complexes. La détérioration de leurs capacités découlant de l'hospitalisation les exposent souvent à des risques accrus d'incidents au congé, compromettant un retour à domicile sécuritaire (Bowles et *al.*, 2014). C'est pour cette clientèle que les ergothérapeutes se posent souvent davantage de questions et qu'ils nécessiteraient des outils pour favoriser leur raisonnement clinique.

De plus, il serait pertinent de cibler dans le guide des outils de mesure pouvant être utilisés pour mesurer plus en profondeur chaque dimension ou encore, de décrire comment l'information serait recueillie. Les ergothérapeutes ont d'ailleurs relevé qu'il serait pertinent d'avoir des solutions concrètes pour évaluer les dimensions. Par exemple, un outil de mesure spécifique pourrait être proposé pour évaluer le risque de chute. En ce qui concerne les attentes du patient et de ses proches, une entrevue permettrait de recueillir rapidement l'information. Un outil de mesure validé permettrait aussi de combler ce besoin, ce qui était impossible à réaliser dans le cadre d'un essai synthèse. L'utilisation des outils standardisés en soins aigus a d'ailleurs été démontrée comme permettant de valider les observations, de fournir davantage d'exactitude et de renforcer les valeurs professionnelles (Zur et *al.*, 2012). Toutefois, étant donné que l'évaluation quant au retour à domicile demeure un processus complexe, il serait important que cet outil permette une certaine flexibilité pour tenir compte du jugement clinique de l'ergothérapeute. Il doit aussi s'adapter aux défis du contexte de soins aigus et permettre aux professionnels de prendre des décisions rapides.

## CHAPITRE 7: CONCLUSION

Les ergothérapeutes en soins aigus jouent un rôle important quant à l'évaluation du retour à domicile sécuritaire des personnes âgées et des adultes hospitalisés. Toutefois, ils sont peu outillés et des variations existent en ce qui concerne les dimensions dont ils tiennent compte lors de leur évaluation.

Ce projet d'innovation a donc mené à l'élaboration d'un guide à l'intention des ergothérapeutes du CHUS quant à l'évaluation du retour à domicile sécuritaire des personnes âgées et des adultes hospitalisés. Ce guide comporte les principales dimensions dont devraient tenir compte les ergothérapeutes lors de l'évaluation. Il a été réalisé en considérant les données probantes quant aux outils de mesure existants en soins aigus et les facteurs prédictifs d'un retour à domicile sécuritaire. Les ergothérapeutes du CHUS ont ensuite été consultés pour effectuer la validation de contenu des dimensions et pour donner leur appréciation du guide, ce qui a permis d'effectuer une révision du guide. Ce guide permettra d'outiller les ergothérapeutes du CHUS dans leur raisonnement clinique étant donné que la prise de décision concernant le retour sécuritaire à domicile demeure complexe. L'utilisation du guide permettra de s'assurer que la décision est basée sur les données probantes et n'est pas orientée, par exemple, par les valeurs des ergothérapeutes. L'utilisation du guide sera aussi bénéfique pour les patients puisqu'il visera, à plus long terme, à éviter les effets indésirables suite à une hospitalisation.

La version finale du guide pourra être distribuée sous peu aux ergothérapeutes du CHUS. Il est probable que, suite à l'utilisation et à l'intégration du guide dans leur pratique, de nouveaux questionnements et commentaires émanent des ergothérapeutes. De futures recherches pourraient permettre de bonifier davantage le guide ou qui sait, de développer un outil de mesure dont les qualités métrologiques seraient validées.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Anderson, M. A., Levens, J., Dusio, M. E., Bryant, P. J., Brown, S. M., Burr, C. M. et al. (2006). Evidenced-based factors in readmission of patients with heart failure. *Journal of nursing care quality*, 21(2), 160-167.
- Arbaje, A.I., Wolff, J.L., Yu, Q., Powe, N.R., Anderson, G.F., Boulton, C. (2008). Postdischarge environmental and socioeconomic factors and the likelihood of early hospital readmission among community-dwelling Medicare beneficiaries. *Gerontologist*, 48(4):495–504.
- Arnadottir, G. (1990). *The brain and behavior: Assessing cortical dysfunction through activities of daily living*. St.Louis: The C.V. Mosby Compagny.
- Ashby, S. et Chandler, B. (2010). An exploratory study of the occupation-focused models included in occupational therapy professional education programmes. *British Journal of Occupational Therapy*, 73(12), 616-24.
- Association canadienne des ergothérapeutes (2013). *Favoriser la littératie en santé en ergothérapie* Site téléaccessible à l'adresse : <<http://www.caot.ca/default.asp?pageid=273&francais=1>>. Consulté le 12 mars 2016.
- Atwal, A., McIntyre, A. et Wiggett, C. (2012). Risks with Older Adults in Acute Care Settings: UK Occupational Therapists' and Physiotherapists' Perceptions of Risks Associated with Discharge and Professional Practice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 26, no. 2 : 381–93.
- Atwal, A., McIntyre, A., Craik, C. et Hunt, J. (2008). Occupational therapists' perceptions of pre-discharge home assessments with older adults in acute care. *British Journal of Occupational Therapy*, 71: 52-58.
- Auger, C., Demers, L. et Swaine, B. (2006). Making Sense of Pragmatic Criteria for the Selection of Geriatric Rehabilitation Measurement Tools. *Archives of Gerontology & Geriatrics* 43, no. 1: 65–83.
- Bédirian, V. (2008). *L'aptitude à gérer ses biens chez les personnes âgées : élaboration d'un outil fonctionnel et étude des variables sociodémographiques et neuropsychologiques associées*. Thèse de doctorat en psychologie, Université du Québec à Montréal, Québec.
- Benson, J. et Clark, F. (1982). A guide for instrument development and validation. *The American Journal of Occupational Therapy*, 36(12): 789-800.
- Bergman, H., Ferrucci, L., Guralnik, J., Hogan, D., Hummel, S., Karunanathan, S., et al. (2007). Frailty: an emerging research and clinical paradigm—issues and controversies. *Journal of Gerontology: Biological Sciences*, 62, 731-737.

- Blaylock, A., et Cason, C. L. (1992). Discharge Planning Predicting Patients' Needs. *Journal Of Gerontological Nursing*, 18, no. 7: 5–10.
- Bowles, K.H., Hanlon, A., Holland, D., Potashnik, S.L., Topaz, M. (2014). Impact of Discharge Planning Decision Support on Time to Readmission Among Older Adult Medical Patients. *Professional Case Management*, 19(1), 29-38.
- Britton, L., Lorna, R., McNamara, B. (2015). Occupational Therapy Practice in Acute Physical Hospital Settings: Evidence from a Scoping Review. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62(6), 370-377
- Campbell, S. E., Seymour, D. G. et Primrose, W. R. (2004). A systematic literature review of factors affecting outcome in older medical patients admitted to hospital. *Age & Ageing*, 33(2), 110-115.
- Carpenter, C., R., Shelton, E., Fowler, S., Suffoletto, B., Platts-Mills, T., Rothman, R., E. et al. (2015). Risk factors and screening instruments to predict adverse outcomes for undifferentiated older emergency department patients: A systematic review and meta-analysis. *Academic Emergency Medicine*, 22(1), 1-21.
- Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (2015). *Rapport de gestion annuel*. Sherbrooke : Direction des communications et des affaires publiques du CHUS (2014-2015).
- Colarusso, R. P., Hamill, D. D. (1972). *Motor-free visual perception test*. Novato CA: Aademis Therapy Publications.
- Conseil Canadien de la Santé (2012). *Aînés dans le besoin, aidants en détresse : Quelles sont les priorités de soins à domicile pour les aînés au Canada?* Toronto : Conseil canadien de la santé.
- Cornette, P., Swine, C., Malhomme, B., Gillet, J-B., Meert, P. et D'Hoore, W. (2006). Early Evaluation of the Risk of Functional Decline Following Hospitalization of Older Patients: Development of a Predictive Tool. *European Journal of Public Health*, 16(2), 203–8.
- Coutu, M.F., Légaré, F., Durand, M.J., Corbière, M., Stacey, D., Bainbridge, L, Lemieux, P. (2016). Développement et implantation d'un programme de prise de décision partagée entre l'ergothérapeute et le travailleur ayant une incapacité au travail due à un trouble musculosquelettique persistant : perspective des acteurs en réadaptation. Rapport R-896, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail. Téléaccessible <<http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-896.pdf> >

- Crennan, M., et MacRae, A. (2010). Occupational Therapy Discharge Assessment of Elderly Patients from Acute Care Hospitals. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 28(1), 33–43.
- Deandrea, S., Lucenteforte, E., Bravi, F., Foschi, R., La vecchia, C. et Negri, E. (2010). Risk Factors for Falls in Community-Dwelling Older People A Systematic Review and Meta-Analysis. *Epidemiology*, 21(5), 658–68.
- De Courval, L. P., Gélinas, I., Gauthier, S., Gayton, D., Liu, L., Rossignol, M. et al. (2006). Reliability and validity of the safety assessment scale for people with dementia living at home. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73(2), 67-75.
- Douglas, A., Letts, L. et Liu, L. (2008). Review of Cognitive Assessments for Older Adults. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 26(4), 13–43.
- Douglas, A., Letts, L. et Richardson, J. (2011). A Systematic Review of Accidental Injury from Fire, Wandering and Medication Self-Administration Errors for Older Adults with and without Dementia. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52(1), 1-10.
- Drolet, M-J., Désormeaux-Moreau, M. (2014). Les valeurs des ergothérapeutes : résultats quantitatifs d’une étude exploratoire, *BioéthiqueOnline*, 3, 21.
- Durocher, E., Kinsella, E. A., Ells, C., et Hunt, M. (2015). Contradictions in Client-Centred Discharge Planning: Through the Lens of Relational Autonomy. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 22 (4), 293–301.
- Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation (2015). *The rehabilitation of younger stroke patients*. Site téléaccessible à l’adresse <<http://www.ebrsr.com>>. Consulté le 8 octobre 2015.
- Ferrucci, L., Cavazzini, C, Corsi, A., Bartali, B., Russo, C, Lauretani, F. et al (2002). Biomarkers of frailty in older persons, *Journal of Endocrinological Investigation*, 25(10), 10-15.
- Firestone, P., et Marshall, W. L. (2003). *Abnormal Psychology : Perspectives* (2<sup>nd</sup>. Ed.). Toronto, ON: Pearson Education Canada Inc.
- Folstein, M. F., Folstein, S.E., et McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State: A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–98.
- Fried, L.P., Tangen, C.M., Walston, J., Newman, A.B., Hirsh, C., Gottdiener, J., et al. (2001). Frailty in older Adults: Evidence for a phenotype. *Journal of Gerontology*, 157 (56), 146-156.

- Garcia-Perez, L., Linertova, R., Lorenzo-Riera, A., Vazquez-Diaz, J., Duque-Gonzalez, B. et Sarria-Santamera, A. (2011). Risk factors for hospital readmissions in elderly patients: A systematic review. *QJM*, 104(8), 639-651.
- Gauthier, L., Dehaut, F., et Joanette, Y. (1989). The Bells Test: A Quantitative and Qualitative Test for Visual Neglect. *International Journal of Clinical Neuropsychology*, 11(2), 49-54.
- Gervais, M., Pépin, G., Carrière, M. (2000). Triage ou comment adapter une technique de recherche à l'intervention clinique en ergothérapie. *Revue québécoise d'ergothérapie*, 9 (1), 11-15.
- Goldstein, J. P., Andrew, M. et Travers, A. (2012). Frailty in Older Adults Using Pre-Hospital Care and the Emergency Department: A Narrative Review. *Canadian Geriatrics Journal*, 15(1), 16-22.
- Goodacre, S. (2006). Safe discharge : an irrational, unhelpful and unachievable concept. *Emergency Medicine Journal*, 23, 753-755.
- Gouvernement du Canada (2012). *Enquête canadienne sur l'incapacité, 2012*. Canada : Statistique Canada. Division de la statistique sociale et autochtone.
- Gouvernement du Québec (2011). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier: Cadre de référence*. Québec : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Holm, Suzanne E. et Keli Mu. (2012). Discharge Planning for the Elderly in Acute Care: The Perceptions of Experienced Occupational Therapists. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, 30(3), 214-28.
- Hoogerduijn, J. G., Schuurmans, M. J., MSh, D., de Rooij, S. et Grypdonck, M. F. (2007). A systematic review of predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline. *Journal of clinical nursing*, 16(1), 46-57.
- Huyse, F. J., De Jonge, P., Slaets, J.P.J., Herzog, T., Lobo, A. et al. (2001). COMPRI: An instrument to detect patients with complex care needs: Results from a european study. *Psychosomatics*, 42(3), 222-228.
- Institut canadien d'information sur la santé (2012). *Réadmission en soins de courte durée et retour au service d'urgence, toutes causes confondues*. Ottawa : ICIS.
- Jacob, L. et Poletick, E. B. (2008). Systematic review: Predictors of successful transition to community-based care for adults with chronic care needs. *Care Management Journals*, 9(4), 154-165.

- Jencks, S. F., Williams, M.V. et Coleman, E.A. (2009). Rehospitalizations among Patients in the Medicare Fee-for-Service Program. *New England Journal of Medicine*, 360 (14) 1418–28.
- Kielhofner, G. (2006). *Research in occupational therapy: Methods of inquiry for enhancing practice*. Philadelphia, USA, F.A. Davis Company.
- Kohlman, L. (1992). *Kohlman Evaluation of Living Skills*. In (eds): 2nd ed. Rockville: American Occupational Therapy Association.
- Law, M., Cooper, B.A., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., et Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupational Model: A Transactive Approach to Occupational Performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63, (1), 9–23.
- Law, M., Baptiste, S., McColl, M., Opzoomer, A., Polatajko, H., et Pollock, N. (1990). The Canadian Occupational performance Measure: An outcome measurement protocol for occupational Therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 52, 82-87.
- Lemieux Courchesne, A. (2015). Analyse critique et conclusion de la recension des écrits sur le retour à domicile sécuritaire des personnes âgées et des adultes. Manuscrit non publié, Université de Sherbrooke, REA 324- Thématique spéciale.
- Lesemann, F., Perodeau, G. et Coté, D. (2002). *Le Virage Ambulatoire : Défis et Enjeux*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Levasseur, M. et Carrier, A. (2012). Integrating Health Literacy into Occupational Therapy: Findings from a Scoping Review. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19 (4), 305–14.
- Levin, H.S., O'Donnell, V.M. et Grossmann, R.S. (1979). *Test d'orientation et d'amnésie de Galveston (GOAT)*. (2e édition; traduit par M. Vanier, 1991). Document téléaccessible à l'adresse <[http://www.automobileevaluation.com/Goat-M\\_Vanier.pdf](http://www.automobileevaluation.com/Goat-M_Vanier.pdf)>.
- Levine, S. K, Sachs, G. A., Jin, L. et Meltzer, D. (2007). A Prognostic Model for 1-Year Mortality in Older Adults after Hospital Discharge. *The American Journal Of Medicine*, 120(5), 455–60.
- Lockwood, K.J., Taylor, N.F., Harding, K.E. (2015). Pre-discharge home assessment visits in assisting patients' return to community living: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 47(4), 289-99.



- Luppa, M., Luck, T., Weyerer, S., König H., Brähler, E. et Ridel-Heller, S. (2010). Prediction of Institutionalization in the Elderly. A Systematic Review. *Age and Ageing*, 39(1), 31–38.
- Maclean, F., Carin-Levy, G., Hunter, H., Malcolmson, L., et Locke, E. (2012). The Usefulness of the Person-Environment- Occupation Model in an Acute Physical Health Care Setting. *British Journal of Occupational Therapy*, 75 (12), 555–62.
- McCusker, J., Bellavance, F., Cardin, S., Trepanier, S., Verdon, J., et Ardman, O. (1999). Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit: the ISAR screening tool. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(10), 1229-1237.
- Meldon, S. W., Mion, L. C., Palmer, R. M., Drew, B. L., Connor, J. T., Lewicki, L.J., Bass, M. D. et Emerman, C. L. (2003). A Brief Risk-Stratification Tool to Predict Repeat Emergency Department Visits and Hospitalizations in Older Patients Discharged from the Emergency Department. *Academic Emergency Medicine: Official Journal Of The Society For Academic Emergency Medicine*, 10, (3), 224–32.
- Mitnitski, A.B., Mogilner, A.J., Rockwood, K. (2001). Accumulation of deficits as a proxy measure of aging. *TheScientificWorld*, 1, 323–36.
- Moats, G. (2007). Discharge Decision-Making, Enabling Occupations, and Client-Centred Practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74(2), 91–101.
- Moats G, and Doble S. (2006). Discharge Planning with Older Adults: Toward a Negotiated Model of Decision Making. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73(5), 303–11.
- Moulias, R. (2007). Pour de bonnes pratiques de l'admission en institution gériatrique. *Gérontologie et société*, 2(121), 227-49.
- Nasreddine, Z.S., Phillips, N.A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J.L., et Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool for Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53 (4), 695–99.
- Nygård, N., Grahn, U., Rudenhammer, A., Hydling, S. (2004). Reflecting on practice: are home visits prior to discharge worthwhile in geriatric inpatient care? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 183-203.
- Occupational Performance Model (2014). *Perceive recall plan perform*. Site téléaccessible à l'adresse <<http://www.occupationalperformance.com/the-perceive-recall-plan-perform-prpp-system-of-task-analysis>> Consulté le 16 décembre 2015.

- Ordre des ergothérapeutes (2015). *Référentiel de compétences*. Site téléaccessible à l'adresse <[https://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Doc\\_professionnels/OEQ-Referentiel-Competences\\_2010\\_Couleurs.pdf](https://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Doc_professionnels/OEQ-Referentiel-Competences_2010_Couleurs.pdf)> Consulté le 8 décembre 2015.
- Preyde, M. et Brassard, K. (2011). Evidence-based risk factors for adverse health outcomes in older patients after discharge home and assessment tools: A systematic review. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 8(5), 445-468.
- Provencher, V., Demers, L. et Gélinas, I. (2009). Home and Clinical Assessments of Instrumental Activities of Daily Living: What Could Explain the Difference between Settings in Frail Older Adults, If Any? *British Journal of Occupational Therapy*, 72(8), 339-48.
- Provencher, V., Demers, L. et Gélinas, I. (2012). Frailty: A Concept under-Utilised by Occupational Therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*, 59 (4), 328-31.
- Reitan, R.M. (1958). Validity of the Trail Making test as an indicator of organic brain damage. *Percept Motor Skills*, 8, 271-276.
- Roberts, P. S. et Robinson, M. R. (2014). Occupational therapy's role in preventing acute readmissions. *American Journal of Occupational Therapy*, 68, 254-259.
- Robertson, L., et Blaga, L. (2013). Occupational Therapy Assessments Used in Acute Physical Care Settings. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20, (2), 127-35.
- Robinson, S., Howie-Esquivel, J. et Vlahov, D. (2012). Readmission risk factors after hospital discharge among the elderly. *Population Health Management*, 15(6), 338-351.
- Rockwood, K., Song, X., MacKnight, C. et al. (2005). A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Canadian Medical Association Journal*, 173(5), 489-95.
- Rootman, I. et Gordon-El-Bihbety, D. (2008). *Vision d'une culture de la santé au Canada : Rapport du Groupe d'experts sur la littérature en matière de santé*. Ottawa: Association canadienne de santé publique.
- Rudman, D., Eimantas, T., Hall, M., et Maloney, K. (1998). Preliminary investigation of the content validity and clinical utility of the pre-discharge assessment tool. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65(1), 3-11.
- Sackett, D.L., Strauss, S.E., Richardson, W.S., Rosenberg, W., et al. (2000) *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM*. London : Churchill Livingstone.

- Sager, M.A., Rudberg, M.A., Jalaluddin, M., Franke, T., Inouye, S.K., Landefeld, C.S., Siebens, H., et Winograd, C.H. (1996). Hospital Admission Risk Profile (HARP): Identifying Older Patients at Risk for Functional Decline Following Acute Medical Illness and Hospitalization. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44(3), 251–57.
- Saint-Hubert, M., Schoevaerds, D., Cornette, P., D'Hoore, W., Boland, B. et Swine, C. (2010). Predicting functional adverse outcomes in hospitalized older patients: A systematic review of screening tools. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 14(5), 394-399.
- Services d'Expertise en Psychogériatrie Enseignement et Consultation (s.d.). *Protocole d'examen cognitif de la personne âgée*. Site téléaccessible à l'adresse <<http://www.sepec.ca/pecpa.html>>. Consulté le 14 décembre 2015.
- Shepperd, S., Lannin, N.A., Clemson, L.M., McCluskey, A., Cameron, I.D. et Barras, S.L. (2013). Discharge Planning from Hospital to Home. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, (1), CD000313.
- Smith-Gabai, H. (2011). *Occupational therapy in acute care*. Bethesda, Maryland: AOTA Press.
- Soffer, D., Klausner, J., Szold, O., Schulman, C., Halpern, P., Savitsky, B., Peleg, K. (2006). Non-hip fracture-associated trauma in the elderly population. *Israel Medical Association Journal*, 8, 635–640.
- Strong, S., Rigby, P., Stewart, D., Law, M., Letts, L., et Cooper, B. (1999). Application of the Person-Environment-Occupation Model: A Practical Tool. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 66 (3), 122–33.
- Sylvain, Chantal (2012). *Le changement : Aspects individuels et organisationnels*. Communication présentée dans le cadre du cours REA 101, Université de Sherbrooke, Québec.
- Vandewoude, M.F.J., Geerts, C.A.M., d'Hooghe, A.H.M. et Paridaens, K.M.J. (2006). A screening tool to identify older people at risk of adverse health outcomes at the time of hospital admission. *Tijdschrift voor gerontologie en geriatric*, 37(5), 203-209.
- Veillette, N. (2008). *Développement d'un outil d'évaluation du statut fonctionnel pour les personnes âgées en visite à l'urgence*. Thèse de doctorat en sciences biomédicales (option réadaptation), Université de Montréal, Québec.
- Wang, P. et Ennis, K. (1986). *Competency assessment in clinical populations: An introduction to the Cognitive Competency Test*. In B. Uzzell & Y. Gross (Eds.), *Clinical neuropsychology of intervention*. Boston, MA: Martinus Nijhoff.

- Watson, Y.I., Arfken, C.L., et Birge, S.J. (1993). Clock Completion: An Objective Screening Test for Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41(11), 1235–40.
- Westra, B. L., Holland, D.E., Aufenthie, J., Cullen, L., Finley, J.,Griebenow, L., Hess, G. et al. (1998). Testing the Uniform Needs Assessment Instrument for Hospital Discharge Planning with Older Adults. *Journal Of Gerontological Nursing*, 24(5), 42.
- Witlox, J., Eurelings, L. S., de Jonghe, J., Kalisvaart, K. J., Eikelenboom, P. et van Gool, W. (2010). Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: A meta-analysis. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 304(4), 443-451.
- Zur, B., Johnson, A., Roy, E., Laliberte, R. D., Wells, J. (2012). Beyond traditional notions of validity : selecting appropriate measures for occupational therapy practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 59, 253-6.

## ANNEXE A

**CARACTÉRISTIQUES DES OUTILS DE MESURE RECENSÉS DANS LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE, UTILISÉS PAR DIVERS PROFESSIONNELS, EN LIEN AVEC LE RETOUR À DOMICILE**

Références	Outils	Objectif	Dimensions abordées	Clientèle	Contexte d'utilisation	A <sup>1</sup>
Baylock et Cason, 1992	BRASS (Blaylock Risk Assessment Screening Score)	-Assurer la continuité des soins en identifiant les patients ayant des besoins pour planifier le congé.	-Âge -Situation social/support social -Nombre d'admission précédente -Cognition -Statut fonctionnel -Troubles de comportement -Mobilité -Déficits sensoriels	Tout groupe d'âge	-À l'hôpital -Facile à comprendre et à utiliser -Temps de passation = très court -En anglais	2
Huyse <i>et al.</i> , 2001	COMPRI (Care Complexity Prediction Instrument )	-Outil de dépistage qui permet de détecter les patients hospitalisés à risque de besoins complexes de soins.	-Attentes du patient, de l'infirmière -Perception du patient par rapport à sa santé -Difficulté à la marche -Plus de 6 visites chez le médecin -Polymédication -Admission planifiée ou non -Patient retraité	Tous les patients admis à l'hôpital	-À l'hôpital -Complexe à administrer -Doit être complété par des docteurs et infirmiers (perceptions nécessaires) -Temps de passation =très court -En anglais	1
Veillette <i>et al.</i> , 2008	ESFU-PA (Évaluation du Statut Fonctionnel	-Décrire le statut fonctionnel des personnes âgées à l'urgence -Déterminer la faisabilité	Selon trois domaines : -activité et participation - fonction organique -facteurs environnementaux	Personnes âgées	-Au département d'urgence à l'hôpital -Temps de passation =45 minutes	2

<sup>1</sup> A = Applicabilité. 3= très applicable, 2= applicable, 1= peu applicable.

Références	Outils	Objectif	Dimensions abordées	Clientèle	Contexte d'utilisation	A <sup>1</sup>
	à l'Urgence pour les Personnes Âgées)	d'un retour à domicile. -Identifier les besoins non satisfaits. -Suggérer un plan d'intervention après le congé et transmettre les informations pertinentes.			-En français -Outil développé pour les ergothérapeutes	
Sager <i>et al.</i> , 1996	HARP (Hospital Admission Risk Profile /Profil de risque déterminé à l'admission)	- Classifier les patients âgés lors de l'admission à l'hôpital selon les risques (faibles, modérés ou élevés) de développer de nouvelles incapacités dans les activités de la vie quotidienne. - Permet une stratification du risque dans les 48 heures de l'admission.	-Âge -Fonction cognitive (score au MMSE) -Statut fonctionnel dans les AVD (repas, téléphone, finance, déplacements, prise de médicaments, faire des achats, entretien ménager) avant l'admission	Personnes âgées de plus de 70 ans	-Hôpital -Personne hospitalisée sur une unité de médecine -Temps de passation = 10 min -En anglais et en français	3
McCusker <i>et al.</i> 1999, 2001	ISAR (Identification of Seniors at Risk)	-Détecter les incapacités fonctionnelles sévères et la dépression à l'admission, les visites fréquentes à l'urgence et les hospitalisations fréquentes. -Identifier les patients âgés à risque de déclin fonctionnel pendant ou après une visite à l'urgence.	-Dépendance dans les activités de la vie quotidienne -Besoin d'aide dans les années précédentes -Troubles visuels -Troubles cognitifs -Histoire d'hospitalisation -Polymédication	Personnes âgées (65 ans et plus)	-Au département d'urgence à l'hôpital -Facile à utiliser, court -Temps de passation = 3 min -Développé et validé au Québec en 1999 -En français et en anglais - Questionnaire de dépistage pouvant être complété par divers intervenants	2

Références	Outils	Objectif	Dimensions abordées	Clientèle	Contexte d'utilisation	A <sup>1</sup>
Rudman <i>et al.</i> , 1998	PAT (Predischarge Assessment Tools)	-Éclairer le processus décisionnel des ergothérapeutes afin de déterminer si le patient est prêt à recevoir son congé et à retourner à domicile ainsi que de déterminer quel est le soutien physique et social nécessaire pour favoriser son rendement occupationnel.	-Performances occupationnelles antérieures -Composantes socioculturelles et physiques de l'environnement lors du congé -Composantes physiques et mentales des performances requises lors du congé -Performances occupationnelles actuelles -Perceptions du sujet et de ses proches en fonction du congé	Diverses clientèles	-En anglais -Outil non disponible dans la littérature	1
Cornette <i>et al.</i> , 2006	SHERPA (Score Hospitalier d'Évaluation du Risque de Perte d'Autonomie)	Identifier les patients âgés à risque de déclin fonctionnel dans les 3 mois après l'hospitalisation.	-Âge -Incapacités dans les AVQ avant l'hospitalisation -Chutes dans l'année avant l'hospitalisation -Capacité cognitive (MMSE) -Perception subjective de la santé	Personnes âgées de 75 ans et plus	-Hôpital (à l'admission) -Temps de passation = 10 min -En français	3
Meldon <i>et al.</i> , 2003	TRST (Triage Risk Screening Tool)	-Outil de dépistage permettant une stratification du risque afin de prédire les risques d'hospitalisation, de déclin fonctionnel, institutionnalisation ou réadmission à l'urgence chez les patients âgés ayant eu congé de l'urgence.	-Histoire de troubles cognitifs -Difficulté à la marche /transferts/ chutes récentes - 5 médicaments ou plus -Séjour à l'urgence ou hospitalisation récentes (30 jours précédents) -Demeure seul ou pas d'aidant	Personnes âgées	-Au département d'urgence -Développé aux États-Unis -Temps de passation = très court -En anglais	1

Références	Outils	Objectif	Dimensions abordées	Clientèle	Contexte d'utilisation	A <sup>1</sup>
Westra <i>et al.</i> , 1998	UNAI (Uniform Needs Assessment Instrument)	-Évaluer les besoins de soins continus pour les patients âgés après le congé et déterminer ceux qui devraient recevoir des soins à domicile.	-Statut cognitif/comportemental et émotionnel -Activités de la vie quotidienne -Activités de la vie domestique -Facteurs environnementaux -Utilisation d'aides techniques - Finances -Utilisation d'équipements spécialisés (ex : respiration)	Personnes âgées	-Facile à comprendre -Temps de passation de 45 à 75 minutes pour un patient et environ 16 minutes pour un intervenant -Milieu de soins aigus -En anglais	2
Vandewoude <i>et al.</i> , 2006	VIP (Variables Indicative of Placement Risk )	-Évaluer le degré d'indépendance du patient dans le but de d'identifier les patients qui sont à risque de développer des problèmes au congé.	3 questions : -Situation de vie -Statut fonctionnel -Statut cognitif	Personnes âgées	-Au département d'urgence - Temps de passation= très court -En anglais	1



**ANNEXE B**  
**CARACTÉRISTIQUES DES PRINCIPAUX OUTILS DE MESURE UTILISÉS PAR LES ERGOTHÉRAPEUTES EN LIEN**  
**AVEC LA SÉCURITÉ À DOMICILE, RECENSÉS DANS LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE**

Références	Outils	Objectifs	Dimensions abordées	Clientèle	Contexte d'utilisation	A <sup>2</sup>
----	Évaluation fonctionnelle non standardisée (NS)	-Évaluer les habiletés fonctionnelles de la personne dans les activités du quotidien.	Autonomie dans les activités du quotidien : -Hygiène, habillage, soins personnels, utiliser les toilettes, transferts, déplacements, préparation des repas, etc.	Toute clientèle	-Contexte de soins aigus -Temps de passation dépend de l'évaluation (15 minutes à 90 min)	3
Kohlman, 1992	KELS (Kohlman Evaluation of Living Skills)	-Déterminer l'habileté des individus à fonctionner avec leurs habiletés de la vie quotidienne. -Émettre des recommandations afin que la personne soit le plus indépendante possible. -Identifier les personnes âgées qui nécessitent des besoins et des services afin de vivre de façon sécuritaire dans la communauté.	Domaines : -Soins personnels -Sécurité -Santé -Gestion financière -Transport -Utilisation du téléphone -Travail -Loisirs	Créée d'abord pour les patients en psychiatrie, mais applicable maintenant pour les personnes âgées, celles présentant des difficultés au niveau cognitif ou atteintes neurologiques	-Plusieurs milieux dont contexte de soins aigus et urgence - En anglais -Temps de passation : 45 min à 1 heure	2

<sup>2</sup> A= Applicabilité. 3= très applicable, 2= applicable, 1= peu applicable.

Références	Outils	Objectifs	Dimensions abordées	Clientèle	Contexte d'utilisation	A <sup>2</sup>
Law et al., 1990	MCRO (Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel)	-Permet aux patients d'identifier et de prioriser leurs problèmes du quotidien ayant un impact sur les performances occupationnelles. -Permet de détecter les changements, du point de vue du patient, de sa performance occupationnelle au travers le temps.	Domaines : -soins personnels -loisirs -productivité	Utilisé pour des patients de tous âges, ayant divers stades de développement et pathologies	-Entrevue semi-structurée -Traduit dans 35 langues -Facile à administrer, prend de 20 à 40 minutes -Outil centré sur le client -Plusieurs milieux	3
Folstein et al., 1975	MMSE (Mini-Mental State Exam)	-Détecter des altérations des fonctions cognitives ou de quantifier l'évolution des troubles cognitifs dans le suivi des sujets.	-Les fonctions cognitives: l'orientation, l'enregistrement, l'attention et le calcul, la rétention mnésique, le langage et l'apraxie de construction	Adultes et personnes âgées	-Temps de passation = environ 5 à 10 minutes -Développé en anglais et traduit dans plusieurs langues dont le français -Peut être utilisé dans plusieurs milieux	3
Nasreddine et al., 2005	MOCA (Montreal Cognitive Assessment)	-Conçu pour évaluer les dysfonctions cognitives légères.	-Les fonctions cognitives : l'attention, la concentration, les fonctions exécutives, la mémoire, le langage, les capacités visuoconstructives, les capacités d'abstraction, le calcul et l'orientation	Adultes et personnes âgées	-Environ 10 minutes -Développé en anglais et traduit dans plusieurs langues -Peut être utilisé dans plusieurs milieux	3

**ANNEXE C**  
**CARACTÉRISTIQUES DES OUTILS DE MESURE UTILISÉS PAR LES ERGOTHÉRAPEUTES DU CHUS**

Références	Outils	Objectifs	Dimensions abordées	Clientèle	Contexte d'utilisation	A <sup>3</sup>
Arnadottir, 1990	A-ONE (Arnadottir OT-ADL Neurobehavioural Evaluation)	-Évaluer l'impact des atteintes neurocomportementales sur la performance fonctionnelle dans les activités de la vie quotidienne. -Observation de l'activité et évaluation du niveau d'assistance requis.	Les activités de la vie quotidienne : -Se vêtir -Faire son hygiène et se laver -Effectuer ses transferts et se déplacer -Se nourrir -Communiquer Les atteintes neurocomportementales : -Apraxie -Héminégligence -Relations spatiales -Persévérations -Initiative -Motivation -Etc.	Adultes avec des atteintes neurologiques d'origine corticale, incluant AVC, démence, Alzheimer et autres désordres neurologiques	-Temps de passation : dépend de la tâche évaluée -Nécessite une formation des intervenants de 5 jours, en anglais -Milieu clinique	2
Wang et Ennis, 1986	CCT (Cognitive Competency Test)	-Évaluer les habiletés cognitives en obtenant des informations sur les forces et les	-Orientation personnelle -Intelligence sociale -Mémoire -Lecture -Gestion financière	-Clientèle âgée de 50 ans et plus	-Temps de passation : 60 minutes -Plusieurs milieux cliniques -Traduit et validé en	3

<sup>3</sup> A= Applicabilité. 3= très applicable, 2= applicable, 1= peu applicable.

Références	Outils	Objectifs	Dimensions abordées	Clientèle	Contexte d'utilisation	A <sup>3</sup>
		faiblesses de la personne. -Déterminer les habiletés d'une personne à vivre seul et déterminer la sécurité et les risques.	-Sécurité -Jugement -Orientation spatiale		français (épreuve de compétence cognitive)	
Bédirian, 2008	EMAF Échelle de Montréal pour l'Évaluation des Activités Financières	-Évaluer la capacité de la personne à gérer ses biens (effectuer des achats au quotidien, gérer des documents financiers, se souvenir des transactions effectuées dans le passé).	Trois domaines financiers : -consommation quotidienne - gestion -suivi des transactions	Pour une clientèle adulte résidant au Canada, qui connaît le système monétaire et bancaire et qui maîtrise le français ou l'anglais	-Temps de passation : 45 à 120 minutes -Peut être utilisé dans plusieurs milieux -En anglais et français	2
----	Évaluation fonctionnelle non standardisée (NS)	-Évaluer les habiletés fonctionnelles de la personne dans les activités du quotidien.	Autonomie dans les activités du quotidien : -Hygiène, habillage, soins personnels, utiliser les toilettes, transferts, déplacements, préparation des repas, etc.	Toute clientèle	-Contexte de soins aigus -Temps de passation dépend de l'évaluation (15 minutes à 90 min)	3
Levin et al., 1979	GOAT (Galveston Orientation and Amnesia Test)	-Évaluer l'orientation dans le temps, l'endroit et la personne et obtenir une estimation de	10 items en lien avec l'orientation -personne (nom, adresse et date de naissance) , -endroit (ville, bâtiment)	Patient âgé de 15 ans et plus. Développé pour les patients ayant des traumatismes	-Département d'urgence ou en soins aigus -Temps de passation = 5 à 10 minutes -Disponible en français	2

Références	Outils	Objectifs	Dimensions abordées	Clientèle	Contexte d'utilisation	A <sup>3</sup>
		l'intervalle de temps avant et après l'accident où la personne ne se souvient plus. -Évaluer l'amnésie post-traumatique.	-temps (temps, date, mois, année et date de l'admission à l'hôpital) -mémoire des événements avant et après le trauma	crâniens, mais applicable aussi pour les patients ayant des démences		
Folstein et <i>al.</i> , 1975	MMSE (Mini-Mental State Exam)	-Détecter des altérations des fonctions cognitives ou de quantifier l'évolution des troubles cognitifs dans le suivi des sujets.	-Les fonctions cognitives: l'orientation, l'enregistrement, l'attention et le calcul, la rétention mnésique, le langage et l'apraxie de construction.	Adultes et personnes âgées	-Environ 5 à 10 minutes -Développé en anglais et traduit dans plusieurs langues -Peut être utilisé dans plusieurs milieux	3
Nasreddine et <i>al.</i> , 2005	MOCA (Montreal Cognitive Assessment)	-Conçu pour évaluer les dysfonctions cognitives légères.	-Les fonctions cognitives : l'attention, la concentration, les fonctions exécutives, la mémoire, le langage, les capacités visuoconstructives, les capacités d'abstraction, le calcul et l'orientation	Adultes et personnes âgées	-Environ 10 minutes -Développé en anglais et traduit dans plusieurs langues -Peut être utilisé dans plusieurs milieux	3
Colarusso et Hammill, 1972	MVPT (Motor-Free Visual Perception Test)	-Évaluer la perception visuelle sans évaluer les habiletés motrices.	Perception visuelle : -Discrimination visuelle -Mémoire visuelle -Fermeture visuelle -Figure-fond -Relations spatiales	-Développé originalement pour les enfants. -Pour les adultes de 50 ans et plus présentant des atteintes a/n cérébral avec ou	-Plusieurs versions (MVPT, MVPT-R, MVPT 3, MVPT-V) -Temps de passation 10 à 30 minutes, selon les versions -En français	3

Références	Outils	Objectifs	Dimensions abordées	Clientèle	Contexte d'utilisation	A <sup>3</sup>
				sans hémiparésie.		
Geneau et Taillefer, 1996	PECPA-2R (Protocole d'Examen Cognitif de la Personne Âgée, version 2)	-Permet de dépister les atteintes cognitives pathologiques chez la personne âgée qui souffre d'un syndrome cérébral organique. -Documenter un profil cognitif déficient et aider à l'établissement d'une impression diagnostique. - Documenter l'évolution d'un tableau clinique ou permettre l'appréciation de l'efficacité d'un traitement.	-Orientation temporelle -Orientation spatiale -Attention-concentration et calcul -Rappel immédiat -Langage -Mémoire ancienne -Jugement, flexibilité cognitive et abstraction -Gnosies -Praxies -Mémoire récente	Clientèle âgée de 60 ans et plus	-Développé d'abord pour les personnes vivant dans la communauté, mais peut être utilisé dans les autres milieux -Temps de passation = 45 minutes -En français	3
Chapparo et Ranka, 1997b; 2007 (Occupati onal Performa	PRPP (Perceive Recall Plan Perform)	-Évaluation qui utilise l'analyse de tâche pour déterminer les problèmes des patients ayant des atteintes au niveau	-Les habiletés cognitives en lien avec -se rappeler -planifier -exécuter -percevoir	-Clientèle de tous âges, tous diagnostics, présentant des difficultés au niveau de la réalisation des	-Temps de passation : dépend de la tâche analysée. -Tous les milieux. -Nécessite une formation des intervenants de 5 jours, en anglais.	2

Références	Outils	Objectifs	Dimensions abordées	Clientèle	Contexte d'utilisation	A <sup>3</sup>
nce Model, 2014)		des habiletés cognitives.		occupations		
Watson et <i>al.</i> , 1993	Test de l'horloge	-Apprécier les fonctions visuo-spatiales et exécutives d'un patient.	-Praxies de construction, attention, fonctions exécutives, mémoire sémantique	Toute clientèle	-Temps de passation très court (<5 min) -Peut être utilisé dans plusieurs milieux cliniques -En français	3
Gauthier et <i>al.</i> , 1989	Test des cloches	-Permet de documenter les stratégies concernant la recherche visuelle et les problèmes légers à modérés d'héminégligence.	-Recherche visuelle -Héminégligence	Toute clientèle	-Plusieurs milieux cliniques -Temps de passation : Moins de 5 minutes -En français	3
Partington , 1938 Reitan 1958	Trail Making Test A et B	-Dépister des atteintes cognitives principalement a/n des fonctions exécutives.	-Attention, vitesse et flexibilité mentale, organisation spatiale, poursuite visuelle, mémoire et reconnaissance visuelle.	Personnes âgées de 15 à 89 ans	-Plusieurs milieux cliniques -Temps de passation : 5 à 10 min -En français	3

## ANNEXE D QUESTIONNAIRE 1

### Questionnaire concernant l'évaluation du retour à domicile sécuritaire des personnes âgées et des adultes

1. Pour chaque énoncé, veuillez indiquer votre degré d'accord avec la pertinence de considérer ce concept lors de l'évaluation quant au retour à domicile sécuritaire des personnes âgées et des adultes.

Dimensions	Sous-dimensions	Total- ment en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Total- ment en accord
Rôles					
	Attentes du patient et de la famille				
Attributs et expérience de vie					
	Hospitalisations précédentes				
	Comorbidités				
	Fragilité				
	Prise de médicaments				
Habilités physiques					
	Risque de chute				
	Mobilité				
Habilités cognitives					
	Délirium au cours de l'hospitalisation				
	Capacité à se rappeler des informations				
	Faire de bons choix selon ses capacités, les apprécier et s'ajuster (autocritique/jugement)				
	Capacité à résoudre des problèmes				
	Errance				
Environnement social					
	Soutien social				
	Disponibilité des soins au congé				
Environnement physique					
	Caractéristiques du domicile				
Environnement institutionnel					
	Accès aux services de santé				
Environnement culturel					
Activités et tâches occupationnelles					
	Autonomie dans les activités du quotidien				



2. Parmi les concepts énumérés ci-haut, est-ce que certains mériteraient d'être éclaircis?

3. Selon vous, quel(s) autre(s) concept(s) devrait(aient)-on considérer lors de l'évaluation des personnes âgées et des adultes quant au retour à domicile sécuritaire ?

4. Dans quelle université avez-vous fait vos études en ergothérapie ?

- Université Laval  
 Université McGill  
 Université de Montréal  
 Université d'Ottawa  
 Université du Québec à Trois-Rivières  
 Université de Sherbrooke  
 Autre : \_\_\_\_\_

5. Combien d'année (s) d'expérience avez-vous à titre d'ergothérapeute ?  
 \_\_\_\_\_ an (s)

6. Combien d'année(s) d'expérience avez-vous dans un contexte où vous avez à évaluer le retour à domicile sécuritaire des personnes âgées et des adultes ?  
 \_\_\_\_\_ an (s)

7. Sur quel site du CHUS travaillez-vous ?

- Site Hôtel-Dieu  
 Site Fleurimont

8. Dans quel(s) programme(s) avez-vous déjà travaillé au CHUS?

- Médecine générale et urgence  
 Mère-enfant  
 Soins cardiopulmonaires  
 Soins chirurgicaux cardiopulmonaires  
 Soins critiques et traumatologie  
 Soins médicaux spécialisés

## ANNEXE E QUESTIONNAIRE 2

### Appréciation du guide à l'intention des ergothérapeutes quant du retour à domicile sécuritaire des personnes âgées et des adultes

- 1- Indiquez votre niveau d'accord avec les énoncés suivants concernant le guide à l'intention des ergothérapeutes quant à l'évaluation du retour à domicile des personnes âgées et des adultes.

	Totale- ment en désaccord	En désaccord	En accord	Totale- ment en accord
<b>Format</b>				
En général,				
Le guide est attrayant.				
Le guide est facilement compréhensible.				
La longueur du guide est adéquate.				
Le guide est bien organisé.				
<b>Applicabilité</b>				
Le guide s'applique à la clientèle que j'évalue en soins aigus.				
Le guide s'applique à mon contexte de pratique en soins aigus.				
<b>Utilité clinique</b>				
Le guide est un outil utile à mon processus de raisonnement clinique, pour la collecte de données pertinentes lors de l'évaluation des adultes et des personnes âgées quant au retour à domicile sécuritaire.				
Le contenu du guide est en lien avec mon rôle d'ergothérapeute en soins aigus.				
Le guide sera utile lors de l'enseignement aux stagiaires ou aux nouveaux ergothérapeutes.				
<b>Acceptabilité</b>				
Le contenu du guide est compatible avec mes valeurs en tant qu'ergothérapeute.				
Le contenu du guide tient compte de mes expériences en tant qu'ergothérapeute.				
Le guide tient compte de mes besoins en tant qu'ergothérapeute.				
La démarche de validation de contenu a permis de me familiariser avec le guide.				
Le guide pourrait m'être utile dans ma pratique.				

- 2- Quels les principaux points du guide à **améliorer** pour favoriser son utilisation dans la pratique ?
  
- 3- Quels sont les principaux **points forts** du guide qui en favoriseront l'utilisation dans la pratique ?
  
- 4- Avez-vous des commentaires ou des suggestions à formuler sur le format ou la présentation du guide ? Si oui, lesquels :
  
  
- 5- En général, sur une échelle de 0 à 10, quel est mon niveau d'appréciation du guide?  
0= non apprécié 10= très apprécié

ANNEXE F  
GUIDE À L'INTENTION DES ERGOTHÉRAPEUTES QUANT AU RETOUR À  
DOMICILE SÉCURITAIRE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES ADULTES

GUIDE À L'INTENTION  
DES ERGOTHÉRAPEUTES QUANT À  
L'ÉVALUATION DU RETOUR À DOMICILE  
SÉCURITAIRE  
DES PERSONNES ÂGÉES ET DES ADULTES  
HOSPITALISÉS



*Annie-Claude Lemieux Courchesne  
Ergothérapeute*

*Projet réalisé dans le cadre de la  
Maîtrise en pratiques de la réadaptation  
Université de Sherbrooke*

*Juin 2016*

---

## 1. INTRODUCTION

---

## 2. LES CONCEPTS DE L'ÉVALUATION SELON LE MODÈLE PEO

---

### 2.1 PERSONNE

#### RÔLES

#### ATTRIBUTS ET EXPÉRIENCE DE VIE

#### HABILETÉS PHYSIQUES

#### HABILETÉS COGNITIVES

---

### 2.2 ENVIRONNEMENT

#### ENVIRONNEMENT SOCIAL

#### ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

#### ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL

---

### 2.3 OCCUPATION

#### ACTIVITÉS ET TÂCHES OCCUPATIONNELLES

---

## 3. LES AUTRES ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER LORS DE L'ÉVALUATION

---

## 4. CONCLUSION

---

## 5. AIDE-MÉMOIRE

---




## RÉFÉRENCES

## 1. INTRODUCTION

Le présent guide s'adresse aux ergothérapeutes cliniciens pour les outiller quant à l'évaluation du retour à domicile sécuritaire des personnes âgées et des adultes afin d'éviter les effets indésirables. Les effets indésirables suite à une hospitalisation comprennent la réadmission, le déclin fonctionnel, l'admission en institution et la mortalité (Preyde et Brassard, 2011 et Capenter *et al.*, 2015). Ces effets indésirables sont communs et engendrent des coûts importants (Preyde et Brassard, 2011). Ce guide, basé sur les données probantes, vise également à uniformiser les pratiques des ergothérapeutes.

La prise de décision concernant le retour à domicile sécuritaire demeure complexe et devrait tenir compte de plusieurs aspects et ce, afin de couvrir les risques potentiels et d'éviter les effets indésirables. L'évaluation des ergothérapeutes en soins aigus devrait prendre en considération les facteurs prédictifs d'un retour à domicile sécuritaire. Étant donné qu'aucun outil de mesure existant dans la littérature ne regroupe tous ces facteurs et peut être applicable avec la clientèle hospitalisée, un guide a donc été développé en effectuant une analyse des outils de mesure de la littérature scientifique sur ce sujet. La consultation des ergothérapeutes, par la méthode TRIAGE, a permis d'effectuer une validation de contenu des dimensions issues de la recension des écrits. Les principales dimensions sur lesquelles devraient se baser l'évaluation ont été relevées et sont décrites dans les lignes qui suivent. Elles ont été documentées selon le modèle PEO (personne-environnement-occupation) (Law *et al.*, 1996).

## 2. LES CONCEPTS DE L'ÉVALUATION SELON LE MODÈLE PEO

P-E-O	DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS
<b>PERSONNE</b> 	<b>Rôles</b>	Attentes du patient et de ses proches aidants
	<b>Attributs et expérience de vie</b>	Fragilité
		Gestion du risque et de ses conséquences
		Niveau de littératie en santé
	<b>Habiletés physiques</b>	Risque de chute
	<b>Habiletés cognitives</b>	Capacité d'adaptation
Traitement de l'information cognitive		
Difficulté au niveau des comportements perturbateurs		
<b>ENVIRONNEMENT</b> 	<b>Environnement social</b>	Soutien social
		Disponibilité des soins au congé
	<b>Environnement physique</b>	Caractéristiques du domicile
	<b>Environnement institutionnel</b>	Accès aux services de santé
	<b>Environnement culturel</b>	Contexte socio-économique
<b>OCCUPATION</b> 	<b>Activités et tâches occupationnelles</b>	Autonomie dans les activités essentielles au retour à domicile
		Gestion de la médication

### 2.1 PERSONNE

#### RÔLES

- **Attentes du patient et de ses proches aidants**

Il est important de tenir compte des valeurs et des buts du patient en regard du congé (Holm et Mu, 2012, Crennan et MacRae, 2010) afin que ce dernier s'implique davantage dans le processus de congé. Une approche centrée sur le client est d'ailleurs au cœur de la pratique en ergothérapie. Toutefois, lorsque les patients présentent une fragilité et des déficits au niveau

des habiletés cognitives, l'approche doit être adaptée et les proches aidants doivent être consultés (Moats, 2007).

Selon les ergothérapeutes qui ont participé au groupe de discussion, c'est l'une des sous-dimensions les plus importantes. Lors de l'évaluation, le patient devrait tout d'abord être questionné sur ses attentes. Ce concept est même qualifié comme la « porte d'entrée » d'une bonne évaluation. Les ergothérapeutes mentionnent également inclure davantage les proches lorsque le patient présente des déficits au niveau des habiletés cognitives.

#### **ATTRIBUTS ET EXPÉRIENCE DE VIE**

- **Fragilité**

La fragilité est définie comme un état de vulnérabilité caractérisé par une diminution des réserves physiologiques et de la résistance aux stressors (Bergman *et al.*, 2007, Fried *et al.*, 2001). Elle est caractérisée par la vitesse à laquelle les performances physiques, cognitives et fonctionnelles d'une personne se détériorent (Ferrucci *et al.*, 2002). Les personnes âgées fragiles sont une population vulnérable présentant plus de risque de présenter des incapacités et des effets indésirables (Provencher *et al.*, 2012). Ces personnes sont plus sensibles aux divers types de stressors menant à des incapacités (Ferrucci *et al.*, 2002), comme, par exemple, une hospitalisation. Trois approches sont documentées dans la littérature pour évaluer la fragilité (Goldstein *et al.*, 2012). La fragilité peut être caractérisée par l'utilisation du phénotype de fragilité basé sur cinq composantes, soit la perte de poids non intentionnelle (10 lbs dans la dernière année), la faiblesse (force de préhension), un épuisement exprimé par la personne, la lenteur de la vitesse de marche et l'inactivité physique (Fried *et al.*, 2001). La fragilité peut aussi être mesurée par l'échelle clinique de fragilité basée sur une courte description de l'état de la personne et par le jugement clinique du professionnel (Mitnitski *et al.*, 2001). Finalement, elle peut être mesurée par l'index de fragilité basé sur le nombre de déficits de la personne (Rockwood *et al.*, 2015).

En se basant sur leur jugement clinique pour évaluer la fragilité, les ergothérapeutes mentionnent tenir compte de plusieurs facteurs autant au niveau physique, cognitif que fonctionnel. Les personnes qui ont été hospitalisées dernièrement, qui ont de nombreuses comorbidités, qui consultent fréquemment à l'urgence et qui ont un pauvre pronostic de récupération, présentent une certaine vulnérabilité. De plus, celles ayant des risques de dénutrition, de déconditionnement et ayant fait un délirium au cours de leur hospitalisation sont également considérées comme fragiles et doivent bénéficier d'une attention particulière lors de l'évaluation.

- **Gestion du risque et de ses conséquences**

Ce concept a été relevé et défini par les ergothérapeutes. Lors de l'évaluation en ergothérapie, il s'avère essentiel d'évaluer les divers risques que peut encourir la personne à domicile, la gravité des conséquences possibles ainsi que la façon dont elle compte les gérer. Ces risques



doivent être contextualisés selon le milieu de vie de la personne. Le respect des recommandations et le niveau de collaboration du patient par rapport aux recommandations permettent de documenter la gestion du risque. Ces éléments ne sont pas nécessairement tous attribuables aux habiletés cognitives, mais peuvent dépendre entre autres du comportement, des valeurs et des priorités de la personne. Par exemple, une personne peut décider de ne pas utiliser une aide technique recommandée par un professionnel et privilégier un autre moyen compensatoire, même si elle est consciente des risques possibles.

- **Niveau de littératie en santé**

La littératie en santé est définie comme : « la capacité de trouver, de comprendre, d'évaluer et de communiquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de la vie » (Rootman, 2008). L'association canadienne des ergothérapeutes prend position sur ce concept et démontre que la littératie en santé a une influence sur les occupations de la vie, puisqu'elle permet d'obtenir de manière optimale de l'information pertinente et significative sur la santé et les services de santé et de l'utiliser efficacement afin de prendre des décisions éclairées en matière de santé (ACE, 2013). Un article propose d'ailleurs des façons d'intégrer la littératie en santé dans le domaine de l'ergothérapie, notamment d'être informé, de standardiser les pratiques, de rendre l'information accessible, d'interagir de façon optimale avec les clients, d'intervenir et de collaborer pour augmenter la littératie en santé (Levasseur et Carrier, 2012).

Selon les ergothérapeutes, il est important de prendre en considération la littératie en santé, principalement en adaptant les interventions selon le niveau de littératie du patient. Les ergothérapeutes doivent se questionner si la personne sera outillée et comprendra les enjeux reliés à sa santé pour prendre de bonnes décisions de retour à domicile.

#### **HABILETÉS PHYSIQUES**

- **Risque de chute**

Les chutes sont la cause principale de blessure (Deandrea et *al.*, 2010, Soffer et *al.*, 2006) et la cause principale accidentelle de mort chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Le risque de chute augmente selon l'âge de la personne (Soffer et *al.*, 2006).

#### **HABILETÉS COGNITIVES**

- **Capacité d'adaptation**

Les ergothérapeutes soulignent qu'une bonne capacité d'adaptation est essentielle pour permettre au patient de s'approprier sa nouvelle condition en développant des stratégies compensatoires et afin d'éviter de se mettre à risque. Cette capacité, qui relève des fonctions exécutives, est nécessaire si une personne est confrontée à une difficulté lors de l'exécution d'une tâche familière. Des réponses alternatives vont s'organiser pour mettre en place des changements dans la routine établie pour que la personne puisse atteindre le but désiré.

- **Traitement de l'information cognitive**

Selon les ergothérapeutes, le traitement de l'information cognitive fait appel à plusieurs aspects des habiletés cognitives telles que la capacité à se rappeler des informations, à résoudre des problèmes, à faire de bons choix selon ses capacités, les apprécier et s'ajuster. Ce concept considère également le niveau d'attention de la personne, les capacités visuo-perceptuelles et les perceptions sensorielles. Tous ces aspects sont importants à prendre en considération lors de l'évaluation qui est documentée par les ergothérapeutes à l'aide de mises en situation en lien avec l'occupation.

- **Difficulté au niveau des comportements perturbateurs**

Ce concept comprend le risque de fugue qui est important à considérer chez les personnes atteintes de troubles cognitifs selon les experts travaillant dans le milieu. C'est une sphère qui doit faire l'objet de l'évaluation lorsqu'il est question de sécurité à domicile et est documentée dans de nombreux outils de mesure utilisés à domicile (Douglas, 2011).

Selon les ergothérapeutes, la difficulté au niveau des comportements perturbateurs regroupe tous les comportements qui peuvent être dangereux pour la personne ou pour autrui. Ils soulignent le fait que des comportements perturbateurs peuvent aussi être notés chez les adultes présentant, par exemple, des traumatismes crâniens. Ces comportements peuvent avoir un impact important sur la sécurité à domicile.

## 2.2 ENVIRONNEMENT

### ENVIRONNEMENT SOCIAL

- **Soutien social**

Le manque de soutien social augmente le risque des personnes âgées d'expérimenter davantage d'effets indésirables après un congé de l'hôpital (Preyde et Brassard, 2011, Saint-Hubert *et al.*, 2010, Jacob *et al.*, 2008 et Anderson *et al.*, 2006). Le fait de demeurer seul est un des facteurs prédictifs d'effets indésirables (Preyde et Brassard, 2011). Les adultes présentant des besoins chroniques qui vivent seuls sont plus susceptibles de développer des difficultés de transition suite au congé (Jacob *et al.*, 2008).

- **Disponibilité de soins au congé**

Le patient peut parfois présenter un bon soutien social, mais son réseau n'est pas disponible pour combler ses besoins lors du congé. La disponibilité des soins après le congé est un des facteurs prédictifs d'effets indésirables (Preyde et Brassard, 2011).

### ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

- **Caractéristiques du domicile**

Les caractéristiques du domicile devraient être abordées afin d'identifier les risques de l'environnement, particulièrement lorsqu'une incertitude demeure quant aux risques anticipés ou lors d'une incongruence entre les besoins du patient et les éléments connus de son environnement (Robertson et Blaga, 2013).

### ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL

- **Accès aux services de santé**

Tel que mentionné, les ergothérapeutes jouent un rôle important afin de fournir des recommandations en vue de combler les besoins d'aides techniques et de services, surtout pour la population âgée (Crennan et MacRae, 2010). Or, si les services de santé ne sont pas disponibles dans la communauté (ex : soins à domicile), cela aura sans aucun doute un impact dans l'évaluation du retour à domicile sécuritaire et des recommandations qui seront émises. D'ailleurs, le risque de réadmission est plus faible lorsque les ressources nécessaires sont mobilisées au congé (Preyde et Brassard, 2011).

### ENVIRONNEMENT CULTUREL

- **Contexte socio-économique**

Selon Arbaje et *al.*, les facteurs socio-économiques sont définis par le revenu, le niveau de scolarité, l'emploi et le soutien social de la personne. Le fait de vivre seul, d'avoir des besoins fonctionnels non comblés, un manque d'habileté de l'autogestion et une éducation limitée sont associés à une réadmission précoce à l'hôpital (Arbaje et *al.*, 2008).

Selon les ergothérapeutes, il est important de considérer le contexte dans lequel vit la personne afin de s'assurer que sa sécurité ne sera pas compromise à son retour à domicile. Les ergothérapeutes en soins aigus jouent d'ailleurs un rôle important afin de fournir des recommandations pour l'orientation post-hospitalisation, les besoins d'aides techniques et de services, surtout pour la population âgée (Crennan et MacRae, 2010). Toutefois, si la personne ne présente pas les ressources nécessaires dont, par exemple, un revenu suffisant, il est probable qu'elle n'appliquera pas les recommandations émises à domicile.

## 2.3 OCCUPATION

### ACTIVITÉS ET TÂCHES OCCUPATIONNELLES

- **Autonomie dans les activités essentielles au retour à domicile**

L'autonomie à l'admission s'avère le facteur le plus prédictif d'un retour sécuritaire au domicile (Preyde et Brassard, 2011, Garcia-Perez *et al.*, 2011, Saint-Hubert *et al.*, 2010, Hoogerguijn *et al.*, 2007 et Campbell *et al.*, 2004).

Selon les ergothérapeutes, les activités essentielles au retour à domicile peuvent inclure les activités de la vie quotidienne, de la vie domestique et même les loisirs. Ce sont les activités que les patients désirent reprendre dès leur retour à domicile, selon leurs attentes. Il s'avère primordial d'évaluer l'autonomie de la personne à accomplir ces activités avant le congé afin d'émettre des recommandations et éviter les risques à domicile.

- **Gestion de la médication**

La prise de plusieurs médicaments et les erreurs associées à la gestion qui en découle contribuent aux effets indésirables que l'on veut éviter lors du congé. Les catégories de médicaments les plus susceptibles de provoquer ces effets indésirables sont les agents antimicrobiens, les agents diabétiques et les agents cardiovasculaires. Plus il y a de médicaments qui sont prescrits, plus grand est le risque de présenter des effets indésirables (Robinson *et al.*, 2012). Les erreurs liées à l'automédication chez les personnes ayant des troubles cognitifs ne doivent pas être négligées (Douglas *et al.*, 2011).

Le rôle de l'ergothérapeute est principalement d'évaluer l'autonomie liée à la gestion de la médication. La gestion de la glycémie chez les patients diabétiques est souvent problématique chez les patients ayant des troubles cognitifs et doit être évalué afin d'éviter des effets indésirables.

### 3. LES AUTRES ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER LORS DE L'ÉVALUATION

Plusieurs autres éléments et recommandations devraient être considérés par les ergothérapeutes lors de l'évaluation quant au retour à domicile sécuritaire des personnes âgées et des adultes.

- **Entrevue avec le patient**

L'entrevue initiale est la modalité d'évaluation la plus fréquemment utilisée en soins aigus; elle permet de documenter les habiletés fonctionnelles dans les divers domaines (se laver, se vêtir, se déplacer, etc.) et aussi les habiletés cognitives (Robertson et Blaga, 2013, Smith-Gabai, 2011). Elle permet d'obtenir rapidement des informations dans un contexte où les ergothérapeutes doivent évaluer plusieurs aspects de la personne sur une courte période.

- **Visite à domicile**

Même s'il ne fait pas partie des tâches de l'ergothérapeute travaillant en soins aigus de faire des visites à domicile, ces visites peuvent être recommandées aux professionnels du soutien à domicile suite à l'évaluation en milieu hospitalier. Elles sont utiles pour identifier les caractéristiques du domicile qui pourraient présenter des risques au congé. Les visites à domicile devraient être privilégiées dans les cas de situations complexes ainsi que pour les personnes âgées fragiles, afin d'identifier les risques de l'environnement.

- **Travail d'équipe**

Le guide a été élaboré pour les ergothérapeutes, qui sont des acteurs-clés dans la planification du congé. La collaboration avec les membres de l'équipe doit toutefois être privilégiée dans les cas de situations complexes. Celles-ci sont fréquentes puisque l'évaluation du patient en milieu de soins aigus quant au retour à domicile est en soi une activité complexe. Atwal *et al.* (2012), mentionnent qu'une approche multidisciplinaire procure un support utile pour les cliniciens lorsqu'ils sont confrontés à une prise de décision comprenant plusieurs éléments et impliquant des risques. Cette approche est également à privilégier étant donné que la gestion du risque est dans le centre du processus de planification du congé et que la tolérance au risque varie selon chaque personne.

#### 4. CONCLUSION

Bref, ce guide permet de dresser les principales dimensions de l'évaluation dont devraient tenir compte les ergothérapeutes concernant le retour à domicile sécuritaire des personnes âgées et des adultes. Il est basé sur les données probantes et permet d'outiller les ergothérapeutes en soins aigus.

## 5. AIDE-MÉMOIRE : LES DIMENSIONS À CONSIDÉRER QUANT À L'ÉVALUATION DU RETOUR À DOMICILE SÉCURITAIRE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES ADULTES HOSPITALISÉS

