

**UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE**

**Validation d'un algorithme utilisé par l'auxiliaire aux services de santé et sociaux  
lors de la détermination du besoin d'équipements au bain avec les personnes en perte  
d'autonomie vivant à domicile**

**Manon Guay**

**Programme des sciences cliniques**

**Mémoire présenté  
à la Faculté de médecine et des sciences de la santé  
en vue de l'obtention du grade de M.Sc. en sciences cliniques**

**26 mai 2008**



Library and  
Archives Canada

Bibliothèque et  
Archives Canada

Published Heritage  
Branch

Direction du  
Patrimoine de l'édition

395 Wellington Street  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada

395, rue Wellington  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada

*Your file    Votre référence*  
*ISBN: 978-0-494-49509-4*  
*Our file    Notre référence*  
*ISBN: 978-0-494-49509-4*

**NOTICE:**

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

**AVIS:**

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

---

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.

  
**Canada**

## Composition du jury

**Validation d'un algorithme utilisé par l'auxiliaire aux services de santé et sociaux  
lors de la détermination du besoin d'équipements au bain avec les personnes en perte  
d'autonomie vivant à domicile**

Manon Guay

Ce mémoire est évalué par un jury composé des personnes suivantes

Pre Johanne Desrosiers, erg., Ph.D. Directrice de recherche	École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke
Pre Marie-France Dubois, Ph.D. Membre interne du jury	Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke
Pre Esther Cloutier, Ph.D. Membre externe du jury	Département d'organisation et ressources humaines, Université du Québec à Montréal

M.Sc. en sciences cliniques  
Faculté de médecine et des sciences de la santé

À Johanne,  
mon mentor d'hier et de demain.

«Bost m'appelait de Paris :  
- Votre mère a eu un accident, me dit-il.  
J'ai pensé : une auto l'a renversée. Elle se hissait péniblement de la chaussée sur le  
trottoir, appuyée sur sa canne, et une auto l'avait renversée.  
- Elle est tombée dans sa salle de bains ; elle s'est cassée le col du fémur, me dit Bost.  
[...]  
Était-il arrivé quelque chose à madame de Beauvoir ? Oui. Une chute. Pendant deux  
heures elle avait rampé sur le plancher avant d'atteindre le téléphone.»

Simone de Beauvoir, dans Une mort très douce.

*L'utilisation du genre féminin ou masculin a été adoptée selon le contexte afin de faciliter  
la lecture et n'a aucune intention discriminatoire.*

## TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES ANNEXES .....</b>	<b>iii</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>iv</b>
<b>LISTE DES FIGURES.....</b>	<b>v</b>
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS.....</b>	<b>vi</b>
<b>RÉSUMÉ.....</b>	<b>vii</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE.....</b>	<b>3</b>
<b>CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS .....</b>	<b>6</b>
2.1 Les rôles et l'expertise de l'ergothérapeute dans la détermination du besoin d'équipements au bain.....	6
2.2 Les rôles et le contexte de travail de l'auxiliaire aux services de santé et sociaux .....	9
2.3 La concordance de recommandations concernant le besoin d'aides au bain .....	11
2.4 Outils de travail du personnel non ergothérapeute lors de la détermination du besoin d'équipements au bain.....	13
<b>CHAPITRE 3 : OBJECTIFS DE RECHERCHE .....</b>	<b>20</b>
<b>CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>21</b>
4.1 Participants .....	21
4.2 Procédure d'échantillonnage et de recrutement .....	22
4.2.1 Groupe «nouvelles demandes de services» .....	22
4.2.2 Groupe «réévaluations des services».....	23
4.3 Variables et instruments de mesure.....	24
4.3.1 L'algorithme <i>Préalables aux soins d'hygiène</i> .....	24
4.3.2 Questionnaire sociodémographiques et cliniques .....	26
4.3.3 Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle .....	27
4.3.4 Échelle de statut mental de Folstein .....	28
4.3.5 Questionnaire sur la condition de la personne lors de la visite de l'auxiliaire .....	28
4.3.6 Questionnaire sur la consultation de l'ergothérapeute par l'auxiliaire.....	29
4.4 Caractéristiques des évaluateurs.....	29
4.4.1 Évaluatrice-ergothérapeute.....	30
4.4.2 Évaluateurs-auxiliaires .....	30
4.4.3 Formation aux auxiliaires .....	31
4.5 Procédure de collecte des données .....	32
4.6 Taille d'échantillon.....	35

4.7 Analyses statistiques.....	35
4.8 Considérations éthiques.....	38
<b>CHAPITRE 5 : RÉSULTATS.....</b>	<b>39</b>
5.1 Description de l'échantillon .....	39
5.2 Situations qui relèvent de la compétence de l'auxiliaire (obj. 1) .....	41
5.3 Concordance des recommandations de l'ergothérapeute et de l'auxiliaire (obj. 2) ..	43
5.4 Comparaison du niveau d'accord selon le contexte (obj. 3) .....	44
5.5. Résultats complémentaires .....	50
5.5.1 Consultation de l'ergothérapeute par l'auxiliaire .....	50
5.5.2 Sécurité de l'environnement.....	51
<b>CHAPITRE 6 : DISCUSSION .....</b>	<b>52</b>
6.1 Capacité de l'auxiliaire à identifier les situations qui relèvent de sa compétence ....	52
6.2 Concordance des recommandations de l'ergothérapeute et de l'auxiliaire .....	54
6.2.1 Le lieu.....	54
6.2.2 Les barres d'appui .....	55
6.2.3 Le siège de bain .....	56
6.3 Comparaison du niveau d'accord en fonction du contexte de la demande .....	61
6.3.1 Caractéristiques des participants .....	61
6.3.2 Concordance entre les intervenants .....	62
6.4 Forces et limites de l'étude.....	65
6.5 Retombées anticipées de l'étude .....	66
6.6 Pistes de recherche future.....	67
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>69</b>
<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>70</b>
<b>RÉFÉRENCES .....</b>	<b>71</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>77</b>

## LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1** Aide-mémoire lors du recrutement
- Annexe 2** Questionnaire sociodémographique et clinique
- Annexe 3** Questionnaire sur la condition de la personne lors de la visite de l'auxiliaire
- Annexe 4** Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)
- Annexe 5** Échelle de statut mental de Folstein (MMSE)
- Annexe 6** Algorithme *Mise en place des soins d'hygiène par l'AFS*
- Annexe 7** Exemples visuels d'équipements au bain
- Annexe 8** Algorithme *Préalables aux soins d'hygiène* (version hygiène personnelle)
- Annexe 9** Questionnaire sur la consultation de l'ergothérapeute par l'auxiliaire
- Annexe 10** Feuille de collecte des données
- Annexe 11** Matrices de résultats
- Annexe 12** Formulaire de consentement (français)
- Annexe 13** Formulaire de consentement (anglais)
- Annexe 14** Approbation du comité d'éthique clinique du CSSS Memphrémagog
- Annexe 15** Approbation du comité d'éthique de la recherche des CSSS de l'Estrie
- Annexe 16** Fréquence, durée et motifs de consultation de l'ergothérapeute clinicienne par l'auxiliaire

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau 2.1</b> : Algorithmes utilisés par du personnel non ergothérapeute lors de la détermination du besoin d'aide à l'hygiène personnelle .....	15
<b>Tableau 4.1</b> : Caractéristiques démographiques des évaluateurs-auxiliaires.....	31
<b>Tableau 5.1</b> : Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants .....	42
<b>Tableau 5.2</b> : Situations identifiées comme relevant de la compétence de l'auxiliaire...	42
<b>Tableau 5.3</b> : Détermination du besoin et du type de barre d'appui par l'ergothérapeute et l'auxiliaire.....	45
<b>Tableau 5.4</b> : Mesures d'accord entre les recommandations émises par l'ergothérapeute et celles de l'auxiliaire .....	46
<b>Tableau 5.5</b> : Mesures d'accord entre les recommandations formulées par l'ergothérapeute et celles émises par l'auxiliaire concernant le siège de bain.....	46
<b>Tableau 5.6</b> : Caractéristiques démographiques et cliniques de l'échantillon des participants selon le contexte de la demande.....	47
<b>Tableau 5.7</b> : Situations identifiées comme relevant de la compétence de l'auxiliaire selon le contexte de l'évaluation.....	48
<b>Tableau 5.8</b> : Concordance du jugement de l'ergothérapeute et de l'auxiliaire concernant la compétence de l'auxiliaire à intervenir selon le contexte de la demande .....	49
<b>Tableau 5.9</b> : Mesures d'accord entre les recommandations émises par l'ergothérapeute et celles de l'auxiliaire en fonction du contexte de la demande .....	49
<b>Tableau 6.1</b> : Accord entre les recommandations de l'ergothérapeute et celles de l'auxiliaire qui aurait utilisé un algorithme modifié concernant le siège de bain.....	58
<b>Tableau 6.2</b> : Concordance entre les recommandations émises par l'ergothérapeute et celles formulées par l'auxiliaire dans un contexte de réévaluation et en fonction de la connaissance du cas .....	64

## LISTE DES FIGURES

Figure 4.1 :	Procédure de collecte des données.....	33
Figure 5.1 :	Procédure d'échantillonnage et de recrutement.....	40
Figure 6.1 :	Stratification du groupe des réévaluations des services en fonction de la connaissance du cas .....	64

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

AFS :	Auxiliaire familiale et sociale
ASSS :	Auxiliaire aux services de santé et sociaux
ASSTSAS :	Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales
CLSC :	Centre locaux des services communautaires
CSSS :	Centre de santé et des services sociaux
MMSE :	Échelle de statut mental de Folstein
OEQ :	Ordre des ergothérapeutes du Québec
O / P	Ouverture périnéale
PDSB :	Principes de déplacements sécuritaires des bénéficiaires
SMAF :	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle

## RÉSUMÉ

Dans la plupart des sociétés modernes, se laver est considéré comme une activité essentielle. Or, 31% des aînés vivant à domicile présentent des difficultés à prendre leur bain. Dans ces situations, l'ergothérapeute est l'expert pour évaluer les causes des problèmes rencontrés et le cas échéant, recommander l'ajout d'équipements au bain. Cependant, dans un contexte de pénurie de ressources humaines et face au nombre croissant de demandes de services, les ergothérapeutes ne suffisent plus à la tâche. Certains établissements de santé ont donc développé de nouveaux modèles d'organisation clinique qui impliquent l'auxiliaire aux services de santé et sociaux (ASSS) lors de la détermination du besoin d'équipements. Cette politique institutionnelle d'inclusion du personnel auxiliaire présente deux avantages: 1) les ASSS sont en mesure d'évaluer leurs propres conditions de travail ce qui diminue le risque de lésions professionnelles et 2) leur implication favorise le maintien de leur santé mentale par la reconnaissance de leurs compétences.

L'objectif de cette étude consistait à valider l'algorithme *Préalables aux soins d'hygiène*, un outil de travail qui guide les observations de l'ASSS lors de la détermination du besoin d'équipements au bain ou à la douche des personnes en perte d'autonomie vivant à domicile. Plus spécifiquement, le projet visait à 1) établir la capacité d'une ASSS qui utilise l'algorithme à identifier les situations cliniques qui relèvent de sa compétence, 2) mesurer la concordance entre les recommandations émises par l'ergothérapeute (critère) et celles formulées par l'ASSS qui utilise l'algorithme et 3) comparer la concordance en fonction du contexte dans lequel s'inscrit la demande: nouvelles demandes vs réévaluations des services.

Des personnes incapables de se laver seules sans difficulté (n=96) ont tout d'abord été évaluées par l'ergothérapeute à leur domicile. Par la suite, à moins d'une semaine d'intervalle, une ASSS utilisant l'algorithme a rencontré les participants. Pour s'assurer de l'intégrité des données, l'ergothérapeute a transmis ses recommandations à l'insu de celles émises par l'ASSS et vice versa. Les participants, en majorité des femmes (68%), étaient âgés en moyenne de 77 ans et vivaient avec un proche. La sensibilité de l'ASSS qui utilise l'algorithme à identifier les situations qui relèvent de sa compétence est de 96% tandis que la spécificité est de 69%. La concordance entre les recommandations des deux intervenants varie de substantielle à presque parfaite pour le lieu ( $\Delta=0,93$  [0,85 ; 1,00]) ainsi que pour le besoin d'une barre d'appui ( $\Delta=0,77$  [0,63 ; 0,91]) tandis qu'elle varie de passable à modérée ( $K_p=0,63$  [0,52 ; 0,75]) pour le siège de bain. Il n'y a pas de différence significative lorsque la concordance entre les recommandations est comparée en fonction du contexte (nouvelles demandes vs réévaluations).

Ainsi, l'ASSS qui utilise l'algorithme identifie correctement les situations qui relèvent de sa compétence, le lieu où l'hygiène doit être complétée ainsi que le besoin d'une barre d'appui. Afin d'augmenter l'accord pour le siège de bain, il est recommandé de retirer de l'algorithme la possibilité de choisir certains modèles moins fréquemment utilisés. Les résultats de l'étude augmentent la confiance face à l'algorithme et encourage l'inclusion de l'ASSS dans le processus de détermination du besoin d'équipements au bain. Ce nouveau modèle d'organisation clinique est prometteur car il favorise l'accès à des services de santé de qualité en plus d'avoir une incidence positive sur la santé et la sécurité des ASSS.

**Mots clés :** soins à domicile, hygiène, aide technique, concordance inter-observateur, validité

## INTRODUCTION

L'efficacité des interventions de l'ergothérapeute pour amoindrir les difficultés vécues par les personnes en perte d'autonomie lors de l'hygiène personnelle est bien établie. Toutefois, dans un contexte de pénurie d'ergothérapeutes et d'augmentation constante du nombre de demandes de services dans les Centres de santé et des services sociaux (CSSS), les personnes en perte d'autonomie font face à des délais d'attente importants. Des cliniciens et des gestionnaires déploient donc des efforts pour réviser l'organisation du travail afin de garantir à la population des services de santé accessibles et de qualité. Une stratégie mise de l'avant pour atteindre ces objectifs est l'inclusion de l'auxiliaire aux services de santé et sociaux (ASSS) dans le processus de détermination du besoin d'équipements au bain. L'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ) souligne cependant l'impératif de recourir à des outils cliniques appropriés dans ce type de modèle d'organisation clinique afin d'assurer la sécurité du public et le respect des obligations professionnelles des ergothérapeutes. Cette mise en garde laisse les intervenants perplexes car actuellement, aucun outil clinique valide n'est disponible. La présente étude s'inspire donc des enjeux associés à ces pratiques émergentes et vise à valider un algorithme développé par des cliniciens québécois.

La problématique est d'abord décrite dans le premier chapitre de ce mémoire. Le chapitre suivant est consacré à une recension des écrits qui s'articule autour de quatre thèmes : les rôles et l'expertise de l'ergothérapeute dans la détermination du besoin d'équipements au bain, les rôles et le contexte de travail de l'auxiliaire aux services de santé et sociaux, la concordance entre deux intervenants lors de la détermination des

besoins d'aide au bain et finalement, les outils utilisés à cette fin. Ensuite, le cadre théorique sous-jacent à l'élaboration de l'algorithme étudié est résumé. Les objectifs de recherche sont exposés au chapitre 3 et la méthodologie retenue, au chapitre 4. Plus précisément, ce chapitre présente les critères d'admissibilité des participants ainsi que la procédure d'échantillonnage et de recrutement. De plus, les variables, les instruments de mesure et la procédure de collecte des données sont expliqués, tandis que les choix de la taille d'échantillon et des analyses statistiques sont justifiés. Le chapitre 4 se termine avec les considérations éthiques qui ont guidé les décisions tout au long de l'étude. Les résultats sont exposés au chapitre 5 et ceux-ci sont discutés au chapitre suivant. Le chapitre 6 permet également de prendre connaissance des forces et des limites de l'étude ainsi que des retombées anticipées de ces travaux. Enfin, des pistes de recherche sont présentées avant de conclure ce mémoire.

## CHAPITRE 1

### PROBLÉMATIQUE

Dans la plupart des sociétés modernes, se laver est considéré comme une activité essentielle (Mullick, 1993). Or, pour les personnes âgées vivant dans la communauté, se laver est l'activité de la vie quotidienne la plus problématique (Clark, Czaja et Weber, 1990). En fait, 31% des aînés vivant à domicile présentent des difficultés à prendre leur bain (Naik, Concato et Gill, 2004).

La salle de bain est l'endroit du domicile qui présente le plus grand nombre de facteurs de risque de chutes (Carter, Campbell, Sanson-Fisher, Redman et Gillespie, 1997 ; Aminzadeh, Edwards, Locknett et Nair, 2000) et une personne âgée sur sept qui a des difficultés à sortir de sa baignoire y restera coincée au moins à une occasion (Gooptu et Mulley, 1994). De toutes les activités de la vie quotidienne, l'aide au bain compte pour le plus grand nombre d'heures de soins formels et informels (LaPlante, Harrington et Kang, 2002). De plus, l'apparition d'un besoin d'aide persistant s'associe fortement à la perte d'autonomie (Gill, Allore et Guo, 2003) et au risque d'institutionnalisation (Gill, Allore et Han, 2006). Les interventions visant à prévenir les difficultés lors de l'hygiène personnelle ou encore, à restaurer ou maintenir l'autonomie des personnes âgées sont donc encouragées (Gill, Guo et Allore, 2006).

Les problèmes lors du bain sont souvent l'élément déclencheur d'une demande de services de soins à domicile du Québec (OEQ, 2005). Bien que peu d'informations soient disponibles sur l'efficacité des modalités d'intervention face aux problèmes vécus lors de l'hygiène (Murphy, Gretebeck et Alexander, 2007), les interventions ergothérapeutiques pour améliorer le niveau d'autonomie de la personne à réaliser son hygiène personnelle sont

depuis longtemps reconnues (Chamberlain, Thornley et Wright, 1978 ; Chamberlain, Thornley, Stowe et Wright, 1981 ; Shillam, Beeman et Loshin, 1983). L'ergothérapeute est ainsi le professionnel appelé à évaluer les causes des problèmes rencontrés lors du bain et le cas échéant, recommander l'ajout d'équipements, un programme d'entraînement ou encore, la mise en place de services d'assistance personnelle (OEQ, 2004a). En effet, l'ajout d'aide technique ou humaine s'est révélé un mode d'intervention efficace pour compenser les incapacités de la personne (Gill, Robison, Williams et Tinetti, 1990; Verbrugge et Sevak, 2002 ; Verbrugge, Rennert et Maddans, 1997).

Toutefois, face au nombre toujours croissant de demandes de services et ce, dans un contexte de pénurie de ressources humaines, les ergothérapeutes ne suffisent plus à la tâche (Tremblay, 1995; CAOT, 2001 ; Hébert, Maheux et Potvin, 2000 ; 2001 ; 2002). L'étude québécoise de Tremblay a mis en évidence qu'en 1995, 18 % des demandes de services en ergothérapie avaient un délai de prise en charge variant de 4 à 12 mois. Depuis, le vieillissement de la population, les congés hospitaliers précoces ou encore, le maintien à domicile d'un plus grand nombre de personnes en soins palliatifs ont probablement exacerbé ce problème d'accessibilité. Certains CSSS ont donc développé de nouveaux modèles d'organisation clinique qui incluent du personnel auxiliaire pour établir les besoins de la personne éprouvant des difficultés lors du bain.

L'auxiliaire aux services sociaux et de santé (ASSS), nommée jusqu'en novembre 2006 l'auxiliaire familiale et sociale (AFS), est à ce jour le membre du personnel le plus impliqué dans ce modèle d'organisation clinique. Sous la coordination de Desnoyers (2006), des cliniciens ont développé et implanté en 2005 un algorithme intitulé *Préalables aux soins d'hygiène* afin de guider les auxiliaires dans leurs observations. Cet algorithme oriente les observations des auxiliaires durant l'activité «se laver» afin qu'elles puissent

déterminer le type d'aide à mettre en place pour assurer une autonomie optimale de la personne dans un environnement sécuritaire. L'algorithme a été soumis à un comité aviseur d'ergothérapeutes et d'auxiliaires lors de son élaboration, lui conférant une bonne validité de contenu.

Toutefois, plusieurs ergothérapeutes sont ambivalents face à la validité de ces pratiques émergentes (Genest, Tremblay et Lanctôt, 2003 ; OEQ, 2003 ; Carrier, 2008). Pour alimenter les réflexions sur ces enjeux, il apparaît donc opportun de faire la lumière sur la concordance entre les recommandations qui découlent de l'évaluation conduite par un ergothérapeute et celles formulées par une auxiliaire qui utilise un algorithme.

## CHAPITRE 2

### RECENSION DES ÉCRITS

Cette recension des écrits est présentée en quatre sections. La première documente d'une part les rôles de l'ergothérapeute auprès des personnes présentant des difficultés au bain et d'autre part, la reconnaissance de son expertise dans ce domaine. La seconde section s'intéresse aux rôles de l'auxiliaire, à son contexte de travail et à son implication au Québec dans le processus de détermination du besoin d'équipements au bain. En troisième lieu sont exposées les informations recensées sur la concordance de recommandations concernant le besoin d'aide lors de l'hygiène personnelle. Finalement, des outils utilisés par le personnel non ergothérapeute lors de la détermination du besoin d'équipements au bain sont présentés.

#### **2.1 Les rôles et l'expertise de l'ergothérapeute dans la détermination du besoin d'équipements au bain**

L'intervention ergothérapique vise à promouvoir la récupération, le maintien ou l'optimisation de l'autonomie des personnes dont la capacité fonctionnelle est diminuée ou risque de l'être par une atteinte congénitale, un traumatisme, une maladie transitoire, dégénérative voire même terminale, le vieillissement normal, un handicap social, une déficience ou encore une incapacité (Carrier, 2008). Le champ de pratique de l'ergothérapeute, en vertu de la Loi modifiant le Code des professions (L.Q. 2002, c. 33), consiste à :

«évaluer les habiletés fonctionnelles d'une personne, déterminer et mettre en œuvre un plan de traitement et d'intervention, développer, restaurer ou maintenir les aptitudes, compenser les incapacités, diminuer les situations de handicap et adapter

l'environnement dans le but de favoriser une autonomie optimale» (*Code des professions, a. 37o*).

Par habiletés fonctionnelles, l'OEQ (2004a) entend :

«la manière dont une personne réalise ses activités compte tenu de son état de santé, ses capacités, l'environnement dans lequel elle évolue, ainsi que de ses rôles sociaux, ses valeurs et ses intérêts» (p. 14).

L'ergothérapeute ayant une pratique communautaire intervient principalement auprès des personnes en perte d'autonomie en vue de déterminer leur aptitude à vivre à domicile ainsi que pour identifier leurs besoins d'aide humaine, d'aides techniques ou d'aménagements domiciliaires (Hébert, Maheux et Potvin, 2002). Généralement, l'ergothérapeute est appelée à rencontrer les personnes en perte d'autonomie dans deux contextes : 1) une personne, un proche de la personne ou un intervenant du réseau de la santé et des services sociaux demande les services de l'ergothérapeute ou encore, 2) un intervenant d'un établissement de santé demande les services de l'ergothérapeute pour réévaluer les services d'aides (techniques ou humaine) offerts par cet établissement.

Lorsqu'une personne éprouve des difficultés à réaliser son hygiène personnelle, l'ergothérapeute dispose d'une variété de méthodes d'évaluation pour déterminer le type d'aide à mettre en place. Il peut avoir recours à des outils d'évaluation qualitatifs (ex. : observations cliniques) et quantitatifs (ex. : tests standardisés). L'ergothérapeute détermine les modalités d'évaluation appropriées en exerçant son jugement professionnel et utilise généralement plus d'une méthode d'évaluation (OEQ, 2004b).

Plusieurs lois et programmes gouvernementaux québécois reconnaissent l'ergothérapeute comme le professionnel de la santé habilité à juger du besoin d'aide technique et humaine lors de la réalisation de l'hygiène personnelle. Il s'agit de la Loi sur l'assurance automobile, la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles

(Recueil des politiques en matière de réadaptation et d'indemnisation), le règlement sur les appareils suppléant une déficience physique et assurés en vertu de la Loi sur l'assurance maladie, le Programme d'adaptation domiciliaire pour les personnes handicapées de la Société d'habitation du Québec ainsi que le Programme sur les aides à la vie quotidienne et à la vie domestique du Ministère de la santé et des services sociaux (OEQ, 2004a).

L'expertise de l'ergothérapeute est également utilisée en recherche pour documenter la situation de handicap et le besoin d'aide lors de la réalisation d'activités de la vie quotidienne et domestique à domicile (Fried et al., 1996 ; Gitlin, Mann, Tomit et Marcus, 2001 ; Rochette, Desrosiers et Noreau, 2001). Deux études recensées s'intéressent particulièrement aux difficultés rencontrées lors du bain et fondent leurs résultats sur l'évaluation de l'ergothérapeute. Premièrement, Mann, Ottenbacher, Fraas, Tomita et Granger (1999) s'appuient sur l'opinion de l'ergothérapeute pour déterminer l'efficacité des aides techniques et des adaptations à l'environnement pour maintenir le niveau d'autonomie et réduire les coûts associés au maintien à domicile des personnes âgées. De même, Murphy et Tickle-Degnen (2000), qui s'intéressent aux personnes âgées ayant peur de tomber lors de la réalisation de leurs activités de la vie quotidienne, reconnaissent le jugement professionnel de l'ergothérapeute pour analyser les demandes physiques, cognitives et financières de 36 activités, dont celle de «se laver».

Le rôle de l'ergothérapeute lors de la détermination du besoin d'équipements au bain est donc confirmé sur le plan législatif et scientifique. Il est ainsi indiqué de sélectionner l'opinion professionnelle de l'ergothérapeute comme mesure étalon.

## **2.2 Les rôles et le contexte de travail de l'auxiliaire aux services de santé et sociaux**

Le rôle principal de l'auxiliaire est d'offrir des services directs à la personne (aide humaine), à son domicile, selon le plan d'intervention établi par l'équipe interdisciplinaire (Proteau, 1992). Proteau (1995) soutient que 80% des services offerts par les auxiliaires dans les services de maintien à domicile des CSSS sont des soins d'hygiène. Les auxiliaires détiennent une formation de niveau postsecondaire d'une durée de 6 à 12 mois et aucun ordre professionnel ne les régit (Carrier, 2008).

Afin d'assurer la santé et la sécurité des auxiliaires, l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS) considère que l'évaluation de la personne et de son environnement doit être complétée avant de déterminer la nature des services qui seront dispensés par l'auxiliaire (Morissette, 1995 ; Proteau, 1995). En effet, bien que les emplois d'auxiliaire représentent 40% de la main d'œuvre dans les CSSS du Québec, volet maintien à domicile, ils regroupent 60% des lésions professionnelles (Cloutier et al., 2006). Pour la période de 2000 à 2002, le taux de fréquence des lésions professionnelles s'élève à 12,1% (comparé à 5,1% en moyenne pour l'ensemble de la main d'œuvre assujettie à la Loi sur la santé et la sécurité du travail). Comme la majorité des services offerts par l'auxiliaire sont des soins d'hygiène, l'identification précoce des facteurs de risque de blessures dans la salle de bain et l'aménagement sécuritaire de celle-ci sont des stratégies de prévention essentielles.

Certaines caractéristiques de l'auxiliaire auraient une influence sur les stratégies adaptatrices utilisées par l'auxiliaire pour favoriser sa santé et sa sécurité au travail, entre autre, lors de la prestation de soins d'hygiène. Cloutier et ses collaborateurs (2006) indiquent que le sexe, l'expérience de travail et l'âge de l'auxiliaire sont à considérer. Ils mettent aussi en évidence que la «connaissance du cas», défini comme «l'expérience

répétée de situations réelles de soin auprès d'un usager» (p. 20), aurait un impact sur ces stratégies. En effet, elle permettrait au personnel de construire petit à petit la connaissance du cas nécessaire à la sécurité de l'aidant et de l'aidé.

Dans un contexte de pénurie d'ergothérapeutes, afin de répondre aux impératifs de santé et de sécurité au travail, certaines auxiliaires se sont graduellement impliquées dans la détermination du besoin d'aide au bain (techniques et humaine) (OEQ, 2005). Des politiques institutionnelles d'inclusion des auxiliaires ont alors été élaborées par certains établissements puisqu'elles présentent deux avantages: 1) les auxiliaires sont en mesure d'évaluer leurs propres conditions de travail ce qui diminue le risque de lésions professionnelles et 2) leur implication dans l'évaluation des salles de bain favorise le maintien de leur santé mentale par la reconnaissance de leurs compétences (Cloutier et al., 2005 ; 2006). Parallèlement à ces avantages, Cloutier et ses collaborateurs (2006) révèlent également que l'implantation d'une telle approche : 1) soulève des défis de partage de rôle, 2) influence les relations interprofessionnelles et 3) génère des débats entre les auxiliaires et les ergothérapeutes sur la compatibilité entre d'une part, des équipements requis pour la réalisation sécuritaire des soins et des transferts et d'autre part, les objectifs de maintien de l'autonomie de la clientèle.

Face à ces pratiques émergentes et aux débats qu'elles alimentent au sein de la profession d'ergothérapeute, l'OEQ publiait en 2005 des lignes directrices sur la participation du personnel non ergothérapeute à la prestation des services. Ce document présente un modèle d'organisation clinique qui vise à assurer à la population du Québec des services d'ergothérapie accessibles, de qualité, sécuritaires, efficaces et efficients. À l'instar de l'Association canadienne d'ergothérapie (1998 ; 2000), de l'Alberta Association of Registered Occupational Therapists (2005) et du College of Occupational

Therapists of British Columbia (2004), l'OEQ, par la publication de ces lignes directrices, établit des normes professionnelles qui appuient le recours au personnel non professionnel comme l'auxiliaire aux services de santé et sociaux dans la mesure où certaines conditions sont respectées (ex. : encadrement du personnel).

La détermination des besoins de la personne lors de l'hygiène personnelle est donc un rôle récemment confié à du personnel auxiliaire. L'OEQ formule cependant une mise en garde : il est impératif d'outiller le personnel auxiliaire pour garantir la sécurité de la clientèle et le respect des obligations des ergothérapeutes. En effet, la délégation inappropriée de certains actes professionnels peut conduire à des standards de pratique moindres et à des issues de santé défavorables (Von Zweck, 2004).

### **2.3 La concordance de recommandations concernant le besoin d'aide au bain**

Dans les milieux cliniques québécois, les problèmes vécus lors de l'hygiène personnelle sont traditionnellement abordés par les ergothérapeutes et plus récemment, par les auxiliaires. À notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée à comparer les modes d'évaluation ou d'intervention de ces intervenants. Cependant, deux études recensées de type essai randomisé comparent l'efficacité de l'évaluation de l'ergothérapeute à celle du travailleur social pour déterminer les besoins de la personne âgée vivant à domicile et ceux de ses proches (Stewart et al., 2005 ; Flood et al., 2005). Dans ces études, l'ergothérapeute et le travailleur social avaient libre choix des modalités d'évaluation et d'intervention.

Les chercheurs n'ont pas démontré de différence significative entre l'efficacité de l'évaluation de ces deux professionnels lorsque le niveau d'autonomie de la personne et le coût des services constituent les mesures de résultats. Pour ce qui est du mode

d'intervention, l'ergothérapeute et le travailleur social ont recours à la mise en place d'aide humaine pour compenser des difficultés lors des activités de la vie quotidienne, dont l'activité «se laver». Par contre, seul l'ergothérapeute a transmis des recommandations concernant l'environnement physique (équipements et aménagements). Stewart et ses collaborateurs (2005) soutiennent que l'application des recommandations de l'ergothérapeute concernant l'adaptation de l'environnement physique est sujette à d'importants délais en comparaison à l'application des recommandations de services d'aide humaine. Ainsi, un support matériel et technique aurait possiblement facilité l'actualisation des recommandations de l'ergothérapeute concernant l'environnement physique ce qui, selon les auteurs, aurait permis de démontrer une plus grande efficacité de l'évaluation de l'ergothérapeute.

Aucune étude concernant la concordance entre les observations d'une auxiliaire et l'évaluation d'un ergothérapeute n'a été recensée. Toutefois, l'article de Caillé (1993) décrit une approche rationalisée de services à l'hygiène personnelle dans laquelle un arbre de décision peut être utilisé par tous les intervenants pour déterminer la méthode de transfert au bain sécuritaire, incluant les équipements requis. L'arbre de décision fait également ressortir les cas plus complexes où l'ergothérapeute doit être consulté. Dans sa publication, Caillé soutient qu'au terme de son expérience au CLSC de Verdun/Côte-Saint-Paul (Montréal, Québec), 80% des auxiliaires sont devenues compétentes à utiliser l'arbre de décision qu'elle qualifie de méthode objective d'évaluation au bain. L'auteure ne définit pas dans son article ce qu'elle entend par compétence, mais ses propos suggèrent qu'il s'agit de la concordance entre les recommandations de l'auxiliaire et celles de l'ergothérapeute.

Depuis leur publication, l'ASSTSAS a repris ces données, les diffuse et encourage l'implantation de ce type d'outil (Bouchard, Sénéchal, Yelle et Ménard, 1995 ; Proteau, 1999). Toutefois, Caillé (1993) ne rapporte pas dans son article les éléments méthodologiques de l'étude tel le dispositif de recherche ainsi que les procédures d'échantillonnage, de recrutement et de collecte des données. De plus, elle donne une information incomplète sur les variables et les instruments de mesure utilisés. Finalement, la taille de l'échantillon et les analyses statistiques ne sont pas communiquées. Ces informations limitées concernant la méthodologie incitent à la prudence lors de l'utilisation des résultats de Caillé et justifient un questionnement sur leur validité.

#### **2.4 Outils de travail du personnel non ergothérapeute lors de la détermination du besoin d'équipements au bain**

Pour assurer la sécurité du public et le respect des obligations des ergothérapeutes, l'OEQ (2005) insiste sur la nécessité d'avoir recours à des outils appropriés dans les modèles d'organisation clinique qui incluent du personnel non ergothérapeute dans le processus de détermination du besoin d'aide au bain. Cependant, l'OEQ ne présente aucun outil spécifique, référant plutôt à des «grilles conçues pour consigner les éléments pertinents devant être observés aux fins de déterminer le besoin d'assistance à la réalisation des soins d'hygiène personnelle» ainsi qu'à «des organigrammes décisionnels» (p. 27).

L'arbre de décision de Caillé (1993) du CLSC Verdun/Côte-Saint-Paul (Montréal, Québec) est, à notre connaissance, le seul outil publié qui permet à du personnel non ergothérapeute de déterminer les équipements au bain à mettre en place. Par contre, le

vocabulaire de l'OEQ (i.e. grilles et organigrammes décisionnels) réfère à des outils développés par des cliniciens dans des CSSS de diverses régions du Québec.

Une recension non exhaustive de ces outils cliniques a été réalisée, par bouche-à-oreille, entre 2005 et 2006. L'objectif de cette démarche n'était pas d'effectuer une revue systématique des pratiques cliniques au Québec, mais visait plutôt l'exploration de différentes stratégies envisagées par des CSSS afin d'inclure du personnel non ergothérapeute dans le processus de détermination du besoin d'aide à l'hygiène. Il est important de souligner que, dans une perspective clinique, les acteurs des CSSS élaborent des outils de travail afin de répondre aux besoins particuliers de leur personnel et de leur clientèle. Ces algorithmes sont révisés et modifiés à l'usage, selon le jugement des intervenants des milieux. Les informations recueillies ne reflètent donc pas nécessairement les pratiques actuelles.

Le tableau 2.1 présente les algorithmes mis en place dans 12 CLSC ou CSSS entre 1993 et 2006. Les intervenants utilisateurs de ces outils sont soit des professionnels de la santé (physiothérapeute, infirmière) et des services sociaux (agent de relations humaines), soit du personnel auxiliaire (ASSS, infirmière auxiliaire). Certains de ces intervenants reçoivent une formation en cours d'emploi sur l'évaluation des besoins d'équipements au bain et voient le terme «évaluateur» ou «désigné» ajouté par leur employeur à leur titre professionnel. Les outils développés ont tous pour objectif la détermination du besoin d'équipements à la salle de bain (aide technique), mais parfois, ils abordent également les besoins d'assistance personnelle (aide humaine).

En consultant ces algorithmes et les politiques d'utilisation qui s'y rattachent, 62 critères d'exclusion à l'utilisation de ce modèle d'organisation clinique ont été répertoriés. Ils se rapportent à la personne (ex. anthropométrie particulière) ou à l'environnement (ex.

salle de bain non standard). Certains critères d'exclusion sont communs à plus d'un établissement (ex. déplacements en fauteuil roulant), d'autres critères sont apparentés (ex. atteinte cognitives/démence/troubles cognitifs importants ou non diagnostiqués/démence avec diminution de la mobilité ou apraxie) ou encore, ils sont spécifiques à un établissement (ex. épilepsie non-contrôlée). Finalement, les critères d'exclusion sont parfois mesurables (ex. obésité > 91 kg), parfois sujets à interprétation (ex. «cas complexe»).

**Tableau 2.1 Algorithmes utilisés par du personnel non ergothérapeute lors de la détermination du besoin d'aide à l'hygiène personnelle**

Établissement	Version	Utilisateurs	Type d'aide	Critères d'exclusion
CSSS Champlain, Lucille-Teasdale, St-Léonard et St-Michel	2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AFS/ASSS «évaluatrice»</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Technique</li> <li>• Humaine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pathologie à évolution rapide</li> <li>• Enfant</li> <li>• Obésité morbide</li> <li>• Déformations musculosquelettiques entraînant des restrictions de mouvements ou de préhension</li> <li>• Salle de bain non standard</li> <li>• Chirurgie orthopédique moins de trois mois</li> <li>• Score (avant compensation) de -2 ou -3 à l'un des item suivant du SMAF : s'habiller, transferts, marcher à l'intérieur, voir, compréhension, jugement, comportement</li> </ul>
CLSC Côte-des-neiges	2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AFS/ASSS «évaluatrice»</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Technique</li> <li>• Humaine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cas complexes</li> <li>• Atteintes cognitives</li> <li>• Atteintes psychiques</li> <li>• Incapacités physiques importantes</li> <li>• Clientèle en phase terminale ou préterminale</li> <li>• Domicile avec barrières architecturales particulières</li> </ul>
CLSC de la Haute-Yamaska	1997	Informations non disponibles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Technique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chirurgie orthopédique moins de 6 mois</li> <li>• Présente plus d'un transfert problématique</li> <li>• Démence</li> <li>• Séquelles d'un accident vasculaire cérébral (AVC)</li> <li>• Polyarthrite rhumatoïde</li> <li>• Dystrophie musculaire</li> <li>• Ataxie de Friedreich</li> <li>• Maladie neurologique dégénérative</li> <li>• Quadraplégie / paraplégie</li> <li>• Bain podium / bain sur pattes</li> <li>• Baignoire non standard</li> <li>• Espace devant la baignoire réduit, si un aidant est requis</li> </ul>

**Tableau 2.1 Suite : Algorithmes utilisés par du personnel non ergothérapeute lors de la détermination du besoin d'aide à l'hygiène personnelle**

Établissement	Version	Utilisateurs	Type d'aide	Critères d'exclusion
CLSC Longueuil-Est	2000	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AFS/ASSS «évaluatrice»</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Technique</li> <li>• Humaine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déplacements en fauteuil roulant</li> <li>• Doute concernant les capacités physiques</li> </ul>
CLSC Longueuil-Est	2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AFS/ASSS «évaluatrice»</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Technique</li> <li>• Humaine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence d'évaluation multi-clientèle</li> <li>• Polyarthrite rhumatoïde</li> <li>• Maladie neurologique dégénérative</li> <li>• Dystrophie musculaire</li> <li>• Obésité (&gt; 91kg)</li> <li>• Opération au dos moins de 6 mois</li> <li>• Déplacements en fauteuil roulant</li> <li>• Trouble visuel important</li> <li>• Séquelles majeures d'AVC</li> <li>• Séquelles d'un traumatisme cranio-cérébral</li> <li>• Troubles cognitifs importants ou non-diagnostiqués</li> <li>• Problématique de santé mentale instable</li> </ul>
CLSC Sherbrooke	1994	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infirmière</li> <li>• Agent de relations humaines</li> <li>• Physiothérapeute</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Technique</li> <li>• Humaine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fracture récente de la hanche</li> <li>• Déplacements en fauteuil roulant</li> </ul>
CLSC Sherbrooke	1998	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AFS/ASSS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Technique</li> <li>• Humaine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fracture récente de la hanche</li> <li>• Prothèse hanche récente</li> <li>• Déplacements en fauteuil roulant</li> <li>• Maladie requérant un trempage</li> </ul>
CLSC Sherbrooke	2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Professionnel de la santé «évaluateur»</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Technique</li> <li>• Humaine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fracture de la hanche moins de 6 mois</li> <li>• Prothèse hanche récente moins de 6 mois</li> <li>• Présente plus d'un transfert problématique</li> <li>• Déplacements en fauteuil roulant</li> <li>• Polyarthrite rhumatoïde</li> <li>• Dystrophie musculaire</li> <li>• Ataxie de Friedreich</li> <li>• Maladie neurologique dégénérative</li> <li>• Quadraplégie / paraplégie</li> <li>• Bain podium / bain sur pattes</li> <li>• Baignoire non-standard</li> <li>• Espace devant la baignoire réduit si un aidant est requis</li> <li>• Proximité des équipements sanitaires empêchant l'utilisation des équipements</li> <li>• Présence de deux facteurs de risque ou plus : cognitif, intellectuel, douleur, visuel, chutes depuis 1 an</li> </ul>
CLSC Métro	2000	Informations non disponibles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Technique</li> <li>• Humaine</li> </ul>	Informations non disponibles

**Tableau 2.1 Suite : Algorithmes utilisés par du personnel non ergothérapeute lors de la détermination du besoin d'aide à l'hygiène personnelle**

Établissement	Version	Utilisateurs	Type d'aide	Critères d'exclusion
CLSC du Grand Chicoutimi	2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AFS/ASSS «évaluatrice»</li> <li>• Infirmière auxiliaire «évaluatrice»</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Technique</li> <li>• Humaine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atteinte neurologique</li> <li>• ACV récent avec séquelles motrices importantes</li> <li>• Obésité morbide</li> <li>• Arthrite rhumatoïde / arthrose sévère</li> <li>• Amputation</li> <li>• Atteinte des fonctions cognitives</li> <li>• Client en soins palliatifs dont l'atteinte est neurologique ou orthopédique ou qui présente une plaie ou des difficultés importantes dans tous ses transferts et déplacements</li> <li>• Cécité partielle à totale</li> <li>• Déplacements en fauteuil roulant</li> <li>• Nécessite trempage thérapeutique</li> <li>• Environnement particulier (ex. : bain sur pattes, podium, en coin ou salle de bain située à l'étage)</li> </ul>
CLSC Thérèse-De Blainville	Informations non disponibles		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Technique</li> <li>• Humaine</li> </ul>	Informations non disponibles
CSSS Centre-de-la-Mauricie	2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AFS «évaluatrice»</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Technique</li> <li>• Humaine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chirurgie orthopédique moins de 6 mois</li> <li>• Maladie neurologique</li> <li>• Séquelles d'AVC</li> <li>• Obésité (&gt; 113 kg)</li> <li>• Maladie requérant un trempage</li> <li>• Déplacements en fauteuil roulant</li> <li>• Salle de bain présente problème d'accès majeur</li> </ul>
CSSS du Granit	2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Professionnel de la santé «évaluateur»</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Technique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisateur de fauteuil roulant</li> <li>• Quadraplégie / paraplégie</li> <li>• Maladie neurologique dégénérative</li> <li>• Démence avec diminution de la mobilité ou apraxie</li> <li>• Ostéoporose sévère ou par sévère</li> <li>• Épilepsie non contrôlée</li> <li>• Particularité anatomique</li> <li>• Lombalgie importante</li> <li>• Troubles importants d'équilibre</li> <li>• Obésité morbide</li> <li>• Anthropométrie particulière</li> <li>• Multi pathologie / co-morbidité</li> <li>• Chutes depuis 1 an</li> <li>• Bain podium/ bain sur pattes</li> <li>• Baignoire non-standard</li> <li>• Manque d'espace d'accès au bain</li> <li>• Manque d'espace pour installer des équipements</li> <li>• Murs ne permettant pas l'installation de barres d'appui</li> </ul>

Parmi les outils consultés, l'algorithme développé par des intervenants de trois CSSS, soit les CSSS Champlain, Lucille-Teasdale, St-Léonard et St-Michel, se démarque. En collaboration avec Desnoyers (2006), ils ont élaboré l'algorithme intitulé *Préalables aux soins d'hygiène* qui constitue la première des deux grilles de l'algorithme *Mise en place des soins d'hygiène par l'AFS*. L'algorithme *Préalables aux soins d'hygiène* (grille 1) s'intéresse aux besoins d'aide technique et permet de juger de la pertinence de faire l'ajout d'équipement au bain. Puis, l'algorithme *Observation durant l'activité* (grille 2) permet de déterminer les besoins d'aide humaine lors de la réalisation de l'hygiène personnelle.

Ces grilles sont le résultat de la réflexion de plusieurs équipes de soutien à domicile aux cours des dernières années. L'algorithme *Préalables aux soins d'hygiène* présente : 1) une bonne validité de contenu conférée par la révision de l'algorithme par un comité aviseur d'ergothérapeutes et d'auxiliaires, 2) une applicabilité démontrée par son utilisation dans des milieux cliniques depuis plus de deux ans, 3) un usage répandu (CSSS Champlain, CSSS Lucille-Teasdale, CSSS St-Léonard et St-Michel). Cet algorithme respecte les lignes directrices de l'OEQ (2005).

En conclusion, plusieurs outils sont disponibles dans les milieux cliniques. Les gestionnaires des établissements de santé et des services sociaux voient dans l'implantation de ce type d'outil une solution à la pénurie d'ergothérapeutes et un mode de prévention pour la santé et la sécurité des auxiliaires. Toutefois, plusieurs ergothérapeutes sont ambivalents face à la validité de ces outils et hésitent à les implanter (Genest, Tremblay et Lanctôt, 2003 ; OEQ, 2003 ; 2007 ; Carrier, 2008). Les disparités importantes entre les algorithmes développés alimentent la confusion. D'ailleurs, la

recension des écrits scientifiques démontrent que les qualités métrologiques de ces algorithmes n'ont pas été démontrées.

Ainsi, les recherches dans ce domaine sont à leurs débuts. Il est important de mieux connaître la validité de ces pratiques afin de respecter les obligations professionnelles des ergothérapeutes. Aussi, une meilleure connaissance de la validité permettra d'ajuster les modèles de pratique en vigueur au Québec afin de favoriser l'accès et la qualité des services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile ainsi que ceux destinés à leurs aidants.

## CHAPITRE 3

### OBJECTIFS DE RECHERCHE

L'objectif général de cette étude est de valider l'algorithme *Préalables aux soins d'hygiène* (Desnoyers, 2006) auprès des personnes en perte d'autonomie vivant à domicile

De façon plus spécifique, les objectifs sont de :

- 1) Établir la capacité d'une auxiliaire qui utilise l'algorithme à identifier les situations cliniques qui relèvent de sa compétence.
- 2) Vérifier la concordance entre les recommandations émises par l'ergothérapeute à la suite de son évaluation (critère) et celles formulées par l'auxiliaire qui utilise l'algorithme *Préalables aux soins d'hygiène*.
- 3) Comparer la concordance en fonction du contexte dans lequel s'inscrit la demande: première demande de services versus réévaluation des services offerts par l'auxiliaire.

## CHAPITRE 4

### MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre précise la méthodologie retenue pour cette étude de validité de critère en décrivant les participants, la procédure d'échantillonnage et de recrutement, les variables à l'étude, les instruments de mesure utilisés ainsi que la procédure de collecte des données. Ensuite, la taille d'échantillon est justifiée et les analyses statistiques sont décrites. Finalement, les considérations éthiques respectées sont présentées.

#### 4.1 Participants

Les participants à l'étude sont des personnes vivant dans la communauté (domicile ou résidence privée pour personnes âgées) et incapables de se laver seules sans difficulté. Pour cette étude, la définition retenue de l'activité «se laver» est celle du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), c'est-à-dire : la capacité de se laver quotidiennement au lavabo, à la douche ou au bain. Cette activité inclut préparer l'activité et préparer ses effets personnels, faire couler l'eau, ajuster la température, entrer et sortir de la baignoire ou de la douche, se savonner, se laver les cheveux et les pieds, se rincer et s'essuyer, et ce, en respectant les séquences usuelles pour se laver (Hébert, Guilbeault et Pinsonnault, 2005). Les difficultés de la personne pouvaient être identifiées ou exprimées par la personne elle-même, un proche ou un membre du réseau de la santé et des services sociaux.

Les enfants (moins de 18 ans), les personnes obèses (110 kilos et plus) et les personnes utilisant un bain podium ou un bain sur pattes étaient exclues de l'étude puisque des équipements non standards sont requis dans ces situations. De plus, les

personnes qui avaient des restrictions médicales (ex. : restriction de mouvement ou de mise en charge à la suite d'une chirurgie orthopédique à la hanche) étaient exclues puisque les auxiliaires n'ont pas la formation médicale nécessaire pour utiliser l'algorithme avec cette clientèle. Pour s'assurer que les participants potentiels étaient en mesure d'offrir un consentement libre et éclairé, les personnes avec des déficits cognitifs modérés à graves étaient également exclues (score à l'Échelle de statut mental de Folstein). Finalement, puisque l'algorithme *Préalables aux soins d'hygiène* (Desnoyers, 2006) ne peut être utilisé avec les personnes qui ont besoin d'aide pour se déplacer jusqu'à ou dans la salle de bain, elles ont été exclues.

## **4.2. Procédure d'échantillonnage et de recrutement**

Les participants ont été recrutés via la clientèle du CSSS Memphrémagog (Estrie, Québec) vivant à domicile. Cet établissement dessert des personnes francophones et anglophones, qui habitent des régions urbaines, semi-urbaines et rurales. Afin de rencontrer l'objectif 3 de l'étude, deux procédures d'échantillonnage ont été utilisées en fonction du contexte dans lequel s'inscrit la demande : 1) nouvelles demandes de services concernant un problème vécu lors de l'hygiène personnelle ou 2) réévaluations des services d'aide à l'hygiène personnelle offerts par l'auxiliaire.

### **4.2.1 Groupe «nouvelles demandes d'évaluation»**

Pour le groupe «nouvelles demandes d'évaluation», une procédure d'échantillonnage par convenance a été utilisée. Les personnes qui ont fait une première demande de services au CSSS Memphrémagog concernant une difficulté à se laver entre le 26 mars et

le 27 juillet 2007 ont été prises en compte. Les personnes qui étaient en attente d'évaluation concernant une difficulté au bain, en date du 26 mars 2007, ont également été contactées.

Les nouvelles demandes de services concernant une difficulté au bain sont reçues au CSSS Memphrémagog par 1) l'infirmière de l'accueil unifiée (volet santé) ou par 2) les ergothérapeutes du programme de maintien à domicile. Ces intervenants ont expliqué brièvement, par téléphone, le projet de recherche aux participants potentiels afin d'obtenir leur consentement pour que leur nom soit transmis à l'étudiante/chercheure. Dans un effort de guider les intervenants et d'assurer le respect des impératifs éthiques, un aide-mémoire sur le projet a été développé et leur a été transmis (annexe 1). Les participants potentiels étaient ensuite contactés par l'étudiante/chercheure pour que cette dernière présente l'étude et réponde à leurs questions, le cas échéant. Les personnes non admissibles en fonction des critères énoncés ci-dessus ont été exclues et les motifs de non admissibilité ont été documentés.

#### 4.2.2 Groupe «réévaluations des services»

Pour le groupe «réévaluations des services», une procédure d'échantillonnage aléatoire simple a été utilisée à partir de la liste complète des numéros de dossier de la clientèle du CSSS Memphrémagog qui reçoit l'aide d'une auxiliaire pour la réalisation de l'hygiène personnelle et ce, depuis au moins trois mois. Cette période minimale de trois mois a été fixée afin de favoriser un contexte de prestation de soins stable, comparativement à un contexte de problématiques nouvelles dans le premier groupe. Un numéro a été attribué à chaque dossier, débutant avec le nombre un, et une table de nombres aléatoires a été utilisée pour sélectionner les participants potentiels.

Ces derniers ont alors été contactés par l'agente administrative du centre de jour du CSSS Memphrémagog. Elle a expliqué brièvement le projet de recherche aux participants potentiels afin d'obtenir leur accord pour que leur nom soit transmis à l'étudiante/chercheure. Ils ont alors été contactés par l'étudiante/chercheure pour que cette dernière présente l'étude et réponde aux questions éventuelles. La même procédure d'exclusion et de documentation des personnes non admissibles du précédent groupe a été suivie.

### **4.3 Variables et instruments de mesure**

Le choix des instruments de mesure pour cette étude s'est fait en se basant sur la disponibilité des outils en français et anglais, leurs qualités métrologiques et leurs utilisations antérieures en clinique et en recherche pour la population des personnes en perte d'autonomie vivant à domicile. Six instruments de mesure sont présentés : l'algorithme *Préalables aux soins d'hygiène*, le *Questionnaire sociodémographique et clinique*, le *Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle*, l'*Échelle de statut mental de Folstein*, le *Questionnaire sur la condition de la personne lors de la visite de l'auxiliaire* et le *Questionnaire sur la consultation de l'ergothérapeute*.

#### **4.3.1 L'algorithme *Préalables aux soins d'hygiène***

L'algorithme *Préalables aux soins d'hygiène* est la première des deux sections de l'algorithme *Mise en place des soins d'hygiène par l'AFS* (annexe 6) (Desnoyers, 2006). Cet outil clinique a été développé par des cliniciens des CSSS Champlain, Lucille-Teasdale, St-Léonard et St-Michel en collaboration avec Mme Danielle Desnoyers, bachelière en ergothérapie et consultante.

L'algorithme *Mise en place des soins d'hygiène par l'AFS* guide les observations et oriente les interventions de l'auxiliaire durant l'activité «se laver». Il s'agit en fait d'un processus évaluatif structuré par entrevue, mise en situation et visite du domicile. L'algorithme indique les moments où l'activité doit être interrompue ainsi que les situations où la personne doit être référée à un professionnel de la réadaptation (ergothérapeute ou physiothérapeute). De plus, certaines observations mettent en évidence le besoin de consulter un ergothérapeute avant que l'auxiliaire formule ses recommandations (ex : démarche traînante).

L'administration de l'algorithme se déroule en deux étapes. La grille 1, *Préalables aux soins d'hygiène*, a pour objectif d'établir, lors d'une première rencontre, l'environnement sécuritaire dans lequel l'activité «se laver» doit se dérouler. La grille 1 aide tout d'abord l'auxiliaire à identifier les situations cliniques qui relèvent de sa compétence. Puis, dans ces situations, elle guide ses observations afin de déterminer : 1) le lieu où l'hygiène doit être complétée (lavabo, bain ou douche), 2) le besoin (oui ou non) et le type de barre d'appui à installer (murale, étau et vitrier) ainsi que 3) le modèle de siège de bain à utiliser (aucun, tabouret, chaise, planche, banc de transfert ou banc de transfert avec ouverture périnéale). Ainsi, l'auxiliaire qui utilise l'algorithme pourrait, par exemple, recommander l'hygiène à la douche avec une barre d'appui fixée au mur et une chaise de bain. Des exemples visuels de ces équipements sont présentés à l'annexe 7.

La grille 2, *Observation durant l'activité*, aide l'auxiliaire à déterminer, lors d'une deuxième rencontre, le besoin d'aide humaine nécessaire à l'accomplissement de l'activité «se laver» (ex. : besoin de supervision lors du transfert et d'une aide modérée pour l'hygiène). La grille 2 est complétée à la suite d'un soin d'hygiène réalisé en présence de l'auxiliaire, dans l'environnement sélectionné à l'aide de la grille 1. La grille 2 permet

également de préciser la durée de l'aide à mettre en place (ex. : 60 minutes) et le besoin d'entraînement (ex. : 3 rencontres).

Pour assurer la sécurité des participants, seule la grille *Préalables aux soins d'hygiène* de l'algorithme *Mise en place des soins d'hygiène* a été validée au cours de cette étude. En effet, la mise en situation au bain, prévue à la grille 2, s'appuie sur les conclusions de la grille 1. Puisque la validité de la première grille n'est pas démontrée, il est possible que l'auxiliaire qui a recours à cet algorithme sélectionne des équipements inadéquats. Par conséquent, l'auxiliaire aurait pu effectuer un soin d'hygiène, lors de la mise en situation de la grille 2, dans un environnement présentant des risques de blessures pour le participant ou pour l'auxiliaire. Ainsi, pour des raisons éthiques, un processus de validation par étape a été retenu et la présente étude s'intéresse exclusivement à la grille 1, *Préalables aux soins d'hygiène*, de l'algorithme *Mise en place des soins d'hygiène*.

Finalement, il est à noter que la grille *Préalables aux soins d'hygiène* s'intéresse aussi à l'utilisation des toilettes. Pour la présente étude, seules les observations concernant l'hygiène personnelle ont été sélectionnées. La version de l'algorithme utilisée par l'auxiliaire lors de sa visite chez le participant est reproduite à l'annexe 8.

#### 4.3.2 Questionnaire sociodémographique et clinique

Le *Questionnaire sociodémographique et clinique* (annexe 2), développé aux fins de l'étude, a permis de caractériser l'échantillon ainsi que d'établir le contexte dans lequel la demande de services s'inscrivait (objectif 3). Il a été complété par l'ergothérapeute au moment de la rencontre avec le participant. Ce questionnaire réfère à l'âge, au sexe, à la scolarité, à la situation de vie et au type de résidence du participant. Il rapporte également le diagnostic médical qui conduit à des difficultés lors de l'hygiène personnelle.

Pour le groupe «réévaluations des services», le *Questionnaire sociodémographique et clinique* a aussi permis de documenter l'historique de soins offerts par l'auxiliaire au participant. Finalement, ce questionnaire a permis à l'évaluatrice-ergothérapeute de noter le niveau de sécurité de l'environnement dans lequel les soins d'hygiène étaient offerts par l'auxiliaire. Cette information a été recueillie dans le but de documenter une recherche ultérieure qui s'intéresserait à l'environnement de travail des auxiliaires.

#### 4.3.3 Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle

Afin d'établir le profil d'autonomie des participants, l'ergothérapeute a complété le *Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle* (SMAF). Le SMAF (annexe 4) est un instrument d'évaluation de l'autonomie comportant 29 items qui couvrent les activités de la vie quotidienne, la mobilité, la communication, les fonctions mentales et les tâches domestiques (Hébert, Carrier et Bilodeau, 1988). Le score minimal est de -87.

Initialement élaboré pour fournir aux cliniciens un instrument diagnostique de la clientèle gériatrique, le SMAF est également utilisé en recherche clinique, épidémiologique et évaluative (Hébert et al., 2003). Plusieurs épreuves de validité ont été réalisées (Desrosiers et Hébert, 2007) et la fidélité interjuges de cet instrument a été démontrée ( $k = 0,75$ ) (Hébert, Carrier et Bilodeau, 1988). Lors d'études supplémentaires, Desrosiers et ses collaborateurs (1995) ont montré les fidélités interjuges (corrélation intraclasse de 0,96) et test-retest (corrélation intraclasse de 0,95) du score total.

En se basant sur le score obtenu au SMAF, le *Profil ISO-SMAF* de la personne a été calculé. Le profil ISO-SMAF est un système de classification constitué de 14 profils homogènes qui caractérisent la perte d'autonomie graduelle dans les activités de la vie quotidienne et de la vie domestique (Dubuc, Hébert, Desrosiers, Buteau et Trottier, 2006).

#### 4.3.4 Échelle de statut mental de Folstein

L'Échelle de statut mental de Folstein (MMSE), disponible en français (annexe 5) et en anglais, permet de détecter des troubles cognitifs et d'en estimer l'ampleur, sans toutefois établir un diagnostic (Folstein, Folstein et McHugh, 1975). Il comprend 11 items touchant la mémoire immédiate et à court terme, l'orientation, l'attention et le calcul, le langage et les praxies de construction. Le score maximal est de 30. La fidélité test-retest de l'outil a été démontrée (coefficients de fidélité variant de 0,75 à 0,89) de même que sa fidélité interjuges (coefficients de fidélité supérieurs à 0,80) (Hébert, Bravo et Girouard, 1992).

Des valeurs de référence des versions française et anglaise du MMSE ont été développées à partir des données obtenues auprès de 7754 canadiens et canadiennes âgés ayant participé à l'Étude canadienne sur la santé et le vieillissement (Bravo et Hébert, 1997). Un score situé sous le 5<sup>e</sup> centile selon l'âge, le sexe et le niveau de scolarité correspond à des déficits cognitifs modérés à graves. Considérant que ces personnes ne peuvent formuler un consentement libre et éclairé, elles ont été exclues de l'étude pour des raisons éthiques.

#### 4.3.5 Questionnaire sur la condition de la personne lors de la visite de l'auxiliaire

Aussi développé aux fins de la présente étude, le *Questionnaire sur la condition de la personne lors de la visite de l'auxiliaire* (annexe 3) visait à vérifier la similarité de la condition physique du participant lors de la rencontre avec l'ergothérapeute et lors de la visite de l'auxiliaire. En questionnant la personne, l'auxiliaire a pu documenter l'avènement d'une chute ou d'une hospitalisation. En outre, il s'agit de deux événements

qui peuvent affecter les capacités fonctionnelles du participant et, par conséquent, influencer la sélection des équipements à installer dans la salle de bain.

#### 4.3.6 Questionnaire sur la consultation de l'ergothérapeute par l'auxiliaire

Tel qu'expliqué précédemment, certains éléments de l'algorithme orientent l'auxiliaire vers un ergothérapeute afin que l'auxiliaire discute de ses observations avant de formuler ses recommandations. Dans le but de consigner la fréquence et le motif de ces consultations ainsi que le temps consacré par les ergothérapeutes à ce support clinique, le *Questionnaire sur la consultation de l'ergothérapeute par l'auxiliaire* a été remis aux ergothérapeutes du CSSS Memphrémagog (annexe 9). Les quatre ergothérapeutes travaillant au programme du maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie du CSSS Memphrémagog, autre que l'évaluatrice-ergothérapeute, ont été consultées par les auxiliaires et ce, en fonction de leur disponibilité lors de la demande de consultation.

#### **4.4 Caractéristiques des évaluateurs**

Une ergothérapeute et quatre auxiliaires ont agi comme évaluateurs dans cette étude. Les caractéristiques démographiques des évaluateurs et leur formation sont détaillées dans les prochaines sections.

#### 4.4.1 L'évaluatrice-ergothérapeute

L'étudiante/chercheuse a agi à titre d'évaluatrice-ergothérapeute en plus de coordonner la collecte des données. Elle détient un baccalauréat en ergothérapie et possède 15 ans d'expérience. Cette dernière travaille au volet du maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie du CSSS Memphrémagog depuis neuf ans. Son expertise se justifie donc par son importante expérience clinique.

#### 4.4.2 Les évaluateurs-auxiliaires

À la suite d'une présentation offerte par l'étudiante/chercheuse sur le projet de recherche et sur la nature de la collaboration attendue, six d'entre elles se sont portées volontaires pour être évaluateur-auxiliaire. Pour la présente étude, une représentativité de différents profils d'auxiliaire a été favorisée. Les évaluateurs-auxiliaires ont donc été sélectionnées en fonction de 1) l'âge ( $< 40$  ans vs  $\geq 40$  ans), 2) le sexe, 3) le nombre d'années d'expérience de travail ( $< 5$  ans vs  $\geq 5$  ans) et 4) la formation (détenir ou ne pas détenir une accréditation de formateur des Principes de déplacements sécuritaires des bénéficiaires (PDSB) délivrée par l'ASTASS). Le nombre de quatre auxiliaires a été retenu pour des raisons pratiques puisque le territoire desservi par le CSSS Memphrémagog est divisé en quatre secteurs. Ainsi, une auxiliaire par secteur a agi comme évaluateur. Les caractéristiques démographiques des évaluateurs-auxiliaires sont présentées au tableau 4.1.

Pour des raisons éthiques, aucune comparaison de la concordance entre les recommandations émises par l'ergothérapeute et celles formulées par l'auxiliaire ne sera établie sur une base individuelle. En effet, bien qu'il soit pertinent d'étudier les caractéristiques de l'auxiliaire qui influencent la validité de l'algorithme, il pourrait être

préjudiciable pour les auxiliaires qui ont participé à l'étude de voir leur performance individuelle analysée et comparée.

**Tableau 4.1 : Caractéristiques démographiques des évaluateurs-auxiliaires**

<u>Caractéristiques</u>	<u>ASSS 1</u>	<u>ASSS 2</u>	<u>ASSS 3</u>	<u>ASSS 4</u>
Âge (années)	55	58	36	52
Sexe	Homme	Homme	Femme	Femme
Expérience de travail (années)	3	15	4	6
Formation PDSB	Non	Oui	Non	Non

#### 4.4.3 Formation des évaluateurs-auxiliaires

Certains CSSS ont mis en place, parallèlement à l'implantation d'un algorithme, une formation en cours d'emploi pour habiliter l'auxiliaire à juger des besoins de la personne éprouvant des difficultés lors du bain. L'utilisation de l'algorithme est alors réservée exclusivement aux auxiliaires spécialement formées qui se nomment, dans ces établissements, «ASSS évaluatrices» ou «ASSS désignées». Les critères d'admissibilité à ces formations varient d'un établissement à l'autre et aucun de ces programmes de formation n'est reconnu.

Dans la présente étude, il a été jugé souhaitable de valider tout d'abord l'algorithme avec des auxiliaires «régulières», c'est-à-dire des auxiliaires détenant un diplôme du Ministère de l'éducation, du sport et des loisirs du Québec. Ce choix permet d'augmenter la validité externe de l'étude.

Toutefois, une formation de six heures, répartie en deux demi-journées, a été offerte aux auxiliaires par l'étudiante/chercheure pour s'assurer d'une bonne

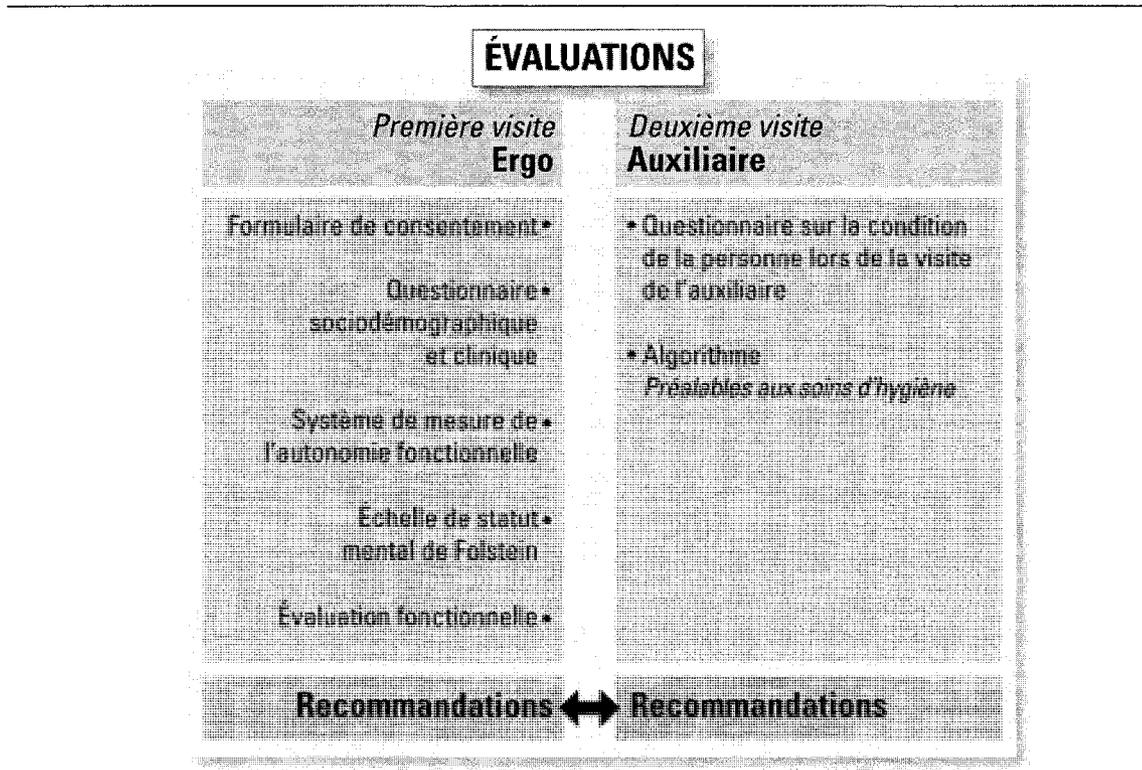
compréhension de l'algorithme. Lors de la première demi-journée, les objectifs et les limites de l'outil, la définition des items et le système de cotation de l'algorithme ont été présentés. Dans un deuxième temps, chaque auxiliaire a eu l'occasion d'observer et de participer à des jeux de rôle portant sur l'utilisation de l'algorithme. Deux clientèles types ont été utilisées lors des jeux de rôle : 1) une personne âgée ayant des pertes d'équilibre occasionnelles lors des déplacements et 2) un adulte avec une hémiparésie gauche spastique. Finalement, deux pré-tests pour chaque auxiliaire ont eu lieu afin de s'assurer du bon déroulement de la collecte des données.

#### **4.5 Procédure de collecte des données**

Les participants ont d'abord rencontré l'évaluatrice-ergothérapeute à leur domicile au moment qui leur convenait le mieux. Ils ont alors été invités à signer le formulaire de consentement et les critères d'admissibilité ont de nouveau été vérifiés. Par la suite, l'évaluatrice-ergothérapeute a administré des instruments de mesure (voir figure 4.1) et évalué les capacités de la personne et l'environnement afin de formuler ses recommandations. La durée moyenne de ces rencontres a été 47 minutes (écart type : 11 minutes).

Dans un deuxième temps, l'auxiliaire a rencontré à leur domicile les personnes admissibles ayant consenti à participer à l'étude. Lors de cette rencontre, l'auxiliaire a complété le *Questionnaire sur la condition de la personne lors de la visite de l'auxiliaire* ainsi que l'algorithme *Préalables aux soins d'hygiène*. Le temps moyen de cette rencontre a aussi été de 47 minutes (écart-type : 15 minutes). La figure 4.1 résume la procédure utilisée pour les deux types d'évaluateurs.

Les deux rencontres avec les évaluateurs (une avec l'ergothérapeute et une avec l'auxiliaire) ont eu lieu à l'intérieur d'un intervalle maximal d'une semaine pour contrer le processus de maturation. Le nombre de jour moyen entre les deux visites était de 3 jours (écart-type : 2,6 jours).



**Figure 4.1** Procédure de collecte des données

Pour s'assurer de l'intégrité des données, l'ergothérapeute a transmis ses recommandations à l'insu de celles émises par l'auxiliaire et vice versa. Pour que l'insu ne soit pas brisé, il n'y a eu aucune discussion entre les évaluateurs-auxiliaires et l'évaluatrice-ergothérapeute concernant les rencontres avec les participants. Finalement, une entente verbale a été conclue avec les participants pour qu'ils n'informent pas les évaluateurs-auxiliaires des échanges qui avaient eu lieu avec l'évaluatrice-ergothérapeute.

Une mesure supplémentaire a été mise en place pour préserver l'insu entre les évaluateurs : les feuilles de collecte des données (annexe 10) issues des évaluations étaient remises à l'agente administrative du programme de maintien à domicile du CSSS Memphrémagog. Cette dernière effectuait une vérification visuelle des feuilles de collecte des données pour s'assurer de l'absence de données manquantes. Ensuite, les feuilles de collecte des données étaient archivées par l'agente administrative et n'étaient pas accessibles aux évaluateurs pour toute la durée de la période de collecte des données.

Pour des considérations éthiques et par souci d'efficacité, l'évaluatrice-ergothérapeute a indiqué dans le dossier médical du participant ses recommandations concernant les besoins d'équipements à la salle de bain. Cette dernière étant une employée du CSSS Memphrémagog, une procédure impliquant une deuxième évaluation par un autre ergothérapeute du CSSS Memphrémagog pour répondre à la demande de services initiale aurait conduit à un dédoublement de services et à une perte de temps non justifiée pour les participants. L'équipe interdisciplinaire du participant a mis en application, à sa convenance, les recommandations de l'évaluatrice-ergothérapeute. Il est à noter que les auxiliaires n'ont pas accès aux dossiers médicaux. Une telle procédure n'a donc pas pu contaminer l'insu du processus de collecte des données.

Finalement, au cours de la période de collecte des données, un support clinique a été offert à l'évaluatrice-ergothérapeute. Ainsi, face à des situations cliniques ambiguës, l'évaluatrice-ergothérapeute a discuté avec ses pairs ergothérapeutes de ses recommandations. Ces échanges ont permis de corroborer l'opinion de la mesure étalon.

#### **4.6 Taille d'échantillon**

Une taille d'échantillon de 102 personnes a été préalablement déterminée afin d'estimer de façon suffisamment précise la concordance entre les recommandations émises par l'ergothérapeute à la suite de son évaluation et celles formulées par l'auxiliaire qui utilise l'algorithme (objectif 2). En supposant une erreur alpha de 5%, une puissance statistique de 80% et une prévalence de 10%, cette taille d'échantillon permet d'accepter ou de rejeter l'hypothèse nulle d'une faible concordance ( $k=0,40$ ) si un kappa de 0,80 est obtenu (Sim et Wright, 2005). Un test bilatéral a été effectué puisqu'il n'y a pas de rationnel théorique pour présumer que l'accord sera supérieur à cette valeur.

#### **4.7 Analyses statistiques**

Les caractéristiques des participants à l'étude sont présentées à l'aide de la moyenne et de son écart type (variables continues) ou encore, en fréquence et pourcentage (variables catégoriques). Afin de comparer les caractéristiques des participants du groupe des nouvelles demandes de services à celles du groupe des réévaluations des services, le test t pour groupe indépendant ou le test du Chi<sup>2</sup> sont utilisés, selon la nature continue ou catégorique des variables.

Pour établir la validité de critère de l'algorithme, différentes mesures d'accord ont été calculées. Premièrement, la sensibilité et la spécificité sont présentées pour chaque variable nominale dichotomique. Puis, des pourcentages d'accord sont calculés pour toutes les variables à l'étude.

Afin de considérer l'effet du hasard sur le pourcentage d'accord entre l'ergothérapeute et l'auxiliaire qui utilise l'algorithme, la statistique du kappa peut être utilisée (Cohen, 1960). Toutefois, la valeur du kappa est assujettie à deux paradoxes

(Feinstein et Cicchetti, 1990). Premièrement, un indice de prévalence élevé réduit la valeur du kappa et ce, malgré un pourcentage d'accord élevé (Brennan et Silman, 1992). D'autre part, un indice de biais élevé tend à augmenter la valeur kappa (Byrt, Bishop et Carlin, 1993). Les indices de prévalence et de biais ont donc été calculés pour chaque variable à l'étude afin d'interpréter les résultats en considérant les paradoxes du kappa et ainsi, expliquer l'écart observé entre les pourcentages d'accord et les valeurs des kappas. En effet, les variables nominales à l'étude ont un indice de prévalence élevé dû au débalancement des marginales ce qui affecte à la baisse la valeur des kappas.

Dans ces situations, afin de mesurer un accord corrigé en fonction de la probabilité d'obtenir un accord par chance, Martin et Femia Marzo (2005) ont développé le delta ( $\Delta$ ). Le kappa et le delta ont une valeur semblable lorsque les marginales sont balancées ou modérément débalancée de façon symétrique. Cependant, le delta est moins sensible à la prévalence. Pour cette raison, la statistique du delta a été retenue dans cette étude afin de calculer l'accord au-delà du hasard pour les variables nominales.

L'interprétation du kappa et du delta sont similaires (Martin et Femia Marzo, 2005; Dubois, Raïche, Hébert et Gueye, 2007) puisqu'une valeur positive indique un accord au-delà du hasard et une valeur négative indique un désaccord au-delà du hasard. Finalement, Martin et Femia Marzo recommandent de qualifier l'accord calculé à l'aide du delta selon les recommandations de Landis et Koch (1977).

Cohen (1968) présente le kappa pondéré comme mesure de la validité de critère. Dans un contexte de variable ordinaire où les erreurs ne sont pas d'égales importances, le kappa pondéré est recommandé pour calculer l'accord. Il faut mentionner que le delta pondéré n'a pas encore été développé (Dubois, Raïche, Hébert et Gueye, 2007). Le kappa pondéré est donc présenté pour la variable «siège de bain» qui doit être considérée comme

une variable ordinale polychotomique. En effet, les modèles de siège de bain (tabouret, chaise, planche, banc de transfert, banc de transfert avec ouverture périnéale) se situent sur un continuum d'aides techniques à la baignoire. D'un modèle au suivant, l'aide technique permet une plus grande compensation des incapacités physiques. Par exemple, le tabouret permet à la personne de s'asseoir afin d'économiser son énergie durant l'hygiène corporelle. La chaise de bain permet de s'asseoir, mais également de s'adosser. L'utilisation d'un banc de transfert permet de s'asseoir, de s'adosser mais, également, de transférer en position assise, et ainsi de suite.

Dans un même ordre d'idée, un pourcentage de faute est présenté pour la variable siège de bain. Le pourcentage de faute représente le pourcentage d'erreur qui peut avoir une conséquence négative sur la sécurité de la personne et de ses aidants. Ainsi, advenant que l'auxiliaire recommande un banc de transfert alors que l'ergothérapeute recommande une chaise de bain, l'erreur n'est pas considérée comme une faute puisque le banc de transfert compense au-delà des besoins de la personne. Par contre, si l'inverse se produit, c'est-à-dire que l'auxiliaire recommande une chaise de bain tandis que l'ergothérapeute recommande un banc de transfert, l'erreur sera considérée comme une faute car l'équipement compense partiellement pour les besoins de la personne.

Finalement, Fleiss (1981) propose une méthode pour comparer les valeurs des kappas pour deux groupes indépendants (équations 13.21 et 13.22). Afin de comparer la concordance entre les recommandations émises par l'ergothérapeute et celles formulées par l'auxiliaire en fonction du contexte dans lequel s'inscrit la demande (nouvelles demandes vs réévaluations des services), ces analyses semblent les plus indiquées. En effet, bien que les valeurs des kappas soient affectées par la prévalence, il n'existe pas, à notre connaissance, de méthode qui permette de comparer les valeurs du delta.

#### **4.8 Considérations éthiques**

Tous les participants ont été informés individuellement des objectifs et de la procédure de l'étude. Ils ont communiqué leur accord en signant le formulaire de consentement dont ils ont reçu une copie. Les participants avaient le loisir de choisir une version française (annexe 12) ou anglaise (annexe 13) de ce formulaire qui explique l'étude en termes clairs et précis. Il définit également l'implication des participants dans l'étude et confirme la confidentialité des informations recueillies, l'anonymat de la personne et la possibilité de se retirer de l'étude en tout temps. Les participants ont eu l'opportunité de poser des questions lors des contacts téléphoniques (infirmière de l'accueil unifiée, agente administrative ou ergothérapeute), ainsi que lors des rencontres avec l'ergothérapeute et l'auxiliaire.

Un numéro d'identification remplace les noms des participants dans les dossiers de recherche. La liste des numéros associés aux noms des participants, tenue sous clé au Centre de recherche sur le vieillissement, est disponible seulement pour l'étudiante/chercheure et la directrice de recherche. Le protocole a été accepté par le comité d'éthique clinique du CSSS Memphrémagog (annexe 14) ainsi que par le comité d'éthique de la recherche des CSSS de l'Estrie (annexe 15).

## **CHAPITRE 5**

### **RÉSULTATS**

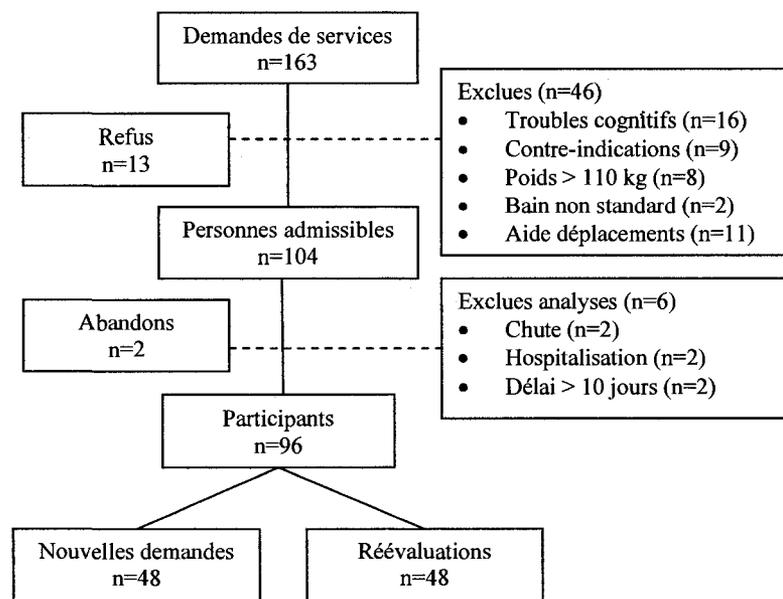
Le présent chapitre décrit les caractéristiques sociodémographiques et cliniques de l'échantillon. Par la suite, les mesures de concordance entre les recommandations émises par l'ergothérapeute et celles formulées par l'auxiliaire qui utilise l'algorithme sont présentées. Puis, l'échantillon et les résultats sont analysés selon le contexte, c'est-à-dire un contexte de nouvelles demandes de services versus un contexte de réévaluations des services mis en place. Enfin, des résultats complémentaires aux objectifs, portant sur la consultation d'un ergothérapeute par l'auxiliaire pendant la période de la collecte des données ainsi que sur la sécurité de l'environnement de travail de l'auxiliaire, sont brièvement abordés.

#### **5.1 Description de l'échantillon**

Au cours de l'étude, 163 personnes ont été sollicitées. Les personnes non admissibles en fonction des critères préétablis ont été exclues et les motifs d'exclusion sont présentés dans la figure 5.1. Huit pourcent des personnes contactées ont refusé de participer au projet de recherche et étaient, conséquemment, exclues de l'étude.

Ainsi, 64% des personnes qui ont fait une demande de services durant la période de collecte des données répondaient aux critères pour être visitées par une auxiliaire outillée de l'algorithme afin d'établir le besoin d'équipements au bain. Ces 104 personnes admissibles ont été évaluées par l'ergothérapeute. À la suite de cette première rencontre, lors de laquelle les participants signaient le formulaire de consentement, deux personnes ont abandonné le processus. D'autre part, deux participants ont dit avoir chuté et deux

autres ont dit avoir été hospitalisés entre la visite de l'ergothérapeute et celle de l'auxiliaire. Comme ces évènements peuvent modifier les capacités physiques de la personne, ces quatre participants ont été retirés de l'échantillon pour l'analyse des données. Finalement, deux participants ont été visités par l'auxiliaire plus de dix jours après l'évaluation de l'ergothérapeute. Afin de minimiser le biais lié à la maturation, ces personnes n'ont pas été considérées lors de l'analyse des données.



**Figure 5.1 : Procédure d'échantillonnage et de recrutement**

L'échantillon est donc composé de 96 personnes, constitué de deux groupes. Premièrement, 48 personnes furent rencontrées dans le cadre d'une nouvelle demande de services concernant des difficultés lors de la réalisation de leur hygiène corporelle. Deuxièmement, 48 personnes qui recevaient des services d'aide à l'hygiène corporelle par

une auxiliaire du CSSS Memphrémagog ont été rencontrées dans le cadre d'une réévaluation des services d'aide mis en place.

La majorité des participants sont des femmes (68%) vivant à domicile avec un proche (conjoint, membre de la famille ou ami). Ils sont âgés entre 45 et 96 ans. Aucun participant ne présente des déficits cognitifs graves et les diagnostics médicaux les plus fréquemment associés aux difficultés lors de l'hygiène corporelle sont des conditions neurologiques (ex. hémiplegie) ou orthopédiques (ex. remplacement total du genou). Les participants à l'étude ont une perte d'autonomie fonctionnelle qui se caractérise par des atteintes motrices qui affectent la mobilité ainsi que la réalisation des activités quotidiennes et domestiques. Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants sont présentées au tableau 5.1.

## **5.2 Situations qui relèvent de la compétence de l'auxiliaire (obj. 1)**

Parmi les 96 participants considérés dans les analyses, l'ergothérapeute et l'auxiliaire ont jugé que pour 77 d'entre eux, la situation relevait de la compétence de l'auxiliaire. Par conséquent, des recommandations ont été formulées par les deux intervenants à 77 occasions (voir tableau 5.2). Les deux motifs les plus fréquemment invoqués pour justifier que la situation ne relevait pas de la compétence de l'auxiliaire sont 1) une baignoire non standard en l'absence de cabine de douche et 2) une incapacité de la personne à se déplacer sans aide jusqu'à la salle de bain.

**Tableau 5.1 : Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants (n=96)**

<u>Variables continues</u>	<u>Moyenne (écart type)</u>
Âge (années)	76,9 (9,8)
Scolarité (années)	8,4 (3,7)
Autonomie fonctionnelle (SMAF /87)	21,6 (9,6)
<u>Variables catégoriques</u>	<u>Fréquence (%)</u>
Sexe (femme)	65 (67,7)
Situation de vie	
Domicile / seul	34 (35,4)
Domicile / avec autre	52 (54,1)
Résidence	10 (10,4)
Fonctions cognitives (MMSE)	
> 50 <sup>e</sup> centile	61(63,5)
25 <sup>e</sup> centile	14 (14,6)
5 <sup>e</sup> centile	19 (19,8)
Données manquantes	2 (2,1)
Diagnostic	
neurologique	26 (27,1)
orthopédique	25 (26,0)
cardio / pulmonaire	11 (11,5)
oncologique	8 (8,3)
non spécifique	26 (27,1)
Profil ISO-SMAF	
AVD (1, 2, 3)	47 (49,0)
Motrice (4, 6, 9)	46 (47,9)
Cognitif (5, 7, 8, 10)	3 (3,1)

**Tableau 5.2 : Situations identifiées comme relevant de la compétence de l'auxiliaire**

		ASSS		Total
		Oui	Non	
Ergo	Oui	77	3	80
	Non	5	11	16
	<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>14</b>	<b>96</b>

Parmi les 96 participants, l'ergothérapeute a jugé que l'auxiliaire avait la compétence d'intervenir auprès de 80 d'entre-eux et l'auxiliaire a identifié 77 de ces situations (sensibilité de 93%). D'autre part, l'ergothérapeute a considéré que 16 situations ne relevaient pas de la compétence de l'auxiliaire et cette dernière a identifié 11 de ces situations (spécificité de 69%). Le pourcentage d'accord entre l'ergothérapeute et l'auxiliaire est de 92% et indiquent que l'auxiliaire qui utilise l'algorithme cible correctement les situations où l'intervention d'un professionnel de la réadaptation est nécessaire. Lorsque la probabilité d'obtenir un accord par chance est considérée, l'accord entre l'ergothérapeute et l'auxiliaire varie de substantiel à presque parfait ( $\Delta=0,81$  [0,69 ; 0,93]) selon les critères de Landis et Koch (1977).

### **5.3 Concordance des recommandations de l'ergothérapeute et de l'auxiliaire (obj. 2)**

L'auxiliaire qui utilise l'algorithme formule des recommandations concernant 1) le lieu où l'hygiène doit être complétée (lavabo, bain ou douche), 2) le besoin (oui ou non) et le type de barre d'appui à installer (murale, étau et vitrier) ainsi que 3) le modèle de siège de bain à utiliser (aucun, tabouret, chaise, planche, banc de transfert ou banc de transfert avec ouverture périnéale). Les matrices de résultats pour ces variables peuvent être consultées à l'annexe 11. Toutefois, le tableau 5.3 est ici présenté car il permet d'illustrer que l'ergothérapeute juge nécessaire d'ajouter une barre d'appui pour 96% des participants et qu'elle privilégie la barre murale à un taux de 91%.

Le pourcentage d'accord et le delta concernant le **lieu** sont présentés au tableau 5.4. Ils mettent en lumière une concordance presque parfaite (Landis et Koch, 1977) entre les recommandations émises par l'ergothérapeute et celles formulées par l'auxiliaire. De plus, ces intervenants s'entendent sur le **besoin** d'appui puisque le pourcentage d'accord,

la sensibilité et la spécificité ont des valeurs élevées. Aussi, l'accord varie de substantiel à presque parfait (Landis et Koch, 1977) lorsqu'il est corrigé en fonction de la probabilité d'obtenir un accord dû au hasard via la statistique du delta. Toutefois, la validité de l'algorithme pour déterminer le **type** d'appui à préconiser est moins importante, notamment concernant la barre d'appui fixée à la baignoire (étau). En effet, la sensibilité est nulle pour ce modèle de barre d'appui.

Pour ce qui est du **siège de bain**, l'ergothérapeute et l'auxiliaire ont recommandé le même modèle pour 45 des 77 participants. Cette concordance, dont l'accord lié au hasard se corrige à l'aide du kappa pondéré, se qualifie de modérée à substantielle selon les critères de Landis et Koch (1977). La distribution dans le tableau de contingence permet d'identifier que les erreurs se situent principalement entre le tabouret et la chaise de bain (voir tableau 5.5). De plus, il est possible de constater que le siège de bain avec ouverture périnéale (O/P) n'a jamais été recommandé par l'ergothérapeute.

#### **5.4 Comparaison du niveau d'accord selon le contexte (obj. 3)**

Le tableau 5.6 permet de comparer les caractéristiques des participants du groupe des nouvelles demandes de services et celles du groupe des réévaluations des services. Il existe une différence significative entre les deux groupes au niveau de la situation de vie, de du diagnostic médical et de l'autonomie fonctionnelle.

Premièrement, les participants du groupe des nouvelles demandes habitent plus souvent avec un proche alors que les participants du groupe des réévaluations vivent habituellement seuls. Deuxièmement, la majorité des participants du groupe des nouvelles demandes rencontrent des difficultés lors de l'hygiène corporelle en lien avec une condition orthopédique contre une majorité des participants du groupe des réévaluations

dont les incapacités sont liées à une condition neurologique. Finalement, les participants du groupe des nouvelles demandes sont significativement plus autonomes sur le plan fonctionnel et leur profil d'autonomie diffère de celui du groupe des réévaluations des services.

**Tableau 5.3 : Détermination du besoin et du type de barre d'appui par l'ergothérapeute et l'auxiliaire**

<b>Besoin d'appui</b>		<b>ASSS</b>		
		<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Total</b>
Ergo	Oui	66	8	74
	Non	1	2	3
	<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>10</b>	<b>77</b>
<b>Barre murale</b>		<b>ASSS</b>		
		<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Total</b>
Ergo	Oui	58	12	70
	Non	1	6	7
	<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>18</b>	<b>77</b>
<b>Barre étau</b>		<b>ASSS</b>		
		<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Total</b>
Ergo	Oui	0	2	2
	Non	9	66	75
	<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>68</b>	<b>77</b>
<b>Barre vitrier</b>		<b>ASSS</b>		
		<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Total</b>
Ergo	Oui	3	1	4
	Non	2	71	73
	<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>72</b>	<b>77</b>

**Tableau 5.4 : Mesures d'accord entre les recommandations émises par l'ergothérapeute et celles de l'auxiliaire (n=77)**

Variables	P <sub>a</sub>	Sensibilité	Spécificité	Δ [I.C.]	K <sub>p</sub>
Lieu	98,7	-	-	0,93 [0,85 ; 1,00]	-
Besoin d'appui	88,3	89,2	66,7	0,77 [0,63 ; 0,91]	-
murale	83,1	82,9	82,9	0,70 [0,54 ; 0,86]	-
étau	85,6	0,0	88,0	0,71 [0,55 ; 0,87]	-
vitrier	96,1	75,0	97,3	0,89 [0,79 ; 0,99]	-
Siège	58,4	-	-	-	0,63 [0,52 ; 0,75]

P<sub>a</sub> : pourcentage d'accord ; Δ : Delta ; I.C. : intervalle de confiance à 95% ; K<sub>p</sub>: Kappa pondéré

**Tableau 5.5 : Mesures d'accord entre les recommandations formulées par l'ergothérapeute et celles émises par l'auxiliaire concernant le siège de bain (n=77)**

		ASSS						
		Aucun	Tabouret	Chaise	Planche	Banc de transfert	Banc de transfert O/P	Total
Ergo	Aucun	3 (0)*	4 (1)	0 (2)	0 (3)	0 (4)	0 (5)	7
	Tabouret	0 (1)	19 (0)	1 (1)	2 (2)	1 (3)	0 (4)	23
	Chaise	1 (2)	6 (1)	1 (0)	0 (1)	0 (2)	0 (3)	8
	Planche	0 (3)	0 (2)	0 (1)	6 (0)	3 (1)	0 (2)	9
	Banc de transfert	0 (4)	4 (3)	3 (2)	5 (1)	16 (0)	2 (1)	30
	Banc de transfert O/P	0 (5)	0 (4)	0 (3)	0 (2)	0 (1)	0 (0)	0
	Total	4	33	5	13	20	2	77

\* ( ) matrice de désaccord utilisée dans le calcul du kappa pondéré

**Tableau 5.6 : Caractéristiques démographiques et cliniques des participants selon le contexte de la demande**

<u>Variables continues</u>	<u>Moyenne (écart type)</u>		<u>Valeurs p</u>
	n nouvelle = 48	n réévaluation = 48	
Âge (années)	75,5 (8,2)	78,3 (11,2)	0,156
Scolarité (années)	8,2 (3,9)	8,6 (3,4)	0,563
Autonomie fonctionnelle	17,4 (8,6)	25,8 (8,7)	< 0,001*
<u>Variables catégoriques</u>	<u>Fréquence (%)</u>		<u>Valeurs p</u>
Sexe (femme)	30 (62,5)	35 (72,9)	0,28
Situation de vie			
Domicile / seul	14 (29,2)	20 (56,3)	0,001**
Domicile / avec autre	32 (66,7)	20 (41,6)	
Résidence	2 (4,2)	8 (16,7)	
Score 2MS			
> 50 <sup>e</sup> centile	32 (66,7)	29 (60,4)	0,65
25 <sup>e</sup> centile	8 (16,7)	6 (12,5)	
5 <sup>e</sup> centile	8 (16,7)	11 (22,9)	
Données manquantes	-	2 (4,2)	
Diagnostic			
neurologique	4 (8,3)	22 (45,8)	< 0,001**
orthopédique	19 (39,6)	6 (12,5)	
cardio / pulmonaire	4 (8,3)	7 (14,6)	
oncologique	5 (10,4)	3 (6,3)	
non spécifique	16 (33,3)	10 (20,8)	
Profil ISO-SMAF			
AVD (1, 2, 3)	31 (64,6)	16 (33,3)	0,003** <sup>‡</sup>
Motrice (4, 6, 9)	16 (33,3)	30 (62,5)	
Cognitif (5, 7, 8, 10)	1 (2,1)	2 (4,2)	

\* test t bilatéral significatif avec  $\alpha = 0,05$  ; \*\* test  $\text{Chi}^2$  bilatéral significatif avec  $\alpha = 0,05$  ; <sup>‡</sup> seules les catégories AVD et Motrice ont été considérées pour le test du  $\text{khi}^2$ .

L'opinion de l'ergothérapeute et celle de l'auxiliaire concernant la compétence de l'auxiliaire à intervenir sont présentées au tableau 5.7 en fonction du contexte de

l'évaluation. Ces matrices permettent de constater que, en se basant sur le jugement de l'ergothérapeute (critère), la proportion des participants qui ne relèvent pas de la compétence de l'auxiliaire est similaire dans les deux groupes (nouvelle demande : 15% et réévaluation : 19%).

**Tableau 5.7 : Situations identifiées comme relevant de la compétence de l'auxiliaire selon le contexte de l'évaluation ( $n_{\text{nouvelles demandes}} = 48$  vs  $n_{\text{réévaluations}} = 48$ )**

		ASSS					ASSS		
		Oui	Non	Total			Oui	Non	Total
Ergo	Oui	40	1	<b>41</b>	Ergo	Oui	37	2	<b>39</b>
	Non	4	3	<b>7</b>		Non	1	8	<b>9</b>
	<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>4</b>	<b>48</b>		<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>10</b>	<b>48</b>
<b>Nouvelles demandes</b>				<b>Réévaluations</b>					

Pour ce qui est de la concordance du jugement de l'ergothérapeute et celui de l'auxiliaire sur la compétence de l'auxiliaire à intervenir, le pourcentage d'accord et la sensibilité sont élevés dans les deux groupes (voir tableau 5.8). De plus, lorsque l'accord lié à la chance est considéré, il n'y a pas de différence significative entre ces groupes. Toutefois, l'auxiliaire est plus spécifique dans l'identification des situations qui ne relèvent pas de sa compétence dans un contexte de réévaluation des services.

Finalement, le tableau 5.9 résume les mesures d'accord selon le contexte de l'évaluation pour chaque recommandation que l'auxiliaire qui utilise l'algorithme *Préalables aux soins d'hygiène* formule : lieu, besoin d'appui, types d'appui et modèle de siège. Bien que la sensibilité, la spécificité et le pourcentage d'accord varient selon le contexte, lorsque la probabilité d'obtenir un accord par hasard est prise en compte, aucune différence entre ces deux groupes n'est significative.

**Tableau 5.8 : Concordance du jugement de l'ergothérapeute et de l'auxiliaire concernant la compétence de l'auxiliaire à intervenir selon le contexte de la demande (n nouvelles=48 vs n réévaluations = 48)**

Contexte	P <sub>a</sub>	Sensibilité	Spécificité	Δ [I.C.]	K [I.C.]	Valeur ρ
Nouvelles	89,6	97,6	42,9	0,76 [0,58 ; 0,94]	0,49 [0,12 ; 0,86]	0,16
Réévaluations	93,8	94,9	88,9	0,83 [0,67 ; 0,99]	0,80 [0,58 ; 1,00]	

**Tableau 5.9 : Mesures d'accord entre les recommandations émises par l'ergothérapeute et celles de l'auxiliaire en fonction du contexte de la demande (n nouvelles demandes = 40 vs n réévaluations des services = 37)**

Variables	Contexte	P <sub>a</sub>	Sensibilité	Spécificité	Δ [I.C.]	K [I.C.]	K <sub>p</sub> [I.C.]	ρ
<b>Lieu</b>	nouvelles	100	-	-	0,93 [0,83 ; 1,00]	1,00 [1,00 ; 1,00]	-	0,27
	réévaluations	97,0	-	-	0,85 [0,71 ; 0,99]	0,89 [0,69 ; 1,00]	-	
<b>Besoin d'appui</b>	nouvelles	90,0	92,1	50,0	0,70 [0,50 ; 0,90]	0,29 [-0,22 ; 0,80]	-	0,88
	réévaluations	86,5	86,1	100	0,73 [0,53 ; 0,93]	0,26 [0,21 ; 0,29]	-	
<b>murale</b>	nouvelles	85,0	85,7	80,0	0,68 [0,46 ; 0,90]	0,49 [0,16 ; 0,82]	-	0,43
	réévaluations	81,0	80,0	100	0,66 [0,42 ; 0,90]	0,17 [-0,03 ; 0,63]	-	
<b>étau</b>	nouvelle	80,0	0,0	84,2	0,58 [0,34 ; 0,82]	-0,08 [-0,18 ; 0,02]	-	0,11
	réévaluations	91,9	0,0	91,9	0,80 [0,62 ; 0,98]	0,00 [0,00 ; 0,00]	-	
<b>vitrier</b>	nouvelles	95,0	66,7	97,3	0,84 [0,68 ; 1,00]	0,64 [0,17 ; 1,00]	-	0,98
	réévaluations	97,3	100	97,2	0,88 [0,74 ; 1,00]	0,65 [0,03 ; 1,00]	-	
<b>Siège</b>	nouvelles	52,5	-	-	-	-	0,57 [0,41 ; 0,74]	0,53
	réévaluations	64,9	-	-	-	-	0,65 [0,48 ; 0,83]	

P<sub>a</sub> : pourcentage d'accord ; Δ : Delta ; I.C. : intervalle de confiance à 95% ; K : Kappa ; K<sub>p</sub> : Kappa pondéré

## 5.5 Résultats complémentaires

Au cours de la présente étude, des informations concernant la consultation d'un ergothérapeute par l'auxiliaire ainsi que la sécurité de l'environnement de travail de l'auxiliaire ont été compilées. Ces résultats et leurs interprétations ne sont pas directement reliés à l'objectif de validation de l'algorithme *Préalable aux soins d'hygiène* (Desnoyers, 2006). Toutefois, ils peuvent soutenir les réflexions liées à l'implantation de cet outil dans les milieux cliniques. Ces résultats complémentaires sont donc présentés et discutés brièvement dans cette section.

### 5.5.1 Consultation de l'ergothérapeute par l'auxiliaire

Dans certaines circonstances cliniques, l'algorithme *Préalables aux soins d'hygiène* oriente l'auxiliaire vers un ergothérapeute pour une consultation afin de supporter l'auxiliaire dans son processus de réflexion. Durant la période de collecte des données, l'auxiliaire a consulté un ergothérapeute pour 21% des situations et la durée moyenne de cette consultation est de 7 minutes (voir annexe 16). Ainsi, l'auxiliaire qui utilise un algorithme nécessite l'assistance d'un professionnel de la réadaptation dans son processus de réflexion sur une base occasionnelle et cette assistance monopolise peu de temps clinique. De plus, les motifs de consultation prévus à l'algorithme n'expliquent que 59,3% des raisons qui conduisent l'auxiliaire à discuter de ses observations avec l'ergothérapeute. L'algorithme n'identifie donc pas l'ensemble des situations où l'auxiliaire juge le support d'un ergothérapeute souhaitable.

### 5.5.2 Sécurité de l'environnement

Lors de l'évaluation des participants qui recevaient déjà des soins d'hygiène par les auxiliaires du CSSS Memphrémagog (groupe réévaluations des services), l'ergothérapeute a jugé le niveau de sécurité de l'environnement dans lequel l'aide humaine était offerte par le personnel de cet établissement (n=48). La moitié des participants recevaient leurs soins dans un environnement qualifié d'optimal par l'ergothérapeute (52%). D'autre part, 40% des soins étaient offerts dans un environnement présentant des risques de blessure pour la personne ou pour l'auxiliaire tandis que 8% des situations étaient jugées inacceptables. Ces résultats suggèrent que le modèle d'organisation des services actuellement en vigueur au CSSS Memphrémagog lors de la mise en place de soins d'hygiène permet de répondre partiellement aux impératifs de santé et sécurité des travailleurs et de la clientèle.

## CHAPITRE 6

### DISCUSSION

Ce chapitre se divise en six sections. Tout d'abord, il aborde la capacité de l'auxiliaire à identifier les situations qui relèvent de sa compétence. Ensuite, la concordance entre les recommandations émises par un ergothérapeute et celles formulées par l'auxiliaire est discutée. Puis, l'accord entre ces intervenants est comparé en fonction du contexte de la demande (nouvelles demandes vs réévaluations des services). Finalement, les forces, les limites et les retombées anticipées de l'étude sont présentées et des pistes de recherche future seront exposées.

#### **6.1 Capacité de l'auxiliaire à identifier les situations qui relèvent de sa compétence**

L'auxiliaire formée à l'utilisation de l'algorithme *Préalables aux soins d'hygiène* identifie correctement les situations qui relèvent de sa compétence. Ces résultats corroborent la conclusion de Caillé (1993) qui soutient que 80% des auxiliaires sont compétentes à identifier les cas plus complexes, où l'ergothérapeute doit être consulté. La capacité de l'auxiliaire à percevoir adéquatement les limites de sa compétence est un indicateur fondamental pour l'application d'un modèle d'organisation clinique qui inclut l'auxiliaire dans le processus de détermination du besoin d'équipements au bain. L'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (2006), à la suite de projets pilotes, avait d'ailleurs conclu que la réussite de ce type de collaboration repose sur la confiance et le respect mutuels du rôle de chacun des intervenants.

Selon l'OEQ (2005), l'assignation d'une activité clinique relève de la responsabilité de l'ergothérapeute et repose sur son jugement professionnel. Ainsi, l'ergothérapeute doit s'assurer que l'assignation ne compromet ni la sécurité du client ni la qualité des services qui lui seront rendus. Les résultats obtenus dans cette étude démontrent que l'ergothérapeute et l'auxiliaire ont une perception similaire du niveau de complexité des situations cliniques qui exigent l'intervention d'un professionnel de la réadaptation. Ce constat encouragerait donc l'ergothérapeute à évaluer la probabilité d'un risque de préjudice comme faible et conséquemment, l'inciterait à considérer comme plus approprié l'assignation de l'activité clinique (OEQ, 2005; COTBC, 2004), telle que la détermination du besoin d'équipements au bain à une auxiliaire qui utilise l'algorithme *Préalables aux soins d'hygiènes*.

Les motifs «baignoire non standard» et «ne peut pas se rendre jusqu'à la salle de bain sans aide» sont les motifs les plus souvent invoqués pour considérer que les situations cliniques ne relèvent pas de la compétence de l'auxiliaire. Étonnement, il s'agit de deux critères d'exclusion de l'étude. En effet, les participants ont été questionnés par téléphone par l'évaluatrice-ergothérapeute, sur ces deux éléments au moment de la prise de rendez-vous pour l'évaluation. Ces résultats s'expliquent peut-être par le fait qu'il est difficile pour les personnes de qualifier leur baignoire et de la juger «non standard». Ainsi, l'entrevue téléphonique serait une modalité d'évaluation insuffisante pour déterminer les facteurs environnementaux associés à la recommandation des équipements au bain. Afin de cibler davantage la clientèle qui peut bénéficier d'une visite de l'auxiliaire, des efforts de vulgarisation des concepts de «baignoire non standard» et «ne peut pas se rendre jusqu'à la salle de bain sans aide» doivent être fait lors du contact téléphonique.

Finalement, il importe de souligner que selon l'ergothérapeute, l'auxiliaire outillée de l'algorithme avait la compétence d'intervenir auprès de 83% des participants. Ces résultats laissent croire que les critères d'exclusion établis par certains CSSS (voir tableau 2.1), non retenus pour la présente étude, seraient trop restrictifs.

Finalement, en considérant l'ensemble des demandes de services (participants, refus, abandons et exclus), 47% des personnes qui avaient des difficultés à réaliser leur hygiène personnelle ont reçu des recommandations de l'auxiliaire. L'implantation de ce type de modèle d'organisation clinique permettrait donc de répondre à une part non négligeable des demandes de services.

## **6.2 Concordance des recommandations de l'ergothérapeute et de l'auxiliaire**

L'ergothérapeute et l'auxiliaire ont formulé des recommandations concernant 1) le lieu où l'hygiène doit être complété, 2) le besoin et le type de barres d'appui et 3) le siège de bain à installer qui, ensemble, permettent à la personne de maximiser son autonomie et sa sécurité. Ces trois aspects sont discutés séparément.

### **6.2.1 Le lieu**

Les résultats de l'étude indiquent que l'auxiliaire sélectionne correctement le lieu où doit être effectué l'hygiène corporelle. Ainsi, l'auxiliaire outillé de l'algorithme est en mesure de déterminer si le bain ou la douche est l'environnement qui maximise l'autonomie de la personne tout en assurant sa sécurité et celle de ses aidants.

Le lieu «lavabo» a été recommandé à une seule occasion. Cette recommandation est donc rare. Elle est aussi la source du seul désaccord pour cette variable : l'auxiliaire a recommandé l'hygiène au lavabo alors que l'ergothérapeute a recommandé l'hygiène à la

douche (annexe 11). Les repères dans l'algorithme qui guident l'auxiliaire vers la référence en ergothérapie advenant son incapacité à choisir le bain ou la douche comme lieu où l'activité «se laver» doit se dérouler sont ainsi pertinents. En effet, l'ergothérapeute a été en mesure de solutionner les problèmes d'accès à la douche ou à la baignoire pour l'ensemble des participants.

### 6.2.2 Les barres d'appui

L'auxiliaire reconnaît le besoin d'un appui, sans systématiquement identifier correctement le type d'appui à installer (murale, étau et vitrier). Une explication possible de ce désaccord est l'absence de critères dans l'algorithme qui guident l'auxiliaire lors du choix du modèle de barre d'appui. En effet, l'algorithme conduit à «prévoir un appui», sans orienter l'auxiliaire sur le type d'appui à recommander.

L'ergothérapeute a jugé nécessaire l'ajout d'une barre d'appui pour 96% des participants. Ce besoin généralisé s'explique par la diminution des capacités physiques de la personne vieillissante. En effet, l'incapacité à se tenir en équilibre debout sur un seul pied est l'un des paramètres le plus précoce du vieillissement normal (Martin-Hunyadi, Strubel et Kuntzmann, 2007). Globalement, les aînés se rattrapent mal en cas de déséquilibre et sont plus tributaires des afférences visuelles que les jeunes. Or, l'activité «se laver» implique de nombreux changements de position, parfois sur un pied, parfois les yeux fermés, et le tout, dans un environnement glissant. De plus, l'angoisse associée à la peur de tomber diminue l'équilibre (Martin-Hunyadi, Strubel et Kuntzmann, 2007) et augmente le risque de chuter (Corriveau et Roy, 2007). Dans ce contexte, l'ajout d'appui à la baignoire est une modalité d'intervention préventive efficace et peu coûteuse pour diminuer les risques de chute lors de l'hygiène personnelle à la baignoire ou à la douche

(Naik et Gill, 2005 ; Hoenig, Taylor et Sloan, 2003; Agree et Freedman, 2000; Mann, Ottenbacher, Fraas, Tomita et Granger, 1999 ; Gill, Robison, Williams et Tinetti, 1990).

Il serait donc opportun d'orienter l'auxiliaire non pas sur l'identification du besoin, mais plutôt sur le choix du type d'appui à installer. Pour augmenter la validité de l'outil, il est donc souhaitable de modifier l'algorithme afin de préconiser l'ajout d'une barre d'appui pour toutes les personnes qui présentent des difficultés à l'hygiène personnelle. L'algorithme devrait inclure des repères qui guident l'auxiliaire lors du choix du modèle d'appui ou alors, la formation à l'utilisation de l'outil devrait prévoir un enseignement à cet égard. En outre, les indications devraient prendre en compte que la barre d'appui murale répond généralement aux besoins des personnes.

### 6.2.3 Le siège de bain

Bien que l'accord entre l'ergothérapeute et l'auxiliaire concernant le modèle de siège de bain à recommander se qualifie de modéré à substantiel, 25 % des participants auraient reçu un siège de bain qui ne répond pas au besoin de la personne et de son environnement. Les débats qui existent dans le milieu clinique entre les ergothérapeutes et les auxiliaires sur la compatibilité d'une part des équipements requis pour la réalisation sécuritaire des soins et des transferts et d'autre part, les objectifs de maintien de l'autonomie de la clientèle (Cloutier et al., 2006) naissent peut-être de cette proportion significative de désaccord.

Les résultats de l'étude démontrent que la discordance entre les évaluateurs se situe principalement entre deux modèles de siège de bain : le tabouret et la chaise de bain. Cette divergence d'opinion pourrait s'expliquer par une différence dans les critères d'attribution de ces aides techniques. En effet, l'ergothérapeute recommande un tabouret ou une chaise

de bain en fonction de plusieurs critères : l'équilibre assis, la tolérance à l'activité, la capacité pulmonaire ou encore, le pronostic. L'auxiliaire qui utilise l'algorithme, tant qu'à elle, favorise une chaise de bain par rapport au tabouret sur la base d'un seul critère prévu dans l'algorithme : la capacité du participant à maintenir son équilibre assis. Pour augmenter le pourcentage d'accord, deux modifications à l'algorithme sont possibles : 1) guider davantage l'auxiliaire lors de la détermination du besoin d'un tabouret versus celui d'une chaise de bain ou plus simplement, 2) enlever l'option du tabouret pour éliminer cette faute (tableau 6.1). Il n'y a pas de conséquence fonctionnelle (personne et environnement) à utiliser une chaise au lieu d'un tabouret et une faible conséquence financière, le coût d'une chaise étant légèrement supérieur.

Le banc de transfert avec ouverture périnéale est recommandé lorsque la personne est incapable de se dégager le siège durant l'hygiène périnéale. Pour l'ensemble des participants, l'ergothérapeute n'a jamais recommandé cet équipement alors que l'auxiliaire a sélectionné ce siège de bain à deux occasions. Ainsi, afin d'augmenter la validité de l'algorithme, en considérant que le besoin de ce type de siège est rare, il est souhaitable de cibler l'incapacité de la personne à se dégager le siège comme une situation où l'auxiliaire doit référer à un professionnel de la réadaptation.

En retirant de l'algorithme la possibilité de choisir le tabouret et le banc de transfert avec ouverture périnéale, le pourcentage d'accord passe de 58,4% à 69,3%. Le kappa pondéré demeure pour sa part inchangé, c'est-à-dire 0,61 [0,47 ; 0,75] au lieu de 0,63 [0,52 ; 0,75], se qualifiant toujours de modéré à substantiel (Landis et Koch, 1977). Toutefois, en utilisant un tel algorithme modifié, l'auxiliaire aurait recommandé un modèle de siège de bain qui ne correspond pas au besoin de la personne dans une proportion de 17,3% au lieu de 24,7% (voir tableau 6.1).

**Tableau 6.1 : Accord entre les recommandations de l'ergothérapeute et celles de l'auxiliaire qui aurait utilisé un algorithme modifié concernant le siège de bain (n=75)**

		ASSS				Total
		Aucun	Chaise	Planche	Banc de transfert	
ergo	Aucun	3 (0)*	4 (1)	0 (2)	0 (3)	7
	Chaise	1 (1)	27 (0)	2 (1)	1 (2)	31
	Planche	0 (3)	0 (1)	6 (0)	3 (1)	9
	Banc de transfert	0 (4)	7 (2)	5 (1)	16 (0)	28
	Total	4	38	13	20	75

\* () matrice de désaccord utilisée dans le calcul du kappa pondéré

Cependant, est-ce que ces résultats sont cliniquement acceptables ? Outre les repères proposés par Landis et Koch (1977), une variabilité qualifiée d'«acceptable» pourrait s'établir à partir du niveau d'accord entre les recommandations de deux ergothérapeutes lors de la détermination du besoin d'équipements au bain. À notre connaissance, cette information n'est pas disponible. L'évaluation du risque de préjudice encouru par une personne en perte d'autonomie et par ses aidants lors de l'inclusion de l'auxiliaire dans le processus de détermination du besoin d'équipements au bain pourrait alors être instructive. Le risque de préjudice concerne la probabilité qu'un événement dommageable survienne et le caractère d'irréversibilité de l'impact advenant sa survenance (OEQ, 2005).

Les résultats de l'étude démontrent qu'une auxiliaire qui utilise l'algorithme *Préalables aux soins d'hygiène* avec une personne en perte d'autonomie vivant à domicile

recommande parfois un siège de bain inadéquat. Cette faute augmente la probabilité qu'un événement dommageable survienne (ex. : chute lors du bain) et l'impact de cet événement peut être irréversible ainsi que lourd de conséquences (ex. : fracture de la hanche). Également, une faute de l'auxiliaire lors du choix d'un modèle de siège de bain augmente la probabilité de blessures pour les aidants (proches ou auxiliaire) et la survenue d'un accident peut avoir un impact irréversible sur leur santé (ex. : entorse lombaire).

Néanmoins, l'accès à l'ergothérapeute est confronté à la limite des ressources humaines et le choix du modèle d'organisation des services influencent à la fois l'accès aux services et la qualité de ces services (Carrier, 2008). Il est donc important de situer l'analyse du risque de préjudice dans le contexte actuel des CSSS ; c'est-à-dire une pénurie d'ergothérapeute et une augmentation constante des demandes de services. Le manque d'accessibilité aux services d'ergothérapie au moment d'évaluer les besoins d'équipements au bain n'est pas sans risque pour la personne, ses proches et pour l'auxiliaire. En effet, durant une période d'attente, l'activité «se laver» se déroule dans un environnement parfois inadéquat pour la personne et ses aidants. Ceux-ci doivent alors composer avec la situation ou encore, se procurer des équipements en l'absence de recommandations adaptées à l'état de la personne et de son environnement.

Ainsi, compte tenu de la rareté des ressources en ergothérapie, un établissement donné ou un ergothérapeute pourrait s'appuyer sur les résultats de cette étude et confier à l'auxiliaire le rôle de déterminer les besoins d'équipements au bain de certaines personnes en perte d'autonomie vivant à domicile. La disponibilité des ressources humaines déterminerait donc la disponibilité des services et non l'inverse. Or, l'«acceptable» doit se juger à la lumière d'un choix entre deux formes de risque de préjudice : 1) celui lié au délai d'attente en ergothérapie versus 2) celui lié aux erreurs de l'auxiliaire.

Selon les travaux de Carrier (2008) sur le droit aux services d'ergothérapie en milieu communautaire, il serait injustifié pour un établissement de santé de ne pas offrir des services d'ergothérapie adéquats sur les plans scientifique, social et humain en invoquant le seul motif d'une inadéquation entre les demandes de services et les ressources disponibles. La seule question relevant du débat institutionnel est de savoir si un service d'ergothérapie sera disponible ou non pour répondre aux demandes. La question de la qualité du service rendu relève, pour sa part, de la discipline concernée, c'est-à-dire l'ergothérapie (Carrier, 2008). Ainsi, au moment d'assigner une tâche clinique à une auxiliaire, l'ergothérapeute se doit d'exercer son jugement professionnel (OEQ, 2005). La définition du jugement professionnel retenue par l'OEQ est celle de l'Office québécois de la langue française (2008), soit «la capacité du membre d'une profession à apprécier une situation sans connaître tous les éléments avec certitude ou de choisir une ligne de conduite acceptable dans le cas où les normes professionnelles laissent une certaine latitude».

Face à une certaine incertitude, l'ergothérapeute devrait donc prendre la décision d'inclure ou non l'auxiliaire lors de la détermination du besoin d'équipements au bain en s'appuyant sur ses valeurs (ACE, 1997) et ses responsabilités (OEQ, 2004b) professionnelles, notamment celles d'établir le plan d'intervention avec le client. Par conséquent, l'ergothérapeute se doit d'informer la personne âgée et ses proches des risques de préjudice selon les alternatives proposées, puis les inciter à participer au processus d'appréciation de l'«acceptable».

### **6.3 Comparaison du niveau d'accord en fonction du contexte de la demande**

Dans la présente section, les différences observées dans les caractéristiques des participants des deux groupes sont discutées. Puis, la concordance entre les recommandations de l'ergothérapeute et celles de l'auxiliaire en fonction du contexte de la demande est abordée.

#### **6.3.1 Caractéristiques des participants**

Les participants du groupe des nouvelles demandes de services et du groupe des réévaluations des services ne présentent pas les mêmes diagnostic, situation de vie et profil d'autonomie fonctionnelle. Ces différences s'expliquent. Premièrement, comparativement aux conditions neurologiques, l'ajout d'équipement suffit souvent pour compenser les incapacités liées à des diagnostics orthopédiques (ex. prothèse totale du genou). La mise en place d'aide humaine pour la réalisation de l'hygiène étant moins fréquente pour les pathologies orthopédiques, cette clientèle se retrouve en moins grande proportion dans le groupe des réévaluations des services.

Pour ce qui est de la différence au niveau de la situation de vie, les personnes qui vivent avec un proche sont plus sujettes à recevoir du support de leur famille lors de leur bain (ex. préparation des effets personnels). Ils ont donc moins recours aux services offerts par les CSSS (Caron et Ducharme, 2007).

Finalement, la clientèle qui contacte l'établissement de santé parce qu'elle présente des difficultés lors de l'hygiène personnelle n'est pas nécessairement en lourde perte d'autonomie. En effet, il peut s'agir d'un besoin d'intervention ponctuel comme une demande de consultation concernant l'ajout de barres d'appui à la baignoire. Les participants du groupe des réévaluations des services sont, pour leur part, nécessairement

incapables de faire leur hygiène corporelle sans l'aide d'une personne puisqu'ils reçoivent des services d'assistance d'une auxiliaire. Il est donc compréhensible que les personnes de ce groupe soient en plus grande perte d'autonomie que celles de l'autre groupe.

### 6.3.2 Concordance entre les intervenants

Lorsque la concordance entre les recommandations émises par l'ergothérapeute et celles formulées par l'auxiliaire est comparée en fonction du contexte de l'évaluation, les résultats de l'étude ne démontrent pas de différence significative. Bien que l'impossibilité de détecter une différence puisse être associée à un manque de puissance statistique (erreur de type II), les résultats tendent à démontrer que la validité de l'algorithme est équivalente dans un contexte de nouvelle demande de services et dans un contexte de réévaluation des services mis en place. En outre, l'algorithme *Préalables aux soins d'hygiène* est actuellement utilisé dans différents CSSS avec ces deux types de clientèle.

Les résultats de l'étude permettent de constater que l'auxiliaire a la compétence pour intervenir avec une proportion similaire de la clientèle de ces deux groupes, et ce, malgré un nombre plus important de personnes avec des diagnostics neurologiques dans le groupe des réévaluations des services mis en place. Ainsi, la décision de certaines équipes interdisciplinaires d'exclure les personnes avec un diagnostic neurologique de la clientèle qui peut être visité par l'auxiliaire ne serait pas justifié (voir tableau 2.1).

La situation de vie de la personne ne semble pas affecter la concordance entre les recommandations émises par l'ergothérapeute et l'auxiliaire. Pourtant, l'utilisation de la salle de bain par plus d'une personne influence l'analyse des facteurs environnementaux associés à la recommandation d'un équipement au bain ou à la douche. En effet, la prescription d'un modèle de siège de bain peut être modifiée par la présence d'un proche.

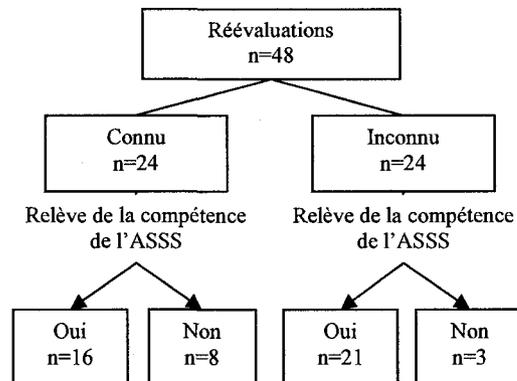
L'absence de différence significative entre les groupes laisse penser que l'auxiliaire qui utilise l'algorithme est en mesure de prendre en compte les besoins des autres occupants du domicile.

Finalement, selon les résultats obtenus, le profil d'autonomie de la personne n'influence pas le niveau d'accord entre l'ergothérapeute et l'auxiliaire. Ainsi, l'importance de la perte d'autonomie ne serait pas un indicateur de la validité de l'algorithme et de la compétence de l'auxiliaire à intervenir avec la clientèle.

Les résultats de l'étude ne permettent pas d'identifier des caractéristiques sociodémographiques ou cliniques de la clientèle qui affectent le niveau de concordance entre l'ergothérapeute et l'auxiliaire. Est-ce que la validité de l'algorithme serait davantage influencée par les caractéristiques de l'auxiliaire ?

Par exemple, la «connaissance du cas» a été documentée comme un facteur qui affecte la capacité de l'auxiliaire à déterminer ce qui est nécessaire à la sécurité (Cloutier et al., 2006). Afin d'isoler l'impact de cette caractéristique de l'auxiliaire sur le niveau d'accord entre l'ergothérapeute et l'auxiliaire lors de la recommandation d'équipements au bain, le groupe des réévaluations de service a été stratifié sur la base de la connaissance du cas (figure 6.1).

Des mesures d'accord concernant le modèle siège de bain, variable pour laquelle l'accord entre les évaluateurs est le plus faible, ont été calculées lorsque ce groupe est divisé en fonction de la connaissance qu'a l'auxiliaire du participant. Ces données sont présentées à l'annexe 11. Les résultats démontrent une différence significative entre les groupes (tableau 6.2). Notamment, lorsque la proportion de l'accord dû au hasard est considérée, la concordance varie de substantielle à presque parfaite lorsque l'auxiliaire connaît le participant (Landis et Koch, 1977).



**Figure 6.1 : Stratification du groupe des réévaluations des services en fonction de la connaissance du cas**

**Tableau 6.2 : Concordance entre les recommandations émises par l'ergothérapeute et celles formulées par l'auxiliaire dans un contexte de réévaluation et en fonction de la connaissance du cas**

Contexte	P <sub>a</sub>	K <sub>p</sub> [I.C.]	Valeur p
Connu (n = 16)	87,5	0,88 [0,71 ; 1]	0,002*
Inconnu (n = 21)	47,6	0,48 [0,22 ; 0,74]	

P<sub>a</sub> : pourcentage d'accord ; K<sub>p</sub> : Kappa pondéré ; I.C. : intervalle de confiance à 95%

Il semble donc que l'auxiliaire qui a déjà offert un soin d'hygiène à une personne et qui utilise l'algorithme *Préalables aux soins d'hygiène* est davantage habilitée à déterminer les équipements qui favorisent l'autonomie et la sécurité. Rappelons que cet outil clinique constitue la première étape de l'algorithme *Mise en place des soins d'hygiène par l'AFS* (Desnoyers, 2006) qui inclut également la grille 2 : *Observation durant l'activité*. Cette deuxième étape permet à l'auxiliaire d'assister la personne lors d'un soin d'hygiène. Puisque la connaissance du cas a une influence positive sur la validité de l'algorithme, l'utilisation de l'algorithme *Mise en place des soins d'hygiène*

*par l'AFS* dans son ensemble semble être une alternative prometteuse pour favoriser la concordance entre l'ergothérapeute et l'auxiliaire.

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

L'une des principales forces de cette étude est assurément sa pertinence clinique et scientifique. À notre connaissance, il s'agit de la première étude qui s'intéresse à un modèle d'organisation clinique mis de l'avant par l'OEQ (2005) et déjà en vigueur dans plusieurs CSSS québécois. De plus, cette étude aborde la perspective multidimensionnelle du contexte de ce modèle d'organisation, reflétant ainsi la réalité complexe des enjeux d'accessibilité et de qualité des services ainsi que de santé et sécurité des travailleurs.

Une autre force de l'étude repose sur l'implication de cliniciens et de gestionnaires, tant au moment de l'élaboration du projet que durant processus de la collecte des données. Une telle collaboration favorise l'applicabilité des résultats et le transfert des connaissances.

En plus d'un faible taux de refus, le processus de collecte de données rigoureux contribue à la validité des résultats obtenus. En outre, l'ensemble des évaluateurs-auxiliaires ont assisté à une formation commune et une seule ergothérapeute a agi à titre d'évaluatrice ce qui assure une stabilité de la mesure étalon. Également, plusieurs stratégies ont permis de préserver l'insu entre les évaluateurs tout au long du processus de collecte de données. Aussi, afin de minimiser les risques de biais liés à la maturation, une courte période de temps séparait la visite de l'ergothérapeute et celle de l'auxiliaire et les participants qui ont vécu durant cette période des évènements pouvant affecter leur capacité physique ont été exclus des analyses.

Malgré l'intérêt des résultats de cette étude, ils présentent certaines limites. Une première limite repose sur l'absence d'information concernant la fidélité interjuges de l'évaluation de l'ergothérapeute concernant le besoin d'équipements au bain. Ainsi, il est possible que les recommandations de l'évaluatrice-ergothérapeute, utilisées comme mesure étalon, ne soient pas représentatives de la pratique. Afin de minimiser les impacts de cette limite, un support clinique a été offert à l'évaluatrice-ergothérapeute. Ainsi, au besoin, des pairs ergothérapeutes ont corroboré les recommandations qui découlaient de son évaluation.

Dans un même ordre d'idée, l'analyse de la situation par l'évaluatrice-ergothérapeute aurait pu être influencée par sa connaissance de l'algorithme. Toutefois, afin de demeurer le plus neutre possible, l'évaluatrice-ergothérapeute a veillé à ne pas consulter les auxiliaires tout au long de la période de collecte des données.

Enfin, un petit nombre d'auxiliaires, c'est-à-dire quatre, appartenant à la même équipe de travail, ont participé au projet de recherche. L'application des conclusions de l'étude à d'autres établissements doit donc se faire avec prudence.

### **6.5 Retombées anticipées de l'étude**

Cette étude fournit des indicateurs sur les impacts d'un modèle d'organisation du travail déjà utilisé dans les plusieurs établissements de santé. Cette information est utile aux cliniciens et aux gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux, mais aussi, aux membres de l'OEQ ainsi que de l'ASSTAS. En effet, les résultats de l'étude permettent d'augmenter le niveau de confiance de ces acteurs face à des pratiques émergentes.

Par conséquent, ces résultats pourraient influencer l'implantation et l'application d'un modèle d'organisation clinique qui inclut les auxiliaires lors de la détermination du besoin d'équipements au bain ou à la douche. Rappelons que cette organisation du travail a une incidence positive sur la santé et la sécurité de ces travailleuses puisqu'elle permet aux auxiliaires d'anticiper les risques et leur offre une marge de manœuvre individuelle dans la réalisation de leur travail auprès de la clientèle (Cloutier et al., 2006). De plus, dans un contexte de pénurie d'ergothérapeutes, cette collaboration interdisciplinaire encourage l'accès de la clientèle à des soins et services de qualité (OEQ, 2005).

Finalement, sur le plan clinique, les résultats de cette étude permettent d'identifier les modifications à l'algorithme qui augmentent la concordance entre l'ergothérapeute et l'auxiliaire. Ils peuvent également orienter les choix des cliniciens et des gestionnaires lors de l'élaboration du mode d'encadrement et de formation du personnel auxiliaire.

## **6.6 Pistes de recherche future**

Cette étude démontre que le recours au personnel auxiliaire lors de la détermination du besoin d'équipements au bain est une avenue prometteuse. Il s'agit toutefois d'un premier pas. D'autres études de validité et de fidélité sont nécessaires afin de doter les ergothérapeutes et les auxiliaires d'un outil de travail possédant des qualités métrologiques optimales. Par exemple, une étude multicentrique permettrait d'évaluer l'applicabilité de l'outil dans différents contextes de travail tout en validant une version modifiée de l'algorithme *Préalables aux soins d'hygiène*.

Les résultats encourageants obtenus avec la grille 1, *Préalables aux soins d'hygiène*, justifient l'élaboration d'un projet de recherche pour la validation de l'algorithme *Mise en place des soins d'hygiène* (Desnoyers, 2006) dans son ensemble

(grilles 1 et 2). Ainsi, une collaboration serait possible pour déterminer à la fois les besoins en aides techniques, mais également, en aide humaine afin de minimiser les situations de handicap vécues par la personne lors de la réalisation son hygiène personnelle.

Finalement, bien que plusieurs CSSS établissent des critères de sélection pour les auxiliaires qui sont appelées à intervenir dans le processus de détermination du besoin d'équipements au bain, cette étude ne permet pas de confirmer ou d'infirmer que certaines caractéristiques démographiques de l'auxiliaire s'associent à un plus haut niveau d'accord. Ultérieurement, il serait souhaitable d'évaluer si certains pré requis (ex. : expérience de travail) augmentent la concordance entre les recommandations émises par l'ergothérapeute et celles formulées l'auxiliaire.

## CONCLUSION

Cette étude jette un éclairage précieux sur des pratiques cliniques émergentes à la base de nombreux conflits dans les équipes interdisciplinaires des milieux de soins québécois. Elle informe les décideurs politiques sur un modèle d'organisation du travail qui augmente l'accès de la population à des services de santé de qualité tout en favorisant la santé et la sécurité des travailleurs. Également, elle instruit les intervenants sur la validité d'un outil clinique qui permet d'inclure du personnel auxiliaire formé dans le processus de détermination du besoin d'équipements au bain ou à la douche.

L'auxiliaire aux services de santé et sociaux outillée de l'algorithme *Préalables aux soins d'hygiène* reconnaît les situations cliniques qui relèvent de sa compétence. De plus, elle identifie correctement le lieu où l'hygiène doit être complétée ainsi que le besoin d'une barre d'appui. Des informations supplémentaires doivent cependant être disponibles pour permettre à l'auxiliaire de sélectionner le type d'appui à préconiser. Aussi, il est souhaitable de retirer de l'algorithme la possibilité de choisir deux des modèles de siège de bain, soit le tabouret et le banc de transfert avec ouverture périnéale, afin d'augmenter la concordance entre les recommandations émises par l'ergothérapeute et celles formulées par l'auxiliaire. Finalement, la validité de l'algorithme est similaire dans un contexte de nouvelles demandes de services et dans un contexte de réévaluations des services mis en place. Toutefois, l'auxiliaire qui a déjà offert un soin d'hygiène personnelle à une personne est davantage habilitée à déterminer les équipements qui permettent de maximiser l'autonomie et la sécurité de la clientèle.

## REMERCIEMENTS

Merci, **Johanne Desrosiers**, d'avoir reconnu mes aspirations et le potentiel de cette étude. Ta détermination contagieuse, tes exigences justifiées et ton support indéfectible sont précieux.

Merci, **Sylvain Leblanc**, de soutenir mes désirs de comprendre le monde qui m'entoure. Mes projets ne peuvent naître et grandir sans ta présence à mes côtés.

Merci, **Jules Nadeau**, d'entendre dans le bruit du clavier une berceuse qui t'est destinée. Ton porte-crayon en Lego<sup>®</sup> a bien joué son rôle de porte-bonheur.

Merci, **cliniciennes** et **cliniciens**, d'innover. Cette maîtrise s'appuie sur votre savoir qui a pris la forme d'algorithmes.

Merci, Nathalie Fontaine, Isabelle Arès, Michel Raïche, Danielle Desnoyers, Jane Howell, Léandre Boudreau, Daniel Allard, Jocelyne Savard, Marièle Masse, Karina Lorange, Madeleine Laferrière, Judith Robitaille, Stéphanie Pinard, Marie-France Dubois, Lise Patient, Sylvie Thibodeau, Sylvie Moreault, Martin Robert, Monique Corbeil, Rose-Aimée Robitaille et Lucie Paquette, de votre collaboration appréciable et appréciée.

Merci aux organismes qui ont facilité, par leur support financier, mon incursion dans le monde universitaire : Fonds de recherche en santé du Québec ; Réseau québécois de recherche sur le vieillissement ; Réseau de formation interdisciplinaire en recherche sur la santé et le vieillissement ; Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUGS ; Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke ; University Women's Scholarship Foundation et l'Ordre des ergothérapeutes du Québec.

Et surtout, merci aux **participants** de m'avoir ouvert leur porte.

## RÉFÉRENCES

- Agree, E. M. et Freedman, V. A. (2000). Incorporating assistive devices into community-based long-term care: an analysis of the potential for substitution and supplementation. J Aging Health, 12(3), 426-450.
- Alberta Association of Registered Occupational Therapists (2005). Guidelines for the assignment/delegation of occupational therapy services to support personnel. 22 p.
- Aminzadeh, F., Edwards, N., Locknett D. et Nair, R. C. (2000). Utilization of bathroom safety devices, patterns of bathing and toileting, and bathroom falls in a sample of community living older adults. Technol Disabil, 13, 95-103.
- Association canadienne des ergothérapeutes (1997). Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie, Ottawa, 238 p.
- Association canadienne d'ergothérapie (1998). Le rôle du personnel auxiliaire au sein des services d'ergothérapie. Revue canadienne d'ergothérapie; 65(2), 113-15.
- Association canadienne d'ergothérapie (2000). Lignes directrices concernant la supervision des services d'ergothérapeutes assignés à une personne autre qu'un ergothérapeute. Actualités ergothérapeutiques; 2(4), 23-5.
- Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (2006). Projets pilotes portant sur l'application des *Lignes directrices* de l'OEQ : Participation du personnel non ergothérapeute à la prestation des services d'ergothérapie. Rapport final adopté à la table des directions cliniques des 13, 14 et 15 septembre 2006.
- Brennan, P. et Silman, A. (1992). Statistical methods for assessing observer variability in clinical measures. BMJ; 304, 1491-4.
- Bouchard, F., Sénéchal, T., Yelle, G. et Ménard, M. (1995). Au CLSC Verdun/Côte Saint-Paul : Les ressources en soins à domicile optimisées. Objectifs prévention, 18(1), 30-1.
- Bravo, G. et Hébert, R. (1997). Age- and education-specific reference values for the Mini-Mental State Examinations derived from a non-demented elderly population. Inter J Ger Psych, 12, 1008-12.
- Byrt, T., Bishop, J. et Carlin, J. B. (1993). Biais, prevalence and kappa. J Clin Epidemiol, 46, 423-9.
- Caillé, G. (1993). Impact de l'ergothérapie sur une rationalisation des services à l'hygiène en C.L.S.C. Revue québécoise d'ergothérapie, 2(4), 128-31.

- Carrier, A. (2008). Le droit aux services d'ergothérapie en CLSC : entre légalité et légitimité (essai). Université de Sherbrooke, Québec (Canada) ; 98 p. (à soumettre)
- Caron, D. et Ducharme, F. (2007). Les proches-aidants des personnes âgées. Dans Précis pratique de gériatrie, 3<sup>ième</sup> édition. Canada : Édisen & Maloine ; chap. 168, 1126-44.
- Carter, S. E., Campbell, E. M., Sanson-Fisher, R. W., Redman, S. et Gillespie, W. J. (1997). Environmental hazards in the homes of older people. Age Ageing, 26 (3), 195-202.
- Chamberlain, M. A., Thornley, G. et Wright, V. (1978). Evaluation of aids and equipment for bath and toilet. Rheumatol Rehabil, 17(3), 187-94.
- Chamberlain, M. A., Thornley, G., Stowe, J. et Wright, V. (1981). Evaluation of aids and equipment for the bath: II. A possible solution to the problem. Rheumatol Rehabil, 20(1), 38-43.
- Clark, M. C., Czaja, S. J. et Weber, R. A. (1990). Older adults and daily living task profiles. Hum Factors, 32, 537-549.
- Cloutier, E., David, H., Ledoux, E., Bourdouxhe, M., Teiger, C., Gagnon, I. et Ouellet, F. (2005). Modèle organisationnel protecteur de la SST dans les soins à domicile. Objectif prévention, 28(5), 18-9.
- Cloutier, E., David, H., Ledoux, E., Bourdouxhe, M., Teiger, C., Gagnon, I. et Ouellet, F. (2006). Importance de l'organisation du travail comme soutien aux stratégies protectrices des AFS et des infirmières des services de soins et de maintien à domicile. Rapport de l'IRSST, RR-453, 36 p.
- Code des professions (L.R.Q., c. C-26).
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. Educational and psychological measurement, 20, 37-46.
- Cohen, J. (1968). Weighted kappa : nominal scale agreement with provision for scaled disagreement or partial credit. Psychological Bulletin, 4, 213-20.
- College of Occupational Therapists of British Columbia (2004). Assigning of service component to unregulated support personnel. 8 p.
- Corriveau, H. et Roy, P.-M. (2007). Les chutes. Dans Précis pratique de gériatrie, 3<sup>ième</sup> édition. Canada : Édisen & Maloine ; chap. 12, 201-13.
- Desnoyers, D. (2006). La mise en place des soins d'hygiène : cadre de référence. 26 p. (document de travail, non publié).

- Desrosiers, J., Bravo, G., Hébert, R. et Dubuc, N. (1995). Reliability of the revised functional autonomy measurement system (SMAF) for epidemiological research. Age Ageing, 24(5), 402-6.
- Desrosiers, J. et Hébert, R. (2007). Principaux outils d'évaluation en clinique et en recherche. Dans Précis pratique de gériatrie, 3<sup>ième</sup> édition. Canada : Édisen & Maloine ; chap. 9, 133-169.
- Dubois, M.-F., Raïche, M., Hébert, R. et Gueye, N. R. (2007). Assisted self-report of health-services use showed excellent reliability in longitudinal study of older adults. Journal Clinical Epidemiology, 60(10), 1040-5.
- Dubuc, N., Hébert, R., Desrosiers, J., Buteau, M. et Trottier, L. (2006). Disability-based classification system for older people in integrated long-term care services: the Iso-SMAF profiles. Arch Gerontol Geriatr, 42(2), 191-206.
- Feinstein, A. et Cicchetti, D. (1990). High agreement but low kappa: I. The problems of two paradoxes. J Clin Epidemiol, 43, 543-9.
- Fleiss, J. L. (1981). Statistical methods for rates and proportions. 2<sup>nd</sup> edition, Wiley & Sons inc., ISBN 0-471-06428-9.
- Flood, C., Mugford, M., Stewart, S., Harvey, I., Poland, F et Lloyd-Smith, W. (2005). Occupational therapy compared with social work assessment for older people. An economic evaluation alongside the CAMELOT randomised controlled trial. Age and Ageing, 34(1), 47-52.
- 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. J Psychiatr Res, 12(3), 189-98.
- Fried, L. P., Bandeen-Roche, K., Williamson, J. D., Prasada-Rao, P. Chee, E., Tepper, S. et Rubin, G. S. (1996). Functional decline in older adults : expanding methods of ascertainment. J Gerontol, 51(5), M206-14.
- Genest, N., Tremblay, L. et Lanctôt, J. (2003). Les ergothérapeutes et les auxiliaires dans l'évaluation des besoins de services pour l'hygiène dans les CLSC. Ergothérapie express, 14(1), 4.
- Gill, T. M., Allore, L. et Guo, Z. (2003). Restricted activity and functional decline among community-living older persons. Arch intern med, 163, 1317-22.
- Gill, T. M., Allore, G. H. et Han, L. (2006). Bathing disability and the risk of long-term admission to a nursing home. J Gerontol, 61A(8), 821-5.
- Gill, T. M., Guo, Z. et Allore, L. (2006). The epidemiology of bathing disability in older persons. J Am Geriatr Soc, 54, 1524-30.

- Gill, T. M., Robison, J. T., Williams, C. S. et Tinetti, M. E. (1990). Mismatches between the home environment and physical capabilities among community-living older persons. J Am Geriatr Soc, 47(1), 88-92.
- Gitlin, L. N., Mann, W., Tomit, M. et Marcus, S. M. (2001). Factors associated with home environmental problems among community-living older people. Disabil Rehabil, 23(17), 777-87.
- Gooptu, C. et Mulley, G. P. (1994). Survey of elderly people who get stuck in the bath. BMJ, 308(6931), 762.
- Hébert, M., Maheux, B. et Potvin, L. (2000). L'ergothérapie dans les CLSC du Québec après le virage ambulatoire (1<sup>ère</sup> partie). Revue québécoise d'ergothérapie, 9(1), 23-8.
- Hébert, M., Maheux, B. et Potvin, L. (2001). L'ergothérapie dans les CLSC du Québec après le virage ambulatoire (1<sup>ième</sup> partie). Revue québécoise d'ergothérapie, 10(1), 16-22.
- Hébert, M., Maheux, B. et Potvin, L. (2002). Theories emerging from daily clinical practice of community occupational therapists. Can J Occup Ther, 69(1), 31-9.
- Hébert, R., Bravo, G., et Girouard, D. (1992). Validation de l'adaptation française du Modified Mini-Mental State (3MS). Revue de Gériatrie, 17(8), 443-50.
- Hébert, R., Carrier, R. et Bilodeau, A. (1988). The Functional Autonomy Measurement System (SMAF) : Description and validation of an instrument for the measurement of handicaps. Age Ageing, 17, 293-302.
- Hébert, R., Desrosiers, J., Dubuc, N., Tousignant, M., Guilbeault, J. et Pinsonnault, E. (2003). Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) – Mise au point. Revue de gériatrie, 28, 323-36.
- Hébert, R., Guilbeault, J. et Pinsonnault, E. (2005). Guide d'utilisation du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle. Centre d'expertise en santé de Sherbrooke, 50 p.
- Hoenig, H., Taylor, D. H. et Sloan, F. A. (2003). Does assistive technology substitute for personal assistance among the disabled elderly? Am J Public Health, 93(2), 330-7.
- Landis, J. R. et Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics, 33, 159-74.
- LaPlante, M. P., Harrington, C. et Kang, T. (2002). Estimating paid and unpaid hours of personal assistance services in activities of daily living provided to adults living at home. Health Serv Res, 37(2), 397-415.

- Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (L.Q. 2002, c. 33).
- Mann, W. C., Ottenbacher, K. J., Fraas, L., Tomita, M. et Granger, C. V. (1999). Effectiveness of assistive technology and environmental interventions in maintaining independence and reducing home care costs for the frail elderly. A randomized controlled trial. Arch Fam Med, 8(3), 210-7.
- Martin, A. et Femia Marzo, P. (2005). Chance-corrected measures of reliability and validity in K x K tables. Stat Methods Med Res, 14, 473-92.
- Martin-Hunyadi, C., Strubel, D. et Kuntzmann, F. (2007). Troubles de la marche. Dans Précis pratique de gériatrie, 3<sup>ième</sup> édition. Canada : Édisen & Maloine ; chap. 11, 187-99.
- Morissette, L. (1995). Les soins d'hygiène en institution et à domicile, que conclure ? Objectif prévention, 18(3), 33-4.
- Mullick, A. (1993). Bathing with older with disabilities. Technol Disabil, 2, 19-29.
- Murphy, S., Gretebeck, K. A. et Alexander, N. B. (2007). The bath environment, the bathing task, and the older adult: A review and future directions for bathing disability research. Disability and Rehabilitation, 29(14), 1067-75.
- Murphy S. et Tickle-Degnen L. (2000). Participation in daily living tasks among older adults with fear of falling. Am J Occup Ther, 55(5), 538-44.
- Naik, A. D. et Gill, T. M. (2005). Underutilization of environmental adaptations for bathing in community-living older persons. J Am Geriatr Soc, 53(9), 1497-503.
- Naik, A. D., Concato, J. et Gill, T. M. (2004). Bathing disability in community-living older persons: common, consequential, and complex. J Am Geriatr Soc, 52(11), 1805-10.
- Office québécois de la langue française (2008). <http://www.granddictionnaire.com/>.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (2003). Le partage du travail dans les services offerts en ergothérapie au Québec ; faits saillants d'une enquête menée auprès des ergothérapeutes en 2002-2003. 16 p.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (2004a). Application de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé – Guide de l'ergothérapeute. 40 p.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (2004b). Compétences et responsabilités professionnelles – Guide de l'ergothérapeute. 27 p.

- Ordre des ergothérapeutes du Québec (2005). Participation du personnel non-ergothérapeute à la prestation des services d'ergothérapie ; lignes directrices. 32 p.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (2007). Le personnel non-ergothérapeute et la prestation des services d'ergothérapie. Ergothérapie Express, 18(1), p. 4.
- Proteau, R.-A. (1992). Définir les conditions sécuritaires pour les soins d'hygiène à domicile. Objectif prévention, 15, 34-7.
- Proteau, R.-A. (1995). Les soins d'hygiène en soins à domicile. Objectif prévention, 18(3), 29-34.
- Proteau, R.-A (1999). Des conditions sécuritaires même pour les soins à domicile. Objectif prévention, 22(3), 17-9.
- Rochette, A., Desrosiers, J. et Noreau, L. (2001). Association between personal and environmental factors and the occurrence of handicap situations following a stroke. Disabil Rehabil, 23(13), 559-69.
- Stewart, S., Harvey, I., Poland, F., Llyod-Smith, W., Mugford, M. et Flood, C. (2005). Are occupational therapists more effective than social workers when assessing frail older people? Results of CAMELOT, a randomised controlled trial. Age and Ageing, 34, 41-6.
- Shillam, L. L., Beeman, C. et Loshin, P. M. (1983). Effect of occupational therapy intervention on bathing independence of disabled persons. Am J Occup Ther, 37(11), 744-8.
- Sim, J. et Wright, C. C. (2005). The Kappa Statistic in Reliability Studies: Use, Interpretation, and Sample Size Requirements. Physical Therapy, 85(3), 257-68.
- Tremblay, L. (1995) L'ergothérapie dans les CLSC : État de situation. Revue québécoise d'ergothérapie, 4(3) 98-103.
- Verbrugge, L. M. et Sevak, P. (2002). Use, type, and efficacy of assistance for disability. J Gerontol, 57(6), S366-79.
- Verbrugge, L. M., Rennert, C. et Madans, J. H. (1997). The great efficacy of personal and equipment assistance in reducing disability. Am J Public Health, 87(3), 384-92
- Von Zweck, C. (2004). «Understanding our context for occupational therapy practice: a key to strategies for future success». Revue canadienne d'ergothérapie, 71(3), p. 133-7.

## **ANNEXES**

**Annexe 1**  
**Aide-mémoire lors du recrutement**

## COMMENT REpondre AUX PARTICIPANTS POTENTIELS LORS DU RECRUTEMENT

---

### **C'est quoi le but de la recherche?**

Déterminer si une grille développée dans un CLSC de Montréal aide à choisir les équipements qui permettent aux gens de se laver, sans risque de se blesser.

### **Qu'est-ce que ça va donner?**

Trouver une alternative afin de diminuer les listes d'attente et le nombre d'accidents de travail. Vous contribuerez aussi à l'avancement des connaissances.

### **Qu'est-ce que ça me demande?**

Vous serez visité à domicile, au moment de votre choix, par une ergothérapeute et par une auxiliaire qui vous demanderont de répondre à des questions simples. Ils vous demanderont aussi de faire certaines tâches simples (ex. marcher, lever les bras, etc.)

*Pour les réévaluations* : la visite de l'auxiliaire aura lieu en même temps que votre visite habituelle d'aide au bain.

### **Combien de temps ça prend?**

Ergo: environ 1 heure et ASSS: au maximum 2 heures.

Ces deux rencontres n'auront pas lieu le même jour, mais à moins d'une semaine d'intervalle.

### **Quels sont mes avantages?**

Votre participation à cette étude vous donne accès à un ergothérapeute qui vous recommandera au besoin des aménagements dans votre salle de bain. Sur sa recommandation, vous pourrez obtenir des équipements en prêt du CSSS Memphrémagog. Vous contribuerez aussi à l'avancement des connaissances.

### **C'est quoi les inconvénients?**

Mis à part le temps consacré aux deux rencontres qui portent sur le même sujet, c'est-à-dire votre besoin d'équipements au bain, votre participation à ce projet de recherche ne comporte pas d'inconvénient.

### **C'est quoi les risques?**

Le risque lié à votre participation à cette recherche est faible puisque l'ergothérapeute et l'auxiliaire ont une formation reconnue qui les habilite à intervenir auprès de vous.

### **Et si je dis non?**

Votre dossier sera traité selon le cheminement habituel, sans que vous ayez à subir des conséquences négatives. Vous serez vu par un ergothérapeute au besoin et vous aurez aussi accès à un prêt d'équipements du CSSSM.

### **Dans combien de temps l'ergo (cheminement habituel) viendra me voir?**

Indéterminé. Ça dépend de la liste d'attente.

### **Dans combien de temps l'ergo (recherche) viendra me voir?**

Elle vous téléphonera d'ici deux semaines.

**Annexe 2**  
**Questionnaire sociodémographique et clinique**

## Questionnaire sociodémographique et clinique

Date de l'entrevue :     /     /

1. Numéro du participant	1.
2. Contexte de l'évaluation	2.
1. Nouvelle demande	
2. Réévaluation des services	
3. Âge (ans)	3.
Date de naissance : ____ / ____ / ____	
4. Sexe	4.
1. Homme	
2. Femme	
5. Scolarité (nombre d'années)	5.
6. Situation de vie	6.
1. Domicile seul	
2. Domicile avec conjoint	
3. Domicile avec autres	
4. Résidence privée pour personnes âgées	
7. Type de résidence	7.
1. Maison unifamiliale	
2. Logement/appartement	
3. Condominium	
4. Résidence de groupe	
8. Diagnostics	8.
1. Neurologique	2. Orthopédique
3. Cardiaque	4. Pulmonaire
5. Oncologique	6. Troubles cognitifs
7. Perte d'autonomie non spécifique	
9. Score SMAF (0 à -87)	9.
10. Profil ISO-SMAF (1 à 14)	10.
11. L'ASSS a déjà offert un soin d'hygiène au participant	11.
1. Oui	
2. Non	
12. L'environnement dans lequel les soins sont offerts est	12.
1. optimal	
2. à risque	
3. inacceptable	

**Annexe 3**  
**Questionnaire sur la condition de la personne lors de la visite de l'auxiliaire**

**Questionnaire sur la condition de la personne lors de la visite de l'auxiliaire**

---

1. NUMERO DU PARTICIPANT

1.

**DEPUIS L'EVALUATION DE L'ERGOTHERAPEUTE, ...**

2. AVEZ-VOUS CHUTE ?

2.

1. Oui

2. Non

3. AVEZ-VOUS ETE HOSPITALISE ?

3.

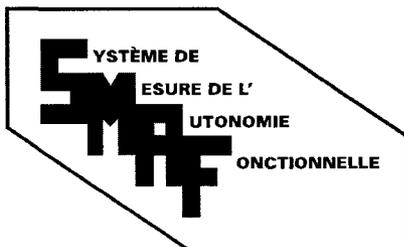
1. Oui

2. Non

---

**Annexe 4**  
**Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)**

# Grille d'évaluation de l'autonomie



© HÉBERT, CARRIER, BILODEAU 1983 ;  
CEGG inc., Révisé 2002 • Reproduction interdite

Nom : \_\_\_\_\_

Dossier : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Évaluation no. : \_\_\_\_\_

INCAPACITÉS	RESSOURCES	HANDICAP	STABILITÉ*			
	0. sujet lui-même 1. famille	2. voisin 3. employé	4. aux. fam 5. infirmière	6. bénévole 7. autre		
<b>A. ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE (AVQ)</b>						
<b>1. SE NOURRIR</b>						
<p>0 Se nourrit seul -0,5 Avec difficulté</p> <p>-1 Se nourrit seul mais requiert de la stimulation ou de la surveillance OU on doit couper ou mettre en purée sa nourriture au préalable</p> <p>-2 A besoin d'une aide partielle pour se nourrir OU qu'on lui présente les plats un à un</p> <p>-3 Doit être nourri entièrement par une autre personne OU porte une sonde naso-gastrique ou une gastrostomie <input type="checkbox"/> sonde naso-gastrique    <input type="checkbox"/> gastrostomie</p>	<p>Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		<p>0</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p>	<p>-</p> <p>+</p> <p>•</p>		
<b>2. SE LAVER</b>						
<p>0 Se lave seul (incluant entrer ou sortir de la baignoire ou de la douche) -0,5 Avec difficulté</p> <p>-1 Se lave seul mais doit être stimulé OU nécessite une surveillance pour le faire OU qu'on lui prépare le nécessaire OU a besoin d'aide pour un bain complet hebdomadaire seulement (incluant pied et lavage de cheveux)</p> <p>-2 A besoin d'aide pour se laver (toilette quotidienne) mais participe activement</p> <p>-3 Nécessite d'être lavé par une autre personne</p>	<p>Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		<p>0</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p>	<p>-</p> <p>+</p> <p>•</p>		
<b>3. S'HABILLER (toutes saisons)</b>						
<p>0 S'habille seul -0,5 Avec difficulté</p> <p>-1 S'habille seul mais doit être stimulé OU a besoin d'une surveillance pour le faire OU on doit lui sortir et lui présenter ses vêtements OU on doit apporter certaines touches finales (boutons, lacets)</p> <p>-2 Nécessite de l'aide pour s'habiller</p> <p>-3 Doit être habillé par une autre personne <input type="checkbox"/> bas de soutien</p>	<p>Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		<p>0</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p>	<p>-</p> <p>+</p> <p>•</p>		

\*STABILITÉ : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources :  diminuent,  augmentent,  restent stables ou ne s'applique pas.

INCAPACITÉS	RESSOURCES	HANDICAP	STABILITÉ*			
	0. sujet lui-même 1. famille	2. voisin 3. employé	4. aux. fam 5. infirmière	6. bénévole 7. autre		
<b>4. ENTRETENIR SA PERSONNE</b> (se brosser les dents ou se peigner ou se faire la barbe ou couper ses ongles ou se maquiller)						
<input type="checkbox"/> 0 Entretien sa personne seul _____ <input type="checkbox"/> 0,5 Avec difficulté						
<input type="checkbox"/> -1 A besoin de stimulation OU nécessite de la surveillance pour entretenir sa personne	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> Oui _____					
<input type="checkbox"/> -2 A besoin d'aide partielle pour entretenir sa personne	<input type="checkbox"/> Non _____					
<input type="checkbox"/> -3 Ne participe pas à l'entretien de sa personne	Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
<b>5. FONCTION VÉSICALE</b>						
<input type="checkbox"/> 0 Miction normale _____						
<input type="checkbox"/> -1 Incontinence occasionnelle OU en goutte à goutte OU une autre personne doit lui faire penser souvent d'uriner pour éviter les incontinences	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> Oui _____					
<input type="checkbox"/> -2 Incontinence urinaire fréquente	<input type="checkbox"/> Non _____					
<input type="checkbox"/> -3 Incontinence urinaire totale et habituelle OU porte une culotte d'incontinence ou une sonde à demeure ou un condom urinaire <input type="checkbox"/> culotte d'incontinence <input type="checkbox"/> sonde à demeure <input type="checkbox"/> condom urinaire <input type="radio"/> incontinence diurne <input type="radio"/> incontinence nocturne	Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
<b>6. FONCTION INTESTINALE</b>						
<input type="checkbox"/> 0 Défécation normale _____						
<input type="checkbox"/> -1 Incontinence fécale occasionnelle OU nécessite un lavement évacuant occasionnel	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> Oui _____					
<input type="checkbox"/> -2 Incontinence fécale fréquente OU nécessite un lavement évacuant régulier	<input type="checkbox"/> Non _____					
<input type="checkbox"/> -3 Incontinence fécale totale et habituelle OU porte une culotte d'incontinence ou une stomie <input type="checkbox"/> culotte d'incontinence <input type="checkbox"/> stomie <input type="radio"/> incontinence diurne <input type="radio"/> incontinence nocturne	Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
<b>7. UTILISER LES TOILETTES</b>						
<input type="checkbox"/> 0 Utilise seul les toilettes (incluant s'asseoir, s'essuyer, s'habiller et se relever) _____ <input type="checkbox"/> 0,5 Avec difficulté						
<input type="checkbox"/> -1 Nécessite de la surveillance pour utiliser les toilettes OU utilise seul une chaise d'aisance, un urinal ou une bassine	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> Oui _____					
<input type="checkbox"/> -2 A besoin de l'aide d'une autre personne pour aller aux toilettes ou utiliser la chaise d'aisance, la bassine ou l'urinal	<input type="checkbox"/> Non _____					
<input type="checkbox"/> -3 N'utilise pas les toilettes, la chaise d'aisance, la bassine ou l'urinal <input type="checkbox"/> chaise d'aisance <input type="checkbox"/> bassine <input type="checkbox"/> urinal	Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					

INCAPACITÉS	RESSOURCES	HANDICAP	STABILITÉ*			
	0. sujet lui-même 1. famille	2. voisin 3. employé	4. aux. fam 5. infirmière	6. bénévole 7. autre		
<b>B. MOBILITÉ</b>						
<b>1. TRANSFERTS (du lit vers le fauteuil et la position debout et vice versa)</b>						
<p>0 Se lève, s'assoit et se couche seul 0,5 Avec difficulté</p> <p>-1 Se lève, s'assoit et se couche seul mais doit être stimulé ou surveillé ou guidé dans ses mouvements préciser : _____</p> <p>-2 A besoin d'aide pour se lever, s'asseoir et se coucher préciser : _____</p> <p>-3 Grabataire (doit être levé et couché en bloc) <input type="checkbox"/> positionnement particulier : <input type="checkbox"/> lève-personne <input type="checkbox"/> planche de transfert</p>	<p>Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>0</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p>	<p>-</p> <p>+</p> <p>•</p>			
<b>2. MARCHER À L'INTÉRIEUR (incluant dans l'immeuble et se rendre à l'ascenseur)*</b>						
<p>0 Circule seul (avec ou sans canne, prothèse, orthèse, marchette) 0,5 Avec difficulté</p> <p>-1 Circule seul mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille dans certaines circonstances OU démarche non sécuritaire</p> <p>-2 A besoin d'aide d'une autre personne</p> <p>-3 Ne marche pas <input type="checkbox"/> canne simple <input type="checkbox"/> tripode <input type="checkbox"/> quadripode <input type="checkbox"/> marchette * Distance d'au moins 10 mètres</p>	<p>Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>0</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p>	<p>-</p> <p>+</p> <p>•</p>			
<b>3. INSTALLER PROTHÈSE OU ORTHÈSE</b>						
<p>0 Ne porte pas de prothèse ou d'orthèse</p> <p>-1 Installe seul sa prothèse ou son orthèse 1,5 Avec difficulté</p> <p>-2 A besoin qu'on vérifie l'installation de sa prothèse ou de son orthèse OU a besoin d'une aide partielle</p> <p>-3 La prothèse ou l'orthèse doit être installée par une autre personne Type de prothèse ou d'orthèse : _____</p>	<p>Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>0</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p>	<p>-</p> <p>+</p> <p>•</p>			
<b>4. SE DÉPLACER EN FAUTEUIL ROULANT À L'INTÉRIEUR</b>						
<p>0 N'a pas besoin de F.R. pour se déplacer</p> <p>-1 Se déplace seul en F.R. 1,5 Avec difficulté</p> <p>-2 Nécessite qu'une personne pousse le F.R.</p> <p>-3 Ne peut utiliser un F.R. (doit être transporté en civière) <input type="checkbox"/> F.R. Simple <input type="checkbox"/> F.R. à conduite unilatérale <input type="checkbox"/> F.R. motorisé <input type="checkbox"/> triporteur <input type="checkbox"/> quadriporteur</p>	<p>• Le logement où habite le sujet permet la circulation en F.R. <input type="checkbox"/> Oui _____ <input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>• Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____ <input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>0</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p>	<p>-</p> <p>+</p> <p>•</p>			

\*STABILITÉ: dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources :  diminuent,  augmentent,  restent stables ou ne s'applique pas.

INCAPACITÉS	RESSOURCES	HANDICAP	STABILITÉ*			
	0. sujet lui-même 1. famille	2. voisin 3. employé	4. aux. fam 5. infirmière	6. bénévole 7. autre		
<b>5. UTILISER LES ESCALIERS</b>						
<p>0 Monte et descend les escaliers seul 0,5 Avec difficulté</p> <p>-1 Monte et descend les escaliers mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille OU monte et descend les escaliers de façon non sécuritaire</p> <p>-2 Monte et descend les escaliers avec l'aide d'une autre personne</p> <p>-3 N'utilise pas les escaliers</p>	<p>Le sujet doit utiliser un escalier</p> <p><input type="checkbox"/> Non → 0</p> <p><input type="checkbox"/> Oui ↓</p> <p>Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui → 0</p> <p><input type="checkbox"/> Non → -1</p> <p><input type="checkbox"/> Non → -2</p> <p><input type="checkbox"/> Non → -3</p> <p>Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		- + •			
<b>6. CIRCULER A L'EXTÉRIEUR</b>						
<p>0 Circule seul en marchant (avec ou sans canne, prothèse, orthèse, marchette)<sup>1</sup> 0,5 Avec difficulté</p> <p>-1 Utilise seul un fauteuil roulant ou un triporteur / quadriporteur* -1,5 F.R. avec difficulté</p> <p>OU circule seul en marchant mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille dans certaines circonstances OU démarche non sécuritaire<sup>1</sup></p> <p>-2 A besoin de l'aide d'une autre personne pour marcher<sup>1</sup> OU utiliser un F.R.*</p> <p>-3 Ne peut circuler à l'extérieur (doit être transporté sur civière)</p> <p><sup>1</sup> Distance d'au moins 20 mètres</p>	<p>* L'environnement extérieur où habite le sujet permet l'accès et la circulation en F.R. ou triporteur / quadriporteur</p> <p><input type="checkbox"/> Oui → 0</p> <p><input type="checkbox"/> Non ↓</p> <p>Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui → 0</p> <p><input type="checkbox"/> Non → -1</p> <p><input type="checkbox"/> Non → -2</p> <p><input type="checkbox"/> Non → -3</p> <p>Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		- + •			
<b>C. COMMUNICATION</b>						
<b>1. VOIR</b>						
<p>0 Voit de façon adéquate avec ou sans verres correcteurs</p> <p>-1 Troubles de vision mais voit suffisamment pour accomplir les activités quotidiennes</p> <p>-2 Ne voit que le contour des objets et nécessite d'être guidé dans les activités quotidiennes</p> <p>-3 Aveugle</p> <p><input type="checkbox"/> verres correcteurs    <input type="checkbox"/> loupe</p>	<p>Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui → 0</p> <p><input type="checkbox"/> Non → -1</p> <p><input type="checkbox"/> Non → -2</p> <p><input type="checkbox"/> Non → -3</p> <p>Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		- + •			
<b>2. ENTENDRE</b>						
<p>0 Entend convenablement avec ou sans appareil auditif</p> <p>-1 Entend ce qu'on lui dit à la condition de parler fort OU nécessite qu'on lui installe son appareil auditif</p> <p>-2 N'entend que les cris ou que certains mots OU lit sur les lèvres OU comprend par gestes</p> <p>-3 Surdité complète et incapacité de comprendre ce qu'on veut lui communiquer</p> <p><input type="checkbox"/> appareil auditif</p>	<p>Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui → 0</p> <p><input type="checkbox"/> Non → -1</p> <p><input type="checkbox"/> Non → -2</p> <p><input type="checkbox"/> Non → -3</p> <p>Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		- + •			

INCAPACITÉS	RESSOURCES	HANDICAP	STABILITÉ*			
	0. sujet lui-même 1. famille	2. voisin 3. employé	4. aux. fam 5. infirmière	6. bénévole 7. autre		
<b>3. PARLER</b> 0 Parle normalement -1 A une difficulté de langage mais réussit à exprimer sa pensée -2 A une difficulté grave de langage mais peut communiquer certains besoins primaires OU répondre à des questions simples (oui, non) OU utilise le langage gestuel -3 Ne communique pas Aide technique : <input type="checkbox"/> ordinateur <input type="checkbox"/> tableau de communication	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 -1 -2 -3	- + •			
<b>D. FONCTIONS MENTALES</b>						
<b>1. MÉMOIRE</b> 0 Mémoire normale -1 Oublie des faits récents (noms de personnes, rendez-vous, etc.) mais se souvient des faits importants -2 Oublie régulièrement des choses de la vie courante (fermer cuisinière, avoir pris ses médicaments, rangement des effets personnels, avoir pris un repas, ses visiteurs...) -3 Amnésie quasi totale	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 -1 -2 -3	- + •			
<b>2. ORIENTATION</b> 0 Bien orienté par rapport au temps, à l'espace et aux personnes. -1 Est quelques fois désorienté par rapport au temps, à l'espace et aux personnes -2 Est orienté seulement dans la courte durée (temps de la journée), le petit espace (environnement immédiat habituel) et par rapport aux personnes familières -3 Désorientation complète	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 -1 -2 -3	- + •			
<b>3. COMPRÉHENSION</b> 0 Comprend bien ce qu'on lui explique ou lui demande -1 Est lent à saisir des explications ou des demandes -2 Ne comprend que partiellement, même après des explications répétées OU est incapable de faire des apprentissages -3 Ne comprend pas ce qui se passe autour de lui	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 -1 -2 -3	- + •			

\*STABILITÉ : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources :  diminuent,  augmentent,  restent stables ou ne s'applique pas.

INCAPACITÉS	RESSOURCES	HANDICAP	STABILITÉ*
	0. sujet lui-même    2. voisin    4. aux. fam    6. bénévole 1. famille            3. employé    5. infirmière    7. autre		
<b>4. JUGEMENT</b>			
<p>0 Évalue les situations et prend des décisions sensées</p> <p>-1 Évalue les situations et nécessite des conseils pour prendre des décisions sensées</p> <p>-2 Évalue mal les situations et ne prend des décisions sensées que si une autre personne les lui suggère.</p> <p>-3 N'évalue pas les situations et on doit prendre les décisions à sa place</p>	<p>Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>0</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p>	<p>-</p> <p>+</p> <p>•</p>
<b>5. COMPORTEMENT</b>			
<p>0 Comportement adéquat</p> <p>-1 Troubles de comportement mineurs (jérémiades, labilité émotive, entêtement, apathie) qui nécessitent une surveillance occasionnelle OU un rappel à l'ordre OU une stimulation</p> <p>-2 Troubles de comportement qui nécessitent une surveillance plus soutenue (agressivité envers lui-même ou les autres, dérange les autres, errance, cris constants)</p> <p>-3 Dangereux, nécessite des contentions OU essaie de blesser les autres ou de se blesser OU tente de se sauver</p>	<p>Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>0</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p>	<p>-</p> <p>+</p> <p>•</p>
<b>E. TÂCHES DOMESTIQUES (Activités de la vie domestique)</b>			
<b>1. ENTRETENIR LA MAISON</b>			
<p>0 Entretien seul la maison (incluant entretien quotidien et travaux occasionnels)</p> <p>0,5 Avec difficulté</p> <p>-1 Entretien la maison (incluant laver la vaisselle) mais requiert surveillance ou stimulation pour maintenir un niveau de propreté convenable OU nécessite de l'aide pour des travaux occasionnels (laver les planchers, doubles fenêtres, peinture, gazon, déneigement, etc.)</p> <p>-2 A besoin d'aide pour l'entretien quotidien de la maison</p> <p>-3 N'entretient pas la maison</p>	<p>Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>0</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p>	<p>-</p> <p>+</p> <p>•</p>
<b>2. PRÉPARER LES REPAS</b>			
<p>0 Prépare seul ses repas</p> <p>0,5 Avec difficulté</p> <p>-1 Prépare ses repas mais nécessite qu'on le stimule pour maintenir une alimentation convenable</p> <p>-2 Ne prépare que des repas légers OU réchauffe des repas déjà préparés (incluant la manutention des plats)</p> <p>-3 Ne prépare pas ses repas</p>	<p>Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>0</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p>	<p>-</p> <p>+</p> <p>•</p>

INCAPACITÉS	RESSOURCES	HANDICAP	STABILITÉ*
	0. sujet lui-même    2. voisin    4. aux. fam    6. bénévole 1. famille    3. employé    5. infirmière    7. autre		
<b>3. FAIRE LES COURSES</b>	<p>0 Planifie et fait seul les courses (nourriture, vêtements, etc.)  <small>0,5 Avec difficulté</small></p> <p>-1 Planifie et fait seul les courses mais nécessite qu'on lui livre</p> <p>-2 A besoin d'aide pour planifier ou faire les courses</p> <p>-3 Ne fait pas les courses</p> <p>Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>0</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p>	<p>-</p> <p>+</p> <p>•</p>
<b>4. FAIRE LA LESSIVE</b>	<p>0 Fait toute la lessive seul  <small>0,5 Avec difficulté</small></p> <p>-1 Fait la lessive seul mais nécessite une stimulation ou une surveillance pour maintenir un niveau de propreté convenable</p> <p>-2 A besoin d'aide pour faire la lessive</p> <p>-3 Ne fait pas la lessive</p> <p>Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>0</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p>	<p>-</p> <p>+</p> <p>•</p>
<b>5. UTILISER LE TÉLÉPHONE</b>	<p>0 Se sert seul du téléphone (incluant la recherche d'un numéro dans le bottin)  <small>0,5 Avec difficulté</small></p> <p>-1 Répond au téléphone mais ne compose que quelques numéros qu'il a mémorisés ou des numéros en cas d'urgence</p> <p>-2 Parle au téléphone mais ne compose pas de numéros ou ne décroche pas le récepteur</p> <p>-3 Ne se sert pas du téléphone</p> <p>Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>0</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p>	<p>-</p> <p>+</p> <p>•</p>
<b>6. UTILISER LES MOYENS DE TRANSPORT</b>	<p>0 Utilise seul un moyen de transport (automobile, véhicule adapté, taxi, autobus, etc.)  <small>0,5 Avec difficulté</small></p> <p>-1 Doit être accompagné pour utiliser un moyen de transport OU utilise seul le transport adapté</p> <p>-2 N'utilise que l'automobile ou le transport adapté à la condition d'être accompagné et aidé pour monter et descendre</p> <p>-3 Doit être transporté sur civière</p> <p>Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>0</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p>	<p>-</p> <p>+</p> <p>•</p>

\*STABILITÉ : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources :  diminuent,  augmentent,  restent stables ou ne s'applique pas.

INCAPACITÉS	RESSOURCES	HANDICAP	STABILITÉ*			
	0. sujet lui-même 1. famille	2. voisin 3. employé	4. aux. fam 5. infirmière	6. bénévole 7. autre		
<b>7. PRENDRE SES MÉDICAMENTS</b>						
<input type="checkbox"/> 0 Prend seul ses médicaments de façon adéquate OU ne prend pas de médicament <b>0,5 Avec difficulté</b>	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> Oui _____ ↑ <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> Non _____ ↓ <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> -2 <input type="checkbox"/> -3  Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> •
<input type="checkbox"/> -1 A besoin de la surveillance (incluant surveillance à distance) pour prendre convenablement ses médicaments OU utilise un pilulier hebdomadaire (préparé par une autre personne)						
<input type="checkbox"/> -2 Prend ses médicaments s'ils sont préparés quotidiennement						
<input type="checkbox"/> -3 On doit lui apporter ses médicaments en temps opportun <input type="checkbox"/> pilulier						
<b>8. GÉRER SON BUDGET</b>						
<input type="checkbox"/> 0 Gère seul son budget (incluant gestion bancaire) <b>0,5 Avec difficulté</b>	Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> Oui _____ ↑ <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> Non _____ ↓ <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> -2 <input type="checkbox"/> -3  Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> •
<input type="checkbox"/> -1 A besoin d'aide pour effectuer certaines transactions complexes						
<input type="checkbox"/> -2 A besoin d'aide pour effectuer des transactions simples (encaisser un chèque, payer des comptes) mais utilise à bon escient l'argent de poche qu'on lui remet						
<input type="checkbox"/> -3 Ne gère pas son budget						

\*STABILITÉ : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources :  diminuent,  augmentent,  restent stables ou ne s'applique pas.

Le **SMAF** a été conçu et validé grâce à l'appui du Conseil québécois de la recherche sociale et du Département de santé communautaire de l'Hôtel-Dieu de Lévis.

Pour obtenir des exemplaires de cette grille, écrire à :  
 Centre d'expertise en gérontologie et gériatrie Inc.  
 Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle  
 Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke  
 375, rue Argyll  
 Sherbrooke (Québec) Canada J1J 3H5  
 Tél : (819) 821-1170 poste 3332  
 Télécopieur : (819) 821-5202  
 Courriel : smaf.iugs@ssss.gouv.qc.ca

**Annexe 5**  
**Échelle de statut mental de Folstein (MMSE)**

# ÉCHELLE DE STATUT MENTAL MODIFIÉE (3 MS)\*

# IDENTIFICATION

et

## ÉCHELLE DE STATUT MENTAL DE FOLSTEIN (MMSE)\*\*

Traduction et adaptation française du Modified Mini-Mental State (3MS)\* et du Mini Mental State Examination\*\* par le Centre de recherche en gériatrie de l'Hôpital d'Youville de Sherbrooke (1036, rue Belvédère Sud, Sherbrooke, Québec, Canada J1H 4C4).

\* Teng, E.L., Chui, H.C.: «The Modified Mini-Mental State (3 MS) examination» J.Clin. Psychiatry, 48: 314-317, 1987.

\*\* Folstein, M.F., Folstein, S.F., McHugh, P.R.: ««Mini-Mental State»: A practical method for grading the clinician» J. Psychiatry Res. 12: 129-136, 1975.

3 MS	MMSE		3 MS	MMSE	3 MS	MMSE	3 MS	MMSE
5		<b>LIEU ET DATE DE NAISSANCE</b>			10		<b>ÉVOCATION DE MOTS</b>	
		Date: année _____ mois _____ jour _____	0 1 2 3				Animaux à quatre pattes (1 point chacun)	
		Lieu: ville _____	0 1 2				(30 secondes)	
		province _____			6		<b>ASSOCIATIONS SÉMANTIQUES</b>	
3	3	<b>ENREGISTREMENT #</b> (Nombre d'essais: _____)					<i>Bras - jambes</i>	
		#1 CHEMISE, BLEU, HONNÉTÉTÉ	0 1 2 3	0 1 2 3			Parties du corps, membres, extrémités	2
		#2 (ou: CHAUSSURE, BRUN, MODESTIE)					Se plient, sont longs, ont des os, des muscles...	1
		#3 (ou: CHANDAIL, BLANC, CHARITÉ)					Incorrect, ne sait pas, sont différents	0
7	5	<b>RÉVERSIBILITÉ MENTALE</b>					<i>Rire - pleurer</i>	
		Compte à rebours de 5 à 1					Sentiments, émotions	2
		Exact	2				Expressions, bruits, faits avec la bouche...	1
		1 à 2 erreurs ou omissions	1				Incorrect, ne sait pas, sont différents	0
		3 erreurs et plus	0				<i>Manger - dormir</i>	
		Épeler à l'envers le mot: MONDE (ednom)	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5			Essentiels à la vie	2
9	3	<b>PREMIER RAPPEL</b>			5	1	Fonctions corporelles, activités quotidiennes, «bons pour nous»...	1
		Rappel spontané	3	0 1			Incorrect, ne sait pas, sont différents	0
		Après: «Quelque chose pour se vêtir»	2				<b>RÉPÉTITION</b>	
		Après: «CHAUSSURE, CHEMISE, CHANDAIL»	1				«JE VEUX ALLER CHEZ MOI»	2
		Encore incorrect	0				1 ou 2 mots omis ou erronés	1
		Rappel spontané	3	0 1			Plus de 2 mots omis ou erronés	0
		Après: «Une couleur»	2				«PAS DE - SI NI - DE MAIS»	0 1 2 3
		Après: «BRUN, BLANC, BLEU»	1				<b>CONSIGNE ÉCRITE «FERMEZ VOS YEUX»</b>	
		Encore incorrect	0				Ferme les yeux sans incitation	3
		Rappel spontané	3	0 1			Ferme les yeux après incitation	2
		Après: «Une qualité»	2				Lit à haute voix seulement (spontanément ou sur demande)	
		Après: «HONNÉTÉTÉ, CHARITÉ, MODESTIE»	1				mais ne ferme pas les yeux	1
		Encore incorrect	0				Ne lit pas correctement et ne ferme pas les yeux	0
15	6	<b>ORIENTATION TEMPORELLE</b>			5	1	<b>ÉCRITURE (1 minute)</b>	
		Année					JE VEUX ALLER CHEZ MOI	0 1 2 3 4 5
		Exacte	8	0 1			(MMSE: demander au sujet d'écrire une phrase)	
		Marge d'erreur d'un (1) an	4				<b>COPIE DE DEUX PENTAGONES (1 minute)</b>	
		Marge d'erreur de 2-5 ans	2				Chaque pentagone	
		Erreur de plus de 5 ans	0				5 côtés approximativement égaux	4 4
		Saison		0 1			5 côtés inégaux (>2:1)	3 3
		Exacte ou erreur d'un mois	1				Autre figure fermée	2 2
		Erreur de plus d'un mois	0				2 lignes ou plus	1 1
		Mois		0 1			Moins que 2 lignes	0 0
		Exact ou marge d'erreur de 5 jours	2				Intersection	
		Erreur d'un mois	1				Intersection à 4 angles fermés	2
		Erreur de plus d'un mois	0				Intersection de moins de 4 angles fermés	1
		Date du jour					Pas d'intersection	0
		Exacte	3	0 1			<b>CONSIGNES EN 3 ÉTAPES</b>	
		Erreur de 1-2 jours	2				PRENEZ CE PAPIER DE LA MAIN DROITE/GAUCHE	0 1
		Erreur de 3-5 jours	1				PLIEZ-LE EN DEUX ET	0 1
		Erreur de plus de 5 jours	0				REDONNEZ-LE MOI	0 1
		Jour de la semaine					<b>DEUXIÈME RAPPEL</b>	
		Exact	1	0 1			Rappel spontané	3
		Inexact	0				Après: «Quelque chose pour se vêtir»	2
5	5	<b>ORIENTATION SPATIALE</b>					Après: «CHAUSSURE, CHEMISE, CHANDAIL»	1
		Province ou département	0 2	0 1			Encore incorrect	0
		Pays	0 1	0 1			Rappel spontané	3
		Ville ou village	0 1	0 1			Après: «Une couleur»	2
		HÔPITAL (CLINIQUE) / MAGASIN / MAISON	0 1	0 1			Après: «BRUN, BLANC, BLEU»	1
		(MMSE: hôpital / magasin)		0 1 2			Encore incorrect	0
5	7	<b>DÉNOMINATION</b>					Rappel spontané	3
		Front _____ Menton _____ Épaule _____					Après: «Une qualité»	2
		Coude _____ Jointure _____	0 1 2 3 4 5				Après: «HONNÉTÉTÉ, CHARITÉ, MODESTIE»	1
		(MMSE: Crayon / Montre)		0 1 2			Encore incorrect	0

Date \_\_\_\_\_

Cotation totale: \_\_\_\_\_

3MS

100

MMSE

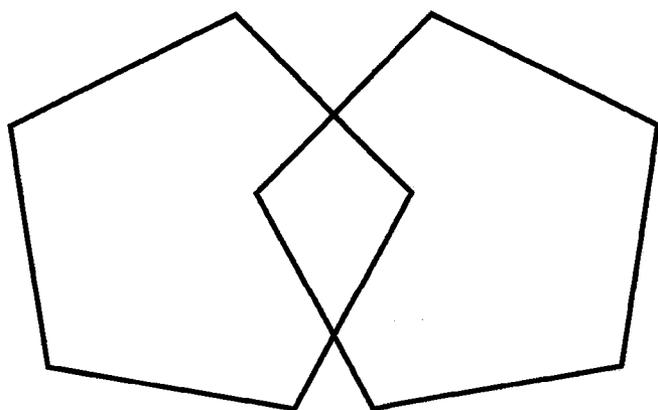
30

Consignes et pointage spécifiques en MMSE

# FERMEZ VOS YEUX

---

---



---

Scolarité \_\_\_\_\_ ans

Droitier

Gaucher

Commentaires de l'évaluateur(trice) \_\_\_\_\_

À mon avis,

Le test est valide.

Le test est possiblement non valide à cause:

d'un problème de vision

d'un problème moteur

d'un problème d'attention ou de vigilance

d'un problème d'audition

d'un problème de langage

d'un problème psychique (anxiété...)

d'un inconfort physique

d'un problème environnemental (bruits, distraction...)

d'un manque de collaboration

autre (précisez) \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

**Annexe 6**  
**Algorithme *Mise en place des soins d'hygiène par l'AFS***

Dossier : \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
DDN : \_\_\_\_\_

## Organisation de base pour les soins d'hygiène

### 1. Étapes de préparation

#### Grille d'observation de la situation de travail par l'AFS désigné

<b>B</b> esoins d' <b>A</b> ménagement et d' <b>I</b> ntervention pour les <b>N</b> ouveaux <b>S</b> ervices	<b>1</b>
--	----------

Date de la visite de l'auxiliaire : \_\_\_\_\_

### Étape 1. Mises en garde

*L'intervenant professionnel est responsable de lui fournir toute l'information relative à l'état de santé de la personne qui peut affecter la dispensation des services d'aide.*

#### Mises en garde identifiées par l'intervenant professionnel

- Diabète ou problèmes circulatoires sévères
- Troubles de sensibilité
- Problèmes cardiaques importants
- Problèmes respiratoires importants
- Étourdissement
  
- Incontinence urinaire       Incontinence fécale
- Problèmes cognitifs
- Problèmes auditifs

#### Consignes à respecter par l'AFS

- Observer les pieds – ne pas couper les ongles d'orteils
- Vérifier la capacité d'ajuster la température de l'eau et la prudence
- Accorder repos si essoufflement ; éviter de faire lever les bras au-dessus de la tête
- Accorder repos si essoufflement ; éviter de faire lever les bras au-dessus de la tête
- Accorder des périodes de repos; laisser du temps pour les changements de position.
- Surveiller l'état de la peau
- Valider l'information reçue; encadrer; demeurer vigilant dans les mises en situation
- S'assurer que la personne entend les consignes

### Étape 2. Pré-requis à la mise en situation

*Cette étape permet de vérifier si la personne répond aux pré-requis pour une mise en situation sécuritaire et d'en déterminer les modalités. Toute situation qui va affecter la décision de mise en situation est identifiée en cochant la case de la colonne de droite. La référence en réadaptation doit être faite par l'intervenant professionnel.*

#### 2.1 Observation des caractéristiques de la personne

Gaucher     Droitier

- Douleur : sites : \_\_\_\_\_  Aucune     Respecter les limites
- Taille : \_\_\_\_\_ Entre 5' et 6' (1m50 à 1m83)     Oui     Si non, consultation à l'ergothérapeute répondant
- Poids : \_\_\_\_\_ Moins de 250 lbs (115kg)     Oui     Si non, consultation à l'ergothérapeute répondant
- Largeur du bassin: \_\_\_\_\_ Moins de 20" (51cm)     Oui     Si non, consultation à l'ergothérapeute répondant
- Soins d'hygiène actuel :     Au lavabo     A la cabine de douche     Douche dans la baignoire     Au fond de la baignoire
- Assis     Debout     Seul     Avec aide partielle     Avec aide totale

#### 2.2 Pré requis à la manipulation (simulation assis sur une chaise sans appui)

- Peut serrer la main D pour tenir la barre d'appui     Oui     Si non, consultation à l'ergothérapeute répondant
- Peut serrer la main G pour tenir la barre d'appui     Oui     Si non, consultation à l'ergothérapeute répondant
- Peut manipuler les poignées de portes ou les robinets     Oui     Si non, consultation à l'ergothérapeute répondant

## Grille d'observation de la situation de travail par l'AFS désigné

Dossier : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

### 2.3 Pré requis pour se laver seul (simulation sur une chaise de cuisine sans appui et sans perte d'équilibre)

Peut mettre les mains sur ses genoux sans appui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Si non, prévoir un dossier	<input type="checkbox"/>
Peut se balancer de gauche à droite, d'avant en arrière	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Si non, prévoir un dossier	<input type="checkbox"/>
Peut ramasser un crayon au sol	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Si non, prévoir un accessoire à long manche	<input type="checkbox"/>
Peut rejoindre:			
la tête	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Si non, prévoir de l'aide	<input type="checkbox"/>
le haut du dos	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Si non, prévoir un accessoire à long manche	<input type="checkbox"/>
le milieu du dos	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Si non, prévoir un accessoire à long manche	<input type="checkbox"/>
le bras et l'aisselle G	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Si non, prévoir de l'aide	<input type="checkbox"/>
le bras et l'aisselle D	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Si non, prévoir de l'aide	<input type="checkbox"/>
sous les seins	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Si non, prévoir de l'aide	<input type="checkbox"/>
le siège	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Si non, prévoir une ouverture périnéale, de l'aide ou un appui	<input type="checkbox"/>
les pieds	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Si non, prévoir un accessoire à long manche	<input type="checkbox"/>
Essoufflement suite à la simulation dans la cuisine	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Si oui, prévoir une période de repos de 2 minutes.	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Si non, poursuivre l'activité	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Le problème persiste	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Si oui, prévoir de l'aide	<input type="checkbox"/>
Étourdissement suite à la simulation dans la cuisine	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Si oui, mise en situation au lavabo pour documenter davantage suivie d'une consultation en ergothérapie	<input type="checkbox"/>
Autres manifestations de fatigue suite à la simulation dans la cuisine	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Décrire : _____	<input type="checkbox"/>
		consultation à l'ergothérapeute répondant	<input type="checkbox"/>

### 2.4 Pré requis pour les transferts à la baignoire et aux toilettes (à observer sur une chaise de cuisine après enseignement PDSB)

Hauteur de la chaise de cuisine	_____		
Peut s'asseoir en contrôle sans appui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Si non, vérifier les appuis utilisés	<input type="checkbox"/>
Peut se relever en contrôle sans appui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Si non, vérifier les appuis utilisés	<input type="checkbox"/>
Utilise les appuis-bras de la chaise	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Si oui, prévoir des appuis sécuritaires	<input type="checkbox"/>
Utilise la table, en tirant, pour se relever	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Si oui, prévoir un appui sécuritaire face à la personne	<input type="checkbox"/>
Réussit cette étape	<input type="checkbox"/> Si oui, mise en situation à la baignoire ou aux toilettes (vérifier que la hauteur du siège de toilette est adéquate)		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Si non, compléter 2.7 et référence en ergo pour l'évaluation du transfert aux toilettes		<input type="checkbox"/>

### 2.5 Pré requis pour enjamber la baignoire (à observer devant la table de cuisine)

Peut se tenir debout sur 1 pied pendant 10 secondes avec appui léger	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Si non, transfert assis	<input type="checkbox"/>
Peut lever la jambe à la hauteur de sa baignoire avec appui léger	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Si non, transfert assis	<input type="checkbox"/>
Peut écarter les pieds d'environ 30 cm (1 pi.)	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Si non, vérifier le rebord de la baignoire	<input type="checkbox"/>

### 2.6 Pré requis aux déplacements (observer la démarche)

Peut se rendre jusqu'à la salle de bain sans aide	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Si non, compléter 2.7 et référence en réadaptation	<input type="checkbox"/>
Utilise <input type="checkbox"/> canne ou <input type="checkbox"/> quadripode dans la maison	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/>
Utilise une marchette dans la maison	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Si oui, vérifier pré-requis pour enjamber la baignoire (2.5)	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Si oui + assistance : compléter 2.7 et référence réadaptation	<input type="checkbox"/>
Prend toujours appui sur les meubles ou les murs	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Si oui, consultation à l'ergothérapeute répondant	<input type="checkbox"/>
Démarche traînante	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Si oui, consultation à l'ergothérapeute répondant	<input type="checkbox"/>
Tangage	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Si oui, compléter 2.7 et référence réadaptation	<input type="checkbox"/>

## Grille d'observation de la situation de travail par l'AFS désigné

Dossier : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

### 2.7 Observation de l'environnement physique actuel

Permet l'entrée dans la salle de bain avec une marchette  Oui  Non mais utilise des appuis sécuritaires  
 Si non, compléter 2.7 et référence en ergothérapie

Type de cuvette  standard  allongée  autre : \_\_\_\_\_

Hauteur de la toilette \_\_\_\_\_ Si différence avec la chaise de cuisine  Toilette plus haute  Toilette plus basse

L'espace est suffisant pour les manœuvres  Oui  Si non, compléter 2.7 et référence en ergothérapie

La baignoire est standard  Oui  Si non, compléter 2.7 et référence en ergothérapie

Hauteur : \_\_\_\_\_ Largeur intérieure : \_\_\_\_\_ Largeur du rebord extérieur : \_\_\_\_\_  
 Largeur du rebord intérieur : \_\_\_\_\_ (min. ¾" pour utiliser une planche de transfert)

Portes coulissantes  Non  Si oui, espace suffisant pour manœuvrer ?  Oui  Si non, demander à la personne de retirer

Description du lavabo  Lavabo sur colonne : ne peut servir d'appui  Lavabo sur pattes : ne peut servir d'appui  
 Lavabo fixé au mur : ne peut servir d'appui  Lavabo dans une vanité

Peut être utilisé comme appui pour le transfert aux toilettes  Oui  Non

Peut être utilisé comme appui pour le transfert à la baignoire  Oui  Non

Présence d'une cabine de douche ?  Non  Si oui, appuis disponibles :  Oui - illustrer  Non

Hauteur du seuil : \_\_\_\_\_ Dimensions : \_\_\_\_\_

Matériau de la cabine de douche  Céramique  Acrylique  Autre : \_\_\_\_\_

Ouverture de la porte de 24po (60cm) ou plus  Si oui, mise en situation si l'utilisation de la douche est envisagée  
 Si non, valider avec l'ergothérapeute répondant

La personne utilise un siège dans la baignoire  Non  Tabouret  Siège de douche avec dossier   
 Planche  Fauteuil de transfert

Le rideau de douche est adéquat  Oui  Si non, recommander achat

La douche téléphone est adéquate et fonctionnelle  Oui  Si non, recommander achat

Le tapis antidérapant intérieur est adéquat  Oui  Si non, recommander achat

Le tapis antidérapant extérieur est adéquat  Oui  Si non, recommander achat

Une barre d'appui est fixée solidement au mur de la baignoire  Non  Si oui, illustrer sur le plan

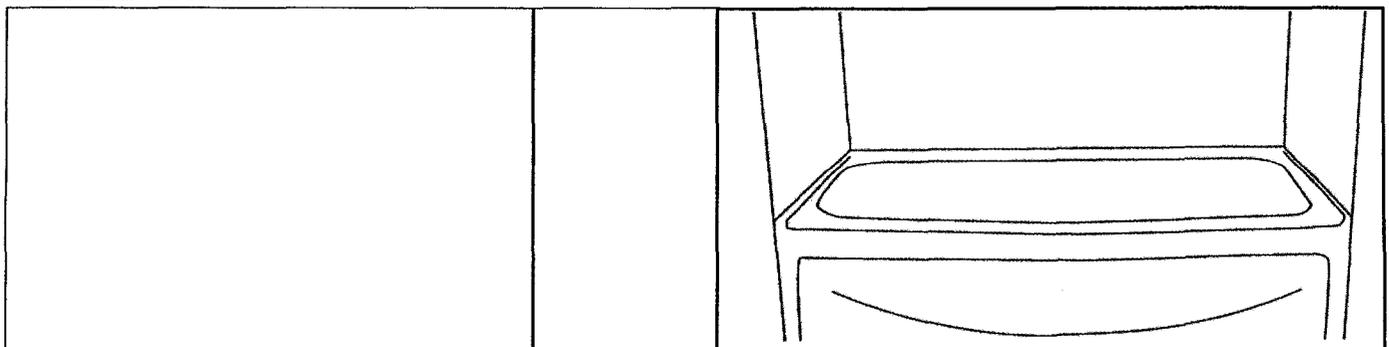
Des barres d'appui fixées à la toilette sont présentes et solides  Non  Oui

Autres barres sécuritaires en place  Non  Si oui, illustrer sur le plan

Accessoires disponibles  Brosse à long manche  Autre : \_\_\_\_\_

Un siège de toilette surélevé est présent et solide  Non  Si oui Modèle : \_\_\_\_\_   
 avec appuis-bras intégrés  2 po  4 po

#### AMÉNAGEMENT DE LA SALLE DE BAIN



Salle de bain actuelle

Douche

Baignoire actuelle

## Grille d'observation de la situation de travail par l'AFS désigné

Dossier : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

### 2.8 Observation de l'environnement humain

- La personne partage la toilette avec  Seul utilisateur  Adultes avec mobilité limitée  Enfants  Adultes
- La personne partage la baignoire avec  Seul utilisateur  Adultes avec mobilité limitée  Enfants  Adultes
- La personne partage la cabine de douche avec  Seul utilisateur  Adultes avec mobilité limitée  Enfants  Adultes

## Étape 3. Décision sur le transfert pour la mise en situation

L'AFS décide maintenant de la méthode de transfert à utiliser pour la mise en situation à sec pour l'hygiène à partir des contraintes cochées (colonne de droite) durant l'observation.

- Pas de transfert à la baignoire :  Observation au lavabo  Référence en ergothérapie
- Transfert à la douche (si autonome pour le transfert)
- Transfert à la baignoire avec enjambement :
- |                           |  |   |  |
|---------------------------|--|---|--|
| Besoin d'un point d'appui | <input type="checkbox"/> Barre d'appui existante | <input type="checkbox"/> Barre d'appui fixée à la baignoire | <input type="checkbox"/> Barre de vitrier        |
|                           | <input type="checkbox"/> Appui au mur            | <input type="checkbox"/> Appui léger sur l'AFS              | <input type="checkbox"/> Lavabo, vanité ou autre |
| Besoin d'un siège         | Nécessite appui dorsal                           | <input type="checkbox"/> Siège avec dossier                 |  |
|                           | Ne nécessite pas d'appui                         | <input type="checkbox"/> Siège sans dossier                 |  |
- Transfert à la baignoire avec transfert assis
- |   |                              |  |
|---|------------------------------|--|
| Bord intérieur > ¾ po                                       | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Planche de bain |
| L'utilisateur peut se relever de la hauteur de la baignoire | <input type="checkbox"/> Oui |  |
| L'utilisateur n'a pas besoin de dossier                     | <input type="checkbox"/> Oui |  |
- Si 1 des 3 conditions ci-dessus n'est pas respectée  Fauteuil de transfert
- L'utilisateur est capable de dégager le siège  Oui  Si non, ouverture périnéale, de l'aide ou un appui

## Étape 4. Observation des transferts

### 4.1 Transfert à la baignoire

Permet de déterminer le choix des appuis

Date de l'observation de l'AFS : \_\_\_\_\_

Transfert avec enjambement à la baignoire:

- Sécurité pour le transfert  Besoin d'une barre verticale d'au moins 18" à l'entrée de la baignoire
- Besoin d'une barre horizontale au-dessus des robinets  18"  24"
- Autre appui : \_\_\_\_\_

Glissement sur la planche ou le fauteuil de transfert

- Besoin d'appui  Non  Si oui, prévoir la présence d'un appui sécuritaire (barre ou poignée)

Transfert assis – debout dans la baignoire :

- Besoin d'appui  Non  Besoin d'une barre horizontale de 18" au-dessus des robinets
- Besoin d'une barre diagonale d'au moins 18" au mur du fond

Si ces solutions ne conviennent pas, validation avec l'ergothérapeute répondant

Transfert assis- debout à l'extérieur de la baignoire

- Besoin d'appui  Non  Si oui, vérifier la disponibilité d'un appui sécuritaire

### 4.2 Transfert à la cabine de douche

- Besoin d'appui pour l'enjambement  Non  Besoin d'une barre verticale d'au moins 18" à l'entrée de la cabine

- Besoin d'appui pour le transfert assis-debout  Non  Besoin d'une barre horizontale d'au moins 18" face à la personne
- Besoin d'une barre diagonale d'au moins 18"  Gauche  Droite

- Installation possible ?  Oui  Si non, référence en ergothérapie

## Grille d'observation de la situation de travail par l'AFS désigné

Dossier : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

### 4.3 Transfert aux toilettes

Permet de déterminer si la personne peut faire le transfert de façon sécuritaire ainsi de choisir les appuis ou les accessoires requis.

- Peut s'asseoir en contrôle  Oui  Si non, besoin d'un appui ou vérifier la hauteur de l'assise
- Posture actuelle sur la toilette Sécuritaire  Oui  Non Confortable  Oui  Non
- Peut se relever en contrôle  Oui  Si non, besoin d'un appui ou vérifier la hauteur de l'assise
- En position debout, garde l'équilibre  Oui  Si non, besoin d'un appui
- Hauteur de l'assise, si s'asseoir ou se relever pose problème  Assise plus haute que les genoux : consultation à l'ergothérapeute répondant   
 Assise plus basse que les genoux : essayer un siège de toilette surélevé
- Appuis utilisés spontanément (décrire) : \_\_\_\_\_
- Appuis spontanés sécuritaires et confortables :  Oui  Non - voir section 2.5
- Autres appuis disponibles et non utilisés  Oui - faire l'enseignement  Non - voir section 2.5

## Étape 5. Organisation de l'environnement

Permet de déterminer les accessoires requis

- Rideau de douche  En place  Refuse  Achètera Sera disponible le : \_\_\_\_\_
- Barre d'appui fixée au mur 18" (reporter sur le plan)  En place  Refuse  Achètera Sera disponible le : \_\_\_\_\_
- Barre d'appui fixée au mur 24" (reporter sur le plan)  En place  Refuse  Achètera Sera disponible le : \_\_\_\_\_
- Barre d'appui fixée à la baignoire  En place  Refuse  Achètera Sera disponible le : \_\_\_\_\_
- Douche téléphone avec tuyau de 6'  En place  Refuse  Achètera Sera disponible le : \_\_\_\_\_
- Tapis antidérapant extérieur  En place  Refuse  Achètera Sera disponible le : \_\_\_\_\_
- Tapis antidérapant intérieur  En place  Refuse  Achètera Sera disponible le : \_\_\_\_\_
- Siège de bain / douche (décrire ci-dessous)  En place  Refuse  Achètera Sera disponible le : \_\_\_\_\_
- Tabouret  Siège avec dossier  Planche de bain
- Fauteuil de transfert :  régulier  avec ouverture périnéale
- Caractéristiques particulières : \_\_\_\_\_ Hauteur requise pour l'assise: \_\_\_\_\_
- Siège de toilette surélevé (décrire ci-dessous)  En place  Refuse  Achètera Sera disponible le : \_\_\_\_\_
- 2po  4po
- Avec appuis-bras intégrés
- Appuis sécuritaires pour la toilette  G  D  En place  Refuse  Achètera Sera disponible le : \_\_\_\_\_
- Libérer l'espace de travail  Accepte  Refuse
- Retrait des portes coulissantes  Accepte  Refuse

N.B. Fournir les détails sur la feuille de recommandations

- Comprend la politique de soins d'hygiène  Oui  Si non, retour à l'intervenant professionnel
- Accepte de changer sa façon de faire  Oui  Si non, retour à l'intervenant professionnel

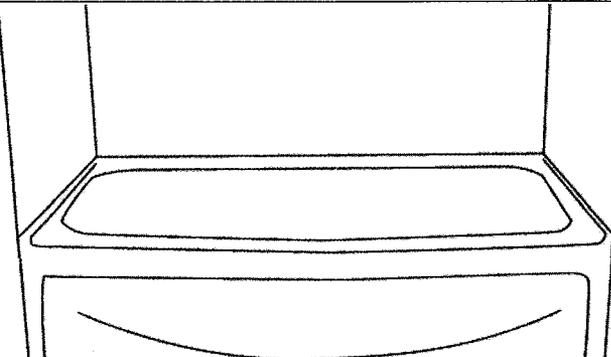
Notes :

**Grille d'observation de la situation de travail par l'AFS désigné**

Dossier : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

<i>Aménagement proposé</i>		
		
<i>Toilette</i>	<i>Douche</i>	<i>Baignoire</i>

Notes : \_\_\_\_\_

Prêt CSSS : \_\_\_\_\_

Achat par le client : \_\_\_\_\_

**Étape 6. Conclusion**

**6.1 Environnement**

- La salle de bain est adaptée pour l'hygiène     À la baignoire     À la cabine de douche
- Les toilettes sont adaptées
- La personne refuse de faire les adaptations suivantes (spécifier) : \_\_\_\_\_

**6.2 Personne**

- La personne est adressée en     ergothérapie     physiothérapie    Raison : \_\_\_\_\_
- La personne dit être autonome pour son hygiène avec les accessoires recommandés
- La personne dit être autonome pour son hygiène sans les accessoires recommandés
- Reçoit l'aide de ses proches pour son hygiène avec les accessoires recommandés
- Reçoit l'aide de ses proches pour son hygiène sans les accessoires recommandés
- La personne refuse l'aide d'un AFS : raison : \_\_\_\_\_
- Enseignement requis :
  - Nombre de visites prévues pour l'enseignement :     1     2     3     4     Enseignement terminé le : \_\_\_\_\_
  - Éléments à enseigner :     Transferts     Utilisation d'accessoires     Méthodes de travail
  - Consignes de sécurité     Organisation de l'activité

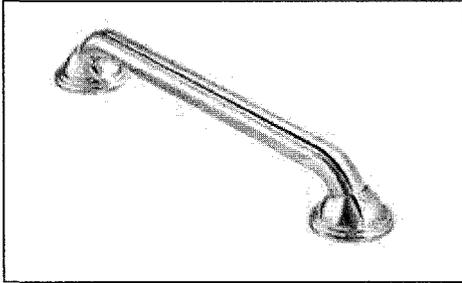
Intervenant professionnel avisé

Signature de l'AFS désigné : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

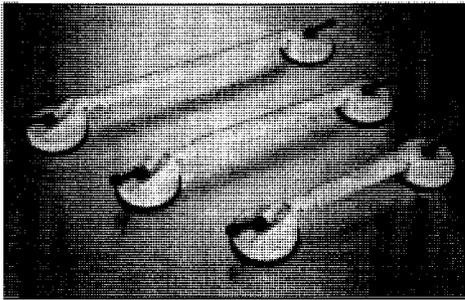
**Annexe 7**  
**Exemples visuels d'équipements au bain**

# Barres d'appui

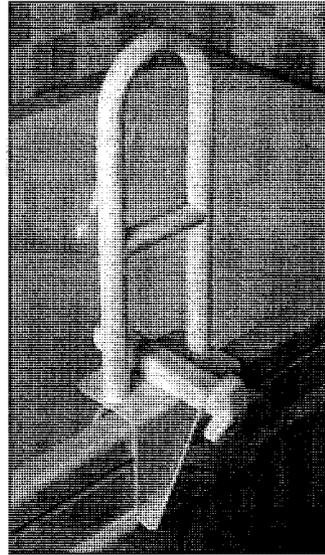
---



Barre d'appui murale



Barre d'appui du vitrier



Barre d'appui étau

---

# Sièges de bain

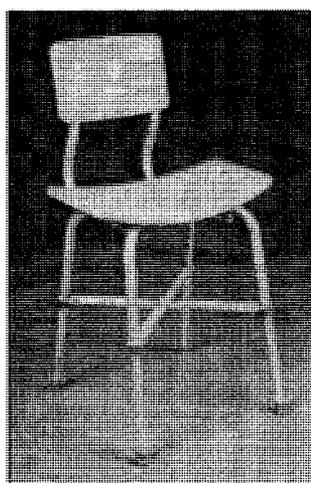
---



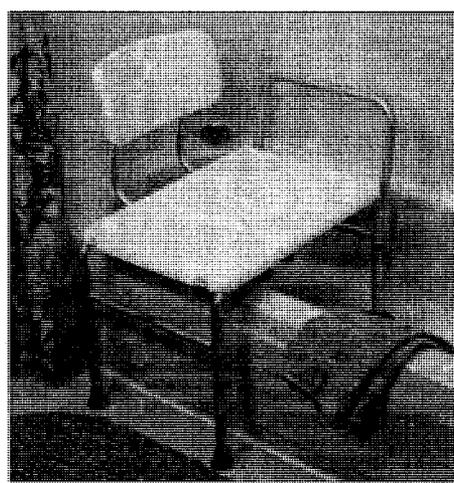
Tabouret de bain



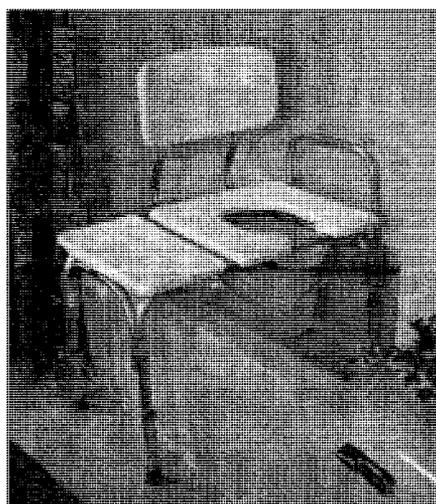
Planche de bain



Chaise de bain



Banc de transfert



Banc de transfert avec ouverture périnéale

---

**Annexe 8**  
**Algorithme *Préalables aux soins d'hygiène***  
**(version hygiène personnelle)**

Dossier : \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
DDN : \_\_\_\_\_

# Organisation de base pour les soins d'hygiène

## 1. Étapes de préparation

### Grille d'observation de la situation de travail par l'AFS désigné

<b>B</b> esoins d' <b>A</b> ménagement et d' <b>I</b> ntervention pour les <b>N</b> ouveaux <b>S</b> ervices	<b>1</b>
--	----------

Date de la visite de l'auxiliaire : \_\_\_\_\_

## Étape 1. Mises en garde

*L'intervenant professionnel est responsable de lui fournir toute l'information relative à l'état de santé de la personne qui peut affecter la dispensation des services d'aide.*

### Mises en garde identifiées par l'intervenant professionnel

- Diabète ou problèmes circulatoires sévères
- Troubles de sensibilité
- Problèmes cardiaques importants
- Problèmes respiratoires importants
- Étourdissement
  
- Incontinence urinaire       Incontinence fécale
- Problèmes cognitifs
- Problèmes auditifs

### Consignes à respecter par l'AFS

- Observer les pieds – ne pas couper les ongles d'orteils
- Vérifier la capacité d'ajuster la température de l'eau et la prudence
- Accorder repos si essoufflement ; éviter de faire lever les bras au-dessus de la tête
- Accorder repos si essoufflement ; éviter de faire lever les bras au-dessus de la tête
- Accorder des périodes de repos; laisser du temps pour les changements de position.
- Surveiller l'état de la peau
- Valider l'information reçue; encadrer; demeurer vigilant dans les mises en situation
- S'assurer que la personne entend les consignes

## Étape 2. Pré-requis à la mise en situation

*Cette étape permet de vérifier si la personne répond aux pré-requis pour une mise en situation sécuritaire et d'en déterminer les modalités. Toute situation qui va affecter la décision de mise en situation est identifiée en cochant la case de la colonne de droite. La référence en réadaptation doit être faite par l'intervenant professionnel.*

### 2.1 Observation des caractéristiques de la personne

- Gaucher     Droitier

- |  |   |  |                          |
|--|---|--|--------------------------|
| Douleur : sites : _____                      | <input type="checkbox"/> Aucune   | <input type="checkbox"/> Respecter les limites   | <input type="checkbox"/> |
| Taille : _____ Entre 5' et 6' (1m50 à 1m83)  | <input type="checkbox"/> Oui  | <input type="checkbox"/> Si non, consultation à l'ergothérapeute répondant   | <input type="checkbox"/> |
| Poids : _____ Moins de 250 lbs (115kg)       | <input type="checkbox"/> Oui  | <input type="checkbox"/> Si non, consultation à l'ergothérapeute répondant   | <input type="checkbox"/> |
| Largeur du bassin: _____ Moins de 20" (51cm) | <input type="checkbox"/> Oui  | <input type="checkbox"/> Si non, consultation à l'ergothérapeute répondant   | <input type="checkbox"/> |
| Soins d'hygiène actuel :                     | <input type="checkbox"/> Au lavabo <input type="checkbox"/> A la cabine de douche | <input type="checkbox"/> Douche dans la baignoire <input type="checkbox"/> Au fond de la baignoire                   | <input type="checkbox"/> |
|  | <input type="checkbox"/> Assis <input type="checkbox"/> Debout                    | <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide partielle <input type="checkbox"/> Avec aide totale | <input type="checkbox"/> |

### 2.2 Pré requis à la manipulation (simulation assis sur une chaise sans appui)

- |   |                              |  |                          |
|---|------------------------------|--|--------------------------|
| Peut serrer la main D pour tenir la barre d'appui     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Si non, consultation à l'ergothérapeute répondant | <input type="checkbox"/> |
| Peut serrer la main G pour tenir la barre d'appui     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Si non, consultation à l'ergothérapeute répondant | <input type="checkbox"/> |
| Peut manipuler les poignées de portes ou les robinets | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Si non, consultation à l'ergothérapeute répondant | <input type="checkbox"/> |

# Grille d'observation de la situation de travail par l'AFS désigné

Dossier : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

## 2.3 Pré requis pour se laver seul (simulation sur une chaise de cuisine sans appui et sans perte d'équilibre)

Peut mettre les mains sur ses genoux sans appui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Si non, prévoir un dossier	<input type="checkbox"/>
Peut se balancer de gauche à droite, d'avant en arrière	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Si non, prévoir un dossier	<input type="checkbox"/>
Peut ramasser un crayon au sol	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Si non, prévoir un accessoire à long manche	<input type="checkbox"/>
Peut rejoindre:	la tête	<input type="checkbox"/> Si non, prévoir de l'aide	<input type="checkbox"/>
	le haut du dos	<input type="checkbox"/> Si non, prévoir un accessoire à long manche	<input type="checkbox"/>
	le milieu du dos	<input type="checkbox"/> Si non, prévoir un accessoire à long manche	<input type="checkbox"/>
	le bras et l'aisselle G	<input type="checkbox"/> Si non, prévoir de l'aide	<input type="checkbox"/>
	le bras et l'aisselle D	<input type="checkbox"/> Si non, prévoir de l'aide	<input type="checkbox"/>
	sous les seins	<input type="checkbox"/> Si non, prévoir de l'aide	<input type="checkbox"/>
	le siège	<input type="checkbox"/> Si non, prévoir une ouverture périnéale, de l'aide ou un appui	<input type="checkbox"/>
les pieds	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Si non, prévoir un accessoire à long manche	<input type="checkbox"/>
Essoufflement suite à la simulation dans la cuisine	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Si oui, prévoir une période de repos de 2 minutes.	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Si non, poursuivre l'activité	<input type="checkbox"/>
		<del>Car le problème persiste.</del>	<input type="checkbox"/>
		<del>Si oui, prévoir de l'aide.</del>	<input type="checkbox"/>
Étourdissement suite à la simulation dans la cuisine	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Si oui, mise en situation au lavabo pour documenter davantage, suivie d'une consultation en ergothérapie	<input type="checkbox"/>
Autres manifestations de fatigue suite à la simulation dans la cuisine	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Décrire : _____	<input type="checkbox"/>
		consultation à l'ergothérapeute répondant	<input type="checkbox"/>

## 2.4 Pré requis pour les transferts à la baignoire et aux toilettes (à observer sur une chaise de cuisine après enseignement PDSB)

Hauteur de la chaise de cuisine	_____		
Peut s'asseoir en contrôle sans appui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Si non, vérifier les appuis utilisés	<input type="checkbox"/>
Peut se relever en contrôle sans appui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Si non, vérifier les appuis utilisés	<input type="checkbox"/>
Utilise les appuis-bras de la chaise	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Si oui, prévoir des appuis sécuritaires	<input type="checkbox"/>
Utilise la table, en tirant, pour se relever	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Si oui, prévoir un appui sécuritaire face à la personne	<input type="checkbox"/>
Réussit cette étape	<input type="checkbox"/> Si oui, mise en situation à la baignoire ou aux toilettes (vérifier que la hauteur du siège de toilette est adéquate)		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Si non, compléter 2.7 et référence en ergo pour l'évaluation du transfert aux toilettes.		<input type="checkbox"/>

## 2.5 Pré requis pour enjamber la baignoire (à observer devant la table de cuisine)

Peut se tenir debout sur 1 pied pendant 10 secondes avec appui léger	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Si non, transfert assis	<input type="checkbox"/>
Peut lever la jambe à la hauteur de sa baignoire avec appui léger	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Si non, transfert assis	<input type="checkbox"/>
Peut écarter les pieds d'environ 30 cm (1 pi.)	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Si non, vérifier le rebord de la baignoire	<input type="checkbox"/>

## 2.6 Pré requis aux déplacements (observer la démarche)

Peut se rendre jusqu'à la salle de bain sans aide	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Si non, compléter 2.7 et référence en réadaptation	<input type="checkbox"/>
Utilise <input type="checkbox"/> canne ou <input type="checkbox"/> quadripode dans la maison	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/>
Utilise une marchette dans la maison	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Si oui, vérifier pré-requis pour enjamber la baignoire (2.5)	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Si oui + assistance : compléter 2.7 et référence réadaptation	<input type="checkbox"/>
Prend toujours appui sur les meubles ou les murs	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Si oui, consultation à l'ergothérapeute répondant	<input type="checkbox"/>
Démarche traînante	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Si oui, consultation à l'ergothérapeute répondant	<input type="checkbox"/>
Tangage	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Si oui, compléter 2.7 et référence réadaptation	<input type="checkbox"/>

# Grille d'observation de la situation de travail par l'AFS désigné

Dossier : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

## 2.7 Observation de l'environnement physique actuel

Permet l'entrée dans la salle de bain avec une marche  Oui  Non mais utilise des appuis sécuritaires  Si non, compléter 2.7 et référence en ergothérapie

~~Type de cuvette  standard  allongée  autre \_\_\_\_\_~~

~~Hauteur de la toilette \_\_\_\_\_ Si différence avec la chaise de cuisine  Toilette plus haute  Toilette plus basse \_\_\_\_\_~~

L'espace est suffisant pour les manœuvres  Oui  Si non, compléter 2.7 et référence en ergothérapie

La baignoire est standard  Oui  Si non, compléter 2.7 et référence en ergothérapie

Hauteur : \_\_\_\_\_ Largeur intérieure : \_\_\_\_\_ Largeur du rebord extérieur : \_\_\_\_\_  
 Largeur du rebord intérieur : \_\_\_\_\_ (min. ¼" pour utiliser une planche de transfert)

Portes coulissantes  Non  Si oui, espace suffisant pour manœuvrer ?  Oui  Si non, demander à la personne de retirer

Description du lavabo  Lavabo sur colonne : ne peut servir d'appui  Lavabo sur pattes : ne peut servir d'appui   
 Lavabo fixé au mur : ne peut servir d'appui  Lavabo dans une vanité

~~Peut être utilisé comme appui pour le transfert à la toilette  Oui  Non \_\_\_\_\_~~

Peut être utilisé comme appui pour le transfert à la baignoire  Oui  Non

Présence d'une cabine de douche?  Non  Si oui, appuis disponibles :  Oui - illustrer  Non \_\_\_\_\_  
 Hauteur du seuil : \_\_\_\_\_ Dimensions \_\_\_\_\_  
 Matériau de la cabine de douche  Céramique  Acrylique  Autre : \_\_\_\_\_

Ouverture de la porte de 24po (60cm) ou plus  Si oui, mise en situation si l'utilisation de la douche est envisagée   
 Si non, valider avec l'ergothérapeute répondant

La personne utilise un siège dans la baignoire  Non  Tabouret  Siège de douche avec dossier   
 Planche  Fauteuil de transfert

Le rideau de douche est adéquat  Oui  Si non, recommander achat

La douche téléphone est adéquate et fonctionnelle  Oui  Si non, recommander achat

Le tapis antidérapant intérieur est adéquat  Oui  Si non, recommander achat

Le tapis antidérapant extérieur est adéquat  Oui  Si non, recommander achat

Une barre d'appui est fixée solidement au mur de la baignoire  Non  Si oui, illustrer sur le plan

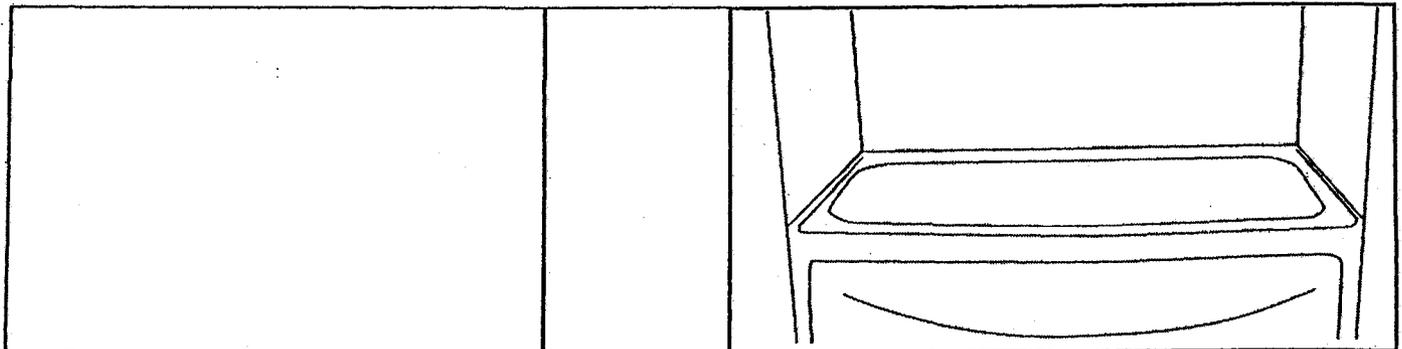
~~Des barres d'appui fixées à la toilette sont présentes et solides  Non  Oui \_\_\_\_\_~~

Autres barres sécuritaires en place  Non  Si oui, illustrer sur le plan

Accessoires disponibles  Brosse à long manche  Autre : \_\_\_\_\_

~~Un siège de toilette surélevé est présent et solide  Non  Si oui Modèle : \_\_\_\_\_   
 avec appuis bras intégrés  2 po  4 po \_\_\_\_\_~~

### AMÉNAGEMENT DE LA SALLE DE BAIN



Salle de bain actuelle

Douche

Baignoire actuelle

## Grille d'observation de la situation de travail par l'AFS désigné

Dossier : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

### 2.8 Observation de l'environnement humain

~~La personne partage la toilette avec~~  Seul utilisateur  Adultes avec mobilité limitée  Enfants  Adultes

La personne partage la baignoire avec  Seul utilisateur  Adultes avec mobilité limitée  Enfants  Adultes

La personne partage la cabine de douche avec  Seul utilisateur  Adultes avec mobilité limitée  Enfants  Adultes

## Étape 3. Décision sur le transfert pour la mise en situation

L'AFS décide maintenant de la méthode de transfert à utiliser pour la mise en situation à sec pour l'hygiène à partir des contraintes cochées (colonne de droite) durant l'observation.

Pas de transfert à la baignoire :  Observation au lavabo  Référence en ergothérapie

Transfert à la douche (si autonome pour le transfert)

Transfert à la baignoire avec enjambement :

Besoin d'un point d'appui  Barre d'appui existante  Barre d'appui fixée à la baignoire  Barre de vitrier

Appui au mur  Appui léger sur l'AFS  Lavabo, vanité ou autre

Besoin d'un siège  Nécessite appui dorsal  Siège avec dossier

Ne nécessite pas d'appui  Siège sans dossier

Transfert à la baignoire avec transfert assis

Bord intérieur > ¼ po  Oui

L'utilisateur peut se relever de la hauteur de la baignoire  Oui

L'utilisateur n'a pas besoin de dossier  Oui

Planche de bain

Si 1 des 3 conditions ci-dessus n'est pas respectée  Fauteuil de transfert

L'utilisateur est capable de dégager le siège  Oui  Si non, ouverture périnéale, de l'aide ou un appui

## Étape 4. Observation des transferts

### 4.1 Transfert à la baignoire

Permet de déterminer le choix des appuis

Date de l'observation de l'AFS : \_\_\_\_\_

Transfert avec enjambement à la baignoire:

Sécurité pour le transfert  Besoin d'une barre verticale d'au moins 18" à l'entrée de la baignoire

Besoin d'une barre horizontale au-dessus des robinets  18"  24"

Autre appui : \_\_\_\_\_

Glissement sur la planche ou le fauteuil de transfert :

Besoin d'appui  Non  Si oui, prévoir la présence d'un appui sécuritaire (barre ou poignée)

Transfert assis – debout dans la baignoire :

Besoin d'appui  Non  Besoin d'une barre horizontale de 18" au-dessus des robinets

Besoin d'une barre diagonale d'au moins 18" au mur du fond

Si ces solutions ne conviennent pas, validation avec l'ergothérapeute répondant

Transfert assis- debout à l'extérieur de la baignoire

Besoin d'appui  Non  Si oui, vérifier la disponibilité d'un appui sécuritaire

### 4.2 Transfert à la cabine de douche

Besoin d'appui pour l'enjambement  Non  Besoin d'une barre verticale d'au moins 18" à l'entrée de la cabine

Besoin d'appui pour le transfert assis-debout  Non  Besoin d'une barre horizontale d'au moins 18" face à la personne

Besoin d'une barre diagonale d'au moins 18"  Gauche  Droite

Installation possible ?  Oui  Si non, référence en ergothérapie

## Grille d'observation de la situation de travail par l'AFS désigné

Dossier : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

### 4.3 Transfert aux toilettes

Permet de déterminer si la personne peut faire le transfert de façon sécuritaire ainsi de choisir les appuis ou les accessoires requis.

- Peut s'asseoir en contrôle  Oui  Si non, besoin d'un appui ou vérifier la hauteur de l'assise
- Posture actuelle sur la toilette  Sécuritaire  Oui  Non  Confortable  Oui  Non
- Peut se relever en contrôle  Oui  Si non, besoin d'un appui ou vérifier la hauteur de l'assise
- En position debout, garde l'équilibre  Oui  Si non, besoin d'un appui
- Hauteur de l'assise, si s'asseoir ou se relever pose problème  Assise plus haute que les genoux : consultation à l'ergothérapeute répondant   
 Assise plus basse que les genoux : essayer un siège de toilette surélevé
- Appuis utilisés spontanément (décrire) : \_\_\_\_\_
- Appuis spontanés sécuritaires et confortables :  Oui  Non - voir section 2.5
- Autres appuis disponibles et non utilisés  Oui - faire l'enseignement  Non - voir section 2.5

## Étape 5. Organisation de l'environnement

Permet de déterminer les accessoires requis

- Rideau de douche  En place  Refuse  Achètera Sera disponible le : \_\_\_\_\_
- Barre d'appui fixée au mur 18" (reporter sur le plan)  En place  Refuse  Achètera Sera disponible le : \_\_\_\_\_
- Barre d'appui fixée au mur 24" (reporter sur le plan)  En place  Refuse  Achètera Sera disponible le : \_\_\_\_\_
- Barre d'appui fixée à la baignoire  En place  Refuse  Achètera Sera disponible le : \_\_\_\_\_
- Douche téléphone avec tuyau de 6'  En place  Refuse  Achètera Sera disponible le : \_\_\_\_\_
- Tapis antidérapant extérieur  En place  Refuse  Achètera Sera disponible le : \_\_\_\_\_
- Tapis antidérapant intérieur  En place  Refuse  Achètera Sera disponible le : \_\_\_\_\_
- Siège de bain / douche (décrire ci-dessous)  En place  Refuse  Achètera Sera disponible le : \_\_\_\_\_
- Tabouret  Siège avec dossier  Planche de bain
- Fauteuil de transfert :  régulier  avec ouverture périnéale
- Caractéristiques particulières : \_\_\_\_\_ Hauteur requise pour l'assise: \_\_\_\_\_
- Siège de toilette surélevé (décrire ci-dessous)  En place  Refuse  Achètera Sera disponible le : \_\_\_\_\_
- 2po  4po
- Avec appuis-bras intégrés
- Appuis sécuritaires pour la toilette  G  D  En place  Refuse  Achètera Sera disponible le : \_\_\_\_\_
- Libérer l'espace de travail  Accepte  Refuse
- Retrait des portes coulissantes  Accepte  Refuse

N.B. Fournir les détails sur la feuille de recommandations

- Comprend la politique de soins d'hygiène  Oui  Si non, retour à l'intervenant professionnel
- Accepte de changer sa façon de faire  Oui  Si non, retour à l'intervenant professionnel

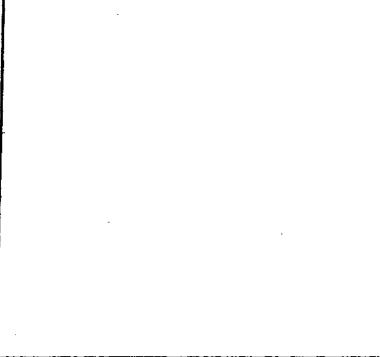
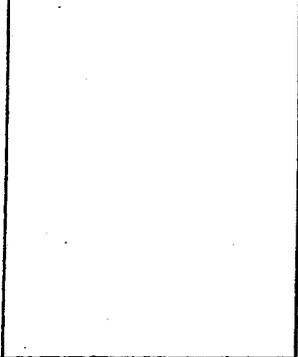
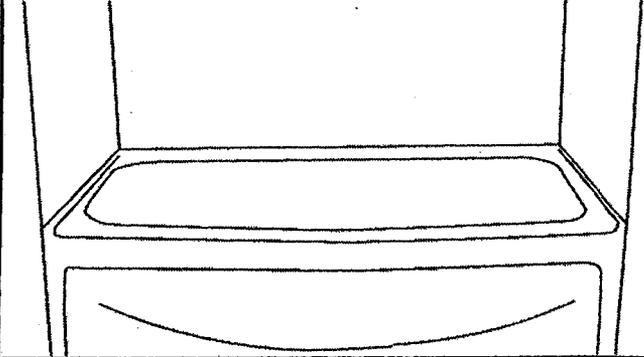
Notes : \_\_\_\_\_

# Grille d'observation de la situation de travail par l'AFS désigné

Dossier : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Aménagement proposé		
		
Toilette	Douche	Baignoire

Notes : \_\_\_\_\_

Prêt CSSS : \_\_\_\_\_

Achat par le client : \_\_\_\_\_

## Étape 6. Conclusion

### 6.1 Environnement

- La salle de bain est adaptée pour l'hygiène  À la baignoire  À la cabine de douche
- Les toilettes sont adaptées
- La personne refuse de faire les adaptations suivantes (spécifier) : \_\_\_\_\_

### 6.2 Personne

- La personne est adressée en  ergothérapie  physiothérapie Raison : \_\_\_\_\_
- La personne dit être autonome pour son hygiène avec les accessoires recommandés
- La personne dit être autonome pour son hygiène sans les accessoires recommandés
- Reçoit l'aide de ses proches pour son hygiène avec les accessoires recommandés
- Reçoit l'aide de ses proches pour son hygiène sans les accessoires recommandés
- La personne refuse l'aide d'un AFS : raison : \_\_\_\_\_

- Enseignement requis :
  - Nombre de visites prévues pour l'enseignement :  1  2  3  4  Enseignement terminé le : \_\_\_\_\_
  - Éléments à enseigner :  Transferts  Utilisation d'accessoires  Méthodes de travail
  - Consignes de sécurité  Organisation de l'activité

Intervenant professionnel avisé

Signature de l'AFS désigné : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Mise à jour : 2007-03-27

ACR

Mise en place des soins d'hygiène - Grille 1

Page 6 de 6

**Annexe 9**  
**Questionnaire sur la consultation de l'ergothérapeute par l'auxiliaire**

## **Questionnaire sur la consultation de l'ergothérapeute par l'auxiliaire**

---

1. NUMERO DU PARTICIPANT 1.

2. NUMERO DE L'ERGOTHERAPEUTE CLINICIENNE CONSULTEE 2.  
1. Ergo-clinicienne #1 2. Ergo-clinicienne #2 3. Ergo-clinicienne #3 Ergo-clinicienne #4

3. DUREE DE LA CONSULTATION (EN MINUTES) 3.

### **LES MOTIFS DE CONSULTATION DE L'ASSS SONT...**

4. TAILLE 4.  
1. oui 2. non

5. POIDS 5.  
1. oui 2. non

6. LARGEUR DU SIEGE 6.  
1. oui 2. non

7. NE PEUT SERRER LA MAIN D POUR TENIR LA BARRE D'APPUI 7.  
1. oui 2. non

8. NE PEUT SERRER LA MAIN G POUR TENIR LA BARRE D'APPUI 8.  
1. oui 2. non

9. NE PEUT MANIPULER LES POIGNEES DE PORTES OU LES ROBINETS 9.  
1. oui 2. non

10. MANIFESTATIONS DE FATIGUE 10.  
1. oui 2. non

11. DEMARCHE TRAINANTE 11.  
1. oui 2. non

12. PREND APPUI LORS DES DEPLACEMENTS 12.  
1. oui 2. non

13. ABSENCE D'APPUI DANS LA CABINE DE DOUCHE 13.  
1. oui 2. non

14. OUVERTURE DE LA PORTE DE DOUCHE MOINS DE 24PO (60CM) 14.  
1. oui 2. non

15. LES SOLUTIONS NE CONVIENNENT PAS 15.  
1. oui 2. non

16. AUTRES RAISONS (NON PREVUES PAR L'ALGORITHME) 16.  
1. oui 2. non

17. SIGNATURE DE L'ERGOTHERAPEUTE :

---

**Annexe 10**  
**Feuille de collecte des données**

## Feuille de collecte des données

Date de l'entrevue :    /    /

1. NUMERO DU PARTICIPANT	1.	
2. DUREE TOTALE DES RENCONTRES (MINUTES)	2.	
3. ÉVALUATRICE	3.	
1. ASSS #1	4. ASSS #4	
2. ASSS #2	5. ASSS #5	
3. ASSS #3	6. Ergo-recherche	
4. RECOMMANDATIONS IDENTIFIEES	4.	
1. Oui		
2. Non, ne peut pas se relever d'une chaise, même avec des appuis		
3. Non, étourdissement à la suite de la simulation dans la cuisine		
4. Non, ne peut pas se rendre jusqu'à la salle de bain sans aide		
5. Non, utilise une marchette dans la maison avec assistance		
6. Non, tannage		
7. Non, ne peut pas entrer dans la salle de bain avec une marchette		
8. Non, l'espace dans la salle de bain est insuffisant pour les manœuvres		
9. Non, la baignoire est non standard		
10. Non, l'installation d'appui dans la douche est impossible		
11. Non, raison non prévue par l'algorithme		
5. LIEU	5.	
1. Douche	2. Bain	3. Lavabo
6. BARRE D'APPUI FIXEE AU MUR	6.	
1. Oui	2. Non	
7. BARRE D'APPUI FIXEE A LA BAIGNOIRE	7.	
1. Oui	2. Non	
8. BARRE DE VITRIER	8.	
1. Oui	2. Non	
9. SIEGE	9.	
1. Aucun		
2. Planche de bain		
3. Tabouret		
4. Fauteuil de transfert régulier		
5. Siège avec dossier		
6. Fauteuil de transfert avec ouverture périnéale		
10. SIGNATURE DE L'ÉVALUATRICE:		

**Annexe 11**  
**Matrices de résultats**



## BESOIN D'APPUI

---

		ASSS		
		Oui	Non	Total
Ergo	Oui	66	8	74
	Non	1	2	3
	<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>10</b>	<b>77</b>

Ergo	ASSS		
	Oui	Non	Total
Oui	35	3	38
Non	1	1	2
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>4</b>	<b>40</b>

**Nouvelles demandes**

Ergo	ASSS		
	Oui	Non	Total
Oui	31	5	36
Non	0	1	1
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>6</b>	<b>37</b>

**Réévaluations**

---

## BARRE MURALE

---

		ASSS		
		Oui	Non	Total
Ergo	Oui	58	12	70
	Non	1	6	7
	<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>18</b>	<b>77</b>

Ergo	ASSS		
	Oui	Non	Total
Oui	30	5	35
Non	1	4	5
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>9</b>	<b>40</b>

**Nouvelles demandes**

Ergo	ASSS		
	Oui	Non	Total
Oui	28	7	35
Non	0	2	2
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>9</b>	<b>37</b>

**Réévaluations**

---

**BARRE ETAU**

---

		ASSS		
		Oui	Non	Total
Ergo	Oui	0	2	2
	Non	9	66	75
	Total	9	68	77

		ASSS		
		Oui	Non	Total
Ergo	Oui	0	2	2
	Non	6	32	38
	Total	6	34	40

**Nouvelles demandes**

		ASSS		
		Oui	Non	Total
Ergo	Oui	0	0	0
	Non	3	34	37
	Total	31	6	37

**Réévaluations**

---

**BARRE VITRIER**

---

		ASSS		
		Oui	Non	Total
Ergo	Oui	3	1	4
	Non	2	71	73
	Total	5	72	77

		ASSS		
		Oui	Non	Total
Ergo	Oui	2	1	3
	Non	1	36	37
	Total	3	37	40

**Nouvelles demandes**

		ASSS		
		Oui	Non	Total
Ergo	Oui	1	0	1
	Non	1	35	36
	Total	2	35	37

**Réévaluations**

---

## SIEGE DE BAIN

### ASSS

$n_{total}$		ASSS					Banc de transfert o/p	Total
		Aucun	Tabouret	Chaise	Planche	Banc de transfert		
Ergo	Aucun	3 (0)*	4 (1)	0 (2)	0 (3)	0 (4)	0 (5)	7
	Tabouret	0 (1)	19 (0)	1 (1)	2 (2)	1 (3)	0 (4)	23
	Chaise	1 (2)	6 (1)	1 (0)	0 (1)	0 (2)	0 (3)	8
	Planche	0 (3)	0 (2)	0 (1)	6 (0)	3 (1)	0 (2)	9
	Banc de transfert	0 (4)	4 (3)	3 (2)	5 (1)	16 (0)	2 (1)	30
	Banc de transfert o/p	0 (5)	0 (4)	0 (3)	0 (2)	0 (1)	0 (0)	0
	<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>33</b>	<b>5</b>	<b>13</b>	<b>20</b>	<b>2</b>	<b>77</b>

\* ( ) matrice de désaccord utilisée dans le calcul du kappa pondéré

## SIEGE DE BAIN (SUITE)

### ASSS

#### ¶ nouvelles demandes

		ASSS					Total	
		Aucun	Tabouret	Chaise	Planche	Banc de transfert		Banc de transfert o/p
Ergo	Aucun	1 (0)*	4 (1)	0 (2)	0 (3)	0 (4)	0 (5)	5
	Tabouret	0 (1)	10 (0)	1 (1)	2 (2)	0 (3)	0 (4)	13
	Chaise	1 (2)	2 (1)	0 (0)	0 (1)	0 (2)	0 (3)	3
	Planche	0 (3)	0 (2)	0 (1)	3 (0)	2 (1)	0 (2)	5
	Banc de transfert	0 (4)	3 (3)	0 (2)	2 (1)	7 (0)	2 (1)	14
	Banc de transfert o/p	0 (5)	0 (4)	0 (3)	0 (2)	0 (1)	0 (0)	0
	<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>19</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>40</b>

### ASSS

#### ¶ réévaluations

		ASSS					Total	
		Aucun	Tabouret	Chaise	Planche	Banc de transfert		Banc de transfert o/p
Ergo	Aucun	2 (0)*	0 (1)	0 (2)	0 (3)	0 (4)	0 (5)	2
	Tabouret	0 (1)	9 (0)	0 (1)	0 (2)	1 (3)	0 (4)	10
	Chaise	0 (2)	4 (1)	1 (0)	0 (1)	0 (2)	0 (3)	5
	Planche	0 (3)	0 (2)	0 (1)	3 (0)	1 (1)	0 (2)	4
	Banc de transfert	0 (4)	1 (3)	3 (2)	3 (1)	9 (0)	0 (1)	16
	Banc de transfert o/p	0 (5)	0 (4)	0 (3)	0 (2)	0 (1)	0 (0)	0
	<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>14</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>0</b>	<b>37</b>

\* ( ) matrice de désaccord utilisée dans le calcul du kappa pondéré

**SIEGE DE BAIN (SUITE)**

**ASSS**

		ASSS					Banc de transfert o/p	Total
		Aucun	Tabouret	Chaise	Planche	Banc de transfert		
Ergo	Aucun	1 (0)*	0 (1)	0 (2)	0 (3)	0 (4)	0 (5)	<b>1</b>
	Tabouret	0 (1)	5 (0)	0 (1)	0 (2)	0 (3)	0 (4)	<b>5</b>
	Chaise	0 (2)	1 (1)	0 (0)	0 (1)	0 (2)	0 (3)	<b>1</b>
	Planche	0 (3)	0 (2)	0 (1)	3 (0)	0 (1)	0 (2)	<b>3</b>
	Banc de transfert	0 (4)	0 (3)	1 (2)	0 (1)	5 (0)	0 (1)	<b>6</b>
	Banc de transfert o/p	0 (5)	0 (4)	0 (3)	0 (2)	0 (1)	0 (0)	<b>0</b>
	<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>16</b>

**ASSS**

		ASSS					Banc de transfert o/p	Total
		Aucun	Tabouret	Chaise	Planche	Banc de transfert		
Ergo	Aucun	1 (0)*	0 (1)	0 (2)	0 (3)	0 (4)	0 (5)	<b>1</b>
	Tabouret	0 (1)	4 (0)	0 (1)	0 (2)	1 (3)	0 (4)	<b>5</b>
	Chaise	0 (2)	3 (1)	1 (0)	0 (1)	0 (2)	0 (3)	<b>4</b>
	Planche	0 (3)	0 (2)	0 (1)	0 (0)	1 (1)	0 (2)	<b>1</b>
	Banc de transfert	0 (4)	1 (3)	2 (2)	3 (1)	4 (0)	0 (1)	<b>10</b>
	Banc de transfert o/p	0 (5)	0 (4)	0 (3)	0 (2)	0 (1)	0 (0)	<b>0</b>
	<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>21</b>

\* ( ) matrice de désaccord utilisée dans le calcul du kappa pondéré

**Annexe 12**  
**Formulaire de consentement (français)**



Centre de recherche  
sur le vieillissement  
Research Centre  
on Aging

Centre de santé et de services sociaux  
de Memphrémagog



UNIVERSITÉ DE  
SHERBROOKE

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À LA RECHERCHE

**Titre du projet :**

Validation d'un algorithme utilisé par l'auxiliaire aux services de santé et sociaux lors de la détermination du besoin d'aide au bain.

**Étudiante/chercheur :**

Manon Guay, erg., étudiante à la maîtrise au programme de sciences cliniques de la faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke

**Directrice de recherche :**

Dre Johanne Desrosiers, Ph.D., Centre de recherche sur le vieillissement, IUGS et Université de Sherbrooke

**Partenaire :**

Centre de santé et des services sociaux (CSSS) Memphrémagog

### INTRODUCTION

Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou certaines informations que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et une copie signée et datée vous sera remise pour vos dossiers.

### OBJECTIF DU PROJET DE RECHERCHE

La présente étude vise à mesurer la similarité entre les recommandations d'un ergothérapeute et celles d'une auxiliaire aux services de santé et sociaux qui utilise une grille d'observation de vos capacités. Ce nouvel outil a été développé pour trouver une alternative à l'évaluation de l'ergothérapeute lorsqu'une personne a besoin d'un équipement au bain.

Nous faisons appel à vous parce que vous avez formulé une demande d'aide au bain au CSSS Memphrémagog ou encore, parce que vous recevez actuellement des services d'aide au bain par cet établissement.

### **NATURE DE LA PARTICIPATION DU SUJET**

Si vous acceptez de participer à cette recherche, vous serez rencontré à votre domicile par un ergothérapeute et une auxiliaire aux services de santé et sociaux. L'ergothérapeute évaluera votre niveau d'autonomie dans vos activités, plus particulièrement au niveau de votre capacité à vous laver (environ une heure). Lors d'une autre rencontre, l'auxiliaire aux services de santé et sociaux complètera un questionnaire en vous demandant d'effectuer certaines tâches simples. Ce questionnaire permet de déterminer les équipements à mettre en place dans la salle de bain (environ deux heures). Ces deux rencontres n'auront pas lieu le même jour, mais à moins d'une semaine d'intervalle.

### **AVANTAGES**

Votre participation à cette étude vous donne accès à un ergothérapeute qui vous recommandera au besoin des aménagements dans votre salle de bain. Sur sa recommandation, vous pourrez obtenir un prêt d'équipement, selon les modalités prévues dans la politique du CSSS Memphrémagog. Vous contribuerez aussi à l'avancement des connaissances, notamment afin de diminuer les délais d'attente des personnes vivant à domicile qui ont besoin d'utiliser des équipements dans leur bain.

### **INCONVÉNIENTS**

Mis à part le temps consacré aux rencontres qui portent sur le même sujet, c'est-à-dire votre besoin d'équipement au bain, votre participation à ce projet de recherche ne comporte pas d'inconvénient.

### **AUTORISATION DE TRANSMETTRE LES RÉSULTATS**

Les recommandations de l'ergothérapeute seront inscrites dans votre dossier médical du CSSS Memphrémagog.

### **RISQUES**

Le risque lié à votre participation à cette recherche est faible puisque l'ergothérapeute et l'auxiliaire aux services de santé et sociaux qui vous rencontreront ont une formation reconnue qui les habilite à intervenir auprès de vous.

### **ÉTUDE ULTÉRIEURE**

Il se peut que les résultats obtenus à la suite de cette étude donnent lieu à une autre recherche. Dans cette éventualité, autorisez-vous les personnes responsables de ce projet à vous contacter pour savoir si vous seriez intéressé(e) à participer à une nouvelle recherche?

Oui  Non

### **CONFIDENTIALITÉ**

Durant votre participation à ce projet de recherche, l'étudiante/chercheuse et la directrice de recherche recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche des

renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis. Ces renseignements comprendront des informations générales, comme votre nom, votre sexe, votre date de naissance, votre diagnostic et les résultats aux questionnaires.

Tous ces renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par la directrice de recherche.

### **PARTAGE, SURVEILLANCE ET PUBLICATION**

L'étudiante/chercheure et la directrice de recherche utiliseront les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans ce formulaire de consentement. Les données du projet seront conservées pendant 5 ans par la directrice de recherche.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique clinique du CSSS Memphrémagog, par le comité d'éthique de la recherche des centres de santé et des services sociaux de l'Estrie, par le Ministère de la santé et des services sociaux ou encore, par la loi. Ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues médicales ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier.

### **ACCÈS AU DOSSIER PAR LE SUJET**

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier l'exactitude des renseignements recueillis, de faire rectifier ou supprimer des renseignements périmés ou non justifiés et de faire des copies, et ce, aussi longtemps que l'étudiante/chercheure, la directrice de la recherche ou l'institution de recherche détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet de recherche, vous n'aurez accès à certaines de ces informations qu'une fois le projet terminé.

### **PERSONNES RESSOURCES**

#### **Pour des informations supplémentaires**

Si vous avez des questions supplémentaires, quelles qu'elles soient, concernant cette étude, vous pouvez en discuter avec l'ergothérapeute qui vous rencontrera, soit Mme Manon Guay, au (819) 843-3381 poste 2218. Si des questions persistent toujours, vous pouvez rejoindre la directrice de la recherche, Dre Johanne Desrosiers, au (819) 821-1170, poste 2246.

#### **Pour vos droits en tant que participant**

Si vous avez des questions ou commentaires concernant vos droits en tant qu'utilisateur du CSSS Memphrémagog, vous pouvez contacter Mme Danielle Lareau, directrice à la qualité des soins, au numéro (819) 843-3381, poste 2702. Vous pouvez également contacter Mme Lyne Turcotte, adjointe administrative du comité d'éthique de la recherche des centres de santé et des services sociaux de l'Estrie, au (819) 562-9121, poste 47101.

### **SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES DU PROJET DE RECHERCHE**

Le comité d'éthique clinique du CSSS Memphrémagog et le comité d'éthique de la recherche des centres de santé et des services sociaux de l'Estrie ont approuvé ce projet de recherche et en assurent le suivi. De plus, ils approuveront au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

### **PARTICIPATION VOLONTAIRE DU SUJET ET DROIT DE RETRAIT**

Il est entendu que votre participation au présent projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez, à tout moment, libre de mettre fin à votre participation, pour quelque raison que ce soit, sans avoir à motiver votre décision, ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

### **DROITS DU PARTICIPANT**

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement où se déroule ce projet de recherche de leur responsabilité civile et professionnelle.

### **DÉCLARATION DE RESPONSABILITÉ DES CHERCHEURS DE L'ÉTUDE**

*L'étudiante/chercheure et la directrice de recherche sont responsables du déroulement du présent projet de recherche et s'engagent à respecter les obligations énoncées dans ce document. Nous nous engageons également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.*

*Signature de la directrice de recherche : \_\_\_\_\_*

### **DÉCLARATION DU PARTICIPANT**

*Je déclare avoir eu suffisamment d'explications sur la nature et le motif de ma participation au projet de recherche. J'ai lu ou compris les termes du présent formulaire de consentement et j'en ai reçu un exemplaire. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction. J'accepte de participer à cette étude.*

*Signature du sujet : \_\_\_\_\_*

*Signature du témoin : \_\_\_\_\_*

### **DÉCLARATION DU RESPONSABLE DE L'OBTENTION DU CONSENTEMENT**

*Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ certifie avoir expliqué au signataire intéressé les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard, lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus.*

*Signature du responsable de l'obtention du consentement : \_\_\_\_\_*

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ 2007.

**Annexe 13**  
**Formulaire de consentement (anglais)**



Centre de recherche  
sur le vieillissement  
Research Centre  
on Aging

Centre de santé et de services sociaux  
de Memphrémagog



UNIVERSITÉ DE  
SHERBROOKE

## RESEARCH CONSENT FORM

**Project Title**

Validation of an algorithm used by a health and social-services assistant in ascertaining the need for help with bathing.

**Student Researcher:**

Manon Guay, OT. Master's student in the clinical sciences program at the Faculty of Medicine and Health Sciences at the University of Sherbrooke.

**Research Supervisor**

Johanne Desrosiers, PhD, Research Centre on Aging, SGUI, and University of Sherbrooke.

**Partner**

Centre de santé et des services sociaux (CSSS) Memphrémagog

### INTRODUCTION

This document provides information about the methods related to this research project. Don't hesitate to ask questions if there are any terms or information that you do not understand. In order to take part in this research project, you must sign the consent form at the end of this document. You will be given a signed and dated copy of it to keep.

### PURPOSE OF THE RESEARCH PROJECT

The purpose of this study is to measure the similarity between the recommendations made by an occupational therapist and those by a health and social-services assistant using a grid when observing your capacities. This new tool was developed as an alternative to assessment by an occupational therapist when an individual needs equipment for bathing. We are calling on you because you have applied to the CSSS Memphrémagog for assistance with bathing or because you are currently receiving bathing assistance services from this institution.

### **SUBJECT'S PARTICIPATION**

If you agree to take part in this research project, you will be visited in your home by an occupational therapist and a health and social-services assistant. The occupational therapist will assess your level of independence in your activities, in particular, your ability to bathe yourself (about one hour). In a second session, the health and social-services assistant will fill out a questionnaire while asking you to perform some simple tasks. This questionnaire provides information needed to determine the equipment required in the bathroom (about two hours). These two meetings will not take place on the same day, but rather at least two weeks apart.

### **BENEFITS**

Your participation in this study will give you access to an occupational therapist, who may make recommendations for adjustments to your bathroom, if appropriate. The therapist's recommendation will allow you to borrow equipment in accordance with the terms provided for under CSSS Memphrémagog policy. You will also be contributing to the advancement of knowledge, in particular, in reducing the waiting time for people living at home who need help using bath equipment.

### **DISADVANTAGES**

Other than the time for the two meetings related to the topic, that is, your need for bath equipment, there are no disadvantages related to your participation in this research project.

### **AUTHORIZED STATION TO TRANSMIT RESULTS**

The occupational therapist's recommendations will be entered into your medical record at the CSSS Memphrémagog.

### **RISKS**

The level of risk related to your participation in this study is low, since the occupational therapist and the health and social-services assistant that will meet with you have recognized training that qualifies them to perform these functions.

### **SUBSEQUENT STUDY**

The results obtained in this study may give rise to another research project. Should this happen, do you authorize the leaders of this project to contact you to find out if you would be interested in taking part in subsequent research?

Yes  No

### **CONFIDENTIALITY**

During the course of this research project, the student researcher and the research supervisor will collect and enter information about you in research records. Only that information required to carry out the research project will be collected. This includes general information, such as your name, your sex, your date of birth, your diagnosis, and your responses to the questionnaires.

Any information collected during the course of the research project will remain strictly confidential for the period provided for by legislation. In order to protect your identity and the confidentiality of this information, you will be identified solely by a numerical code. The key code associating your name to your research record will be safeguarded by the research supervisor.

### **SHARING, SURVEILLANCE, AND PUBLICATION**

The student researcher and the research supervisor will use the data for the purposes of research with a view to responding to the scientific objectives of the project as described in this consent form. Project data will be preserved for five years by the research supervisor.

For the purposes of surveillance and control, your research record may be consulted by an individual authorized by the Clinical Ethics Committee of the CSSS Memphrémagog, the Research Ethics Committee for the health and social services centers in Estrie, the Ministère de la santé et des services sociaux, or as provided for under legislation. Such individuals and organizations subscribe to a confidentiality policy.

The data from this research project may be published in medical journals or shared with third parties during scientific discussions. The scientific communication or publication will contain any information whatsoever that would identify you.

### **SUBJECT'S ACCESS TO RECORDS**

You have the right to consult your research record to verify the accuracy of the information collected, to make corrections, to remove outdated or unjustified information, and to make copies for as long as the student researcher, the research supervisor, or the research institution has custody of the information. Nevertheless, in order to preserve scientific integrity, you will not have access to some of this information before the end of the project.

### **RESOURCE PERSONS**

#### **For Additional Information**

If you have any additional questions at all about this study, you may discuss them with Manon Guay, the occupational therapist who will be meeting with you, by calling 819-843-3381, extension 2218. If you still have questions, you may call Dr. Johanne Desrosiers, the research supervisor, at 819-821-1170, extension 2246.

#### **Your Rights as a Participant**

Any questions or comments concerning your rights as a user of CSSS Memphrémagog should be addressed to Danielle Lareau, Director, Quality of Care, at 819-843-3381, extension 2702. You may also contact Lyne Turcotte, Administrative Assistant for the Research Ethics Committee for the health and social-services centers in Estrie, at 819-562-9121, extension 47101.

### **MONITORING OF ETHICAL ASPECTS OF THE RESEARCH PROJECT**

The Clinical Ethics Committee of the CSSS Memphrémagog and the Research Ethics Committee of the health and social-services centers in Estrie have approved of this

research project and provide for its monitoring. Furthermore, they must approve beforehand any revision or modification of the information and consent form or the research protocol.

**SUBJECT'S VOLUNTARY PARTICIPATION AND RIGHT TO WITHDRAW**

Your participation in this research project is completely voluntary and you are free to withdraw at any time for any reason without having to justify your decision or incurring consequences of any kind.

**PARTICIPANT RIGHTS**

Your agreement to participate in this study shall not be construed as a waiver of your rights or as a release from professional and civil liability on the part of the researchers or the institution where the research project is carried out.

**STATEMENT OF RESEARCHER RESPONSIBILITY**

*The student researcher and research supervisor are responsible for the conduct of the research project and commit themselves to complying with the obligations provided for herein. They also commit to informing you of anything that might modify the nature of your consent.*

*Signature of the Research Supervisor:* \_\_\_\_\_

**PARTICIPANT DECLARATION**

*I have been adequately informed about the nature of this research project as well as the potential benefits and risks that are involved. I have read the conditions in this consent form and have received a copy of the form. I have been able to express my concerns, which have been addressed to my satisfaction. I give my permission to participate in this study.*

*Subject's signature:* \_\_\_\_\_

*Witness's signature:* \_\_\_\_\_

**STATEMENT OF THE PERSON OBTAINING CONSENT**

*I, the undersigned, \_\_\_\_\_ hereby certify that I have explained the conditions in this form to the person taking part in the study, have responded to the questions that he or she has raised in this regard, and have clearly indicated that he or she is free to withdraw at any time whatsoever from the research project described above.*

*Signature of the person obtaining consent:* \_\_\_\_\_

*Signed at \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_, 2007.*

**Annexe 14**  
**Approbation du comité d'éthique clinique**  
**du CSSS Memphrémagog**

Centre de santé et de services sociaux  
de Memphrémagog

Siège social Direction des services conseils à la qualité et des soins infirmiers  
Téléphone : (819) 843-2572, poste 2631  
Télécopieur : (819) 868-3253

Magog, le 9 janvier 2007

Madame Nicole Dubuc, présidente  
Comité d'éthique de la recherche des établissements  
multivocationnels de l'Estrie  
500, rue Murray, bureau 100  
Sherbrooke (Québec)  
J1G 2K6

**Objet : Projet de recherche de Madame Manon Guay « Validation d'un  
algorithme à être utilisé par l'auxiliaire familiale et sociale lors de la  
détermination du besoin d'aide au bain »**

---

Madame,

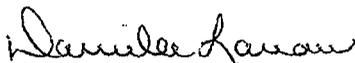
Suite à l'étude du projet de Madame Manon Guay, nous avons évalué ce projet recevable par l'établissement. Nous prévoyons des retombées positives pour la clientèle du Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog par sa pertinence.

Les coûts engendrés par ce projet pour l'établissement représentent une somme que nous pouvons assumer à l'intérieur de notre budget. De plus, l'établissement est prêt à s'engager à soutenir le projet conditionnellement à l'évaluation positive du comité d'éthique de la recherche des établissements multivocationnels de l'Estrie.

Nous sommes dans l'attente des résultats de votre analyse.

Nous vous remercions de votre collaboration et nous vous prions de recevoir, Madame, nos salutations distinguées.

La directrice des services conseils à la qualité  
et des soins infirmiers,

  
Danielle Lareau

DL/bn

c.c. Monique Corbeil, directrice générale

Siège social  
50, rue St-Patrice Est  
Magog (Québec) J1X 3X3  
Téléphone : (819) 843-2572

Point de service de Stanstead  
435, rue Dufferin  
Stanstead (Québec) J0B 3E2  
Téléphone : (819) 876-7521  
Télécopieur : (819) 876-7215

Point de service de Mansonville  
314, rue Principale, CP. 399  
Mansonville (Québec) J0E 1X0  
Téléphone : (450) 292-3376  
Télécopieur : (450) 292-4404

**Annexe 15**  
**Approbation du comité d'éthique de la recherche**  
**des CSSS de l'Estrie**

Comité d'éthique de la recherche des centres de  
santé et de services sociaux de l'Estrie

Le 26 mars 2007

Madame Manon Guay  
Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog  
50, rue Saint-Patrice Est  
Magog (Québec) J1X 3X3

Nicole Dubuc,  
Présidente

Monelle Parent,  
Experte en éthique

Éliane-Marie Gaulin,  
Avocate

Jean Gagnon,  
Chercheur

Carolle Bernier,  
Médecin, chercheuse

Pascale Morin,  
Chercheuse  
représentant le CLSC  
universitaire

Luc Loignon,  
Membre issu du public

Irenée LeBourdais,  
Intervenant

Denise Donovan,  
Médecin

Benoît Van Caloën,  
Professeur

Marie-Josée Donahue,  
Membre issu du public

Céline Bacon  
Membre issu du public  
(membre suppléante)

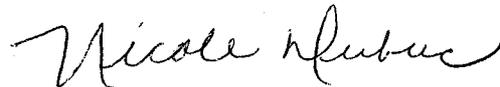
Objet : Évaluation éthique et scientifique du projet « Validation d'un algorithme utilisé par  
l'auxiliaire aux services de santé et sociaux lors de la détermination du besoin d'aide  
au bain » - 2006-14

Madame,

La version du formulaire de consentement déposé au secrétariat du CÉR est conforme aux exigences du comité d'éthique de la recherche des centres de santé et de services sociaux. Vous pouvez donc amorcer votre collecte de données dans le ou les établissements concernés.

Veillez agréer, Madame, mes salutations sincères et bon succès dans votre projet.

La présidente,



Nicole Dubuc

Secrétariat  
500, rue Murray, bureau 100  
Sherbrooke (Québec) J1G 2K6  
Tél. : 819-562-9121, poste 47101  
Télécopieur : 819-780-1303  
Courriel :  
[lturcotte.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca](mailto:lturcotte.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca)

c. c. Madame Danielle Lareau, directrice des services conseils à la qualité et des soins infirmiers, Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog  
Madame Johanne Archambault, directrice administrative de l'enseignement et de la recherche, Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke  
Madame Denise St-Cyr Tribble, directrice scientifique de la recherche, Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke  
Madame Nancy Hamel, secrétariat de la recherche, Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

U:\Comité CÉR\Projet de recherche\Projets 2006-2007\Validation d'un algorithme à être utilisé par l'auxiliaire... aide au bain (M Guay) 2006-14\Lettre d'approbation - mars 2007.doc

Centre de santé et de services sociaux  
de la MRC de Cantonné



Sept établissements de santé et de services sociaux de l'Estrie se sont  
dotés d'un Comité d'éthique de la recherche commun

Centre de santé et de services sociaux  
Institut universitaire de gériatrie  
de Sherbrooke



Carrefour Santé du Granit  
CHSUSJ-0202

Centre de santé et de services sociaux  
du Haut-Saint-François

Centre de santé et de services sociaux  
de Memphrémagog

Centre de santé et de services sociaux  
du Val-Saint-François

trois missions, une même vision

**Annexe 16**  
**Fréquence, durée et motifs de consultation**  
**de l'ergothérapeute clinicienne par l'auxiliaire**

**Fréquence, durée et motifs de consultation de l'ergothérapeute clinicienne par l'auxiliaire**

---

<u>Nombre total de consultation*</u>	20 (20,8)
<u>Durée moyenne d'une consultation (minutes)<sup>£</sup></u>	7,2 (2,0 ; 15,0)
<u>Motifs de consultation<sup>§</sup></u>	
Taille	2 (7,4)
Poids	0 (0)
Largeur du siège	0 (0)
Ne peut serrer la main droite pour tenir une barre d'appui	0 (0)
Ne peut serrer la main gauche pour tenir une barre d'appui	1 (3,7)
Ne peut manipuler les poignées de portes et de robinets	0 (0)
Manifeste de la fatigue	1 (3,7)
Démarche traînante	1 (3,7)
Prend appui lors de déplacements	4 (14,8)
Absence d'appui dans la cabine de douche	2 (7,4)
Ouverture de la porte de douche de moins de 2	3 (11,1)
Les solutions ne conviennent pas	2 (7,4)
Autres raisons non prévues par l'algorithme	11 (40,7)

---

\*n=96 ; <sup>£</sup>moyenne (étendue); <sup>§</sup>fréquence (pourcentage)