



Université de Sherbrooke

**Participation du personnel auxiliaire en ergothérapie à la sélection de l'équipement pour
l'hygiène corporelle du client vivant à domicile**

Par
Manon Guay
Programmes de sciences cliniques

Thèse présentée à la Faculté de médecine et des sciences de la santé
en vue de l'obtention du grade de *Philosophiae Doctor* (Ph. D.)
en sciences cliniques

Sherbrooke (Québec), Canada
Novembre 2012

Membres du jury d'évaluation

Pre Hélène Payette, présidente du jury,
programmes de sciences cliniques

Pre Johanne Desrosiers, directrice de doctorat,
programmes de sciences cliniques

Pre Marie-France Dubois, codirectrice de doctorat,
directrice des programmes de sciences cliniques

Pre Helene Polatajko-Howell, membre externe à l'Université de Sherbrooke
Faculty of Medicine, Department of Occupational Science and Occupational Therapy,
University of Toronto

Pre Paulette Guitard, membre externe au programme des sciences cliniques,
Faculté des sciences de la santé, Programme d'ergothérapie à l'école des sciences de la
réadaptation
Université d'Ottawa



Library and Archives
Canada

Published Heritage
Branch

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Direction du
Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file Votre référence

ISBN: 978-0-494-94429-5

Our file Notre référence

ISBN: 978-0-494-94429-5

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.

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

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

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

Canada

Participation du personnel auxiliaire en ergothérapie à la sélection de l'équipement pour l'hygiène corporelle du client vivant à domicile

Par
Manon Guay
Programmes de sciences cliniques

Thèse présentée à la Faculté de médecine et des sciences de la santé en vue de l'obtention du grade de *Philosophiae Doctor* (Ph. D.) en sciences cliniques, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke (Québec), Canada, J1H 5N4

Pour 31 % des aînés vivant dans la communauté, se laver est l'activité de la vie quotidienne la plus problématique. Les écrits indiquent que l'aménagement de la salle de bain par l'ajout d'équipement (ex. : barres d'appui et sièges) est une intervention efficace pour compenser les incapacités du client et promouvoir la sécurité des aidants tels que l'auxiliaire aux services de santé et sociaux. Or, la pénurie d'ergothérapeutes, qui sont des experts en aménagement domiciliaire, retarde la sécurisation de la salle de bain. Ainsi, certains proposent que l'auxiliaire, moins formé que l'ergothérapeute, participe à la sélection de l'équipement. Cette idée soulève la controverse, entre autres parce qu'aucun outil de travail approprié n'est disponible pour l'auxiliaire dont la participation à l'évaluation ergothérapique est contestable. Cette thèse vise à soutenir les réflexions sur les enjeux liés à ce modèle de dispensation des services d'ergothérapie et plus spécifiquement à : 1) mettre en commun les outils maison développés par les ergothérapeutes québécois pour proposer un outil commun d'aide à la décision pour l'auxiliaire, 2) établir la validité de critère de l'outil commun pour s'assurer que l'auxiliaire recommande un équipement adéquat et 3) estimer la concordance entre les recommandations de deux ergothérapeutes afin d'aider à déterminer un seuil d'accord cliniquement acceptable entre deux intervenants. Ainsi, une ébauche d'outil a été produite à partir a) de la synthèse des écrits, b) d'entrevues avec des auxiliaires et c) du recensement des outils maison des 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) du Québec. Ensuite, l'ébauche a été soumise à dix ergothérapeutes cliniciens provenant de sept régions du Québec, par trois vagues de questionnaire entrecoupées d'un groupe de discussion. Ce processus de consultation confère à l'outil développé, l'Algo (pour algorithme clinique), une validité de contenu. L'Algo est construit selon le Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation, s'utilise au domicile du client qui représente un « cas simple » et comprend une suite de questions (oui/non) qui abordent l'occupation, la personne et l'environnement pour aider l'auxiliaire à identifier l'équipement adéquat ou la nécessité de consulter un ergothérapeute. L'Algo a été utilisé avec les 51 clients qui correspondaient à un cas simple parmi les 158 qui avaient fait une demande d'évaluation pour l'aménagement de la salle de bain dans l'un des 4 CSSS participants. Or, les auxiliaires outillés de l'Algo ont identifié un siège qui permettait à 84 % de ces clients de réaliser leur hygiène en fonction de leurs préférences, leurs capacités et leur environnement. Le taux d'adéquation du siège recommandé par l'auxiliaire n'est d'ailleurs pas statistiquement différent du taux d'accord entre deux ergothérapeutes. Cette thèse guide les détenteurs d'enjeux vers les conduites souhaitables lors de l'organisation du travail en ergothérapie communautaire afin d'éviter des situations qui pourraient enfreindre la déontologie ou s'avérer préjudiciables.

Mots clés : Ergothérapie, Soins à domicile, Hygiène, Aide technique, Personnel auxiliaire

À ma fille, Jeanne.

*Le chemin parcouru par ma mère m'a guidé
vers l'éducation qui permet de grandir à tous les âges.
Je souhaite qu'il t'inspire aussi.*

M.

Ce que je voudrais, c'est comprendre, m'avait-il avoué un jour.

*On ne comprend jamais rien, ou très peu de choses, avait-il poursuivi. [...]
Moi, depuis tout petit, j'aime les questions, et les chemins qui mènent à leurs réponses.
Parfois d'ailleurs, je finis par ne connaître que le chemin, mais ce n'est pas si grave :
j'ai déjà avancé.*

Claudel, Philippe (2007).
Le rapport de Brodeck. Éditions Stock.

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

Liste des tableaux	IX
Liste des figures.....	X
Liste des encadrés.....	XI
Liste des abréviations	XII
Introduction.....	13
Chapitre 1 : Recension des écrits.....	18
1.1. Chevauchement des compétences.....	19
1.2. Perspective canadienne du recours au personnel auxiliaire en ergothérapie.....	22
1.3. Perspective québécoise du recours au personnel auxiliaire en ergothérapie.....	25
1.4. Modalités de la participation du personnel auxiliaire aux services d'ergothérapie....	30
1.5. Outils de travail du personnel non-ergothérapeute.....	33
Chapitre 2 : Objectifs de la thèse.....	45
Chapitre 3 : Matériel et méthodes.....	46
3.1. Première étape : développement d'un outil commun	47
3.1.1. Phase de préparation.....	48
3.1.1.1. Recensement des pratiques québécoises	48
3.1.1.2. Exploration des besoins de soutien de l'auxiliaire	49
3.1.1.3. Intégration des données.....	50
3.1.2. Phase de cotation	51
3.1.2.1. Panel d'experts	51
3.1.2.2. Premier questionnaire.....	52
3.1.2.3. Rencontre de discussion	53
3.1.2.4. Deuxième questionnaire.....	54
3.1.2.5. Deuxième questionnaire amendé	54
3.1.3. Phase de finalisation	55
3.2. Deuxième étape : validation de l'outil commun.....	56
3.2.1. Recrutement des participants.....	57
3.2.1.1. Procédure d'échantillonnage et de recrutement des clients	57
3.2.1.2. Recrutement et formation des intervenants.....	58
3.2.2. Procédure de collecte des données	58
3.2.3. Variables et instruments de mesure	61
3.3. Analyse des données.....	62
3.4. Tailles d'échantillon	66

5.1.4. Caractéristiques de la clientèle visitée par du personnel non-ergothérapeute lors de la sélection de l'équipement pour l'hygiène	119
5.1.5. Développement de l'Algo.....	120
5.1.6. Validation de critère de l'Algo	120
5.2. Enjeux entourant la participation du personnel auxiliaire à la sélection de l'équipement pour l'hygiène du client en ergothérapie communautaire	121
5.2.1. Accès aux services de qualité	122
5.2.2. Impacts sur la pratique des ergothérapeutes	125
5.2.3. Formation, supervision et rôles du personnel auxiliaire.....	128
5.2.4. Algo : un outil avec une bonne validité.....	131
5.3. Forces et limites de l'étude.....	137
5.4. Conclusion	139
Remerciements	140
Liste des publications	141
Liste des annexes	153

Liste des tableaux

Tableau 1 :	Articles retenus lors de la recension des outils d'aide à la décision pour le personnel auxiliaire qui participe à la sélection d'équipement.....	40
Tableau 2 :	Synthèse des méthodes de l'étude.....	46
Tableau 3 :	Matrice d'analyse des réponses aux questionnaires de consultations de la phase de cotation	64
Tableau 4 :	Répartition des participants par CSSS pour la validation de critère, selon les objectifs	67
Tableau 5 :	Titre d'emploi des intervenants qui recommandent l'équipement pour l'hygiène (n=98)	70
Tableau 6 :	Titre d'emploi du personnel non-ergothérapeute spécialement formé à la détermination du besoin d'équipement pour l'hygiène (n=56).....	70
Tableau 7 :	Titre d'emploi de l'intervenant qui formule une demande d'intervention au personnel non-ergothérapeute spécialement formé (n=56).....	71
Tableau 8 :	Indicateurs retenus par l'équipe de recherche dans une tactique algorithmique du choix d'équipement à la baignoire ou à la cabine de douche ainsi que les tâches retenues pour les opérationnaliser.....	82
Tableau 9 :	Liste des propositions présentées aux experts lors de la consultation	87
Tableau 10 :	Analyse des réponses des experts aux trois questionnaires	88
Tableau 11 :	Caractéristiques organisationnelles des CSSS participant à la validation de critère de l'Algo.....	109
Tableau 12 :	Processus de recrutement des clients pour la validation de critère de l'Algo, par CSSS	110
Tableau 13 :	Caractéristiques démographiques et cliniques des clients (n=74).....	112
Tableau 14 :	Jugement des intervenants concernant la simplicité de la situation clinique des clients	114
Tableau 15 :	Mesures d'accord entre le jugement des intervenants concernant la simplicité de la situation clinique des clients (n _{ergo-recherche vs auxiliaire} =65 vs n _{ergo-clinique vs auxiliaire} =38) comparativement à l'ergothérapeute-recherche	114

Liste des figures

Figure 1 :	Mouvements de substitution de la main-d'œuvre (Nancarrow et Borthwick 2005; traduit avec l'autorisation des auteurs).....	21
Figure 2 :	Continuum des profils de la pratique de l'ergothérapie et du personnel auxiliaire (ACE, 2009)	24
Figure 3 :	Modèles d'organisation clinique incluant la participation de personnel non-ergothérapeute (OEQ, 2005, reproduit avec l'autorisation de l'auteur).....	28
Figure 4 :	Déroulement de la collecte des données pour la validation de critère de l'outil .	59
Figure 5 :	Réduction des éléments de contenu des outils québécois recensés et utilisés par l'auxiliaire lors du choix de l'équipement pour l'hygiène	78

Liste des encadrés

Encadré 1 : Prises de position de l'équipe de recherche concernant le développement d'un algorithme clinique pour le choix de l'équipement pour l'hygiène.....	77
Encadré 2 : Caractéristiques retenues par l'équipe de recherche pour décrire une personne qui peut être visitée par l'auxiliaire lors du choix d'équipement pour l'hygiène	79
Encadré 3 : Recommandations que l'auxiliaire peut formuler concernant le siège.....	84
Encadré 4 : Recommandations générales que l'auxiliaire peut formuler	86

Liste des abréviations

ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
AERDPQ	Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec
ASSTSAS	Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales
Auxiliaire	Auxiliaire aux services de santé et sociaux
CAOT	Canadian Association of Occupational Therapists
CAP	Chef(s) d'administration des programmes
CDRV	Centre de recherche sur le vieillissement
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre(s) de santé et de services sociaux
COTBC	College of Occupational Therapists of British Columbia
COTNS	College of occupational therapists of Nova Scotia
HAS	Haute autorité de santé
IC	Intervalle de confiance
IPR	<i>InterPercentile Range</i>
IPRAS	<i>InterPercentile Range Adjusted for Symmetry</i>
IRSST	Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité au travail
IUGS	Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
MCRO-P	Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OEO	Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario
OEQ	Ordre des ergothérapeutes du Québec
PDSB	Principes de déplacements sécuritaires des bénéficiaires
PALV-DP	Perte d'autonomie liée au vieillissement et Déficiences physiques
RAM	<i>Rand/UCLA Appropriateness Method</i>
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle

Introduction

En 2008, l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) écrivait que la plupart des Canadiens n'avaient pas accès à des services d'ergothérapie malgré une croissance du nombre d'ergothérapeutes au Canada. Pourtant, les interventions ergothérapeutiques contribuent à diminuer le risque de détérioration de la santé en réduisant la perte d'autonomie, notamment chez les personnes âgées vivant à domicile (Association canadienne de soins et services à domicile, 2011). En fait, le nombre d'ergothérapeutes disponibles ne suffit pas pour répondre au nombre croissant de demandes de services (Institut canadien d'information sur la santé, 2008; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007). Par exemple, au Québec en 2008, 97 postes d'ergothérapeute étaient non pourvus dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) (Madet, 2008). La planification de la main-d'œuvre en ergothérapie est par conséquent une préoccupation pour les ergothérapeutes. Selon Townsend et ses collaborateurs (2008), l'augmentation du nombre de programmes de formation dans les universités, le maintien de l'effectif professionnel et l'immigration d'ergothérapeutes auront une influence positive sur la disponibilité de la main-d'œuvre au Canada. Cependant, d'ici 15 ans, Madet (2008) évalue l'écart cumulatif négatif à 401 ergothérapeutes, soit l'équivalent de 11 % des effectifs actuels. La situation est d'autant plus préoccupante puisque cette profession représente l'un des groupes parmi les professionnels de la santé qui utilisent le plus les congés parentaux (Madet, 2008). De plus, les ergothérapeutes optent dans une proportion grandissante pour la pratique en secteur privé, ce qui freine l'atteinte de l'équilibre dans le RSSS (Madet, 2008). La pénurie d'ergothérapeutes pourrait même être sous-estimée puisque Salvatori et ses collaborateurs (1992) ont déjà illustré que les calculs de planification de la main-d'œuvre omettent généralement de considérer que des ressources humaines sont mobilisées pour l'enseignement, la recherche ou la gestion. Enfin, Button (2012) souligne que

le calcul habituel du nombre d'ergothérapeutes disponibles au Canada surestime la disponibilité de la main-d'œuvre puisqu'il suppose que chaque personne travaille à temps plein, ce qui n'est pas vrai pour la profession d'ergothérapeute.

Ce déséquilibre oblige les ergothérapeutes et leurs partenaires à mettre en place des moyens d'action souples, adaptés et concertés, pour assurer la main-d'œuvre requise en nombre et en qualité. Entre autres, la participation du personnel auxiliaire (c.-à-d. les membres du personnel qui ont acquis des compétences pour soutenir l'ergothérapeute) dans la prestation des services d'ergothérapie est proposée afin d'assurer l'utilisation optimale des ressources humaines (Hagler *et al.*, 1994; Hagler *et al.*, 1993). Or, l'engagement du personnel auxiliaire, nommé au Québec personnel non-ergothérapeute, ne fait pas consensus (Carrier *et al.*, 2010; Strickland, 1993) et les ergothérapeutes des milieux cliniques se questionnent sur la conduite à tenir (College of occupational therapists of Nova Scotia [COTNS], 2005; Genest *et al.*, 2003). Par exemple, en 1998, 15 % de toutes les questions adressées au Bureau national de l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) concernaient le recours au personnel auxiliaire (von Zweck et Gillespie, 1998). Les enjeux touchent la reconnaissance de l'expertise de l'ergothérapeute ainsi que la qualité des soins et la sécurité des clients.

Néanmoins, ces pratiques documentées depuis plus de 50 ans dans certaines provinces canadiennes (Maxwell et Maxwell, 1978) gagnent en popularité auprès des décideurs (Madet, 2008) et des gestionnaires du RSSS québécois (Genest *et al.*, 2003). Par exemple, certains centres de santé et de services sociaux (CSSS) ont développé des modèles d'organisation des services en ergothérapie communautaire qui sollicitent du personnel auxiliaire pour la formulation de recommandations concernant l'aménagement sécuritaire de la salle de bain (ex. : ajout de siège de bain et de barres d'appui murales). Cette activité clinique

est privilégiée puisque les difficultés vécues lors de l'hygiène sont le motif de consultation le plus fréquent dans les services d'ergothérapie des programmes *Perte d'autonomie liée au vieillissement et Déficiences physiques* (PALV-DP) (Ordre des ergothérapeutes du Québec [OEQ], 2005). En effet, pour les personnes âgées vivant dans la communauté, se laver est l'activité de la vie quotidienne qui cause le plus de problèmes (Clark *et al.*, 1990; LaPlante *et al.*, 2002). Trente-et-un pour cent des aînés âgés de 70 ans et plus vivant à domicile ont des difficultés à prendre leur bain (Naik *et al.*, 2004) et 51 % des personnes âgées de 90 ans ou plus ont besoin d'aide (Berlau *et al.*, 2009). Par conséquent, Berlau et ses collègues (2011) soulèvent la pertinence des interventions qui visent à compenser les difficultés lors de l'hygiène afin de prévenir la perte d'autonomie. De plus, dans leur récente étude sur les relations entre les caractéristiques de l'environnement et la participation sociale des personnes âgées avec peu d'incapacités, Yang et Sanford (2012) ont identifié que les barrières architecturales perçues à la baignoire ou dans la cabine de douche (ex. : hauteur du rebord extérieur de la baignoire ou du seuil de douche) influencent significativement à la baisse la fréquence et la distance des déplacements dans la communauté. Ainsi, ces auteurs soulignent l'importance de l'adaptation adéquate de la salle de bain pour favoriser la participation sociale des aînés vivant dans la communauté.

Peu d'informations sont disponibles sur l'efficacité des modalités d'intervention pour réduire les situations de handicap lors de l'hygiène personnelle (Gill *et al.*, 2007; Murphy *et al.*, 2007). Toutefois, les interventions ergothérapeutiques sont depuis longtemps reconnues sur les plans clinique, scientifique et législatif (Chamberlain *et al.*, 1981; Chamberlain *et al.*, 1978; OEQ, 2004; Sainty *et al.*, 2009; Shillam *et al.*, 1983; Société d'habitation du Québec, 2006; Zingmark et Bernspang, 2011). L'ergothérapeute est ainsi l'expert pour évaluer les causes des problèmes rencontrés et, le cas échéant, pour recommander des modifications

architecturales dans la salle de bain ou l'installation d'équipement. Entre autres, l'ajout d'aides techniques s'est révélé une intervention efficace pour compenser les incapacités de la personne (Demers *et al.*, 1994; Lansley *et al.*, 2004; Verbrugge *et al.*, 1997; Verbrugge et Sevak, 2002, 2004).

S'appuyant sur les lignes directrices sur la *Participation du personnel non-ergothérapeute à la prestation des services d'ergothérapie* (nommé « Lignes directrices » dans la thèse) publiées par l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ) en 2005, les ergothérapeutes cliniciens québécois ont développé des outils d'aide à la décision « maison » afin d'assigner cette activité clinique à du personnel auxiliaire. Or, les résultats obtenus dans le cadre de l'étude de maîtrise de Guay (appelée ci-après « étude préliminaire ») tendent à démontrer que le personnel non-ergothérapeute qui utilise un tel outil décisionnel recommande une fois sur quatre un siège de bain inadéquat (Guay *et al.*, 2009; Guay *et al.*, 2010). Ainsi, ces pratiques sont susceptibles d'engendrer des infractions à la déontologie ou d'être préjudiciables à la population. De plus, ces pratiques se trouvent à la frontière des repères sur le recours au personnel auxiliaire qui recommandent de ne pas assigner à ce personnel l'évaluation et la formulation des recommandations qui en découlent. Il apparaît donc nécessaire d'étudier ces pratiques novatrices pour permettre aux intervenants, aux gestionnaires et aux décideurs politiques de faire des choix éclairés lors de l'organisation des services en fonction des ressources humaines disponibles. Cette thèse poursuit le but d'alimenter les réflexions sur les enjeux liés à l'engagement du personnel auxiliaire à la prestation des services d'ergothérapie. Plus spécifiquement, elle aborde la participation du personnel non-ergothérapeute à la sélection de l'équipement pour l'hygiène du client vivant à domicile.

La thèse débute par une recension des écrits professionnels et scientifiques qui situent la problématique et amènent à la formulation des objectifs de la thèse, exposés au chapitre 2. En fonction des deux grandes étapes de déroulement de l'étude, les méthodes retenues pour l'atteinte des objectifs sont décrites dans le chapitre 3 et les résultats, au chapitre 4. Le chapitre 5 présente une discussion des résultats obtenus, incluant les forces et les limites de l'étude, des recommandations pour les milieux cliniques ainsi que les retombées anticipées.

Cette thèse a donné lieu à six articles scientifiques, la plupart en langue anglaise. Au moment du dépôt initial, deux articles étaient publiés, deux acceptés et deux autres en préparation pour être soumis à une revue avec comité de pairs. Néanmoins, la forme traditionnelle de rédaction d'une thèse est retenue afin de rendre ces connaissances accessibles en langue française. La liste des publications et des communications issues de cette thèse est disponible à l'annexe 1.

Chapitre 1 : Recension des écrits

Pour rassembler les connaissances utiles à cette thèse, les bases documentaires CINAHL (Ebsco), Medline (Ovid), PubMed et OTDBASE ont été interrogées avec l'assistance d'une bibliothécaire de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke. Les textes de langues française et anglaise ont été retenus et des mots clés ainsi que des *Medical Subject Heading* (MeSH) pertinents ont été utilisés (ex. : *Professional occupational therapy assistant, Skill mix, Support personnel, Activities of daily living, Bath*, Home health, Decision tree*). Des documents professionnels et gouvernementaux, des ouvrages de référence en ergothérapie ainsi que des sites Internet relatifs à la pratique de l'ergothérapie au Canada ou dans d'autres pays ont été consultés. Les listes de références des articles et des ouvrages ont été examinées et des recherches avec le nom d'auteurs actifs dans ce domaine d'étude ont été conduites dans la base de données PubMed. Réalisée une première fois en 2008 lors du début de l'étude, la recension des écrits a été mise à jour régulièrement, entre autres par la consultation des tables des matières des principaux journaux scientifiques et professionnels en ergothérapie et des bulletins de veille ou d'information électroniques (ex. : Réseau québécois de la recherche sur l'adaptation et la réadaptation – Fonds québécois de la recherche en santé, Réseau sur le vieillissement et les changements démographiques, Infolettre de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales [ASSTSAS]). Enfin, certains écrits ont été obtenus à la suite de recommandations de collègues.

Cette recension des écrits comporte cinq sections. La première section résume les informations qui apportent un éclairage sur le concept de chevauchement des compétences. Par la suite, les perspectives canadiennes et québécoises du recours au personnel auxiliaire en

ergothérapie et les modalités de leur participation aux services d'ergothérapie sont exposées. Finalement, les outils d'aide à la décision pour le personnel non-ergothérapeute qui sélectionne l'équipement pour l'hygiène du client vivant à domicile sont présentés.

1.1.Chevauchement des compétences

La participation du personnel auxiliaire dans une profession réfère au concept de chevauchement des compétences (Conseil canadien de la santé, 2005) et est généralement désignée en anglais par l'expression *skill mix* (Bourgeault *et al.*, 2008). Notons que les expressions *dosage des compétences* (Bourgeault *et al.*, 2008) ou *éventail des qualifications* (Guay, 2012) sont aussi rencontrées dans les écrits en langue française. La compréhension de ce concept, abordé par les auteurs internationaux dans le domaine de la santé, permet de soutenir une réflexion sur les enjeux qui entourent ces pratiques.

Le chevauchement des compétences se définit, selon Stanmore et Waterman (2007), par « *a more efficient deployment of employee skills and competencies through the introduction of extended roles and cross-skilling* » (p. 751). Ainsi, il s'agit de partager des rôles entre professionnels ou de combiner à la fois les habiletés du personnel qualifié et celles du personnel moins formé, au sein d'une profession ou d'un service. En outre, les frontières du champ d'exercice d'une profession ne sont pas étanches et statiques. En effet, comme l'explique Witz (1992), les professionnels ont le pouvoir de déplacer les frontières de leur champ d'exercice en identifiant de nouvelles occasions de travail ou en adoptant les rôles assumés habituellement par leurs collègues à la suite de tactiques de démarcation, d'empiètement ou de délégation consensuelle. Les écrits de Larkin (1983) traitent de l'impérialisme professionnel selon lequel une profession, dans sa quête d'une reconnaissance

plus élevée dans la société, « vole » à d'autres groupes professionnels certains rôles et se libère de tâches moins valorisantes. Selon Abbott (1988), les professions seraient engagées dans des disputes perpétuelles durant lesquelles les champs de pratique sont occupés, puis laissés vacants. Dans son article sur le pouvoir et la perte de pouvoir au sein des professions, Clark (2010) illustre ces idées par l'occupation d'un immeuble d'appartements locatifs : lorsqu'un appartement devient vacant, les locataires potentiels se disputent le bail.

Ainsi, les frontières professionnelles seraient un construit social dynamique. Bien que le langage utilisé pour discuter de ces questions ait une connotation agressive, il s'agirait dans le domaine de la santé d'une guerre de bon aloi plutôt que d'une guerre de tranchées. En effet, pour Buchan et Dal Poz (2002), la perte d'influence que subissent actuellement les médecins contribuerait à une plus grande reconnaissance des autres professionnels des sciences de la santé dans de nouveaux champs de compétence. Pour assumer leurs nouveaux rôles, particulièrement dans un contexte de rareté de main-d'œuvre, ces professions peuvent réagir en se dotant à leur tour de personnel auxiliaire, ce qui permet de bonifier et d'assumer pleinement ces nouvelles responsabilités. En ce sens, Nancarrow et Borthwick (2005) jettent un éclairage intéressant sur la participation du personnel auxiliaire aux services d'ergothérapie. Ces auteurs suggèrent que l'évolution des professions de la santé résulterait de la pression sur les frontières interprofessionnelles. Suivant leur théorie, une profession évoluerait selon quatre mouvements : 1) diversification, 2) spécialisation, 3) substitution verticale et 4) substitution horizontale.

Les deux premiers mouvements, la diversification et la spécialisation, permettent à une profession de grandir et de prendre de l'expansion. Par exemple, l'évaluation de l'aptitude à prendre soin d'un bébé à la clinique Parents Plus du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau à

Montréal (Canada) illustre que l'ergothérapie est en mesure de diversifier son offre de services dans un contexte social où les personnes présentant des incapacités physiques revendiquent le droit d'assumer pleinement un rôle de parent. Par ailleurs, l'évaluation de la capacité à conduire un véhicule routier est un exemple de spécialisation pour la profession où un sous-groupe d'ergothérapeutes se forme pour exercer des activités cliniques particulières, souvent plus complexes. Cependant, la capacité d'une profession à effectuer des mouvements de diversification ou de spécialisation est tributaire de sa capacité à se délester de rôles moins agréables ou moins prestigieux (Nancarrow et Borthwick, 2005). Cet « abandon » s'effectue par le mouvement de substitution horizontale ou verticale (voir figure 1). D'une part, la substitution horizontale s'opère entre les professions qui ont un niveau de formation équivalent et des frontières professionnelles communes. Bien que les champs d'exercice des professionnels de la santé soient généralement réglementés (Adams, 2010), cette substitution existe en milieu clinique. Par exemple, les ergothérapeutes et les physiothérapeutes peuvent se

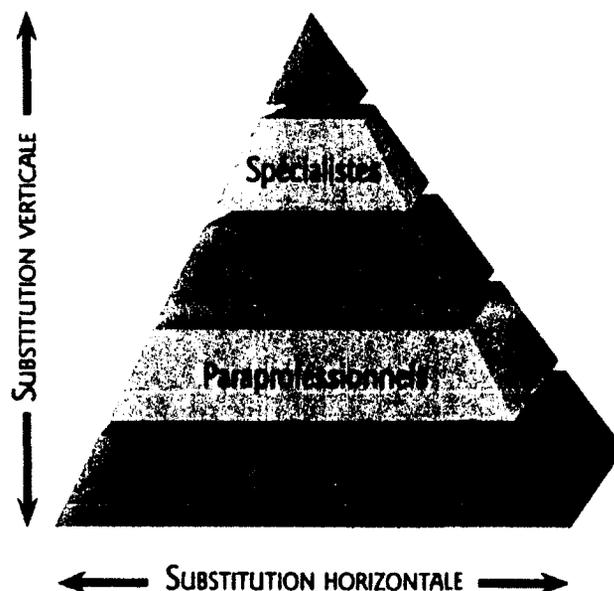


Figure 1 : Mouvements de substitution de la main-d'œuvre (Nancarrow et Borthwick 2005; traduit avec l'autorisation des auteurs)

substituer l'un à l'autre (Booth et Hewison, 2002), mais la substitution horizontale se produit aussi avec d'autres professionnels tels que les infirmières ou les travailleurs sociaux (Lloyd *et al.*, 2004). D'autre part, la substitution verticale implique le transfert de tâches habituellement assumées par un groupe, à un autre groupe n'ayant pas une formation, un pouvoir ou une autonomie professionnelle équivalents. Généralement, ce sont les activités routinières et peu valorisantes qui sont ainsi transférées vers un groupe occupant un niveau de reconnaissance sociale moins élevé. L'acceptation de la tâche par le groupe subalterne provoque alors la montée de ce groupe dans l'escalier de la reconnaissance. L'inclusion du personnel auxiliaire dans la prestation des services en ergothérapie communautaire lors du choix de l'équipement pour l'hygiène correspond à ce type de substitution.

1.2.Perspective canadienne du recours au personnel auxiliaire en ergothérapie

Selon l'historique du personnel auxiliaire en ergothérapie proposé par Salvatori (2001), la pertinence et les modalités de la participation du personnel auxiliaire dans la prestation des services en ergothérapie au Canada sont discutées depuis le milieu du siècle dernier. En outre, les recommandations de Maxwell et Maxwell publiées en 1978 en faveur de la participation du personnel auxiliaire dans la prestation des services d'ergothérapie alimentent encore aujourd'hui les réflexions des ergothérapeutes canadiens sur ce thème et ses enjeux pour la reconnaissance de la profession (Cockburn, 2001; Cooper, 2012). En effet, les idées véhiculées dans le Rapport Maxwell n'ont pas rallié les ergothérapeutes du pays. Plutôt, les échanges entre Hagler et ses collaborateurs (1994; 1993) et Strickland (1993) témoignent du contexte canadien de l'époque qui était généralement défavorable à la reconnaissance du personnel auxiliaire en ergothérapie, mais aussi des positions contraires adoptées en regard de la formation, de la supervision et des rôles du personnel auxiliaire.

Or, la perspective canadienne s'est modifiée récemment. En effet, le personnel auxiliaire en ergothérapie est désormais considéré comme une ressource humaine additionnelle (ACE, 2009; OEQ, 2005) et il peut être membre associé de l'ACE (von Zweck, 2011). De plus, l'ACE valide actuellement un processus d'accréditation pour les lieux de formation du personnel auxiliaire en ergothérapie (von Zweck, 2011; Burnett, 2012). Aussi, l'ACE (2009) a clairement indiqué par la publication du *Profil de la pratique du personnel auxiliaire en ergothérapie* que le personnel auxiliaire en ergothérapie au Canada est une ressource humaine valorisée et positive. Ce document, élaboré à partir des travaux antérieurs de l'ACE, s'appuie largement sur le *Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada* (ACE, 2007). En outre, l'ACE intègre ces deux profils et propose maintenant un continuum qui représente la progression possible des compétences pour le personnel auxiliaire en ergothérapie (ayant des compétences de base, spécialisées à étendues) ainsi que pour l'ergothérapeute (de compétent à chevronné) (voir figure 2). Le personnel auxiliaire avec des compétences de base est formé en emploi pour intervenir dans un ou deux domaines de service (ex. : préposé en ergothérapie). Le personnel auxiliaire avec des compétences spécialisées possède les compétences de base, de même que des compétences avancées et complexes dans un domaine de pratique spécialisé autre que l'ergothérapie (ex. : mécanicien pour les fauteuils roulants). Finalement, le personnel auxiliaire avec des compétences étendues possède des compétences multiples pour intervenir auprès de diverses populations. Ce personnel auxiliaire reçoit une formation officielle, théorique et clinique, en ergothérapie. Il est intéressant de noter que cette hiérarchisation s'apparente beaucoup aux recommandations de Maxwell et Maxwell (1978) qui proposaient déjà trois niveaux similaires de personnel auxiliaire : aides (c.-à-d. compétences de base), techniciens (c.-à-d. compétences spécialisées) et assistants (c.-à-d. compétences étendues).

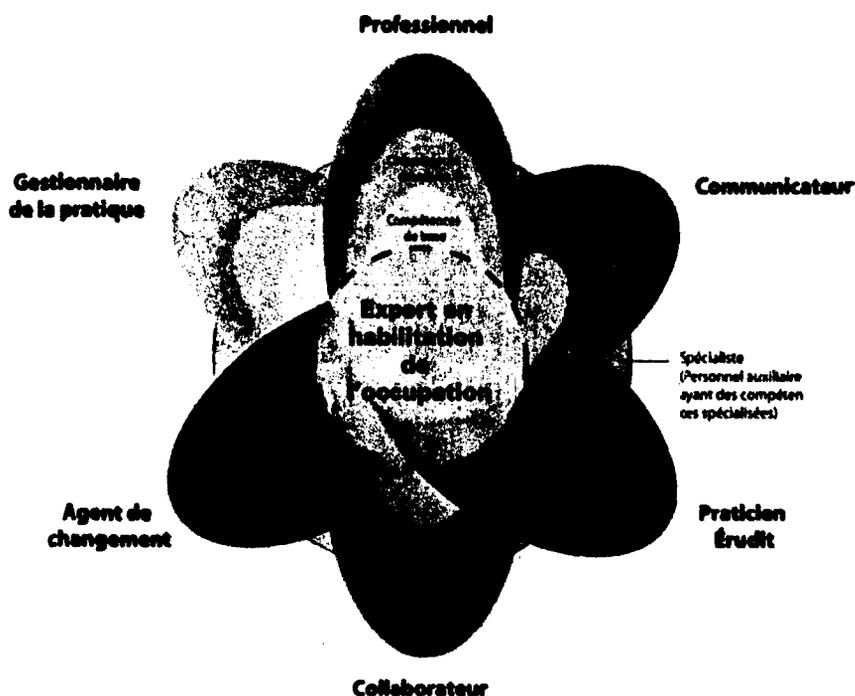


Figure 2 : Continuum des profils de la pratique de l'ergothérapie et du personnel auxiliaire (ACE, 2009)

Le continuum de profils de l'ACE correspond à ce que Le Boterf (2006, 2007) nomme « référentiel de métier », c.-à-d. des espaces de progression possibles, tant en activités qu'en ressources à acquérir, structurés autour de domaines propres à un métier. Les référentiels de métier permettent de positionner des cibles de professionnalisation qui indiquent les objectifs à atteindre, non seulement pour les types d'activités ou de situations à gérer, mais aussi pour les savoirs (c.-à-d. les connaissances), les savoir-faire (c.-à-d. les habiletés) et les savoir-agir (c.-à-d. la compétence) (Le Boterf, 2007). Ainsi, le référentiel représente une aire de construction de compétences fluide et dynamique dans laquelle les membres du personnel auxiliaire en ergothérapie et les ergothérapeutes peuvent progresser en se fixant des cibles de professionnalisation à des niveaux de compétence distincts, mais dans le même continuum de métier. Des experts canadiens ont pris position sur le continuum de profils proposé par l'ACE lors de groupes de discussion focalisée. Ce processus de consultation lui confère une validité

de contenu et l'ACE (2009) soutient qu'il reflète les pratiques cliniques canadiennes. Toutefois, comme la provenance géographique des experts n'est pas connue, le continuum ne représente pas nécessairement la perspective québécoise.

1.3.Perspective québécoise du recours au personnel auxiliaire en ergothérapie

Les ergothérapeutes québécois sont perplexes concernant la participation du personnel auxiliaire aux services d'ergothérapie. Par exemple, Genest et ses collaboratrices (2003) rapportent que l'OEQ est souvent interpellé par ses membres, préoccupés entre autres parce que « les gestionnaires demandent de plus en plus souvent aux ergothérapeutes de “déléguer” à d'autres intervenants du CLSC [Centre local de services communautaires], plus spécifiquement aux auxiliaires familiaux, l'évaluation des besoins de services et d'aides techniques pour l'hygiène » (p. 4).

Pour répondre à ces questionnements, l'OEQ a publié en 2005 des lignes directrices. Par « participation du personnel non-ergothérapeute à la prestation des services d'ergothérapie », l'OEQ entend « l'accomplissement d'activités cliniques reliées au processus d'intervention ergothérapique par un membre du personnel d'un milieu dans lequel des services d'ergothérapie sont offerts » (p. 3). Les Lignes directrices veulent soutenir les ergothérapeutes dans l'exercice de leur profession, tout en informant les partenaires sur les conduites souhaitables pour éviter les situations qui pourraient être préjudiciables à la population ou engendrer des infractions à la déontologie. Cette prise de position vise également, comme expliqué dans le rapport d'une enquête réalisée par la société Éduconseil (2003) à la demande de l'OEQ, à répondre aux orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec. En effet, le MSSS souhaite encourager un

modèle d'organisation du travail qui consiste « à favoriser la hiérarchisation des tâches entre les différentes catégories de personnel et à privilégier l'embauche de personnel technique et de soutien plutôt que de personnel professionnel pour offrir des services à la population » (Éduconseil, 2003, p. 3). Un addenda aux Lignes directrices de l'OEQ (2008a) a été publié à la suite de projets-pilotes sur leur implantation (Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec [AERDPQ], 2006). L'OEQ y précise entre autres que les Lignes directrices n'ont pas le caractère obligatoire et impératif des normes de pratique, mais revêtent plutôt un caractère indicatif.

Dans ses documents, l'OEQ (2005) distingue deux types d'activités reliées à la prestation des services d'ergothérapie. Premièrement, les tâches non cliniques sont liées au soutien logistique de la prestation des services (ex. : faire des photocopies, ranger le local de thérapie, nettoyer les équipements). Pour une organisation optimale du travail, ces tâches doivent être réalisées par d'autres catégories de personnel que l'ergothérapeute avant de recourir à l'assignation d'activités cliniques (OEQ, 2005). Deuxièmement, les activités cliniques sont directement reliées au processus d'intervention ergothérapique et se divisent en deux catégories : les activités cliniques directes (ex. : collecte des données à l'aide d'un formulaire, observation du client, enseignement et entraînement à l'utilisation d'un équipement) et les activités cliniques indirectes qui ne requièrent pas la présence du client (ex. : installation d'un équipement spécialisé dans le milieu de vie du client, recherche de ressources communautaires, réparation de certaines parties d'une orthèse). D'une part, certaines de ces activités peuvent être assignées (c.-à-d. « confiées » [OEQ, 2005, p. 30]) à du personnel non-ergothérapeute dans le respect des lois et des règlements pertinents à la pratique professionnelle d'un ergothérapeute. D'autre part, l'OEQ énumère les activités qui ne peuvent en aucun cas, en tout ou en partie, faire l'objet d'une assignation à du personnel non-

ergothérapeute telles que les activités qui exigent l'appartenance à l'OEQ, l'interprétation de la demande de services en ergothérapie, l'analyse des résultats de l'évaluation, la détermination du plan de traitement, la transmission des recommandations ou la décision de mettre fin à l'intervention ergothérapeutique.

Aussi, les informations fournies par l'OEQ dans ses documents indiquent que la perspective québécoise présente des similarités avec la perspective canadienne, mais aussi des différences significatives. En effet, l'OEQ propose deux modèles d'organisation des services en ergothérapie qui peuvent engager du personnel auxiliaire en ergothérapie (voir figure 3). Dans le premier modèle (voir côté gauche de la figure 3), un ergothérapeute peut assigner une activité clinique (ex. : la participation à la sélection de l'équipement pour l'hygiène, la modification d'une orthèse, une activité de stimulation sensorimotrice) à du personnel non-ergothérapeute (ex. : auxiliaire aux services de santé et sociaux [nommé « auxiliaire » dans la thèse], préposé en ergothérapie, éducateur spécialisé). Ce premier modèle fait écho au continuum des profils canadiens dans lequel du personnel auxiliaire avec des compétences de base ou spécialisées peut collaborer avec l'ergothérapeute. L'ergothérapeute demeure alors responsable des services rendus à la population et doit décider d'assigner l'activité clinique en exerçant son jugement professionnel. Dans un deuxième modèle, qui se distingue de la perspective canadienne (voir côté droit de la figure 3), l'OEQ considère qu'un gestionnaire peut déterminer que du personnel non-ergothérapeute offrira les services traditionnellement rendus à la population par l'ergothérapeute. L'OEQ suggère que ce modèle se limite aux situations cliniques qui requièrent « l'application du simple jugement de la part du personnel non-ergothérapeute » (OEQ, 2005, p. 27). En outre, l'OEQ considère légitime pour les établissements de santé de remplir leur mission en tenant compte des ressources humaines professionnelles et non professionnelles disponibles, dans la mesure où un ergothérapeute peut

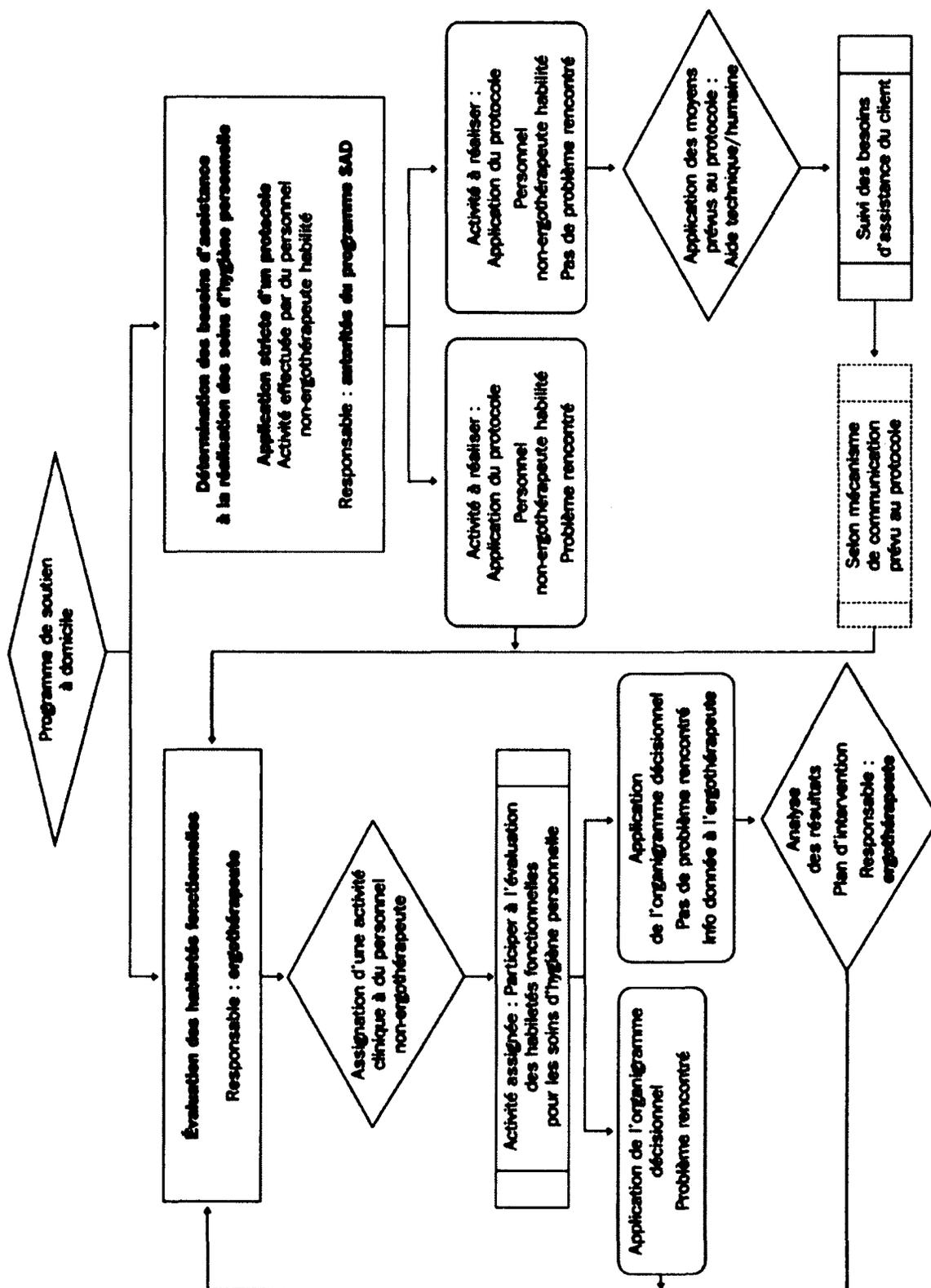


Figure 3 : Modèles d'organisation clinique incluant la participation de personnel non-ergothérapeute (OEQ, 2005, reproduit avec l'autorisation de l'auteur)

rencontrer les « cas complexes ». Advenant qu'un établissement opte pour la mise en place de ce deuxième modèle, l'OEQ encourage les ergothérapeutes québécois à collaborer avec les gestionnaires en participant à l'élaboration de protocoles de prestation des services et en formant ce personnel, par exemple. L'ergothérapeute qui forme des non-ergothérapeutes est alors « responsable de la qualité du contenu de la formation, des méthodes d'enseignement retenues pour développer les compétences des participants ainsi que des outils d'aide à la décision et des documents mis à la disposition des participants » (OEQ, 2008b, p. 4).

Le récent *Référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession d'ergothérapeute au Québec* (OEQ, 2011) est aussi révélateur de la perspective québécoise du recours au personnel auxiliaire en ergothérapie. Entre autres, ce référentiel de métier précise que l'ergothérapeute compétent établit des relations et collabore avec le personnel auxiliaire appelé à participer à la mise en œuvre du plan d'intervention en ergothérapie. De plus, l'ergothérapeute « détermine les ressources nécessaires à la conduite de l'intervention » par la « détermination juste et précise des moyens d'intervention qui peuvent être réalisés par du personnel non-ergothérapeute » (p. 23). Aussi, l'ergothérapeute assure « l'encadrement du personnel non-ergothérapeute engagé dans l'intervention » en démontrant une « attention soutenue à la manière dont le personnel non-ergothérapeute applique les directives reçues pour soutenir le client ou la population cible » et la « pertinence des actions mises en œuvre pour ajuster la manière de faire du personnel non-ergothérapeute dans la situation » (p. 26). Ainsi, un ergothérapeute compétent doit se préoccuper des modalités de la participation du personnel auxiliaire aux services d'ergothérapie.

1.4.Modalités de la participation du personnel auxiliaire aux services d'ergothérapie

Selon Townsend et ses collaborateurs (2008), l'ergothérapeute est responsable de la sécurité et de la qualité des services rendus au client par le personnel auxiliaire. Ainsi, l'ergothérapeute exerce son jugement professionnel afin d'analyser, entre autres, les facteurs personnels du client, les composantes de l'activité assignée et les facteurs environnementaux, pour établir les risques de préjudices potentiels lors du recours au personnel auxiliaire en ergothérapie (College of Occupational Therapists of British Columbia [COTBC], 2004; OEQ, 2005). L'ergothérapeute devrait aussi, selon les écrits internationaux, canadiens et québécois, prendre en considération d'autres modalités de la participation du personnel auxiliaire aux services d'ergothérapie : 1) leur formation, 2) leur supervision et 3) le partage des rôles.

Tout d'abord, le personnel auxiliaire en ergothérapie reçoit généralement une formation, mais elle varie selon les milieux. L'ACE la classe en deux catégories : informelle ou formelle (Canadian Association of Occupational Therapists [CAOT], 2003a, 2003b). La formation informelle est celle offerte en emploi, par un ou des membres de l'équipe de travail. Un large spectre de ce type de formation est décrit et il va de l'accueil/orientation dans un service donné jusqu'au programme de formation structuré dans le but de développer des compétences pour l'intervention clinique. La formation formelle réfère pour sa part aux programmes d'enseignement reconnus, qui sont de durée variable. Deux types de formation formelle sont documentés : générique ou spécifique. Par exemple, l'Angleterre opte pour une formation générique dans laquelle le personnel auxiliaire acquiert des connaissances et des habiletés en lien avec plusieurs professions (c.-à-d. ergothérapie, physiothérapie et sciences infirmières) tandis que les États-Unis offrent une formation spécifique pour le personnel auxiliaire en ergothérapie menant à l'obtention du titre de *Certified Occupational Therapist*

Assistant (Management Dimensions, 2007; Stanmore *et al.*, 2006). Au Canada, des formations informelles et formelles spécifiques sont offertes et l'ACE reconnaît la pertinence de chacune d'elles (Management Dimensions, 2007). Bien qu'il n'existe pas encore de normes canadiennes pour la formation du personnel auxiliaire (Klaiman, 2006; Townsend *et al.*, 2008), l'ACE a mis sur pied un groupe de travail pour le développement d'un programme d'agrément de l'enseignement à l'assistant de l'ergothérapeute et l'assistant du physiothérapeute au Canada (von Zweck, 2011, Burnett, 2012). L'objectif est de proposer à l'hiver 2012 une structure d'accréditation volontaire des programmes formels de formation post-secondaire pour l'assistant de l'ergothérapeute et l'assistant du physiothérapeute basée sur une approche d'évaluation par les pairs (von Zweck, 2011, Burnett, 2012). Au Québec, seule la formation informelle est offerte et la tendance serait de solliciter la collaboration de la main-d'œuvre ayant été formée dans un domaine connexe à l'ergothérapie (ex. : éducateur spécialisé, thérapeute en réadaptation physique, auxiliaire) (AERDPQ, 2008; Madet, 2008; OEQ, 2005). L'ergothérapeute qui s'engage dans une telle formation devient alors responsable de la qualité du contenu de la formation, des méthodes d'enseignement et des documents mis à la disposition des participants, incluant les « outils d'aide à la décision conçus expressément à cette fin (ex. : grille d'observation, cheminement critique) » (OEQ, 2008b, p. 4).

Une deuxième modalité à considérer lors de la participation du personnel auxiliaire aux services d'ergothérapie est la supervision. Selon plusieurs auteurs, puisque l'ergothérapeute demeure responsable de la qualité du travail effectué, une supervision formelle et informelle, individualisée et adaptée à la tâche transférée, doit être mise en place (CAOT, 2003a; COTNS, 2005; Jung *et al.*, 2002; Mackey et Whitfield, 2007; Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario [OEO], 2004; OEQ, 2005). L'objectif de la supervision est de permettre à l'ergothérapeute de s'assurer de la qualité des services et de la sécurité du client. Elle vise aussi la création d'un

climat de confiance mutuelle avec le personnel auxiliaire et le développement de leurs compétences.

Troisièmement, les rôles assumés ou les activités exécutées par le personnel auxiliaire en ergothérapie varient considérablement selon les milieux et les pays. Bien que certains considèrent cette flexibilité souhaitable pour l'implantation de ces pratiques en conformité avec les besoins du milieu (AERDPQ, 2008; Atkinson, 1993), d'autres jugent qu'elle nourrit la confusion et génère des tensions dans les équipes (Mackey et Nancarrow, 2005). Le continuum de profils proposé par l'ACE présente une piste rassembleuse en positionnant le rôle pivot d'« expert en habilitation de l'occupation » au cœur des rôles du personnel auxiliaire (ACE, 2009). En conformité avec le Modèle canadien d'habilitation centrée sur le client et les paradigmes de notre profession (Townsend et Polatajko, 2008), il s'agit de la fonction de base qui est liée à tous les autres rôles (ACE, 2009). Ainsi, le personnel auxiliaire en ergothérapie doit démontrer « les compétences requises pour utiliser l'occupation efficacement, à la fois comme moyen d'intervention et comme le résultat d'une intervention en ergothérapie » (ACE, 2009, p. 4).

Une controverse semble toutefois exister concernant le rôle du personnel auxiliaire au regard de la collaboration au processus d'évaluation du client. Plusieurs auteurs précisent que l'évaluation relève de l'ergothérapeute (CAOT, 2003b; von Zweck, 2011; COTNS, 2005; Doumanov et Rugg, 2003; Hirama, 1994; Mackey, 2004; Mackey et Whitfield, 2007; OEO, 2004; Saskatchewan Society of Occupational Therapists, 2006; Strickland, 1993). Toutefois, d'autres suggèrent que le personnel auxiliaire est en mesure de faire passer des tests de dépistage standardisés (Alberta Association of Registered Occupational Therapists, 2005; Hagler *et al.*, 1994; Hagler *et al.*, 1993) ou de recueillir les éléments de données utiles à

l'évaluation (ACE, 2009). En outre, cette ambiguïté est présente dans les écrits québécois. Bien que les Lignes directrices de l'OEQ (2005) précisent que l'évaluation relève de l'ergothérapeute, le Référentiel des compétences (OEQ, 2011) suggère que le personnel auxiliaire peut participer au processus évaluatif en ergothérapie. En effet, un critère de démonstration de la maîtrise de la conduite d'un processus d'intervention en ergothérapie est l'« inscription systématique d'une note désignant les parties de l'évaluation ayant été réalisées par du personnel non ergothérapeute » (OEQ, 2011, p. 32). En fait, la ligne de partage des rôles entre l'ergothérapeute et le personnel auxiliaire serait l'interprétation des données utiles à l'évaluation. Bien que des données puissent être collectées par le personnel auxiliaire durant le processus d'évaluation ergothérapique, seul l'ergothérapeute peut les analyser afin de formuler une opinion professionnelle sur la situation du client. Pourtant, certains écrits témoignent de l'engagement du personnel auxiliaire dans la détermination des besoins et le prêt d'équipement aux clients sans qu'un professionnel de la santé soit consulté (Disabled Living Foundation, 2012; Stanmore et Waterman, 2007).

1.5. Outils de travail du personnel non-ergothérapeute

Lorsque le personnel non-ergothérapeute participe à la prestation des services d'ergothérapie, il doit avoir à sa disposition des outils de travail pour le guider dans ses interventions et communiquer avec l'ergothérapeute qui lui assigne une activité clinique (OEQ, 2005). Dans ses Lignes directrices, l'OEQ ne nomme aucun outil de travail spécifique. Plutôt, l'OEQ illustre ses consignes à l'aide de l'exemple de la participation du personnel non-ergothérapeute à la sélection de l'équipement pour l'hygiène et propose d'avoir recours 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 » (OEQ, 2005, p. 27). En fait, le vocable de l'OEQ (c.-à-d. grilles et organigrammes décisionnels) réfère à des outils développés par des intervenants dans des CSSS de diverses régions du Québec. Une recension non exhaustive de ces outils maison a été réalisée par boule de neige entre 2005 et 2006 durant l'étude préliminaire (Guay, 2008). Il en ressort que les acteurs des CSSS ne disposent pas d'instruments fidèles et valides, mais développent des outils de travail maison afin de répondre aux besoins particuliers de leur personnel et de leur clientèle. Ces outils sont révisés et modifiés à l'usage, selon le jugement des intervenants du milieu. Ainsi, ces informations ne reflètent pas nécessairement les pratiques actuelles et ne constituent pas des niveaux de preuve élevés.

L'article de Caillé (1993), publié dans une revue professionnelle sans comité de pairs, décrit une approche rationalisée de services lors de 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 devenus compétents à utiliser l'arbre de décision, qu'elle qualifie de méthode objective d'évaluation au bain. Toutefois, Caillé ne rapporte pas les éléments méthodologiques de l'étude, tels 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.

Au cours des dernières années, sous la coordination de Danielle Desnoyers et de trois ergothérapeutes montréalaises, Sylvie Mercier, Nathalie Caisy et Sylvie Doyon, des intervenants ont développé la grille *Préalables aux soins d'hygiène*, aussi connue sous le nom BAINS 1. Cet outil n'est pas publié, mais disponible en contactant madame Desnoyers (danielle@desnoyers.ca) ou en allant sur le site Internet du CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel (csss-stleonardstmichel.qc.ca/publications/adaptation-salle-de-bain-sssds/). Cet outil guide les observations de l'auxiliaire auprès d'une partie de la clientèle (c.-à-d. « les cas simples ») afin qu'il détermine 1) le lieu où l'hygiène doit être complétée, 2) le besoin d'une barre d'appui, ainsi que 3) le modèle de siège de bain qui permettent, ensemble, de maximiser l'autonomie de l'aîné tout en assurant sa sécurité. Selon le site Internet du CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel, des intervenants de 16 CSSS ont demandé l'accès aux documents et au moins 8 d'entre eux ont implanté le modèle d'organisation de services qui encadre l'utilisation d'un tel outil. Le but poursuivi par ce groupe est de favoriser la participation de l'auxiliaire à l'aménagement de sa situation de travail. En effet, l'auxiliaire est en mesure d'assister les personnes sur les plans physique et émotionnel, mais 80 % de son temps de travail est consacré à offrir de l'aide au bain (Cloutier *et al.*, 2005; Cloutier *et al.*, 2003; Gagnon *et al.*, 2003; Proteau, 1995, 2008). Ainsi, l'identification précoce des facteurs de risque de blessures dans la salle de bain des clients et l'aménagement de celle-ci par l'ajout d'équipement constituent à la fois des modes d'intervention pour compenser les incapacités du client (Verbrugge et Sevak, 2002) et des stratégies essentielles de promotion de la santé et de la sécurité des auxiliaires qui leur offrent de l'aide (Garg et Owen, 1994; Morissette, 1995; Proteau, 1995).

Or, la pénurie d'ergothérapeutes (Madet, 2008), qui sont les experts pour l'adaptation de l'environnement aux besoins tant du client que de l'auxiliaire (Carrier, 2010), retarde la

sécurisation de la salle de bain (Cloutier *et al.*, 2003). Dans ce contexte, l'ASSTSAS encourage l'auxiliaire à participer au choix de l'équipement pour l'hygiène du client en perte d'autonomie vivant à domicile (Bouchard *et al.*, 1995; Cloutier *et al.*, 2005, 2006; OEQ, 2005; Proteau, 1995, 1999). Cloutier et ses collaborateurs (2006, 2008) de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité au travail (IRSST) ont étudié l'influence de ce modèle d'organisation du travail sur la santé et la sécurité de l'auxiliaire. Ils identifient deux avantages : 1) l'auxiliaire est en mesure d'évaluer ses propres conditions de travail, ce qui diminue le risque de lésions professionnelles et 2) l'implication de l'auxiliaire dans l'évaluation des salles de bain favorise le maintien de sa santé mentale par la reconnaissance de ses compétences. Cependant, l'étude révèle également que l'implantation d'une telle approche soulève des défis de partage des rôles et génère des conflits au sein de l'équipe de travail, notamment entre les auxiliaires et les ergothérapeutes.

L'une des sources de tension entre les auxiliaires et les ergothérapeutes est l'incertitude de la validité des recommandations formulées par l'auxiliaire qui utilise un outil maison d'aide à la décision. En outre, la validité de critère de la grille *Préalables aux soins d'hygiène* a été évaluée durant l'étude préliminaire (Guay *et al.*, 2009; Guay *et al.*, 2010). Les objectifs de l'étude préliminaire étaient de 1) mesurer la concordance entre les recommandations de l'ergothérapeute (critère) et celles de quatre auxiliaires utilisant la grille avec 96 clients et 2) comparer la validité de critère des recommandations de l'auxiliaire en fonction de deux contextes cliniques (nouvelles demandes vs réévaluation des services). Pour ce faire, des adultes vivant à domicile et se lavant avec difficulté ont été rencontrés par les deux types d'intervenants. Les résultats ont mis en évidence que les auxiliaires identifient correctement les situations pour lesquelles ils peuvent avoir confiance en leurs capacités à émettre des recommandations (sensibilité : 96 %, spécificité : 69 %) et l'accord entre les recommandations

de l'auxiliaire et celles de l'ergothérapeute varie d'important à presque parfait (delta [Andres et Marzo, 2004] $\geq 0,72$) pour le lieu et les barres d'appui. Pour le choix du siège de bain, l'accord entre les deux types d'intervenants est modéré (kappa pondéré [Cohen, 1968] = 0,63; IC à 95 % : [0,52; 0,75]). Les conclusions de l'étude s'appuient également sur le pourcentage de fautes potentiellement dangereuses commises par l'auxiliaire. L'hypothèse derrière ce calcul est la suivante : advenant que l'auxiliaire recommande un fauteuil de transfert alors que l'ergothérapeute recommande une chaise de bain, l'erreur n'est pas considérée comme une faute potentiellement dangereuse puisque le fauteuil de transfert compense au-delà des besoins de la personne. Toutefois, si l'inverse se produit, c.-à-d. que l'auxiliaire recommande une chaise de bain tandis que l'ergothérapeute recommande un fauteuil de transfert, l'erreur sera considérée comme une faute potentiellement dangereuse, car l'équipement ne compense que partiellement les besoins de la personne. Or, l'analyse des données indique que l'auxiliaire recommande une fois sur quatre (23,2 %) un siège inadéquat parce que sa sélection est potentiellement dangereuse selon l'opinion de l'ergothérapeute. Enfin, bien que les participants des deux contextes cliniques diffèrent en matière d'autonomie fonctionnelle, de situation de vie et de diagnostic, aucune différence significative intercontexte n'a été détectée pour les mesures de validité de critère. Ces résultats augmentent la confiance face à la grille *Préalables aux soins d'hygiène*, mais les recommandations erronées de l'auxiliaire qui utilise l'algorithme dans sa forme actuelle avec une clientèle qui représente une situation clinique simple soulèvent des questionnements sur la qualité des services.

Les résultats de l'étude préliminaire doivent toutefois être utilisés avec prudence pour quatre raisons. Premièrement, la validité externe de l'étude est limitée. Un seul ergothérapeute et un petit nombre d'auxiliaires appartenant à la même équipe de travail ont participé à la collecte des données. Ainsi, il est possible que les recommandations des évaluateurs ne soient

pas représentatives des pratiques québécoises. Deuxièmement, la valeur de concordance qui peut être considérée comme un seuil d'accord cliniquement acceptable pour cette validité de critère n'est pas connue. Troisièmement, l'utilisation des mesures de concordance dans cette étude est critiquable. En effet, l'ergothérapeute représente une mesure étalon, c.-à-d. la bonne réponse, à laquelle les décisions de l'auxiliaire doivent être comparées. Ainsi, la question n'est pas de mesurer si l'ergothérapeute et l'auxiliaire sont d'accord sur les besoins de la personne, mais plutôt de vérifier si l'auxiliaire identifie les besoins de la personne établis par le jugement professionnel de l'ergothérapeute. En d'autres mots, pour prendre l'exemple d'un étudiant qui rédige un examen, l'objectif n'est pas de vérifier si l'étudiant est d'accord avec le professeur, mais plutôt de vérifier le nombre de bonnes réponses obtenu par l'étudiant. Dans ce contexte, l'analyse des données pour la validité de critère se fait par le calcul de la sensibilité et de la spécificité et non par les mesures de concordance telles que le kappa pondéré et le delta (Tooth et Ottenbacher, 2004). Quatrièmement, l'analyse des données de l'étude préliminaire s'est appuyée sur le pourcentage de fautes potentiellement dangereuses qui suppose une hiérarchie dans les modèles de siège de bain : d'un modèle au suivant, l'aide technique compenserait davantage pour les incapacités de la personne (c.-à-d. le banc de transfert compense davantage pour les incapacités physiques que la planche de transfert, que la chaise de bain, que le tabouret). Or, cette hypothèse est incompatible avec les fondements théoriques de l'ergothérapie puisqu'elle ne considère pas l'influence de l'environnement de la personne sur la réalisation de ses occupations (Townsend et Polatajko, 2008). En effet, des barrières architecturales peuvent empêcher l'installation de certains sièges. Par exemple, il peut être impossible d'installer une planche de transfert dans la baignoire d'un client et, par conséquent, il est faux de supposer que cet équipement compense systématiquement pour les incapacités d'un client qui a besoin d'un tabouret. En fait, une telle hypothèse laisse croire qu'une recommandation unique (c.-à-d. le fauteuil de transfert) permet de répondre aux besoins de

toutes les personnes et que la sélection du siège de bain en fonction des préférences, des capacités et de l'environnement de la personne n'est pas nécessaire. Pour ces raisons, des études supplémentaires sur les outils de travail utilisés par le personnel non-ergothérapeute québécois qui participe à la sélection de l'équipement pour l'hygiène sont donc souhaitables afin d'assurer la sécurité du public et le respect des obligations des ergothérapeutes.

Dans les écrits scientifiques, outre les deux articles qui présentent les résultats de l'étude préliminaire sur la grille *Préalables aux soins d'hygiène*, aucun outil d'aide à la décision pour le personnel auxiliaire en ergothérapie qui participe à la sélection de l'équipement pour l'hygiène n'a été répertorié. Une recherche dans les bases documentaires CINAHL (Ebsco) et Medline (Ovid) pour les années entre 1950 et 2009 par mots clés ou Medical Subject Heading (MeSH) (*Algorithm, Algorithms, Decision tree, Decision trees, Clinical algorithm, Hygiene, Skin care, Baths, Bath*, Health Personnel, Unlicensed, Home Health Aides, Caregivers, Support personnel, Activities daily living, Staff development, Caring Assistan*, Aide*, Health, Home, Home care, Home health*) a identifié 577 articles. La lecture du titre et du résumé a déterminé que 538 étaient non-pertinents et par conséquent, 39 articles ont été consultés. De ceux-ci, 16 présentaient des outils d'aide à la décision pour les intervenants du domaine de la santé (Anderson *et al.*, 2006; Atwood, 2005; Beitz et van Rijswijk, 1999; Charles *et al.*, 1974; Council on children with disabilities *et al.*, 2006; Guay *et al.*, 2009; Guay *et al.*, 2010; Hartman-Maeir *et al.*, 2009; Hirdes *et al.*, 2008; Horwood *et al.*, 2003; Muir et Heese, 2008; Peeters, 2000; Sox *et al.*, 1973; Tokuhashi *et al.*, 2009; Tordoir *et al.*, 2003; Williams et Edwards, 2008), mais seuls les deux articles présentant l'étude préliminaire touchaient la sélection d'équipement pour l'hygiène. Néanmoins, le tableau 1

Tableau 1 : Articles retenus lors de la recension des outils d'aide à la décision pour le personnel auxiliaire qui participe à la sélection d'équipement

Auteurs	Intervenants	Activités cliniques
Horwood <i>et al.</i> (2003) Council on children with disabilities (2006)	Professionnel en première ligne	Diagnostiquer le sida chez les enfants africains Dépister le retard de développement
Beitz et van Rijswijk (1999) Atwood (2005) Anderson, Samples Twibell et Siela (2006)	Infirmière	Déterminer les modalités thérapeutiques pour les soins de plaies Interpréter le rythme cardiaque Assigner une tâche à du personnel auxiliaire
Hirdes, Poss et Crutin-Telegi (2005)	Gestionnaire de cas	Prioriser l'allocation des services à domicile
Hartman-Maeir, Katz et Baum (2009)	Ergothérapeute	Déterminer les modalités d'évaluation des troubles cognitifs
Guay, Desrosier et Dubois (2009, 2010)	Personnel non-ergothérapeute	Sélectionner l'équipement pour l'hygiène pour les personnes en perte d'autonomie vivant à domicile
Tokuhashi, Ajiro et Oshima (2008) Williams et Edwards (2008) Tordoir et Mickley (2003)	Médecin	Déterminer les modalités thérapeutiques des métastases Déterminer les modalités thérapeutiques pour l'arthrite Choisir l'accès vasculaire lors de l'hémodialyse
Peeters (2000)	Personnel non médical	Identifier et traiter les crises d'épilepsie en milieu scolaire
Sox, Sox et Tompkins (1973)	Aide-médecin	Recueillir les éléments de données nécessaires à l'évaluation pour 11 raisons de consultation et appliquer le traitement
Charles, Stimson, Maurier et Good (1974)		Recueillir les éléments de données nécessaires à l'évaluation des 39 raisons de consultation les plus fréquentes
Patient Safety Center of Inquiry (2007) Muir et Heese (2008)	Professionnel en première ligne	Déterminer la méthode de transfert et choisir les équipements pour 7 mobilisations de personnes obèses

présente les 16 articles qui indiquent que les algorithmes cliniques peuvent soutenir la prise de décision des professionnels de la santé ou du personnel non-professionnel.

Lindsay et Norman (1980) expliquent que lors de la résolution d'un problème (ex. : identifier l'équipement qui répond au besoin d'un client pour la réalisation d'une activité dans son environnement), la formulation de solutions possibles peut s'appuyer sur deux types de tactiques cognitives : heuristique ou algorithmique. D'une part, avec la tactique heuristique, le solutionneur trouve des analogies entre la situation problématique actuelle et des situations antérieures pour lesquelles la solution est connue. Il s'appuie alors sur ses habiletés à reconnaître les similitudes et emploie des subterfuges pour identifier les solutions qui se sont avérées efficaces lors des problèmes précédents. Avec une tactique heuristique, qui n'assure pas le succès, le solutionneur peut gaspiller temps et énergie avec des informations qui se révèlent accessoires. L'étude de Glenn et Gilbert-Hunt (2012) indique aussi que l'évaluation de l'hygiène est cognitivement et émotionnellement exigeante pour les ergothérapeutes nouvellement admises dans la profession entre autres parce qu'elles considèrent simultanément l'ensemble des éléments de l'occupation, de la personne et de l'environnement. D'autre part, un algorithme est « un ensemble de règles qui, si on les suit bien, produiront automatiquement la bonne réponse » (Lindsay et Norman, 1980, p. 544). Le point crucial dans cette méthode de résolution de problème est d'élaborer le plan approprié et d'identifier les éléments qui conduiront systématiquement à la bonne solution (c.-à-d. les indicateurs). Hagedorn (1996) suggère qu'un professionnel de la santé qui rencontre un problème familier et routinier utilise des automatismes pour le résoudre. En d'autres termes, face à un « cas simple » de besoin d'équipement au bain, l'ergothérapeute d'expérience aurait recours à une tactique algorithmique pour établir la bonne recommandation. Ainsi, les schèmes opératoires qui sous-tendent la pratique de l'ergothérapeute pourraient être transposés sous forme

algorithmique et être appliqués par du personnel non-ergothérapeute qui n'aurait pas à interpréter ses observations.

Dans un ouvrage de référence, Pain et ses collaborateurs (2003) proposent une série d'algorithmes pour guider le raisonnement clinique des professionnels de la santé qui recommandent des équipements aux personnes éprouvant des difficultés lors de la réalisation de leurs activités de la vie quotidienne, incluant l'hygiène. Dans l'introduction de ce manuel, les auteurs proposent même aux clients d'utiliser ces algorithmes pour les soutenir dans leur réflexion en regard de l'acquisition d'aides techniques à la vie quotidienne. Ces algorithmes sont issus de la mise en commun de données probantes et des expériences cliniques de Pain. Dans ce livre, cinq algorithmes se rapportent à l'hygiène dans la baignoire (*Pinpointing what may be needed, Getting into the bath when seated, Sitting higher in the bath, Lifting bath seats, Specialised support in the bath*) et un, à l'hygiène dans la cabine de douche (*Pinpointing the type of shower*). Ces derniers sont instructifs puisqu'ils ciblent les facteurs de la personne, de l'environnement et de l'occupation à considérer lors de la sélection d'équipements pour l'hygiène. Toutefois, une adaptation transculturelle de ces algorithmes serait essentielle avant leur utilisation dans un contexte québécois puisque les illustrations fournies démontrent que les aides techniques en circulation au Royaume-Uni sont différentes de celles recommandées au Québec. De plus, Pain et ses collaborateurs (2003) ne rapportent pas d'étude de validité ou de fidélité sur leurs outils. Toutefois, Pain et McLellan (2003) ont publié les résultats d'un consensus formalisé de type Delphi sur les facteurs et la hiérarchisation des facteurs qui influencent le choix d'une aide technique à la posture pour l'hygiène au fond de la baignoire des personnes handicapées. Tout en soulignant les limites de leur étude liées à la petite taille de l'échantillon final (n = 14; 61 % des participants ont complété les 3 tours de consultation), les auteurs concluent que la sélection d'une aide technique à la posture pour l'hygiène au fond

de la baignoire des personnes ayant un handicap est complexe et que le raisonnement clinique qui sous-tend ce choix ne peut pas prendre la forme d'un algorithme. Ainsi, Pain et McLellan (2003) considèrent que les recherches futures devraient s'intéresser à la sélection d'aides techniques pour des situations « simples ».

Finalement, notons que la recension a permis de trouver des initiatives coordonnées par des ergothérapeutes britanniques pour l'autodétermination des clients qui bénéficieraient d'équipements qui facilitent la réalisation des activités de la vie quotidienne, notamment lors de l'hygiène (Tucker *et al.*, 2011). Par exemple, un site Internet (dlf.org.uk/) administré par un organisme sans but lucratif, la *Disabled Living Foundation* de Londres (Angleterre), présente des algorithmes pour la sélection d'équipement. À l'aide de la plateforme Web interactive *AskSARA* (asksara.org.uk/questionnaire.php?topic_id=181), la personne en perte d'autonomie répond à une suite de questions simples par *oui* ou *non* et, à la fin du processus algorithmique, reçoit des recommandations pour l'aménagement de sa salle de bain. Des ergothérapeutes de l'organisme assistent au besoin les utilisateurs d'*AskSARA* par un soutien téléphonique. Un site similaire (adlsmartcare.com/Default.aspx) a été répertorié au nord de l'Angleterre.

En bref, la recension des écrits illustre que le personnel auxiliaire en ergothérapie représente une ressource humaine additionnelle maintenant reconnue par des instances telles que l'ACE ou l'OEQ. Toutefois, le recours au personnel auxiliaire ne fait pas consensus et les ergothérapeutes disposent de peu de données probantes pour juger de ces pratiques novatrices et controversées. Dans un contexte de pénurie d'ergothérapeutes en pratique communautaire, la participation de l'auxiliaire à la sélection de l'équipement pour l'hygiène représente un exemple d'organisation du travail par le chevauchement des compétences qui vise tant la sécurité des clients que celle des travailleurs qui leur offrent de l'aide. Toutefois, l'auxiliaire

qui se voit assigner cette activité clinique par un ergothérapeute ou un gestionnaire du programme de soutien à domicile d'un CSSS devrait disposer d'un outil d'aide à la décision qui peut prendre la forme d'un algorithme. Or, la recension des écrits a permis de découvrir des initiatives britanniques, mais surtout la circulation de plusieurs outils maison dans les milieux cliniques québécois. Les qualités métrologiques de ces instruments n'ont pas été démontrées, à l'exception de la validité de critère de la grille *Préalables aux soins d'hygiène* qui mérite d'être améliorée. Les ergothérapeutes sont par conséquent ambivalents face à ces nouveaux modes de dispensation des services, hésitent à les implanter, et les disparités importantes entre les outils de travail maison alimentent la confusion.

Chapitre 2 : Objectifs de la thèse

Cette thèse poursuit le but d'alimenter les réflexions sur les enjeux liés à la participation du personnel auxiliaire, nommé au Québec personnel non-ergothérapeute, à la prestation des services d'ergothérapie communautaire, notamment lors de la sélection de l'équipement pour l'hygiène du client vivant à domicile. Plus spécifiquement, les objectifs sont de :

- 1) Mettre en commun les outils maison développés par les ergothérapeutes québécois pour proposer un outil commun d'aide à la décision pour le personnel non-ergothérapeute qui participe à la sélection de l'équipement à l'hygiène;
- 2) Évaluer la validité de critère de l'outil commun pour vérifier si l'auxiliaire qui l'utilise recommande un équipement adéquat au client vivant à domicile qui a de la difficulté à se laver.

La recension des écrits a aussi mis en évidence que le niveau d'accord entre deux ergothérapeutes lors de la détermination des besoins d'aménagement de la salle de bain du client vivant à domicile n'est pas connu. Par conséquent, un troisième objectif poursuivi est d'aider à déterminer le niveau de concordance cliniquement acceptable entre les recommandations d'un ergothérapeute et celles du personnel non-ergothérapeute :

- 3) Estimer la concordance entre les recommandations de deux ergothérapeutes concernant l'équipement pour l'hygiène du client vivant à domicile qui a de la difficulté à se laver.

Chapitre 3 : Matériel et méthodes

La sélection des méthodes de cette étude s'appuie sur le paradigme pragmatique (Creswell, 2003; Creswell et Plano Clark, 2007; Laperrière, 1997; Morgan, 2007; Patton, 2002) qui s'intéresse à la résolution de problèmes pratiques et à l'application des connaissances en reconnaissant, entre autres, un rôle aux utilisateurs des résultats de recherche tout au long de l'étude. Ce paradigme se caractérise par une alliance entre des approches qualitatives et quantitatives, l'abduction (mouvement continu entre la déduction et l'induction), l'intersubjectivité, et la recherche de ce qui fonctionne (« what works ») dans le contexte réel. Ainsi, porté par l'idée que les milieux cliniques ont des initiatives prometteuses, un devis mixte a été proposé et une priorité a été accordée aux données quantitatives pour atteindre les objectifs de l'étude. L'utilisation de devis mixtes est souhaitable lors du développement d'instruments, puisque ce choix permet à la fois de construire un outil enraciné dans les besoins et la réalité des intervenants et de valider l'outil ainsi développé auprès d'un échantillon représentatif de la population (Creswell, 2003). Par conséquent, quatre méthodes de recherche conduites en deux étapes distinctes et consécutives (tableau 2) ont été retenues

Tableau 2 : Synthèse des méthodes de l'étude

	Première étape de l'étude : Consensus formalisé* pour développer un outil commun		Deuxième étape de l'étude : Validation de critère de l'outil commun développé
1. Préparatoire	2. Cotation	3. Finalisation	
- Recensement des pratiques québécoises	- 1 ^{er} questionnaire	- Préparation des ébauches 1, 2 et 3 de l'outil commun	- Auxiliaires outillés vs ergothérapeute^x
- Étude qualitative pour explorer les besoins de l'auxiliaire	- Rencontre de discussion - 2 ^e questionnaire amendé	- Création de l'Algo - Rédaction du guide d'utilisation et manuel de référence - Élaboration d'une formation	

*Le caractère gras réfère à une méthodologie scientifique utilisée. ^xLa concordance entre les recommandations de deux ergothérapeutes est également estimée pour éclairer l'interprétation.

pour cette étude à finalité instrumentale. Tout d'abord, un consensus formalisé, qui inclut une étude qualitative et un recensement, a permis de développer des outils de travail et une formation pour l'auxiliaire qui participe à la sélection de l'équipement pour l'hygiène. Par la suite, les outils développés ont été mis à l'essai lors d'une étude de validité de critère.

3.1.Première étape : développement d'un outil commun

Pour doter les auxiliaires québécois d'un outil de travail commun pour la sélection de l'équipement pour l'hygiène du client vivant à domicile, un consensus formalisé a été réalisé. En effet, le consensus formalisé est recommandé par la Haute autorité de Santé (HAS) (2006) dans une situation de controverse, lorsque les données probantes sont rares et reflètent mal la diversité des situations rencontrées en pratique clinique. La méthode du consensus formalisé du *Rand/UCLA Appropriateness Method*, généralement identifiée sous l'abréviation RAM, se divise en trois phases (Fitch *et al.*, 2001). En résumé, une ébauche d'outil est d'abord proposée par l'équipe de recherche à la suite de la synthèse des connaissances tacites et explicites recensées. Ensuite, les éléments de contenu de l'ébauche pour lesquels l'équipe est incertaine de la pertinence sont soumis à un groupe d'intervenants qui connaissent bien le thème traité. À l'aide de vagues de questionnaires entrecoupées d'une rencontre, le degré d'accord ou de désaccord entre les intervenants est mesuré afin d'établir la pertinence de retenir ou de ne pas retenir les éléments de contenu incertains. La combinaison des questionnaires et des rencontres lors de la consultation des experts permet de minimiser l'influence des sommités ou des fortes personnalités au sein du groupe, tout en permettant l'échange parmi les membres sur les points de désaccord. Enfin, la phase de finalisation permet d'ajuster l'ébauche en fonction du point de vue des experts consultés. Ainsi, la méthode du consensus formalisé permet de développer un outil commun enraciné à la fois dans la réalité clinique et les données probantes. De plus, la consultation d'experts confère à l'outil une validité de contenu. La

méthodologie est maintenant détaillée en décrivant successivement : 1) la phase préparatoire, 2) la phase de cotation et 3) la phase de finalisation.

3.1.1. Phase de préparation

L'objectif de la phase de préparation est de rassembler l'information pertinente au développement d'un outil d'aide à la décision pour l'auxiliaire, en tant que personnel non-ergothérapeute qui collabore avec l'ergothérapeute pour la sélection d'un équipement pour l'hygiène. En plus de considérer les résultats de la recension des écrits, la préparation de l'outil se base sur un recensement des pratiques québécoises et une étude qualitative pour explorer les besoins de l'utilisateur de l'outil, l'auxiliaire, avant d'intégrer l'ensemble de ces données.

3.1.1.1. Recensement des pratiques québécoises

Un recensement a été réalisé entre le 14 mai et le 16 septembre 2009 afin de dresser un portrait des modèles d'organisation des services implantés dans les 95 CSSS québécois lors de la détermination du besoin d'équipement pour l'hygiène des personnes vivant à domicile. Pour assurer une rigueur scientifique à cette démarche, les recommandations de Dillman et ses collaborateurs (2009) ont été appliquées. Ainsi, les chefs d'administration des programmes (CAP) PALV-DP des CSSS ont été contactés par courrier recommandé afin de les informer de l'étude. Dans les jours suivants, une assistante de recherche a téléphoné aux CAP pour leur expliquer les objectifs du projet de recherche et les inviter à répondre à un questionnaire (annexe 2). Au besoin, trois relances téléphoniques ont été faites auprès de certains établissements afin de maximiser le taux de réponse. À leur convenance, les CAP pouvaient désigner un ou plusieurs membres de leur personnel pour répondre aux questions. L'ordre et la

formulation de certaines questions ont été révisés à la suite des deux premiers entretiens afin de faciliter la compréhension, et ainsi, diminuer le temps d'entrevue. Les personnes qui déclarent que du personnel non-ergothérapeute de leur établissement utilise des outils maison lors du choix des équipements au bain ont été invitées à poster un exemplaire de ces outils, ainsi que des politiques et procédures qui s'y rattachent, au Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

3.1.1.2. Exploration des besoins de soutien de l'auxiliaire

Une étude clinique qualitative (Miller et Crabtree, 1999; 2000; 2003) a été réalisée pour donner la parole aux auxiliaires puisque l'opinion de ce groupe de travailleurs n'était pas connue. Ainsi, trois des quatre auxiliaires qui avaient utilisé durant l'étude préliminaire un outil d'aide à la décision avec une personne vivant à domicile qui a de la difficulté à se laver ont été observés lors d'une visite au domicile d'un nouveau client. Immédiatement après l'utilisation de l'outil, une entrevue semi-dirigée a été menée par l'observatrice dans un endroit de leur milieu de travail favorisant les échanges confidentiels tel que recommandé par Creswell et Plano Clark (2007). Un guide d'entrevue élaboré par l'équipe de recherche, modifié à la suite d'un prétest et constitué de questions ouvertes, courtes, neutres et pertinentes, a été utilisé pour permettre la conduite d'entrevues en profondeur (annexe 3). Pendant et après l'entrevue, l'observatrice-intervieweuse a documenté ses observations à l'aide de notes de terrain. Enfin, le guide d'entrevue a été bonifié et précisé tout au long du processus de la collecte des données, afin d'adopter une approche inductive et itérative qui permet l'exploration d'interrogations émergentes (Paillé, 1991) et d'interprétations diverses du phénomène (Laperrière, 1997). Considérant la petite taille de l'échantillon, les thèmes émergents ont été soumis à deux auxiliaires supplémentaires non impliquées dans l'étude

préliminaire pour augmenter la validité des résultats. En fait, un résumé écrit de deux pages a été acheminé par courriel à deux auxiliaires qui avaient manifesté un intérêt pour collaborer à l'étude. Puis, une entrevue téléphonique a été réalisée pour recueillir leur perception des résultats à l'aide de questions ouvertes (ex. : Que pensez-vous de la synthèse des besoins de soutien exprimés par vos collègues ?) et leurs propositions de modifications mineures.

3.1.1.3. Intégration des données

L'intégration des données durant la phase préparatoire poursuivait l'objectif de jeter un éclairage, d'une part, sur les consensus actuels concernant l'engagement de l'auxiliaire dans le choix de l'équipement pour l'hygiène, et d'autre part, sur la diversité des décisions prises localement concernant l'organisation des services aux personnes qui ont de la difficulté à se laver. Pour ce faire, une analyse comparative du contenu des outils utilisés par des auxiliaires dans les CSSS a été réalisée à l'aide d'une grille, développée par l'équipe de recherche, ayant le Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P) comme trame de fond (Townsend et Polatajko, 2008). Ce modèle théorique a été retenu puisqu'il définit les trois construits fondamentaux d'intérêt pour les ergothérapeutes, c.-à-d. l'occupation, la personne et l'environnement. Cette démarche a permis d'identifier les éléments de contenu des différents outils maison. Une réduction de ce nombre d'éléments de contenu a ensuite été faite à l'aide d'une méthode d'analyse inspirée de devis de recherche qualitatifs. En effet, la parcimonie d'une interprétation témoigne de sa capacité à faire ressortir les dimensions essentielles (Laperrière, 1997). Une approche itérative et ouverte a été adoptée tout au long du processus de réduction afin qu'une structure émerge progressivement de ces éléments. À partir d'allers-retours entre les éléments, les perspectives théoriques et la synthèse des connaissances, les membres de l'équipe de recherche ont classé, regroupé puis renommé les

éléments de contenu répertoriés et des définitions ont été produites. Au besoin, les politiques et les procédures des établissements ont été consultées et des intervenants ont été interrogés pour s'assurer d'une compréhension juste des outils et de leurs éléments. Ce processus a permis à l'équipe de recherche de se positionner face à différentes solutions envisagées par les milieux, ainsi que d'identifier des éléments ou des regroupements d'éléments de contenu pour lesquels la majorité des milieux cliniques n'était pas en accord, ou alors, qui n'avaient pas de fondements théoriques. Pour ces neuf points litigieux, l'équipe de recherche a formulé des propositions qui ont été soumises à l'avis d'experts.

3.1.2. Phase de cotation

L'objectif de la deuxième phase du consensus formalisé, la phase de cotation, était de solliciter l'opinion d'experts sur les propositions formulées par l'équipe de recherche en regard des éléments de contenus litigieux. Elle s'est divisée en quatre vagues de consultation d'experts, c.-à-d. trois questionnaires et une rencontre.

3.1.2.1. Panel d'experts

Selon les écrits, un expert peut être un clinicien expérimenté qui détient des connaissances sur un sujet donné (Baker *et al.*, 2006; Keeney *et al.*, 2006; Mead et Moseley, 2001; Powell, 2003). Ainsi, un panel d'experts d'ergothérapeutes membres de l'OEQ était visé. Au moment de l'étude, les experts potentiels devaient avoir au moins une année d'expérience dans un modèle d'organisation clinique qui engage du personnel non-ergothérapeute dans le choix de l'équipement pour l'hygiène et assumer des activités cliniques dans les programmes PALV-DP d'un CSSS québécois à raison d'au moins 21 heures par semaine. Les professeurs, les chercheurs et les gestionnaires ne pouvaient pas être membres du

panel d'experts. Des 671 ergothérapeutes membres de l'OEQ en 2009 qui avaient un CLSC comme lieu principal de pratique, 433 répondaient à ces critères en plus d'avoir accepté que leur nom figure sur les listes nominatives de l'OEQ pour des fins de recherche et fourni une adresse électronique. Considérant ce nombre, la taille d'échantillon désirée ($n = 10$) et le taux de participation attendu (50 %), une procédure d'échantillonnage systématique d'un ergothérapeute à tous les 10 a été utilisée afin de diminuer le nombre d'envois gérés par la directrice des affaires externes et du développement de la profession de l'OEQ. Toutefois, puisque le nombre de volontaires ($n = 5$) fut inférieur au nombre d'experts désirés et que l'OEQ exclue les rappels ou les nouveaux échantillonnages, le panel a été complété par une procédure d'échantillonnage au jugé. Ainsi, cinq ergothérapeutes répondant aux critères d'inclusion qui avaient un intérêt connu par l'équipe de recherche pour le thème de l'étude ont également été sollicités et recrutés. Une représentativité provinciale a été encouragée afin de maximiser la diversité des expériences et par conséquent, augmenter la validité externe des résultats.

3.1.2.2. Premier questionnaire

Pour favoriser le bon déroulement et une compréhension commune du projet, les experts ont reçu par courrier postal prioritaire : 1) un résumé de la problématique, de la recension des écrits et des objectifs de l'étude pour favoriser une base commune de connaissances théoriques (Fitch *et al.*, 2001; HAS, 2006), 2) deux formulaires de consentement, un à retourner et l'autre à conserver, 3) un premier questionnaire composé d'une liste de propositions et accompagné d'instructions¹ et 4) une enveloppe-réponse affranchie. Les experts devaient entourer, sur une échelle numérique graduée de 1 à 9 de type

¹ Le contenu des questionnaires acheminés aux experts est présenté dans la section sur les résultats de l'étude parce qu'il a été élaboré à partir des résultats de la phase de préparation.

Likert (Edmondson, 2005; Streiner et Norman, 2008), la valeur correspondant à leur niveau d'accord avec chacune des propositions. La valeur 9 signifiait que l'ergothérapeute était totalement en accord avec la proposition et la valeur 1, totalement en désaccord. Les valeurs entre 2 et 8 traduisaient les situations intermédiaires et la valeur 5 correspondait à l'indécision. Également, un espace pour la rédaction de commentaires pour chaque proposition était disponible. Les experts avaient un mois pour retourner le questionnaire complété à l'équipe de recherche.

3.1.2.3. Rencontre de discussion

L'analyse des réponses au premier questionnaire et l'étude des commentaires des experts sur le premier questionnaire ont permis de préparer la rencontre de discussion, un mois après le retour des questionnaires. Trois membres de l'équipe de recherche étaient présents pour l'animation et la gestion de la rencontre. L'objectif était de permettre des échanges autour des points pour lesquels une indécision sur le caractère approprié ou inapproprié de l'élément était notée. Les participants pouvaient ainsi entendre les arguments des autres membres et ajuster leur réponse dans les questionnaires subséquents. En préparation pour cette rencontre, les experts ont reçu un deuxième questionnaire (voir la section ci-dessous), toujours par courrier postal prioritaire, portant exclusivement sur les propositions sources d'indécision. Un argumentaire tenant compte des commentaires émis leur a aussi été acheminé. De plus, une copie de leur premier questionnaire était jointe à l'envoi avec, en couleur, les informations leur permettant de se situer par rapport au reste du groupe (c.-à-d. la médiane des résultats au premier questionnaire ainsi que leur propre réponse à leur seul usage). Enfin, l'envoi comprenait l'ébauche d'un outil commun développé à la lumière des informations recueillies à

ce moment de l'étude, incluant les résultats au premier questionnaire. La consultation de cette ébauche pouvait faciliter la réflexion des participants sur les propositions litigieuses.

3.1.2.4. Deuxième questionnaire

À l'issue des échanges, les membres ont été invités à coter sur le deuxième questionnaire, individuellement et sur place, les propositions pour lesquelles il y avait une indécision sur le caractère approprié ou inapproprié, en ajustant leur réponse initiale au besoin. L'analyse des résultats de la deuxième vague de cotation ciblait les éléments toujours source d'indécision malgré les échanges entre les experts et pour lesquels un avis devait être redemandé.

3.1.2.5. Deuxième questionnaire amendé

Lorsqu'une indécision perdure au sein du groupe d'experts, la HAS (2006) recommande d'amender ou de reformuler les propositions en s'appuyant sur l'analyse des réponses et des commentaires des experts depuis le début du processus de consultation. Ainsi, le deuxième questionnaire comprenant cette fois les propositions amendées a été posté aux experts par courrier prioritaire, accompagné d'une synthèse des différents points de vue émis durant la rencontre. De plus, une deuxième version de l'ébauche de l'outil commun en développement était jointe à l'envoi pour illustrer les décisions prises par l'équipe de recherche depuis le début du consensus formalisé. Les experts avaient un mois pour retourner le troisième questionnaire complété et une relance téléphonique a été effectuée par une assistante de recherche pour maximiser le taux de participation.

3.1.3. Phase de finalisation

Le consensus formalisé se termine par la phase de finalisation. À cette étape, en se basant sur les résultats des phases précédentes, l'équipe de recherche a proposé un outil commun d'aide à la décision pour l'auxiliaire engagé dans le choix de l'équipement pour l'hygiène. La HAS (2006) recommande de soumettre ce travail aux experts de la phase de cotation afin d'obtenir leur approbation.

Considérant que les avis obtenus à la suite du premier questionnaire offraient suffisamment de clarifications sur les points litigieux, l'équipe de recherche a entrepris l'élaboration de l'ébauche et la consultation en parallèle à la phase de cotation. En outre, l'ébauche 1 de l'outil commun a été soumise aux ergothérapeutes avec le deuxième questionnaire (deuxième envoi) et discutée lors de la rencontre, tandis que l'ébauche 2 accompagnait le deuxième questionnaire amendé (troisième envoi). Ces choix efficaces facilitaient également la réflexion et la prise de décision des experts au sujet des propositions pour lesquelles il y avait une indécision. En effet, les propositions à discuter étaient intégrées dans les ébauches, en couleur, afin de mettre en contexte les questionnements.

À l'aide de l'ensemble des résultats obtenus durant le consensus formalisé, du matériel éducatif a été préparé pour accompagner l'outil commun développé. En effet, l'équipe de recherche a préparé un guide d'utilisation destiné à l'auxiliaire et un manuel de référence pour l'ergothérapeute qui forme et soutient l'auxiliaire. Ces trois documents, c.-à-d. l'outil commun, le guide et le manuel, ont été prétestés auprès d'une dyade ergothérapeute-auxiliaire qui n'avait pas encore pris part à l'étude. Pour ce faire, les documents ont été acheminés par courrier postal prioritaire à ces intervenants et une membre de l'équipe de recherche a répondu

à leurs questions. Ensuite, la dyade a expérimenté l'utilisation de l'outil commun avec deux clients de son CSSS. Deux entrevues téléphoniques individuelles ont permis de recueillir les commentaires de l'ergothérapeute et de l'auxiliaire sur ces documents. Elles ont été invitées à transmettre leur opinion sur le format des documents, les termes retenus, les informations manquantes ou superflues, etc., et à soulever ce qui, à leur avis, pouvait être amélioré.

Enfin, une formation a été conçue par l'équipe de recherche. La structure et le contenu de la formation sont inspirés des données rassemblées durant la phase de préparation, c.-à-d. la synthèse des écrits, le recensement des pratiques québécoises et l'exploration des besoins de soutien de l'auxiliaire. L'objectif de cette formation est d'habiliter l'auxiliaire à utiliser l'outil commun.

3.2. Deuxième étape : validation de l'outil commun

La validité de critère se mesure par l'association entre une mesure donnée et une autre qui est reconnue et acceptée comme mesure étalon (Streiner et Norman, 2008). Pour établir la validité de critère de l'outil commun (objectif 2), les recommandations émises par l'auxiliaire qui utilise l'algorithme ont été comparées à celles formulées par un ergothérapeute (étalon). Notamment, une concordance élevée entre les recommandations formulées par l'auxiliaire qui utilise l'outil développé et celles de l'ergothérapeute justifierait l'utilisation de l'outil (Crocker et Algina, 1986). Afin d'aider à établir ce qui correspond à une concordance acceptable entre un auxiliaire et un ergothérapeute, la concordance entre les recommandations de deux ergothérapeutes concernant le besoin d'équipements au bain a été également estimée (objectif 3).

3.2.1. Recrutement des participants

Deux types de participants ont été sollicités durant l'étape de validation de l'outil. Premièrement, des personnes ayant de la difficulté à se laver et vivant dans la communauté (à domicile ou en résidence privée pour personnes en perte d'autonomie) ont été rencontrées (nommées « clients » dans la thèse). Pour cette étude, la définition retenue de l'activité « se laver avec difficulté » est celle du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), c.-à-d. un score égal ou inférieur -0,5 à l'item « se laver » (Hébert *et al.*, 1988; Hébert *et al.*, 2005). Deuxièmement, les auxiliaires et les ergothérapeutes qui offrent des services à ces clients ont également été considérés comme des participants (ci-après nommés intervenants).

3.2.1.1. Procédure d'échantillonnage et de recrutement des clients

Les clients ont été recrutés à l'aide d'une stratégie d'échantillonnage non probabiliste de convenance parmi la clientèle de quatre CSSS de l'Estrie. Afin d'augmenter la validité externe des résultats, les CSSS ont été sélectionnés en considérant leurs caractéristiques organisationnelles, telles que le nombre d'ergothérapeutes dans l'équipe interdisciplinaire PALV-DP, le territoire desservi et le volume de demandes de service en ergothérapie. Ainsi, les clients de ces établissements qui ont placé une demande de service concernant un besoin d'aménagement de la salle de bain ont été informés du projet de recherche par le membre de l'équipe interdisciplinaire responsable de la demande de service. À cette fin, les professionnels de la santé des quatre CSSS ciblés pour ce recrutement ont été formés et ont reçu un aide-mémoire lors d'une rencontre d'information. Les difficultés du client pouvaient être identifiées ou exprimées par le client lui-même, par un proche ou par un membre du RSSS. Ces professionnels de la santé étaient responsables du triage des demandes en fonction des critères

d'exclusion (ex. : avoir besoin d'assistance pour se déplacer jusqu'à la salle de bain) pour l'utilisation de l'outil développé au terme du consensus formalisé (étape 1 du projet).

3.2.1.2. Recrutement et formation des intervenants

Des procédures de recrutement différentes ont été mises en place pour les auxiliaires et les ergothérapeutes. Premièrement, les gestionnaires des CSSS ont demandé d'effectuer la sélection des auxiliaires parmi leur groupe de travailleurs pour des motifs de gestion des ressources humaines. Cette demande a été respectée par l'équipe de recherche malgré le biais de sélection induit par cette procédure. Une formation de cinq heures, répartie en deux demi-journées, a été offerte aux auxiliaires par un ergothérapeute membre de l'équipe de recherche pour assurer une bonne utilisation de l'outil et le respect de la procédure de collecte des données. La formation a été développée à la suite du consensus formalisé et, par conséquent, elle est détaillée à la section qui présente les résultats de la phase de finalisation. Deuxièmement, tous les ergothérapeutes cliniciens dans l'un des quatre programmes PALV-DP des CSSS ont été invités à participer à la procédure de collecte des données. Chaque ergothérapeute volontaire a été invité à une rencontre préparatoire d'une heure pour s'approprier le contexte de l'étude et la procédure de collecte des données.

3.2.2. Procédure de collecte des données

Pour accommoder les milieux cliniques, la collecte de données s'est déroulée simultanément dans les quatre CSSS. La procédure de collecte des données prévoyait deux, ou trois, visites au domicile des clients. Les rendez-vous étaient fixés au moment qui leur convenait le mieux. Tout d'abord, le client était visité par un ergothérapeute professionnel de recherche (nommé « ergothérapeute-recherche » dans la thèse), ensuite par l'auxiliaire, et

finalement, pour un sous-groupe de clients, par un ergothérapeute clinicien du CSSS concerné (nommé « ergothérapeute-clinique » dans la thèse) (figure 4).

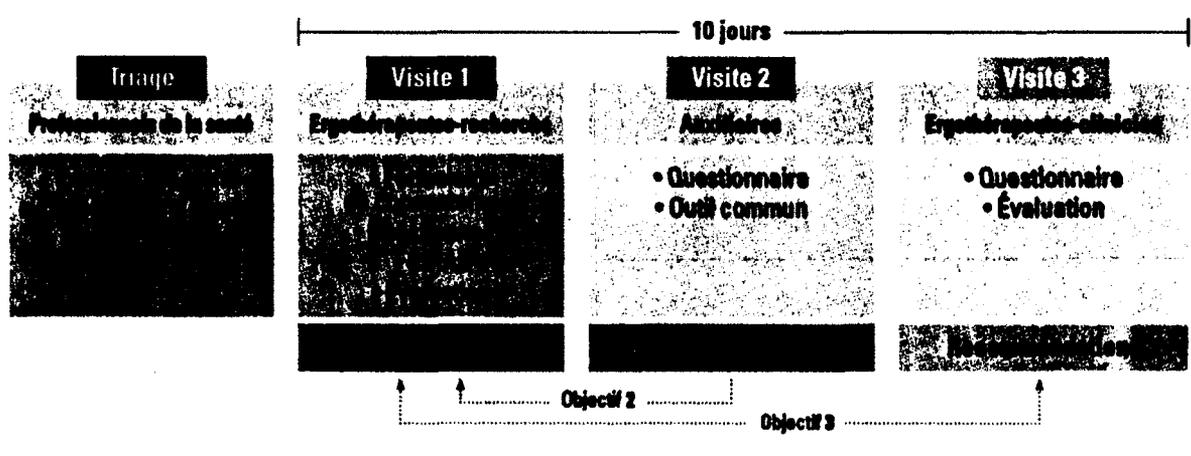


Figure 4 : Déroulement de la collecte des données pour la validation de critère de l'outil

Lors de la première visite, après la lecture et la signature du formulaire de consentement par le client, le SMAF et un questionnaire sociodémographique ont été administrés pour documenter l'état fonctionnel des clients (voir page suivante). Ensuite, une ergothérapeute-recherche a utilisé, une ou plusieurs modalités d'évaluation subjective (ex. : entrevue, observations cliniques) et objective (ex. : tests standardisés) en fonction de la nature de la demande du client, du modèle théorique sélectionné ainsi que des caractéristiques de la personne et de son environnement pour déterminer le besoin d'équipement pour l'hygiène. L'une ou l'autre des deux ergothérapeutes-recherche ont rencontré l'ensemble des clients et leurs recommandations ont constitué la mesure étalon. Il est important de noter que les ergothérapeutes-recherche n'avaient pas la possibilité de consulter l'outil développé par l'équipe de recherche et ce, tout au long du processus de collecte des données.

Durant la deuxième visite, un auxiliaire a administré au client l'outil développé. L'auxiliaire devait aussi documenter l'avènement d'une chute ou d'une hospitalisation depuis la visite de l'ergothérapeute-recherche. En effet, ces deux événements peuvent affecter les capacités fonctionnelles du client et, par conséquent, influencer la sélection d'équipements pour l'hygiène. Enfin, lors de la troisième visite, un ergothérapeute-clinique a reçu les mêmes consignes que les ergothérapeutes-recherche concernant la nature de l'évaluation ergothérapique à réaliser. En outre, il devait compléter la même feuille de collecte des données que les ergothérapeutes-recherche. Tout comme pour l'auxiliaire, l'ergothérapeute-clinique a interrogé le client et documenté l'avènement d'une chute ou d'une hospitalisation, mais cette fois, depuis la visite de l'auxiliaire.

Chaque évaluateur a transmis ses recommandations à l'insu de celles émises par les autres évaluateurs. Pour que l'insu ne soit pas brisé, il n'y a eu aucune discussion entre les évaluateurs concernant les rencontres avec les clients, et une entente verbale a été conclue avec les clients pour qu'ils n'informent pas les évaluateurs des échanges antérieurs. Pour contrer le processus de maturation des clients, les deux, ou trois, visites devaient avoir lieu à l'intérieur d'un intervalle maximal de dix jours. Par souci d'efficience, l'ergothérapeute-recherche a acheminé, après la visite de l'auxiliaire, ses recommandations à un membre de l'équipe interdisciplinaire du sous-groupe de clients qui n'étaient pas évalués par un ergothérapeute-clinique de leur CSSS dans le cadre de l'étude. Ce membre de l'équipe pouvait, à sa convenance, organiser un prêt d'équipement en fonction des politiques et procédures prévues par le CSSS. Pour les clients du sous-groupe des trois visites, la recommandation de l'ergothérapeute-recherche n'a pas été transmise et l'ergothérapeute-clinique a assumé le suivi en ergothérapie en fonction de son plan d'intervention.

3.2.3. Variables et instruments de mesure

Des questionnaires sociodémographiques et cliniques ont permis de caractériser les participants (clients, auxiliaires et ergothérapeutes-clinique). Pour bien décrire le profil d'autonomie des clients, le SMAF a été administré à chacun. Le SMAF 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 *et al.*, 1988). Le score minimal est de -87, suggérant un haut niveau de dépendance fonctionnelle. 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, 2003). La fidélité inter-évaluateur de cet instrument a été démontrée (Hébert *et al.*, 1988) et des études supplémentaires ont montré les fidélités inter-évaluateur (coefficient de corrélation intraclass [CCI] de 0,96) et intra-évaluateur (CCI de 0,95) du score total (Desrosiers *et al.*, 1995). En se basant sur les scores obtenus aux différents items du SMAF, le Profil ISO-SMAF de la personne a été calculé. Les profils ISO-SMAF constituent un système de classification constitué de 14 profils homogènes qui caractérisent la perte d'autonomie (Dubuc *et al.*, 2006).

Le principal instrument de mesure de cette étude est l'outil commun d'aide à la décision développé au terme de la première étape de l'étude. Par conséquent, il est détaillé dans la section des résultats. Toutefois, afin de soutenir la compréhension du lecteur, les variables retenues pour mesurer la validité de critère de l'outil commun sont présentées dès maintenant. Premièrement, l'ergothérapeute-recherche devait juger de la simplicité de la situation clinique du client (simple/complex). En effet, l'ergothérapeute-recherche jugeait si l'activité clinique de la sélection de l'équipement à la baignoire ou à la cabine de douche pour

le client correspondait à une situation clinique pouvant être assignée à du personnel non-ergothérapeute en se rapportant aux critères publiés dans les Lignes directrices de l'OEQ (2005). Deuxièmement, l'ergothérapeute-recherche devait identifier le lieu pour la réalisation de l'hygiène (baignoire, cabine de douche ou autre) ainsi que le type de siège à ajouter, le cas échéant. Plus précisément, l'ergothérapeute-recherche devait déterminer le meilleur siège parmi huit choix : 1) aucun siège dans la baignoire, 2) tabouret dans la baignoire, 3) siège de douche stationnaire dans la baignoire, 4) planche de transfert régulière dans la baignoire, 5) fauteuil de transfert régulier dans la baignoire, 6) aucun siège dans la cabine de douche, 7) tabouret dans la cabine de douche, 8) siège de douche stationnaire dans la cabine de douche. Si l'ergothérapeute-recherche jugeait que ces options ne répondaient pas aux besoins du client, il devait noter sa recommandation dans la section « autre ». L'ergothérapeute-recherche devait aussi statuer sur les recommandations alternatives en identifiant tous les sièges acceptables, c.-à-d. qu'il est possible d'installer dans l'environnement et qui permettent au client de se laver sans un risque imminent de blessures pour lui et, s'il y a lieu, son aidant. Lors de sa visite, l'auxiliaire a administré l'outil développé pour établir, tout d'abord, la simplicité de la situation clinique du client (simple/complex) et par conséquent, s'il était en mesure de formuler une recommandation de siège. Le cas échéant, l'auxiliaire devait sélectionner un siège parmi les huit options prévues dans l'outil développé.

3.3. Analyse des données

Les caractéristiques des participants sont présentées à l'aide de la moyenne et de l'écart type, ou encore, en fréquence et en pourcentage. Ces mêmes statistiques sont utilisées pour l'analyse des résultats du recensement des pratiques québécoises en regard du recours au

personnel non-ergothérapeute lors de la détermination du besoin d'équipement pour l'hygiène des clients vivant à domicile.

Les données qualitatives (ex. : entrevues avec les auxiliaires, commentaires écrits sur les questionnaires, verbatim de la rencontre de discussion) ont été analysées selon les recommandations de Miller et Crabtree (2003). En résumé, dans cette méthode, les propos des participants sont enregistrés sur bande audionumérique, puis transcrits dans leur intégralité. Ensuite, les analystes abordent les verbatim le plus naïvement possible, sans avoir recours à une grille d'analyse. Pour l'étude, deux analystes ont recherché indépendamment les unités de sens, puis, cette première analyse a été corroborée et légitimée lors d'une rencontre. Les unités de sens ont alors été traduites en catégories, réduites et organisées par thème afin de dégager le sens émergent des propos des participants. Pour illustrer ce sens émergent, des extraits de verbatim ont été reproduits en y associant les codes anonymes des participants entre crochets. Au besoin, une troisième membre de l'équipe de recherche a été sollicitée lors d'un désaccord afin d'obtenir un consensus. La tenue d'un journal de bord a soutenu le processus réflexif et des rencontres entre les membres de l'équipe de recherche ont permis la mise en commun des connaissances, des croyances et des a priori sur le sujet.

Rappelons que pour la phase de cotation, les experts devaient entourer la valeur correspondant à leur niveau d'accord avec le caractère approprié de chacune des propositions soumises sur une échelle numérique de type Likert graduée de 1 (totalement en désaccord avec la proposition) à 9 (totalement en accord avec la proposition). Deux types d'estimateurs ont été utilisés pour analyser l'opinion des experts sur les propositions à partir des cotes agrégées aux questionnaires du consensus formalisé : 1) le positionnement de la médiane et 2) la dispersion des réponses. Premièrement, la réponse qui correspondait à l'opinion centrale du

groupe a été identifiée, puis positionnée à l'intérieur de l'une de trois zones : « accord » (c.-à-d. entre 8 et 9 inclusivement), « désaccord » (c.-à-d. entre 1 et 3 inclusivement) ou « indécision » (c.-à-d. entre 3 et 8 exclusivement) (Brook, 1994; Coulter *et al.*, 1995; Fitch *et al.*, 2001). En plus du positionnement de la médiane, la dispersion des réponses a été analysée à l'aide de l'*InterPercentile Range* (IPR) et de l'*InterPercentile Range Adjusted for Symmetry* (IPRAS) afin de rendre compte de la convergence d'opinions entre les membres du panel (Fitch *et al.*, 2001). En outre, une forte dispersion était présente lorsque la valeur de l'IPR (c.-à-d. la différence entre le 70^e centile et le 30^e centile) était plus grande ou égale à la valeur de l'IPRAS (c.-à-d. $2,35 +$ la distance entre la valeur 5 et le point central de l'IPR). Cet étalement des réponses était interprété comme une indécision puisqu'il y avait divergence d'opinions au sein du groupe (Fitch *et al.*, 2001). Ces balises élevées ont été retenues pour établir la zone d'accord puisqu'elles favorisent la reproductibilité des résultats de l'étude (Campbell *et al.*, 2004) et conviennent à un panel unidisciplinaire (Coulter *et al.*, 1995). Le tableau 3 présente une matrice de l'analyse des réponses des experts.

Tableau 3 : Matrice d'analyse des réponses aux questionnaires de consultations de la phase de cotation

Médiane de l'opinion	Dispersion des réponses	
	IPR < IPRAS	IPR ≥ IPRAS
8-9	Approprié/Accord	Incertain
4-7	Incertain	Incertain
1-3	Inapproprié/Accord	Incertain

IPR : InterPercentile Range; IPRAS : InterPercentile Range Adjusted for Symmetry (Fitch *et al.*, 2001)

Au cours de la deuxième étape du projet, la validité de critère de l'outil commun a tout d'abord été établie avec le calcul de la sensibilité et de la spécificité pour la variable dichotomique *simplicité de la situation clinique*. Ensuite, pour la variable *siège de bain*, la sélection de l'auxiliaire a été comparée avec la sélection de l'ergothérapeute-recherche pour

établir le nombre d'erreurs commises par l'auxiliaire. Pour comparer l'opinion de deux ergothérapeutes, le pourcentage d'accord (Sim et Wright, 2005) et le kappa qui prend en compte l'effet du hasard (Cohen, 1960) ont été utilisés. Toutefois, puisque la procédure de recrutement des participants conduit à l'identification des clients qui représentent une situation clinique simple, l'effet des paradoxes du kappa était anticipé sur les résultats. Ainsi, le delta (Andres et Marzo, 2004, 2005) et les indices de prévalence et de biais (Feinstein et Cicchetti, 1990; Mandrekar, 2011; Sim et Wright, 2005) ont également été calculés. La construction d'intervalles de confiance (IC) à 95 % autour des estimations a permis de tenir compte de la variation échantillonnale (c.-à-d. du niveau d'incertitude associé au fait d'avoir étudié un échantillon de la population). Les critères proposés par Landis et Koch (1977) ont été considérés lors de l'interprétation des mesures d'accord au-delà du hasard (< 0,00 = pauvre; 0,00 à 0,20 = faible; 0,21 à 0,40 = passable; 0,41 à 0,60 = modéré; 0,61 à 0,80 = très bon; 0,80 à 1,00 = presque parfait). Pour la variable *siège de bain* qui est une variable polychotomique à huit modalités, l'estimation d'un kappa pondéré issu d'un tableau 8x8 aurait nécessité une très grande taille d'échantillon ainsi qu'une stratégie de recrutement assurant un nombre suffisant de clients pour chacun des huit choix. Par conséquent, seul le pourcentage d'accord entre l'auxiliaire et l'ergothérapeute-recherche a été estimé et comparé au pourcentage d'accord entre deux ergothérapeutes à l'aide d'un test du chi-carré. En outre, le kappa pondéré présuppose que la variable est ordinale (Mandrekar, 2011; Tooth et Ottenbacher, 2004), ce qui n'est pas le cas pour le siège de bain. En effet, bien que les modèles de siège de bain se situent sur un continuum d'aides techniques à la baignoire (c.-à-d. d'un modèle au suivant, l'aide technique permet une plus grande compensation des incapacités physiques), les barrières architecturales présentes dans l'environnement peuvent empêcher l'installation de certains sièges et par conséquent, représenter une erreur.

3.4. Tailles d'échantillon

Le nombre d'experts recrutés lors du consensus formalisé menant au développement de l'outil commun (objectif 1) a été établi en fonction des repères fournis par les méthodes RAM et HAS (Fitch *et al.*, 2001; HAS, 2006). Selon ces auteurs, la taille des panels est fixée en tenant compte du contexte de l'étude et des ressources disponibles. Ces critères recourent les recommandations de plusieurs écrits sur la consultation d'experts (Crisp *et al.*, 1999; Fortin, 2006; Hasson *et al.*, 2000; Keeney *et al.*, 2001; Powell, 2003), c.-à-d. qu'il est souhaitable de constituer un panel variant entre 7 et 15 personnes, 9 représentant un nombre idéal, afin de diversifier les opinions tout en favorisant les échanges lors des groupes de discussion focalisée (Fitch *et al.*, 2001; HAS, 2006). Par conséquent, dix experts ont été recrutés lors de la phase de cotation, en prévision d'un possible abandon au cours du processus de consultation.

Pour atteindre l'objectif 2, considérant qu'un accord de 75 % était attendu entre l'ergothérapeute-recherche et l'auxiliaire, 73 clients devaient être recrutés pour estimer l'accord avec une précision de 10 % et un niveau de confiance à 95 %. Toutefois, puisqu'un accord plus élevé était attendu entre deux ergothérapeutes, soit 85 %, un sous-groupe de 49 clients devait être recruté pour l'atteinte de l'objectif 3, toujours en supposant une précision de 10 % et un niveau de confiance à 95 %. Le tableau 4 résume la répartition du recrutement dans les quatre CSSS qui a été établie en considérant le volume de demandes d'évaluation en ergothérapie communautaire et le nombre d'ergothérapeutes cliniciens disponibles. La taille d'échantillon visée n'a pas été majorée pour tenir compte d'éventuelles pertes au suivi puisqu'un client devait compléter l'ensemble des visites pour être considéré dans l'échantillon final.

Tableau 4 : Répartition des participants par CSSS pour la validation de critère, selon les objectifs

Milieu	Nombre de clients pour l'objectif 2	Nombre de clients pour l'objectif 3
CSSS 1	24	15
CSSS 2	12	10
CSSS 3	12	6
CSSS 4	25	18
Total	73	49

3.5.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 un formulaire de consentement dont ils ont reçu un exemplaire. Le formulaire expliquait l'étude en termes clairs et précis et définissait l'implication des participants. De plus, le formulaire confirmait la confidentialité des informations recueillies et la possibilité de se retirer de l'étude en tout temps. Un numéro d'identification remplaçait les noms des participants dans les dossiers de recherche. La liste des numéros associés aux noms des participants était tenue sous clé et disponible seulement pour l'équipe de recherche. Les intervenants qui ont participé au consensus formalisé ou aux différents prétests de l'étude ont reçu une compensation financière pour couvrir une partie du temps consacré à l'étude et les dépenses encourues ont été remboursées. Les intervenants qui ont participé à la deuxième étape de l'étude (c.-à-d. la validation de critère) dans le cadre de leur travail clinique ont reçu une pleine rémunération pour leur implication et leur employeur a reçu un montant forfaitaire établi conjointement pour compenser une partie des dépenses induites par le déroulement de l'étude. Le projet a été approuvé par le comité d'éthique à la recherche des CSSS de l'Estrie (MP-CSSS-ESTRIE-09-003 et 2006-14).

Chapitre 4 : Résultats

L'étude s'est déroulée entre janvier 2009 et mars 2012. L'ensemble des 16 régions administratives du Québec a collaboré, à des niveaux variables, à l'une ou l'autre des étapes de l'étude. En fait, plus de 250 personnes travaillant dans 87 des 95 CSSS québécois ont été rejointes, principalement des ergothérapeutes, des auxiliaires et des gestionnaires. Les résultats de l'étude sont présentés en deux sections qui correspondent aux deux étapes distinctes et consécutives de l'étude : 1) le consensus formalisé et 2) la validation de critère.

4.1. Première étape : développement d'un outil commun

L'outil commun a été développé à l'aide du consensus formalisé. Il se divise en trois phases : 1) la phase préparatoire, 2) la phase de cotation et 3) la phase de finalisation.

4.1.1. Phase de préparation

Lors de la phase préparatoire, des données ont été recueillies à l'aide d'un recensement des pratiques québécoises et de l'exploration des besoins de soutien de l'auxiliaire, puis intégrées. Les résultats sont résumés selon ces thèmes.

4.1.1.1. Recensement des pratiques québécoises

Un recensement a été réalisé entre le 14 mai et le 16 septembre 2009 afin de dresser un portrait des modèles d'organisation des services implantés dans tous les CSSS (N = 95) pour déterminer le besoin d'équipement pour l'hygiène des personnes vivant à domicile qui ont de la difficulté à se laver. Quatre-vingt-dix chefs d'administration des programmes (CAP) ont été contactés et 86 ont accepté de répondre à l'enquête (taux de participation de 91 %). À

l'exception d'une région de la banlieue de Montréal, toutes les régions administratives du Québec étaient représentées dans cette enquête. Le temps moyen des entrevues était de 17 minutes et 184 intervenants ont été interviewés (CAP, coordonnateurs cliniques et ergothérapeutes). Tous les établissements participants offraient des services de maintien à domicile aux programmes PALV-DP et seulement trois d'entre eux n'avaient pas au moins un ergothérapeute au sein de leur équipe multidisciplinaire (deux établissements parce que le poste d'ergothérapeute était non comblé, et un parce que l'ergothérapeute était engagé sur une base ponctuelle et contractuelle). La grande majorité des établissements, soit 87 %, offraient des soins et des services dans plus d'un point de service (étendue d'un à huit points de service]; médiane de 3 points de service), pour un total de 284 points de service. Parmi les 86 CSSS participants, 75 n'avaient qu'une façon d'organiser et d'offrir leurs services dans tous leurs points de service lors de la recommandation des équipements pour l'hygiène. Toutefois, 10 CSSS avaient deux façons de faire, en fonction du point de service, tandis qu'un dernier CSSS avait trois façons de faire. Ainsi, un total de 98 façons d'organiser et d'offrir des services lors de la recommandation des équipements pour l'hygiène ont été documentées durant l'enquête.

Outre les ergothérapeutes, plusieurs intervenants des équipes interdisciplinaires recommandent des équipements pour l'hygiène aux personnes vivant à domicile. Il s'agit principalement d'intervenants en réadaptation ou d'infirmières (tableau 5). Cependant, dans 57 % des façons d'organiser des services, du personnel non-ergothérapeute reçoit une formation en emploi pour être habilité à choisir l'équipement; dans ces situations, il s'agit habituellement d'auxiliaires (82 %) (tableau 6). Ces auxiliaires se distinguent de leurs collègues par l'ajout d'un terme à leur titre d'emploi, qui est variable selon les milieux : désigné, conseil, évaluateur, de liaison, chef d'équipe auxiliaire, observateur ou aide en

réadaptation. Ce personnel non-ergothérapeute spécialement formé reçoit toujours une demande d'intervention de la part d'un professionnel qui a analysé la demande de service et jugé que ce personnel est en mesure d'intervenir (tableau 7).

Dans 63 façons de faire répertoriées (64 %), les intervenants non-ergothérapeutes utilisent un outil (arbre de décision, grille d'observation ou algorithme) pour les guider lors du

Tableau 5 : Titre d'emploi des intervenants qui recommandent l'équipement pour l'hygiène (n=98)

Titre d'emploi	Nombre de modèles d'organisation qui impliquent cet intervenant
Ergothérapeute	98
Physiothérapeute	56
Personnel non-ergothérapeute spécialement formé	56
Thérapeute en réadaptation physique	39
Infirmière	28
Travailleur social	17
Agent de relations humaines	12
Auxiliaire	9
Inhalothérapeute	4
Autre (médecin, nutritionniste, psychologue, agent de liaison, infirmière auxiliaire)	6

Tableau 6 : Titre d'emploi du personnel non-ergothérapeute spécialement formé à la détermination du besoin d'équipement pour l'hygiène (n=56)

Titre d'emploi	Nombre de modèles d'organisation qui forment cet intervenant
Auxiliaire	46
Infirmière auxiliaire	4
Thérapeute en réadaptation physique	3
Autre (préposé aux bénéficiaires, agent de relations humaines ou travailleur social, intervenant de l'équipe accueil-évaluation-information-orientation-relance)	3

Tableau 7 : Titre d'emploi de l'intervenant qui formule une demande d'intervention au personnel non-ergothérapeute spécialement formé (n=56)

Titre d'emploi	Nombre de modèles d'organisation qui impliquent cet intervenant
Intervenant pivot / gestionnaire de cas	33
Intervenant de l'équipe multidisciplinaire à qui a été mentionnée la difficulté lors de l'hygiène	18
Ergothérapeute	18
Intervenant de l'accueil / du guichet unique	16
Coordonnateur clinique	15
Équipe multidisciplinaire / comité d'évaluation	8
Infirmière	5
Autre (physiothérapeute, assistant au supérieur immédiat, intervenant-évaluateur)	3

choix de l'équipement pour l'hygiène. Ce sont tous des outils maison dont les valeurs métrologiques ne sont pas connues. Ils sont implantés en moyenne depuis 5 ans (étendue de 1 à 20 ans) et 71 % sont accompagnés d'instructions. Dans la grande majorité des façons de faire, les utilisateurs reçoivent une formation en emploi (92 % des modèles), d'une durée moyenne de huit heures (étendue d'une à quarante heures), offerte par un ergothérapeute (97 % des modèles). Ces outils sont utilisés dans un contexte d'assignation d'une tâche clinique par un ergothérapeute à du personnel non-ergothérapeute dans 14 % des façons d'organiser des services, tandis qu'ils sont utilisés sous la responsabilité d'un gestionnaire dans 86 % des cas (c.-à-d. dans le cadre d'un processus indépendant à une demande de services en ergothérapie). Enfin, les résultats de l'enquête indiquent que 75 % des outils sont modifiés au besoin. Les ergothérapeutes sont responsables de modifier l'outil et 38 % du temps, l'opinion des gestionnaires ou des utilisateurs est sollicitée au sujet des changements à apporter.

Les personnes qui ont déclaré que du personnel non-ergothérapeute de leur établissement utilisait des outils maison lors du choix des équipements au bain ont été invitées

à poster un exemplaire de leur outil au Centre de recherche sur le vieillissement. Tous les milieux ont acquiescé à notre demande (n = 63), mais seulement 53 exemplaires ont finalement été reçus malgré deux relances téléphoniques et l'offre d'acheminer une enveloppe-réponse affranchie. Parmi ces 53 outils, 40 sont utilisés par des auxiliaires. Les outils recensés ont entre 1 et 13 pages (médiane de 3) et proposent une entrevue, des observations et une visite du domicile de la personne qui a de la difficulté à se laver. En outre, un outil apparenté à la grille *Préalables aux soins d'hygiène* étudiée par Guay et ses collaboratrices (2009; 2010) est utilisé par neuf milieux. Le cadre théorique qui sous-tend le développement des outils est soit non identifié, soit basé sur l'Approche globale de la situation de travail (Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales [ASSTSAS], 2009). Une analyse comparative du contenu des outils avec la grille MCRO-P (Townsend et Polatajko, 2008) a permis d'identifier 452 éléments de contenu différents. Les termes exacts de ces éléments sont reproduits à l'annexe 4.

4.1.1.2. Exploration des besoins de soutien de l'auxiliaire

Afin d'explorer les besoins de soutien de l'auxiliaire engagé dans la sélection d'équipement pour l'hygiène des personnes en perte d'autonomie vivant à domicile, trois (deux hommes et une femme) des quatre auxiliaires qui ont participé à l'étude préliminaire ont accepté d'être observés et interviewés. Ils sont âgés de 52 à 58 ans, ont entre 3 et 15 années d'expérience du métier d'auxiliaire pour lequel ils ont été formés.

Selon les participants, le métier d'auxiliaire prépare à collaborer avec l'ergothérapeute pour le choix de l'équipement au bain : « On est formés pour pouvoir donner des bains d'une

façon sécuritaire. C'est notre formation. » (A2 770-771)². « Parce qu'on travaille déjà avec beaucoup d'équipements, nous, à domicile... ça nous donne un petit peu d'expérience pertinente » (A3 492-499). De plus, ce partenariat est valorisant parce que :

« ça nous confirme dans notre travail, ça nous donne une autre tâche à faire qui fait qu'on n'est pas juste là à donner des bains, on n'est pas des donneurs de bain, des laveux puis des changeux de couche, ce n'est pas ça notre travail » (A2 884-888).

Les participants considèrent toutefois que seuls certains auxiliaires devraient être sélectionnés pour assumer ce rôle en fonction de leurs qualités, puis ils décrivent les besoins de soutien en matière de formation, d'outil de travail et de partenariat.

4.1.1.2.1. Qualités de l'auxiliaire

Le premier élément important est de cibler les auxiliaires aptes à collaborer avec l'ergothérapeute. Le candidat doit être motivé à accomplir cette tâche parce qu'« il y a beaucoup l'intérêt qui compte dans tout ça... » (A3 155-156). De plus, l'auxiliaire impliqué devrait avoir une à deux années d'expérience et détenir une attestation officielle des Principes de déplacements sécuritaires des bénéficiaires (PDSB) délivrée par l'ASSTSAS (2009). Enfin, les participants précisent que l'auxiliaire doit être ouvert à la critique, rigoureux et avoir le sens de l'observation.

4.1.1.2.2. Besoins de formation

Bien que les participants considèrent avoir des connaissances de base, ils souhaitent recevoir une formation additionnelle sur les équipements au bain, offerte en emploi par un ergothérapeute.

² Les lettres et les chiffres entre parenthèse réfèrent aux codes utilisés pour retracer les propos des participants.

« Une légère formation, tout dépendant si c'est pour vraiment les cas simples comme le cas de cette dame qu'on a vue ce matin. Si c'est un peu plus élaboré ben c'est sûr que la formation il faudrait que ça soit peut-être un peu plus élaborée, mais moi je considère que... une légère formation, sans que ça soit long... [*c'est une bonne idée ?*³] Oui. » (A3 152-155)

Les participants demandent « une formation théorique au départ... et pourquoi pas accompagner l'auxiliaire lors d'une ou deux visites pour s'assurer qu'elle utilise bien les choses » (A1 113-115). Aussi, « un jeu de rôle, les gestes que l'on pose s'inscrivent mieux que ceux qu'on imagine » (A1 130-135). De plus, la nomenclature doit être clarifiée parce qu'« il faut que ce soit bien clair qu'on parle de la même chose » (A1 157-166). Toutefois, la formation doit être axée principalement sur les outils de travail.

4.1.1.2.3. Outil de travail demandé

Avant l'entrevue, les participants ont eu l'opportunité de revivre l'expérience de rencontrer un client qui a de la difficulté à se laver en utilisant la grille *Préalables aux soins d'hygiène* 2006, étudiée par Guay et ses collaboratrices (2009; 2010), pour guider leurs observations lors du choix de l'équipement. Tous les participants ont fait une évaluation positive de cet outil de travail (ex. : « Il est bien élaboré en tout cas, ça va bien, c'est bien structuré, c'est bien fait. L'ensemble va très bien. » [A1 394-397]). Pour eux, « un guide comme la grille, c'est indispensable parce que ça nous donne des repères » (A3 475-477), ce qui permet d'atteindre l'objectif principal, soit de recommander l'équipement « le meilleur, qui va être le plus sécuritaire possible pour la personne » (A2 433-436). De plus, l'outil permet à l'auxiliaire de documenter par écrit son choix parce « qu'en tout temps en conservant l'algorithme rempli avec les recommandations, on a un document sur lequel se référer » (A1 295-303).

³ L'italique indique que les propos sont formulés par un membre de l'équipe de recherche.

Cependant, certains éléments de cet outil seraient à modifier, notamment en matière de graphisme (ex. : taille des caractères, format paysage à favoriser, protection du document dans un cartable). La consultation de grilles complétées corrobore d'ailleurs les propos des participants concernant le besoin d'ajouter des espaces pour noter des commentaires. De plus, un guide d'utilisation de la grille est aussi souhaité par les participants afin de les soutenir dans la réalisation de leur tâche.

Les balises dans la grille *Préalables aux soins d'hygiène* pour identifier les cas simples, la clientèle auprès de laquelle l'auxiliaire souhaite intervenir, sont appréciées par les participants et devraient même être bonifiées. En effet, les participants souhaitent rencontrer les personnes pour qui « c'est facile de prendre une décision » (A3 113-118) parce que « c'est le gros bon sens qui nous amène à prendre des décisions » (A3 433-435). Toutefois, « dans des affaires de maladies comme Parkinson, sclérose en plaques, où on n'est pas habiletés, on n'a pas les connaissances » (A2 824-827). D'ailleurs, les participants ont soulevé la pertinence qu'un processus de supervision soit formalisé pour les soutenir.

4.1.1.2.4. Partenariat recherché par l'auxiliaire

Les participants souhaitent deux types de partenariat. Tout d'abord, ils considèrent qu'une rétroaction ponctuelle, sur une base régulière, permettrait d'échanger sur leur expérience et de mettre leurs connaissances à jour. Un participant explique : « C'est comme toute chose, il faut en faire un peu puis ensuite se rasseoir puis se dire, est-ce qu'on fait ça correct ? Oui, c'est bon, on continue. » (A1 232-236). De plus, l'auxiliaire désire consulter au besoin un membre de l'équipe, préalablement identifié, pour obtenir :

« un soutien... Il faudrait qu'il y ait une ouverture à quelque part là-dedans, ne pas juste dire, regarde, on laisse l'auxiliaire avec ça... J'ai besoin de valider les informations avec une professionnelle avant de pouvoir me sentir assez sécurisée parce que c'est ma responsabilité aussi à ce que cette personne-là n'ait pas d'accident. » (A2 420-452)

« Quand je suis pas certaine, je vais aller poser les questions qu'il faut, me référer à une autre personne. Pour la sécurité de la clientèle, on est toujours là pour ça en fait. Je ne voudrais pas être responsable d'un accident parce que j'aurais été négligente. Ça me tient à cœur ça. » (A3 133-137)

Les participants considèrent que l'ergothérapeute devrait assumer le rôle de partenaire. Cependant, un auxiliaire de référence pourrait, selon eux, être envisagé comme un substitut de l'ergothérapeute parce que leur besoin de soutien n'est pas toujours répondu :

« Le problème qui arrive avec ça, c'est que souvent les ergothérapeutes sont tellement occupés, ce n'est pas une priorité. La priorité c'est plus les gens qui ont beaucoup de problèmes, donc on est en attente... On n'a pas le choix. On est pris dans des situations des fois où on ne peut pas avoir une évaluation [par l'ergothérapeute], on se fie sur nos connaissances. C'est là qu'on est pris à négocier avec des choses qui, dans le fond, si on se fie à la façon de travailler du CLSC, ça serait plutôt l'ergothérapeute. » (A2 288-308)

4.1.1.3. Intégration des données

En s'appuyant sur l'ensemble des informations rassemblées au terme de la synthèse des écrits, du recensement et de l'exploration des besoins de l'auxiliaire, l'équipe de recherche s'est positionnée, par consensus, sur certaines options concernant le développement de l'outil d'aide à la décision. Ces repères ont permis à l'équipe de garder le cap face aux différentes options et ainsi éviter de perpétuelles remises en question. Ces prises de position sont reproduites à l'encadré 1. Par la suite, une réduction du nombre d'éléments de contenu répertoriés dans les outils développés pour les auxiliaires par les milieux cliniques québécois a

été conduite à partir d'allers-retours entre ces éléments, en considérant leur fréquence d'utilisation dans les CSSS, et les données probantes. La figure 5 résume les différentes étapes de la réduction des éléments qui seront expliquées dans les trois sections suivantes. En effet, le processus a permis d'identifier trois catégories d'éléments : 1) les facteurs déterminants pour ne pas assigner à l'auxiliaire la tâche clinique du choix de l'équipement pour l'hygiène, 2) les indicateurs pour la détermination des équipements à la baignoire ou à la cabine de douche et 3) les recommandations devant être formulées par l'auxiliaire.

1. L'objectif de l'algorithme clinique sera de guider l'auxiliaire vers le choix de l'équipement pour l'hygiène à la baignoire ou à la cabine de douche. Ainsi, il n'abordera pas
 - a. le besoin d'aide humaine lors des soins d'hygiène (par exemple, la fréquence et la durée de l'aide à l'hygiène par un auxiliaire) ;
 - b. les équipements à la toilette ;
 - c. les interventions en lien avec l'équipement au bain choisi (par exemple, l'enseignement des techniques de transfert, l'aide financière pour l'achat des équipements, l'organisation du prêt s'il y a lieu).
2. L'utilisateur cible de l'algorithme sera l'auxiliaire. Ce choix permet de répondre au besoin d'un plus grand nombre de milieux cliniques québécois. Toutefois, un outil valide bâti pour l'auxiliaire, comme dans le cadre de ce projet, pourra être validé ultérieurement avec les autres membres de l'équipe interdisciplinaire.
3. Il est admis que l'auxiliaire peut rencontrer une personne avec une morphologie dans les limites de la norme qui présente des difficultés prévisibles de rendement occupationnel lors de son hygiène dans une baignoire standard ou une cabine de douche.
4. Toutes les personnes qui ont de la difficulté à se laver pourraient être visitées par l'ergothérapeute afin de faciliter leur engagement occupationnel. Par conséquent, l'algorithme n'a pas à dépister la personne qui bénéficierait d'une évaluation en ergothérapie. Par contre, il doit permettre d'identifier les situations cliniques pour lesquelles l'auxiliaire ne peut pas formuler des recommandations.
5. Le cadre théorique MCRO-P guidera l'élaboration de l'algorithme. Issu des paradigmes de la profession, il permet de 1) bâtir un outil qui a pour objectif de promouvoir l'engagement occupationnel de la personne qui a de la difficulté à se laver et 2) favoriser le respect des responsabilités professionnelles de l'ergothérapeute qui forme les utilisateurs de l'algorithme. Ainsi, l'algorithme pourra être utilisé tant dans le premier modèle de l'OEQ que dans le deuxième.

Encadré 1 : Prises de position de l'équipe de recherche concernant le développement d'un algorithme clinique pour le choix de l'équipement pour l'hygiène

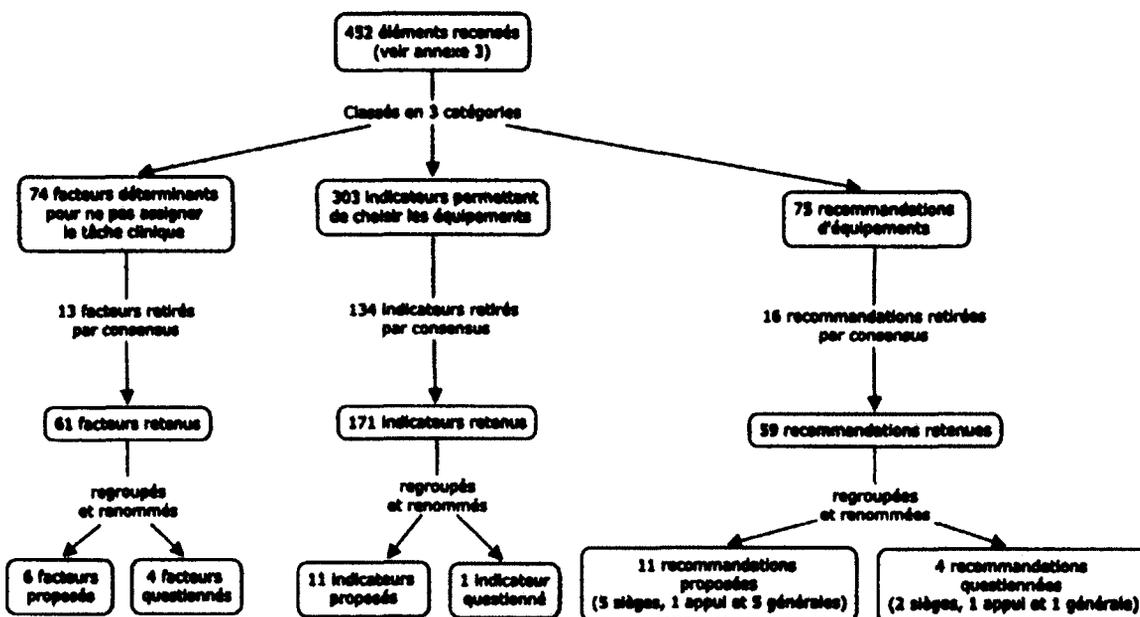


Figure 5 : Réduction des éléments de contenu des outils québécois recensés et utilisés par l'auxiliaire lors du choix de l'équipement pour l'hygiène

4.1.1.3.1. Facteurs déterminants pour ne pas assigner l'activité clinique

La première catégorie d'éléments représente ce qui est décrit par l'OEQ (2005) comme les facteurs déterminants pour ne pas assigner une activité clinique à du personnel non-ergothérapeute. L'ergothérapeute juge de la pertinence d'assigner une activité clinique en s'assurant que l'affectation ne compromet ni la sécurité du client ni la qualité des services qui lui seront rendus. Il doit exercer son jugement professionnel afin d'analyser les facteurs déterminants, c.-à-d. les facteurs personnels du client, les composantes de l'activité et les facteurs environnementaux, pour établir les risques de préjudices potentiels (COTBC, 2004).

À l'aide des repères proposés par l'OEQ dans ses Lignes directrices, les 74 facteurs utilisés par les cliniciens ont été classés, regroupés et renommés. Il s'agit des facteurs qui sont, en somme, le descriptif d'un cas qui n'est pas simple (ex. : maladie dégénérative). À la lumière des données probantes, des écrits professionnels et de la fréquence d'apparition de

chaque facteur dans les outils maison des milieux québécois, l'équipe de recherche a décidé par consensus quels facteurs devraient être retenus comme déterminants pour ne pas assigner la tâche. Ces facteurs, présentés à l'encadré 2, permettent de définir par opposition un « cas simple » comme un adulte avec une morphologie dans les limites de la norme qui présente des difficultés prévisibles de rendement occupationnel lors de son hygiène dans une baignoire standard ou une cabine de douche. Toutefois, aucun consensus n'a été atteint au sein de l'équipe de recherche sur la pertinence de retenir ou de retirer les facteurs suivants : accident vasculaire cérébral, traumatisme craniocérébral, amputation, paraplégie, quadriplégie, hémip légie, déformation musculo-squelettique, mobilité fonctionnelle et âge. Par conséquent, l'opinion des membres du groupe de cotation sur ces facteurs a été sollicitée durant la deuxième phase de développement de l'outil.

1. Se doucher pour réaliser son hygiène corporelle, c.-à-d. ne pas nécessiter de tremper dans l'eau et ne pas demander à transférer dans le fond de la baignoire.
2. N'avoir aucune contre-indication médicale.
Exemples de contre-indication : limites de mise en charge, restrictions dans les mouvements ou les activités, problèmes de peau empêchant le contact avec l'eau.
3. Ne présenter aucune des conditions médicales suivantes :
a) fin de vie, b) Parkinson, c) sclérose en plaques, d) sclérose latérale amyotrophique.
4. Avoir la capacité de comprendre les consignes.
Par exemple, ne pas avoir de troubles cognitifs graves ou de problèmes importants de communication.
5. Avoir un poids inférieur à 250 livres et une taille entre 5 pieds et 6 pieds.
6. Avoir à son domicile 1) une cabine de douche ou 2) un bain standard (c.-à-d. pas un bain podium, à angle ou sur pattes).

Encadré 2 : Caractéristiques retenues par l'équipe de recherche pour décrire une personne qui peut être visitée par l'auxiliaire lors du choix d'équipement pour l'hygiène

4.1.1.3.2. Indicateurs pour la détermination l'équipement

Au total, 303 éléments retrouvés dans les outils maison permettent à l'auxiliaire de choisir l'équipement pour l'hygiène, c.-à-d. des indicateurs qui guident la prise de décision de

l'auxiliaire concernant l'équipement. Ce nombre élevé d'éléments est possiblement lié à l'ajout, dans certains outils, d'informations jugées utiles pour une tactique heuristique de résolution de problème. Or, l'auxiliaire qui dispose d'un algorithme clinique n'a pas à rechercher des indices ou encore, des analogies entre la situation problématique actuelle et des situations antérieures (Lindsay et Norman, 1980). En outre, l'analyse des éléments de contenu des outils actuellement utilisés dans les CSSS a mis en évidence qu'une bonne partie des indicateurs sont pertinents pour une tactique heuristique, mais non pour une tactique algorithmique. Par exemple, le « niveau d'initiative », la « dominance » et la présence d'un « lavabo sur colonne » sont des éléments que l'ergothérapeute peut prendre en considération avant de recommander un équipement. Cependant, dans une méthode algorithmique, ces informations sont superflues parce qu'elles ne modifient pas systématiquement la recommandation. En effet, la sélection de l'équipement ne sera pas modifiée si la personne présente peu ou beaucoup d'initiative, qu'elle soit droitrière ou gauchère, ou encore que le lavabo soit sur colonne ou dans un meuble. Par contre, des « signes de fatigue » indiquent que la personne devra utiliser un siège qui offre un dossier. Cet élément est, par conséquent, essentiel à la prise de décision concernant le type d'équipement à recommander (c.-à-d. siège avec ou sans dossier).

À la lumière de ces informations, l'équipe de recherche a identifié les éléments des outils maison qui sont automatiquement considérés par l'ergothérapeute qui détermine l'équipement à la baignoire ou à la cabine de douche pour un « cas simple ». Puis, ces éléments ont été regroupés, renommés et définis afin de retenir les indicateurs qui doivent être intégrés à l'outil en développement. Le tableau 8 présente le résultat de cette démarche ainsi que les moyens retenus pour mesurer (c.-à-d. opérationnaliser) ces indicateurs. Toutefois, aucun consensus au sein de l'équipe de recherche n'a été obtenu concernant la pertinence de

mesurer la largeur du fessier de la personne lors du choix de l'équipement au bain. Par conséquent, l'opinion des experts a été sollicitée sur ce point.

4.1.1.3.3. Recommandations formulées par l'auxiliaire

Les outils actuellement utilisés dans les CSSS orientent l'auxiliaire vers 75 recommandations. Il est à noter que certains outils réfèrent à des recommandations qui vont au-delà de l'équipement pour l'hygiène parce que les objectifs des outils étaient multiples. Par exemple, plusieurs identifient les équipements à utiliser lors du transfert à la toilette, ou encore les besoins d'aide humaine. Ces éléments n'ont pas été considérés dans les étapes ultérieures du développement de l'outil puisqu'ils ne sont pas en lien avec l'objectif de l'étude (c.-à-d. déterminer le besoin d'équipements à la baignoire ou à la cabine de douche). De plus, certains outils incluent l'enseignement, les modalités de prêt ou le financement pour l'achat de l'équipement. Ces éléments n'ont pas été retenus par l'équipe de recherche puisqu'ils relèvent soit de l'intervention à la suite du choix de l'équipement, soit des politiques et procédures favorisées par un CSSS. La recension des recommandations restantes indique que l'auxiliaire dans les CSSS a la possibilité de recommander un nombre restreint d'équipements pour faciliter le rendement occupationnel de la personne, parmi le grand nombre d'équipements sur le marché.

Tableau 8 : Indicateurs retenus par l'équipe de recherche dans une tactique algorithmique du choix d'équipement à la baignoire ou à la cabine de douche ainsi que les tâches retenues pour les opérationnaliser

Indicateurs	Tâches pour opérationnaliser les indicateurs	Conséquences pour le client
Problème de mobilité fonctionnelle	Compléter le <i>Timed Up and Go</i> en plus de 30 secondes	S'asseoir durant l'hygiène
Difficulté à accomplir les tâches	Présenter, par exemple, de la douleur importante, des troubles visuels graves ou des problèmes de comportement	Être visité par l'ergothérapeute
Déséquilibre assis	En position assise et sans appui : - Ne pas tourner la tête vers le haut, la droite et la gauche les yeux fermés - Ne pas soulever les pieds à la hauteur du rebord extérieur du bain	S'adosser durant l'hygiène
Faiblesse	Manifester de l'essoufflement ou des étourdissements durant la visite de l'auxiliaire	S'adosser durant l'hygiène
Difficulté à entrer dans la baignoire ou la cabine de douche	En position debout et avec appui : - Ne pas écarter les pieds d'environ 12 pouces - Ne pas lever les pieds à la hauteur du seuil de la cabine de douche / rebord extérieur du bain	S'asseoir lors du transfert à la baignoire
Difficulté à atteindre des parties du corps	Ne pas atteindre ses jambes et ses pieds en position debout	S'asseoir durant l'hygiène
Difficulté à utiliser une barre d'appui	Ne pas prendre appui sur une barre	Être visité par l'ergothérapeute
Salle de bain exiguë	Espace dans la salle de bain ne permet pas : - L'installation de l'équipement recommandé - Les déplacements de la personne - Baignoire ne permet pas l'installation de l'équipement recommandé	Être visité par l'ergothérapeute
Baignoire non standard	- Largeur du rebord intérieur est de moins de 3/4 de pouce	Utiliser un fauteuil de transfert à la baignoire plutôt qu'une planche de transfert
Cabine de douche exiguë	Cabine de douche ne permet pas l'installation de l'équipement recommandé	Être visité par l'ergothérapeute
Murs non standards	Murs ne permettent pas l'installation de barres d'appui murales	Être visité par l'ergothérapeute

Il s'agit d'équipements couramment recommandés, souvent offerts en vente libre dans les pharmacies et les commerces à grande surface. Les recommandations formulées par l'auxiliaire sont variables selon les outils, et s'articulent autour de trois axes : les sièges, les appuis et les conseils généraux.

Recommandations concernant le siège

Tout d'abord, l'analyse des outils recensés indique qu'il y a de la confusion dans la nomenclature utilisée pour les sièges. Par exemple, pour désigner un siège de douche stationnaire avec dossier, neuf autres termes sont utilisés dans les milieux (c.-à-d. banc de bain avec dossier, chaise de douche, chaise de bain, siège de douche avec dossier, siège avec dossier, banc de douche avec dossier, siège de douche, siège de bain, banc de bain). Afin de favoriser une compréhension commune des recommandations, elles ont donc été classées puis renommées à l'aide de la classification des aides techniques du Centre régional d'information, de démonstration et d'évaluation des aides techniques (2002). Cette classification présente l'avantage d'offrir un langage commun, connu des intervenants québécois. Par exemple, cette classification est intégrée au Répertoire électronique des aides techniques du CLSC Pierrefonds ainsi qu'au logiciel I-CLSC en usage dans plusieurs CSSS québécois.

L'encadré 3 présente le résultat du processus de réduction du nombre de recommandations effectué par l'équipe de recherche. Entre autres, les équipements recommandés dans des situations cliniques qui ne sont pas simples (ex. : siège de bain hydraulique) n'ont pas été retenus comme issues possibles de l'outil d'aide à la décision en développement. Des questionnements sont toutefois soulevés concernant la planche de bain de 4 pouces et le fauteuil de transfert au bain avec ouverture périnéale. Les experts membres du

groupe de cotation ont donc été invités à se positionner sur la pertinence de retenir, ou non, ces sièges comme issues potentielles de l'algorithme.

1. Aucun siège
2. Tabouret de bain / douche
3. Siège de douche stationnaire avec dossier
4. Planche de transfert au bain
5. Fauteuil de transfert au bain

Encadré 3 : Recommandations que l'auxiliaire peut formuler concernant le siège

Recommandations concernant les appuis

L'ajout de barres d'appui est une modalité économique de prévention des chutes ou des conséquences déplorables d'une chute pour la clientèle en perte d'autonomie vivant à domicile (Guitard *et al.*, 2007; Sveistrup *et al.*, 2006; Rodriguez *et al.*, 2003). Dans les outils consultés, l'auxiliaire a, à une exception près, l'opportunité de formuler des recommandations concernant des barres d'appui murales, tandis que la barre d'appui fixée à la baignoire est une issue pour la moitié des outils. Toutefois, il existe une multitude de combinaisons, de longueurs, de formes, d'emplacements et d'orientations possibles pour les barres d'appui, et aucun consensus ne ressort de l'étude comparative des outils recensés. Ceci est possiblement le reflet du peu d'écrits scientifiques sur le sujet. D'ailleurs, deux études suggèrent que l'accord entre deux évaluateurs est faible lors de la détermination du besoin de certains types d'appuis (Clemson et Martin, 1996; Guay *et al.*, 2009). Tout de même, des auteurs ont étudié la question de l'emplacement des barres d'appui dans la baignoire (Sveistrup *et al.*, 2006; Rodriguez *et al.*, 2003). Le but des études était de trouver les options favorisées par les aînés parmi cinq combinaisons de barres d'appui murales. Les résultats de l'étude indiquent que plusieurs combinaisons d'appuis sont possibles pour répondre aux attentes de la même

personne âgée, mais Sveistrup et ses collaborateurs recommandent de prévoir deux barres d'appui murales dans les baignoires utilisées par des personnes âgées de 65 ans et plus. Selon ces auteurs, les emplacements à préconiser sont 1) une barre verticale sur le mur du robinet pour les aider à entrer et sortir de la baignoire et 2) une barre horizontale ou oblique sur le long mur pour les aider à s'asseoir et se relever. Les longueurs minimales à recommander pour ces barres ne sont pas clairement mentionnées dans les recommandations de Sveistrup et ses collaborateurs. Toutefois, une longueur minimale de 24 pouces rallie la majorité des recommandations incluses dans les outils maison. De plus, les résultats de l'étude préliminaire indiquent que, du point de vue de l'ergothérapeute, les barres d'appui murales répondent au besoin de la personne qui a de la difficulté à se laver dans 91 % des situations (Guay, 2008). Par conséquent, afin de minimiser les risques d'erreur de la part de l'auxiliaire et de promouvoir la sécurité des personnes à risque de chuter, l'auxiliaire pourrait systématiquement recommander l'ajout de deux barres d'appui murales aux emplacements suggérés par les écrits (Sveistrup *et al.*, 2006). Cependant, la pertinence de conserver la barre d'appui fixée au rebord extérieur de la baignoire est remise en question. Ainsi, l'opinion des cliniciens membres du groupe de cotation a été sollicitée sur ce point litigieux.

Conseils généraux

Finalement, plusieurs recommandations d'ordre général qui sont en lien avec la baignoire ou la cabine de douche, mais qui ne sont pas un siège ou un appui, sont mentionnées dans les outils recensés. Considérant que ces recommandations sont implicites, elles ne font pas partie des choix que l'auxiliaire doit faire et n'ont pas à être inscrites dans l'algorithme. L'encadré 4 présente un résumé de ce qui est retenu par les CSSS. Notons que dans plusieurs milieux, l'application de ces recommandations est un préalable à la mise en place de services de soins d'hygiène. Enfin, une recommandation générale d'ajuster la hauteur du siège se

retrouve dans quelques outils. Cependant, la hauteur à favoriser n'est pas précisée. Par conséquent, l'opinion du groupe d'experts était requise afin d'établir la hauteur optimale de réglage pour la clientèle qui peut être vue par l'auxiliaire.

1. Installer des tapis antidérapants à l'extérieur et à l'intérieur de votre baignoire ou de votre cabine de douche
2. Installer une douche téléphone munie, idéalement, de :
 - un boyau de 6'
 - une pomme de douche avec coude pivotant et cran d'arrêt
 - un support mural
3. S'il y a lieu, acheter des accessoires à long manche pour atteindre plus facilement les parties de votre corps
4. Libérer l'espace de travail
5. Remplacer vos portes coulissantes par un rideau de douche pour entrer plus facilement dans votre baignoire

Encadré 4 : Recommandations générales que l'auxiliaire peut formuler

4.1.2. Phase de cotation

La phase préparatoire a identifié neuf éléments qui ne font pas consensus au sein des CSSS et de l'équipe de recherche. Ils concernent la clientèle qui peut être vue par l'auxiliaire (n = 4), les indicateurs à intégrer dans l'outil (n = 1) ainsi que les recommandations que l'auxiliaire peut formuler (n = 4). L'objectif de la phase de cotation, était de solliciter l'opinion d'experts sur les propositions formulées par l'équipe de recherche en regard de ces éléments. Les tableaux 9 et 10 font une synthèse de l'ensemble des résultats du processus de consultation, mais les résultats sont expliqués dans les prochaines sections. En effet, les participants sont décrits et chacune des vagues de consultation, c.-à-d. trois questionnaires et une rencontre, est détaillée.

Tableau 9 : Liste des propositions présentées aux experts lors de la consultation

Indicateurs utilisés dans les CSSS [§]	Lors du 1 ^{er} questionnaire	Lors du 2 ^e questionnaire	Lors du 2 ^e questionnaire amendé
Les caractéristiques de la clientèle			
<ul style="list-style-type: none"> - Être âgé de 18 ans ou plus - Avoir une amputation - Avoir subi un AVC[‡] - Avoir subi un TCC[‡] - Avoir une quadriplégie - Avoir une paraplégie - Avoir une hémiplegie 	<ul style="list-style-type: none"> - Aucune indication pour l'âge - Se tenir debout 5 secondes* 	<ul style="list-style-type: none"> - Aucune indication pour l'âge* 	
<ul style="list-style-type: none"> - Absence de déformation musculo-squelettique - Se rendre à la salle de bain - Marcher seul - Marcher sans difficulté - Marcher sans aide - Ne pas toujours prendre appui sur les meubles ou les murs - Ne pas se déplacer en f.r.[‡] - Ne pas se déplacer en f.r. à l'intérieur 	<ul style="list-style-type: none"> - Aucune indication pour les déformations musculo-squelettiques* - Aucune indication pour la mobilité fonctionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> - Aucune indication pour la mobilité fonctionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> - Aucune indication pour l'utilisation d'une aide technique à la mobilité* - Se déplacer seul jusqu'à la baignoire ou la cabine de douche*
Les indicateurs pour le choix du siège			
<ul style="list-style-type: none"> - Mesurer la largeur du fessier de la personne 	<ul style="list-style-type: none"> - Mesurer la largeur du fessier de la personne qui pourrait utiliser un siège de douche stationnaire ou un tabouret de bain/douche[‡] 	<ul style="list-style-type: none"> - Aucune indication pour la largeur du fessier de la personne* 	
Les recommandations possiblement formulées par l'auxiliaire			
<ul style="list-style-type: none"> - Utiliser un fauteuil de transfert avec ouverture périnéale 	<ul style="list-style-type: none"> - Fauteuil de transfert avec ouverture périnéale ne fait pas partie des recommandations possibles* 		
<ul style="list-style-type: none"> - Utiliser une planche de transfert 4 pouces 	<ul style="list-style-type: none"> - Planche de transfert 4 pouces ne fait pas partie des recommandations possibles* 		
<ul style="list-style-type: none"> - Ajouter des barres d'appui 	<ul style="list-style-type: none"> - Toujours recommander l'ajout de deux barres d'appui murales 24 pouces* 		
<ul style="list-style-type: none"> - Aucune indication sur le réglage de la hauteur du siège 	<ul style="list-style-type: none"> - Ajuster le siège à la hauteur des genoux* 		

[§]Le regroupement ou le retrait a été proposé pour certains indicateurs. *L'accord a été atteint à cette vague et la proposition n'a pas été resoumise à la consultation lors des vagues subséquentes; [‡]AVC : accident vasculaire cérébral, TCC : traumatisme craniocérébral et f.r. : fauteuil roulant. [¶]L'équipe de recherche a choisi de resoumettre cette proposition pour pousser la réflexion.

Tableau 10 : Analyse des réponses des experts aux trois questionnaires

Éléments de contenu	1 ^{er} questionnaire			2 ^e questionnaire			2 ^e questionnaire amendé		
	Médiane	IPR*	IPRAS ^v	Médiane	IPR	IPRAS	Médiane	IPR	IPRAS
La clientèle									
Se tenir debout 5 secondes	8,0	0,3	7,1	-	-	-	-	-	-
Aucune indication pour l'âge	7,0	1,6	6,1	8,0	0,6	7,3	-	-	-
Aucune indication pour les déformations musculo-squelettiques	8,0	1,3	6,3	-	-	-	-	-	-
Aucune indication pour la mobilité fonctionnelle	7,5	4,6	3,9	6,0	4,2	3,1	-	-	-
Aucune indication pour les a. t. [‡] à la locomotion							8,5	1,3	7,4
Se déplacer seul jusqu'à la baignoire/cabine de douche							8,5	1,0	7,6
Les indicateurs pour le choix du siège									
Mesurer la largeur du fessier de la personne qui pourrait utiliser un siège de douche stationnaire ou un tabouret de bain/douche	9,0	0,3	6,3	-	-	-	-	-	-
Aucune indication pour la largeur du fessier du client				8,0	0,6	7,3	-	-	-
Les recommandations									
Fauteuil de transfert avec ouverture périnéale ne fait pas partie des recommandations possibles	8,0	2,3	5,1	-	-	-	-	-	-
Planche de transfert 4 pouces ne fait pas partie des recommandations possibles	8,5	2,3	6,6	-	-	-	-	-	-
Toujours recommander l'ajout de deux barres d'appui	8,5	3,0	6,1	-	-	-	-	-	-
Ajuster le siège à la hauteur des genoux	8,5	1,0	7,6	-	-	-	-	-	-

*IPR : InterPercentile Range; ^vIPRAS : InterPercentile Range Adjusted for Symmetry; [‡]a. t. : aides techniques

4.1.2.1. Panel d'experts

Les experts étaient huit femmes et deux hommes, ergothérapeutes en moyenne depuis 15,5 ans (étendue de 5 à 29 ans). Ils assumaient au moins deux jours par semaine de tâches cliniques dans dix CSSS répartis dans sept régions administratives du MSSS, c.-à-d. Saguenay-Lac-Saint-Jean, Estrie, Montréal, Manicouagan, Haute-Gaspésie, Laval et Montérégie. Ces ergothérapeutes avaient entre 2 et 10 années d'expérience (moyenne de 5,4 années) dans un modèle d'organisation clinique qui engage du personnel non-ergothérapeute dans le choix des équipements pour l'hygiène. Plus précisément, ils ont développé ou révisé un outil d'aide à la décision pour du personnel non-ergothérapeute (n = 10), implanté un tel outil dans leur CSSS (n = 8), formé du personnel non-ergothérapeute (n = 8) ou supervisé ce personnel (n = 9).

4.1.2.2. Premier questionnaire

Le premier questionnaire, posté en décembre 2010, comprenait les neuf propositions formulées par l'équipe de recherche, précédées d'un argumentaire et d'une synthèse des écrits sur l'engagement de l'auxiliaire dans le choix de l'équipement pour l'hygiène. Les documents compris dans le premier envoi sont reproduits à l'annexe 5.

L'analyse des réponses indique que les experts étaient d'accord, dès le premier questionnaire, avec sept des neuf propositions de l'équipe de recherche. En effet, les médianes pour la majorité des propositions se situent entre 8 et 9 inclusivement et la dispersion des réponses est faible ($IPR < IPRAS$) (voir tableau 10). Toutefois, les experts étaient indécis envers deux propositions : concernant l'âge (la médiane se situe dans la zone « incertain ») et

concernant la mobilité fonctionnelle (la médiane se situe dans la zone « incertain » et la dispersion des réponses est grande). Ainsi, les experts ont été consultés sur ces éléments dans les étapes subséquentes de la phase de cotation. De plus, la proposition concernant la largeur du fessier de la personne a été amendée, puis soumise aux experts. En effet, l'équipe de recherche souhaitait pousser la réflexion sur cet élément puisqu'aucun commentaire n'avait été rédigé par les experts et les réponses au questionnaire ne reflétaient pas un accord parfait entre les participants. Rappelons que le consensus formalisé prévoit que les propositions peuvent, sur une base exceptionnelle, être modifiées ou amendées et resoumises à la consultation (HAS, 2006).

4.1.2.3. Rencontre de discussion

Trois éléments ont été discutés lors de la rencontre. En préparation pour celle-ci, les experts ont reçu un argumentaire tenant compte des commentaires écrits, une copie de leur premier questionnaire pour qu'ils situent leur opinion par rapport à celle du groupe, et un deuxième questionnaire (annexe 6).

La rencontre a eu lieu le 21 janvier 2011 au campus Longueuil de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke. Neuf participants étaient présents à cette rencontre puisqu'un membre du groupe était absent pour des raisons de santé. Parmi eux, trois ont participé par le biais d'une visioconférence aux sites de l'Université du Québec à Chicoutimi (n = 2) et du CSSS de la Haute-Gaspésie (n = 1). Trois membres de l'équipe de recherche étaient présents au campus Longueuil pour l'animation et la gestion de la rencontre (annexe 7). Les échanges d'une durée de 120 minutes ont été enregistrés sur bande audionumérique, puis transcrits dans leur intégralité.

Les experts se sont exprimés tout d'abord sur la pertinence d'inclure, ou non, les enfants et les adolescents dans la clientèle de l'auxiliaire. Selon eux, les enfants et les adolescents ne représentent que quelques clients par année. Dans ces situations, les participants ont expliqué que le choix de l'équipement pour l'hygiène demeure complexe, même pour les cas simples. En effet, il faut prendre en considération la morphologie, la communication et l'autonomie qui évoluent avec le développement normal et qui peuvent, ou non, être affectées par une maladie donnée. Également, une approche particulière est commandée par la présence des parents qui sont des interlocuteurs clés. Ces éléments font que le rendement occupationnel lors de l'hygiène de l'enfant et de l'adolescent est imprévisible. Cependant, la complexité de l'analyse diminuerait au fur et à mesure que l'enfant grandit et la taille minimale de 5 pieds, davantage que l'âge, serait la caractéristique à considérer au moment de déterminer la clientèle de l'auxiliaire. Ainsi, afin de minimiser le risque de préjudice encouru par une absence de services, les enfants ou les adolescents qui mesurent plus de 5 pieds et qui répondent à l'ensemble des critères de la clientèle de l'auxiliaire pourraient, selon les experts, être visités par l'auxiliaire.

Pour ce qui est de la mobilité fonctionnelle de la personne, les participants ont exprimé des points de vue divergents. L'analyse des commentaires et des propos des experts indique que les déplacements sont un aspect qui doit être pris en compte pour caractériser la clientèle de l'auxiliaire. En effet, bien que les déplacements n'influencent pas le choix de l'équipement pour l'hygiène, il faut considérer la capacité de la personne à se rendre à sa baignoire ou à sa cabine de douche. Cependant, les membres ont exprimé qu'il serait préjudiciable de s'appuyer sur les observations de l'auxiliaire pour juger de la complexité de la situation associée aux déplacements. Car les déplacements qui précèdent le transfert à la baignoire ou à la cabine de douche impliquent une interaction complexe entre les capacités de la personne et son

environnement, sans rapport avec l'aide technique à la locomotion utilisée. De plus, le critère « utiliser un fauteuil roulant pour les déplacements intérieurs » n'a pas été retenu par les experts parce qu'il n'est pas systématiquement déterminant pour ne pas assigner l'activité clinique du choix de l'équipement pour l'hygiène à du personnel non-ergothérapeute. En outre, d'autres aides techniques à la locomotion, telles que la marchette et le triporteur, peuvent entraîner des difficultés dans les déplacements jusqu'à la baignoire ou la cabine de douche.

Finally, les experts ont discuté de l'influence de la largeur du fessier de la personne sur le choix de l'équipement pour l'hygiène. Ils ont expliqué que cette mesure n'est pas objectivée dans leur pratique, se fiant plutôt aux impressions de l'observateur. En effet, puisque cette prise de mesure peut être offensante, les experts ont recommandé que l'auxiliaire, comme l'ergothérapeute, estime visuellement la largeur du fessier de la personne. Par ailleurs, une largeur du fessier supérieure à 20 pouces ne modifierait pas la recommandation de l'équipement, mais orienterait plutôt la sélection du modèle de l'équipement. Par exemple, une compagnie qui produit un modèle de tabouret de bain/douche avec une assise plus profonde serait favorisée afin de maximiser le confort du client. Enfin, un faible risque d'instabilité serait présent, mais surtout lors de l'utilisation du tabouret de bain/douche rond qui a un diamètre d'environ 12,5 pouces. Par conséquent, les membres du groupe ont jugé que le critère de 20 pouces devrait être modifié en diminuant la largeur mais sans être intégré dans l'outil, et qu'il devrait faire l'objet d'une note dans le manuel d'administration.

4.1.2.4. Deuxième questionnaire

À l'issue des échanges, les neuf participants ont été invités à coter à nouveau leur niveau d'accord avec les trois propositions sources de questionnements, individuellement et sur place, en ajustant leur réponse le cas échéant (voir tableau 9). Au besoin, les experts pouvaient inscrire des commentaires dans la section prévue à cette fin. Les résultats au deuxième questionnaire ont été analysés sur place à l'aide du positionnement de la médiane, de la dispersion des réponses et des commentaires des experts consultés.

L'analyse des résultats (voir tableau 10) indique qu'après la rencontre, les experts étaient d'accord pour inclure les enfants et les adolescents mesurant plus de 5 pieds dans la clientèle de l'auxiliaire et considéraient que la largeur du fessier de la personne n'est pas un indicateur à intégrer à l'outil. Cependant, une indécision demeurait au sein du groupe concernant la pertinence, ou non, d'inclure les déplacements dans la définition de la clientèle qui peut être rencontrée par l'auxiliaire. Les propos des participants durant la rencontre et les commentaires inscrits sur le deuxième questionnaire démontrent que la formulation de la proposition ne permettait pas aux experts de prendre une décision sur cet élément :

« Moi, j'ai une question. Là, on va devoir re-répondre à cette même question [la proposition concernant la mobilité], mais, pour moi, il me semble que la question vient de changer... [rires]. Parce qu'il faut penser que la personne est capable de se rendre sur le bord du bain... C'est ça ? » (922-942MF)

« Dépendant du contexte de la question, ça va changer nos réponses. Parce que si on dit que la personne est devant le bain, je serais d'accord pour qu'on ne tienne pas compte des déplacements. Mais, ça dépend... [*Ça dépend de la question que vous allez avoir tantôt et de la façon dont elle est formulée ?*] C'est exactement ça. » (983-999MF)

4.1.2.5. Deuxième questionnaire amendé

Par conséquent, la proposition sur la mobilité fonctionnelle a été amendée et reformulée en deux nouvelles propositions, postées aux experts avec une synthèse des différents points de vue émis durant la rencontre (annexe 8). Les réponses des experts au deuxième questionnaire amendé ont été analysées dès leur réception, en mars 2011. L'analyse des réponses (voir tableau 10) indique que le consensus au sein du groupe était atteint sur la pertinence d'inclure la personne qui se déplace seule, peu importe l'aide technique à la locomotion utilisée, dans la clientèle de l'auxiliaire.

4.1.3. Phase de finalisation

Les phases de développement de l'outil se terminent par l'élaboration des outils de travail, dont l'outil commun d'aide à la décision, et la création d'une formation. Ils sont présentés séparément.

4.1.3.1. Outils de travail

La phase préparatoire a confirmé la pertinence, tant d'un point de vue théorique que d'un point de vue clinique, de développer un outil d'aide à la décision pour l'auxiliaire qui participe au choix de l'équipement pour l'hygiène. Toutefois, les résultats ont aussi mis en évidence les besoins des intervenants pour d'autres outils de travail tels qu'un guide d'utilisation pour l'auxiliaire et un manuel de référence pour l'ergothérapeute.

4.1.3.1.1. Ébauches 1, 2 et 3 de l'Algo

L'Algo (pour algorithme clinique) est le résultat de l'ensemble des étapes des phases de développement, ce qui confère à l'outil une bonne validité de contenu. Néanmoins, pour l'augmenter davantage, deux ébauches ont été présentées aux ergothérapeutes-experts, en parallèle à la phase de cotation, et l'ébauche 3 ainsi développée a été prétestée auprès d'une dyade ergothérapeute-auxiliaire. Les opinions des ergothérapeutes et de l'auxiliaire sont résumées, puis la version utilisée pour la validation de critère est présentée.

En général, les intervenants ont une impression positive des ébauches (annexe 9). Les commentaires élogieux sont fréquents dans leurs propos, tel que « J'avais juste hâte de l'essayer (EPT) » ou « Je capote ! (APT) ». Les experts expliquent :

« Je l'aime beaucoup [l'Algo] parce que je trouve que vous avez réussi à résumer très concrètement, éviter plein de critères qui, dans le fond, sont superflus et à revenir juste à la question essentielle. Je le trouve vraiment très intéressant. » (37-39E)

« Je le trouve bien compact comme outil. Nous, il a 7 pages, ça fait que je trouve ça [l'Algo] vraiment convivial. » (1269-1279E)

« Ça me permet de revoir comment elle [l'auxiliaire] s'y est prise pour arriver à cet équipement-là, ce qui a justifié son choix, sans qu'elle ait à écrire une note comme nous. C'est juste un peu encerclé et ça justifie le choix de l'équipement. » (1207-1209E)

Toutefois, les ergothérapeutes et l'auxiliaire qui ont commenté les ébauches ont soulevé des questions en lien avec l'implantation de l'outil dans les milieux. Entre autres, ils insistent sur l'importance de mettre en évidence que l'outil poursuit l'objectif exclusif de guider l'auxiliaire pour le choix de l'équipement pour l'hygiène et par conséquent, qu'il

n'aborde pas l'équipement à la toilette ou l'assistance humaine pour la réalisation de l'hygiène.

« Je pense que l'algorithme est bien fait pour le choix de l'équipement, mais il y a plein d'autres choses en plus de ça qui gravitent aux alentours, et il va quand même falloir utiliser d'autres outils et d'autres façons de faire. » (1026-1036E)

Lors de la consultation des ébauches, les intervenants ont demandé des clarifications ainsi que des ajouts ou des retraits d'éléments. Ces questionnements ont mené à de nouvelles recherches dans les bases documentaires, à des consultations téléphoniques ou par courriel, ad hoc, avec trois experts qui n'ont pas participé à la phase de cotation, mais qui sont reconnus par leurs pairs pour leur expertise, et à des changements dans l'Algo tels que l'ajout du coupon détachable (section 3). Les choix éditoriaux de l'équipe de recherche sont expliqués dans les prochaines sections.

Aucun siège

Tout d'abord, les experts sont étonnés qu'un client puisse recevoir la recommandation de ne pas ajouter un siège.

« Moi, je suis un peu surprise qu'on recommande aucun siège vu que c'est un algorithme pour le choix d'un équipement. J'ai de la misère parce que je me dis que tous ces gens-là ont quand même des petites limitations et, pour moi, prendre une douche assise, c'est quand même plus sécuritaire que debout. » (834-852E)

Or, la personne rencontrée par l'auxiliaire peut présenter de bonnes capacités physiques. Par conséquent, il est pertinent que l'Algo s'attarde à la clientèle qui demande des conseils généraux sur l'aménagement sécuritaire de sa salle de bain et qui n'a pas systématiquement besoin de faire l'ajout d'un siège de bain. Par exemple, un client pourrait

recevoir la recommandation d'ajouter deux barres d'appui afin de sécuriser le transfert sans qu'il soit pertinent qu'il s'assoie sur un siège de bain durant son hygiène. En effet, un expert explique : « Ça arrive des fois qu'on va à domicile juste pour voir si la salle de bain est sécuritaire. » (927-928E). Ainsi, l'équipe de recherche a retenu la recommandation « aucun siège » comme issue possible de l'Algo.

Condition médicale

Des éléments de contenu en lien avec la condition médicale du client ont été regroupés et placés au début de la première section qui aborde la clientèle visitée par l'auxiliaire. Ce groupe de trois questions, c.-à-d. *Le client a) est atteint d'une maladie neurologique dégénérative ? b) est en fin de vie ? c) a une contre-indication médicale ?*, devra nécessairement être complété par un professionnel de la santé qui connaît la condition médicale du client. En effet, selon les experts, l'auxiliaire n'a pas accès aux informations sur la condition médicale du client et n'a pas la formation pour les interpréter. Aussi, l'auxiliaire exprime :

« Je suis mal à l'aise avec la question sur la fin de vie. J'ai posé cette question à la dame et là, j'ai reçu toutes ses émotions. Tu sais, elle a un cancer. Ça ouvre la porte à des choses que j'ai pas le goût de parler et ce n'est pas nécessaire » (APT).

Ainsi, l'équipe de recherche a déplacé les trois questions au début de la section 1 afin qu'elles soient répondues par un professionnel de la santé avant que l'auxiliaire soit sollicité pour sélectionner l'équipement.

Âge et taille

Lors de la phase de cotation, l'opinion des experts avait conduit au retrait du critère d'âge dans les caractéristiques à considérer pour ne pas assigner le choix de l'équipement pour l'hygiène à l'auxiliaire. En effet, le critère de la taille (5 pieds ou plus) permettait déjà d'exclure les enfants qui sont des cas complexes. Cependant, la consultation des ébauches a mené à plusieurs échanges autour de ces éléments de contenu.

« Je me demandais si, dans la littérature, il y avait quelque chose qui disait pourquoi on arrête à 5 pieds ? Et pourquoi on a pris entre 5 pieds et 6 pieds? [...] Est-ce qu'on a vraiment une façon de justifier le 5 pieds ? Parce que moi quand je mettais quelqu'un sur la liste d'attente pendant un an parce qu'il mesurait 4 pieds et 11 pouces et que l'auxiliaire allait voir le jour même celui qui mesurait 5 pieds, bien, j'avais le goût de lui ajouter un pouce [rires]. » (111-119E)

« Pour enjamber le rebord du bain, la grandeur est importante. » (191E)

« Sauf qu'on a un critère de capacité d'enjamber. Donc, à ce moment-là qu'on soit à 4 pieds et 10 pouces ou 5 pieds et 4 pouces, la capacité d'enjamber est déjà évaluée. » (202-211E)

« C'est la limite du banc, le plus bas qu'on peut mettre en général un banc de bain, qui serait ma limite où est-ce que j'interviens ou pas avec une personne d'une certaine grandeur. » (296-298E)

« Je pense que oui [il faut considérer la taille], à partir du moment où on a dit qu'on incluait des enfants parce qu'on avait un critère de taille. Là, si on enlève la taille, ça veut dire qu'on va prendre tous les enfants donc ça ne marche pas; est-ce que là, il va falloir reprendre le critère d'âge à ce moment-là ? » (243-257E)

Pour répondre à ces questionnements, les données probantes ont été consultées. Premièrement, dans son étude de maîtrise, Boutier (1995) a rencontré 138 personnes en perte d'autonomie vivant à domicile afin de vérifier la validité du poids actuel et de la taille à l'âge

adulte, rapportés de mémoire, par rapport aux mesures standards. En effet, Boutier a mesuré une taille moyenne chez les hommes de 5 pi 3 po \pm 2 po (moyenne \pm écart type) et chez les femmes, de 5 pi \pm 2 po. Par ailleurs, l'auteure indique que ces mesures sont affectées par les déformations squelettiques telles que la cyphose dorsale et la flexion des genoux, fréquentes dans cette population. Ainsi, la mesure de la hauteur du genou serait plus précise pour prédire la taille de la personne à l'âge adulte. Ses résultats indiquent que les participants avaient une hauteur moyenne du genou de 20,2 po \pm 1,0 po pour les hommes et de 18,4 po \pm 1,3 po pour les femmes, ce qui est, selon Boutier, de plus petites hauteurs du genou observées comparativement aux études précédentes auprès de cette population. Plus récemment, des hauteurs moyennes du genou de 20,5 po \pm 1,1 po chez les hommes et de 18,8 po \pm 1,6 po chez les femmes ont été mesurées dans le cadre de l'étude québécoise longitudinale NuAge dirigée par la Pre Hélène Payette sur la nutrition et le vieillissement réussis auprès de 906 femmes et 835 hommes âgés de 67 à 84 ans (Gueye, 2011). Dans cette étude, la plus petite hauteur de genou mesurée était de 17,1 po pour les hommes et de 15,8 po pour les femmes. Deuxièmement, selon les ergothérapeutes consultés, il est recommandé d'ajuster la hauteur d'un siège de bain à la hauteur du genou de la personne pour faciliter le transfert assis-debout et permettre à la personne de toucher au sol en position assise. En outre, Janssen, Bussmann et Stam (2002) soulignent l'influence de la hauteur de l'assise d'une chaise sur la capacité de la personne à effectuer un transfert assis-debout. Or, un siège de bain est généralement ajustable en hauteur, l'assise étant, au minimum, à 16 pouces du sol et, au maximum, à 20 pouces (Proteau, 2005). Par conséquent, en s'appuyant sur les données de Boutier (1995) ainsi que sur celles de l'étude NuAge (Gueye, 2011), la hauteur d'assise d'un siège de bain (Proteau, 2005) peut s'ajuster à la hauteur moyenne du genou de l'homme et de la femme en perte d'autonomie vivant à domicile. Ainsi, le critère de la taille serait une caractéristique superflue pour déterminer la clientèle qui peut être visitée par l'auxiliaire puisqu'il ne permet pas de

discriminer les cas simples des cas complexes qui ont besoin de l'expertise de l'ergothérapeute.

La taille a donc été retirée des caractéristiques de la clientèle. Toutefois, le critère d'âge a été réintégré étant donné que la taille avait aussi pour objectif d'exclure les enfants. En effet, l'analyse des propos et des commentaires des experts concernant l'âge de la clientèle de l'auxiliaire révèle que l'enfant et l'adolescent présentent une combinaison de facteurs pour laquelle l'ergothérapeute juge nécessaire d'intervenir lui-même. Or, selon les repères proposés par l'OEQ (2005), ces clients ne devraient pas être visités par le personnel non-ergothérapeute. La définition de la clientèle de l'auxiliaire, le « cas simple », a donc été modifiée et réfère à la notion d'« adulte » (en remplacement de la « personne »).

Cabine de douche

Parmi les outils maison recensés, 18 prévoient que l'auxiliaire peut formuler des recommandations à la personne qui se lave dans une cabine de douche, tandis que 7 milieux en font un critère d'exclusion. Un expert explique : « Chez nous, on a une grosse restriction : on considère que la cabine de douche, ce n'est pas un bain standard, donc que ça ne fait pas partie de l'algorithme. » (547-548E). Or, l'étude de Guay et ses collaboratrices (2009) indique que l'auxiliaire qui utilise l'outil d'aide à la décision *Préalables aux soins d'hygiène* identifie correctement le lieu à favoriser pour l'hygiène de la personne parmi trois choix (c.-à-d. baignoire, cabine de douche ou lavabo). De plus, Proteau (2005) propose de considérer la cabine de douche dans les situations où une personne reçoit de l'aide humaine pour l'hygiène. Ainsi, l'équipe de recherche inclut la personne qui se lave dans une cabine de douche dans la clientèle qui peut être vue par l'auxiliaire.

Mobilité fonctionnelle

Les experts considèrent que les déplacements n'influencent pas le choix de l'équipement pour l'hygiène et ils croient que le *Timed Up and Go* (TUG) (Podsiadlo et Richardson, 1991) ne doit pas être inclus dans l'Algo. Ils favorisent plutôt un indicateur fonctionnel qui se rapproche du transfert à la baignoire.

« Étant donné que l'objectif c'est de dire l'équipement au bain, je pense que le déplacement, finalement, est important à partir de quand tu es à côté du banc de bain et que tu fais le transfert; ça veut dire le point de départ du transfert. Je pense que tout ce qui est avant ne devrait pas être considéré. » (748-756E)

« Marcher, oui, tourner, mais il y a la composante transfert; le transfert unipodal, le transfert assis, je trouve qu'il est quand même manquant, qu'il [le TUG] ne vient pas le chercher. » (611-613MF)

« Pour l'évaluation du transfert, tantôt, on a parlé de se lever d'une chaise à l'autre, mais je pensais à un aspect du Berg, il y a le transfert d'une chaise à l'autre, je trouve qu'il conviendrait bien. » (797-806MF)

Les experts s'interrogent sur les aspects de la mobilité fonctionnelle à considérer. En outre, dans une enquête postale auprès d'ergothérapeutes de la région de Londres (Angleterre), Gooch (2003) a identifié que la mobilité fonctionnelle est l'indicateur jugé déterminant lors de l'évaluation de l'hygiène corporelle. Toutefois, la mobilité fonctionnelle n'est pas définie par ces auteurs et aucun aspect particulier de la mobilité fonctionnelle n'est mentionné.

La suggestion de l'épreuve « transferts » de l'Échelle de Berg (Berg, Maki, *et al.*, 1992; Berg, Wood-Dauphinee, *et al.*, 1992) répondrait aux attentes des experts d'inclure une tâche fonctionnelle comprenant un pivot ou une translation. En effet, dans cette épreuve, l'évaluateur doit disposer deux chaises pour un transfert par pivot et donner l'instruction : « *Assoyez-vous sur le siège avec accoudoirs et ensuite sans accoudoirs* ». Puis, l'évaluateur

cote sur une échelle d'observation le fonctionnement de la personne : (4) Exécute sans difficulté, en s'aidant un peu des mains; (3) Exécute sans difficulté, en s'aidant beaucoup des mains; (2) Exécute avec des instructions verbales ou surveillance; (1) A besoin d'être aidé par quelqu'un; (0) A besoin de l'aide ou de la surveillance de deux personnes. L'équipe de recherche a retenu le score minimal de 2 à l'épreuve « transferts » de l'échelle de Berg, en remplacement du TUG, pour opérationnaliser l'influence de la mobilité fonctionnelle sur le choix de l'équipement pour l'hygiène. En fait, il s'agit du point de départ de la section 2 de l'Algo sur le choix du siège. Notons que les déplacements ont été ajoutés dans les caractéristiques de la clientèle puisque pour être visité par l'auxiliaire, le client doit se déplacer seul, avec ou sans aide technique à la mobilité, jusqu'à la baignoire ou à la cabine de douche.

Aide humaine

Les experts consultés soutiennent qu'un siège doit être systématiquement recommandé à une personne qui reçoit des services d'assistance à l'hygiène d'un CSSS. Ils appuient leur point de vue sur les PDSB véhiculés par l'ASSTSAS (2009).

« C'est un contexte de "Nous [le CSSS] allons donner l'assistance". L'option de ne recommander aucun siège est donc impossible puisqu'il n'y aura jamais une assistance à l'hygiène qui va être donnée – en tout cas, selon nos critères – s'il n'y a pas un équipement. » (424-441E)

« [L'auxiliaire doit quand même avoir un siège même si la personne n'a aucun problème de mobilité ?] Oui, on se fie beaucoup à l'ASSTSAS et au PDSB. » (479-487E)

Pourtant, les textes recensés par l'équipe de recherche ne présentent pas de fondements théoriques à cette pratique. Selon l'Approche globale de la situation de travail mise de l'avant par l'ASSTSAS (2009), notamment à travers sa formation sur les PDSB, le travailleur doit disposer des équipements nécessaires pour faciliter sa tâche et promouvoir sa sécurité, en

tenant compte du fonctionnement de la personne, de l'environnement et du temps dont il dispose. Ces principes n'induisent pas l'équation *services d'aide par un auxiliaire = utilisation d'un siège de bain*.

Néanmoins, la pratique de l'*aide humaine = un siège* semble bien ancrée dans les pratiques cliniques québécoises. Un avis consultatif a donc été sollicité auprès d'une ergothérapeute-conseil à l'ASSTSAS, madame Julie Bleau. Lors des échanges, Bleau (2011) souligne que la perception des membres du groupe est partagée par d'autres intervenants des CSSS. Elle explique que les conseillers de l'ASSTSAS sont interpellés à ce sujet lors de formations ou de communications téléphoniques avec des gestionnaires ou des cliniciens. Il s'agirait d'une erreur d'interprétation de principes généraux qui ne nient pourtant pas la pertinence de prendre en considération les capacités de la personne au moment de choisir la méthode de transfert et l'équipement à la baignoire ou à la cabine de douche. Pour Bleau, l'ASSTSAS (2009) promeut deux règles de sécurité pour les transferts à la baignoire. Premièrement, il est conseillé d'entrer dans la baignoire en position assise à une personne qui n'a pas les capacités physiques de maintenir la position debout, qui a un comportement imprévisible ou qui ne comprend pas les consignes. Deuxièmement, une personne incapable de se relever du fond de la baignoire devrait disposer 1) d'un équipement surélevé à hauteur fixe pour s'asseoir et prendre une douche (par exemple, une planche de transfert au bain ou un fauteuil de transfert au bain) ou 2) d'un équipement de levage pour accéder au fond de la baignoire (par exemple, un siège de bain élévateur). Selon l'interprétation de Bleau de ces règles, une personne qui a la capacité d'effectuer son transfert, incluant s'asseoir et se relever du fond de la baignoire, n'a donc pas à recevoir la recommandation d'un siège. En outre, elle explique qu'il est sécuritaire pour un auxiliaire de laver une personne qui n'utilise pas de siège, dans la mesure où cet auxiliaire respecte les principes de positionnement, de prises et de

mouvements dans l'environnement restreint que représente une salle de bain à domicile. Par exemple, une personne qui a une déficience intellectuelle, des troubles cognitifs ou un problème de santé mentale pourrait recevoir l'aide d'un auxiliaire pour se laver les cheveux ou pour guider ses mouvements lors de cette activité, et ce, même si elle trempe dans l'eau ou est assise dans le fond du bain. Toutefois, l'auxiliaire ne devrait pas offrir une aide physique lorsque la personne s'assoit ou se relève du fond de la baignoire.

À la lumière de ces informations et considérant que les capacités de transfert sont prises en compte dans l'Algo, l'équipe de recherche considère que « recevoir de l'aide lors de l'hygiène » n'est pas un indicateur pour le choix de l'équipement. En effet, une personne qui a les capacités de se transférer à la baignoire ou à la cabine de douche et qui n'a pas besoin de s'asseoir pour se laver n'a pas à recevoir la recommandation de faire l'ajout d'un siège. Cependant, toutes les personnes qui seront visitées par un auxiliaire et qui représentent un cas simple recevront la recommandation de faire l'ajout de deux barres d'appui qui peuvent, notamment, leur permettre de prendre appui lors du transfert ou de l'hygiène. En outre, la recension des écrits scientifiques et professionnels démontre que l'ajout de barres d'appui est une mesure de prévention des chutes efficace pour les personnes âgées, sans égard à leur fonctionnement à domicile. Notons qu'aucune preuve équivalente n'a été établie pour les sièges.

Se relever de la hauteur du rebord du bain, plus un ou deux pouces

Les experts considèrent que l'indicateur « se relever de la hauteur du rebord du bain sur lequel on a mis une planche » était manquant dans l'ébauche 1, à la section 2 qui concerne le choix du siège. En effet, un élément équivalent est présent dans plusieurs outils recensés (c.-à-d. se relever de la hauteur du rebord du bain + 1 po sans douleur (n = 1); se relever d'une

chaise de la hauteur du rebord du bain + 4 po sans appui (n = 2); se relever d'une chaise de la hauteur du rebord du bain avec appui (n = 4); se relever d'une chaise de la hauteur du rebord du bain sans appui [n = 7]). De plus, les écrits de De Serres et ses collaborateurs (2001) supportent cette proposition. Ainsi, l'indicateur « se relever de la hauteur du rebord du bain + 1 po » a été ajouté dans les capacités de la personne qui pourrait se voir recommander une planche de transfert au bain.

4.1.3.1.2. Version de l'Algo pour la validation de critère

L'Algo (annexe 10) est un outil d'aide à la décision pour l'auxiliaire qui participe, en partenariat avec un ergothérapeute, au choix de l'équipement pour l'hygiène de la personne vivant à domicile. Il s'agit d'une carte graphique des étapes logiques à suivre lors d'un cas simple de choix d'équipement pour l'hygiène. L'Algo est un document papier en trois volets, imprimé en couleur, de 21,5 pouces par 11 pouces lorsqu'il est ouvert, et 8,5 pouces par 11 pouces lorsqu'il est plié. Le papier est mat et suffisamment rigide pour faciliter la prise de notes. L'Algo comprend une suite de questions à travers ses quatre sections : 1) la clientèle, 2) le choix du siège, 3) les recommandations et 4) les notes.

Les deux premières sections, la clientèle et le choix du siège, sont illustrées avec des vagues bleues qui séparent les questions selon les domaines du MCRO-P : l'occupation, la personne et l'environnement. L'auxiliaire doit répondre par *oui* ou *non* aux questions et cocher chacune de ses réponses pour indiquer le chemin parcouru dans l'Algo. Lorsque l'Algo oriente l'auxiliaire vers la consigne *Arrêt*, il doit s'abstenir de formuler des recommandations et consulter un ergothérapeute. En tout temps, surtout en cas de doute ou de situations inhabituelles, l'auxiliaire doit discuter avec l'ergothérapeute de son équipe interdisciplinaire

désigné pour le soutenir et, ensemble, ils déterminent la meilleure conduite à tenir pour le client. La section 3 est un volet détachable destiné au client. Ainsi, à la suite de ses observations, l'auxiliaire remet au client un coupon comprenant une liste de recommandations générales, des illustrations des sièges possibles avec une indication, si applicable, de celui recommandé, et des informations écrites et visuelles pour l'ajout de deux barres d'appui murales. Le graphisme de cette section a été conçu en fonction des besoins des personnes âgées (par exemple, la taille des caractères). Finalement, la quatrième et dernière section permet à l'auxiliaire de noter ses questions et documenter ses observations. Selon ses besoins, il peut, par exemple, compléter un croquis de la salle de bain du client ou encore, illustrer l'aménagement de la salle de bain qu'il suggère. Entre autres, ces informations peuvent être un aide-mémoire utile lors de discussions éventuelles avec un ergothérapeute.

4.1.3.1.3. Version du Guide d'utilisation et du Manuel de référence pour la validation de critère

L'exploration des besoins de soutien de l'auxiliaire durant la phase préparatoire a mis en évidence la pertinence de proposer aux intervenants des outils de travail complémentaires à l'Algo. Premièrement, un guide d'utilisation pour l'auxiliaire a été produit. En effet, l'auxiliaire souhaite comprendre la logique qui sous-tend les éléments de contenu inclus dans l'Algo.

« On avait la façon de penser de l'ergothérapeute qui était tout écrite, ça nous aidait énormément. On se disait "Ah oui! C'est pour ça qu'elle veut savoir telle chose!" On avait un outil de travail, puis l'ergothérapeute nous donnait une formation. » (A2 673-741)

De plus, la consultation des experts indique qu'un manuel de référence pour l'ergothérapeute qui forme et soutient l'auxiliaire est réclamé. Il est important pour les

ergothérapeutes de s'approprier les données probantes et le contexte d'utilisation de l'Algo pour être en mesure de l'implanter dans leur milieu.

« Il y a un guide qui va se greffer à ça [l'outil]. Il y a aussi des formations, les modèles [de l'OEQ] et aussi les contextes des milieux qui vont se greffer. Il faut faire attention de donner un contexte à l'outil. Je ne pense pas qu'on peut juste donner l'outil sans créer un peu un contexte, un encadrement pour l'outil. Sinon... J'haïs adapter un outil parce que ça le défait... » (1353-1364E)

Ainsi, le guide d'utilisation pour l'auxiliaire et le manuel de référence pour l'ergothérapeute tentent de répondre à leurs besoins respectifs en utilisant un vocabulaire adapté. Entre autres, ces documents complémentaires présentent une synthèse de la démarche qui a mené à l'élaboration de l'Algo, des repères concrets pour son utilisation, et des informations supplémentaires afin de soutenir la réflexion critique des intervenants. Tout comme pour l'Algo, une attention particulière a été portée au graphisme du guide et du manuel, puisque la présentation visuelle des connaissances a un impact sur leur utilisation (Tufté, 1990). Des changements mineurs (ex. : coquilles et choix de mots) ont été faits à la suite des prétests. Le guide d'utilisation et le manuel sont reproduits aux annexes 11 et 12.

4.1.3.2. Formation

Les écrits consultés durant la phase préparatoire indiquent que le personnel non-ergothérapeute (Québec) bénéficie d'une formation en emploi avant de participer à la sélection de l'équipement pour l'hygiène. En outre, le recensement des pratiques québécoises a mis en évidence que la majorité des CSSS offre à l'auxiliaire une formation dispensée par un ergothérapeute clinicien. Toutefois, les formations sont variables en matière de durée, contenu et forme, et l'étude qualitative réalisée durant la phase préparatoire suggère qu'elles ne

répondent pas entièrement aux besoins de l'auxiliaire. Les résultats des phases de développement de l'Algo ont donc guidé l'élaboration d'une formation en emploi. D'une durée totale de cinq heures, elle se déroule en trois temps : deux ateliers de deux heures en petit groupe, entrecoupés d'une période de travail individuel d'une heure (annexe 13).

4.2. Deuxième étape : Validation de critère de l'Algo

La première étape de l'étude a permis de développer l'Algo, un outil enraciné à la fois dans la réalité des intervenants et dans les écrits. La deuxième étape a permis d'évaluer la validité de critère de l'Algo auprès d'un échantillon représentatif de la population pour s'assurer que l'outil oriente l'auxiliaire vers le bon choix d'équipement pour l'hygiène. De plus, afin d'aider à établir ce qui correspond à une concordance acceptable entre un auxiliaire et un ergothérapeute, cette étape visait également à estimer la concordance entre les recommandations de deux ergothérapeutes concernant le besoin d'équipements au bain. Cette section décrit les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants à cette étape, c.-à-d. les clients, les auxiliaires et les ergothérapeutes-clinique. Par la suite, l'opinion des intervenants est comparée selon deux variables : la simplicité de la situation clinique et la sélection du siège murales.

4.2.1. Descriptions des participants

Quatre CSSS ont participé à la validation de critère. Ces CSSS ont tous un hôpital sur leur territoire, mais ils desservent des bassins de population de taille variable et ils ont, conséquemment, un nombre d'ergothérapeutes différents dans leur programme de soutien à domicile (tableau 11). Durant la période de recrutement des clients entre le 13 octobre 2011 et le 2 mars 2012, 221 clients ont demandé une évaluation concernant l'aménagement de leur

Tableau 11 : Caractéristiques organisationnelles des CSSS participant à la validation de critère de l'Algo

	CSSS 1	CSSS 2	CSSS 3	CSSS 4
Nombre de personnes âgées de moins de 90 ans en 2011*	47 615	18 536	158 056	11 452
Nombre de personnes âgées de 65 à 90 ans en 2011*	10 343	3 165	24 435	4 339
Nombre de jours-poste disponibles en ergothérapie communautaire durant la collecte des données	24	4	26	9

*Tiré de santeestrie.qc.ca/sante_publique/surveillance_sante_publique_evaluation/portrait_region.php

salle de bain (tableau 12). Parmi ces demandes, 47 ont été annulées lors du triage, généralement parce que le client avait répondu à son besoin durant la période d'attente. Deux clients étaient hébergés dans un établissement de soins de longue durée, 4 clients avaient déménagé et 3 clients étaient décédés. De plus, sept clients n'ont pas été rejoints, par exemple parce que le numéro de téléphone au dossier n'était pas en fonction ou alors, parce qu'il n'y avait pas de réponse lors de nos appels répétés. Ainsi, 167 clients étaient admissibles à l'étude. Puisque 20 clients ont refusé de participer à l'étude, le taux de participation est de 88 %.

Parmi les 147 clients rejoints, 73 (50 %) ont été exclus par le professionnel de la santé responsable du triage. Ce professionnel devait juger de la pertinence de recruter le client pour la validation de critère de l'Algo à partir des informations disponibles sur la demande de service ou lors d'un contact téléphonique (voir les critères détaillés dans le tableau 12). Par exemple, d'une part, le professionnel de la santé responsable du triage excluait automatiquement le client dont le poids documenté était supérieur à 250 livres. D'autre part, le professionnel de la santé responsable du triage recrutait le client dont le poids était inconnu. Cette stratégie de recrutement permettait de reproduire le contexte d'utilisation éventuel de l'Algo, à savoir que l'auxiliaire n'a pas à visiter un client dont la situation est jugée d'emblée complexe. Toutefois, elle permet de recruter des clients dont le niveau de complexité de la

situation clinique semble initialement simple ou ambiguë, pour s'avérer complexe lors de la visite à domicile. Dans notre étude, les motifs d'exclusion les plus fréquents lors du triage sont liés à la condition médicale du client (39 %), au désir du client de s'asseoir au fond de la baignoire lors de l'hygiène (18 %) ou à la présence d'un bain non standard à domicile (18 %) (voir tableau 12).

Tableau 12 : Processus de recrutement des clients pour la validation de critère de l'Algo, par CSSS

	CSSS 1	CSSS 2	CSSS 3	CSSS 4	Total
	14/10/11	13/10/11	17/01/12	17/10/11	13/10/11
Périodes de collecte des données	au 02/03/12	au 21/01/12	au 02/03/12	au 25/02/12	au 02/03/12
Demandes d'évaluation	89	17	80	35	221
- Retrait de la demande	18	0	21	8	47
- Non rejoint	0	3	4	0	7
Clients admissibles à l'étude	71	14	55	27	167
- Refus	9	2	6	3	20
Clients exclus lors du triage	36	5	20	12	73
- A une maladie neurologique dégénérative	5	4	3	0	12
- Est en fin de vie	0	0	0	0	0
- A une contre-indication médicale	3	0	11	3	17
- Ne se déplace pas seul jusqu'à la baignoire/cabine de douche	0	0	0	3	3
- Refuse de se doucher en position assise	10	0	1	2	13
- Est âgé de moins de 18 ans	0	0	0	0	0
- Pèse plus de 250 livres	6	0	0	1	7
- Ne peut se lever et se tenir debout	0	0	0	1	1
- Ne peut prendre appui sur une barre	0	0	0	0	0
- Ne comprend pas les consignes	5	0	2	0	7
- A une baignoire/cabine de douche non standards	7	1	3	2	13
Participants admissibles pour la validation de l'Algo	26	7	29	12	74
- Décès	1	0	0	0	1
- Chute	0	0	0	1	1
- Hospitalisation	0	0	1	0	1
Participants finaux	25	7	28	11	71

*Le jugement de ce critère nécessite une visite au domicile du client.

Par conséquent, le processus de recrutement a rassemblé des données pour 74 clients :

(a) 36 clients ont été visités par un ergothérapeute-recherche et l'auxiliaire, (b) 32 clients ont été visités par un ergothérapeute-recherche, un auxiliaire et un ergothérapeute-clinique et (c) 6 clients ont été visités par un ergothérapeute-recherche et un ergothérapeute-clinique.

Lorsqu'un participant potentiel était identifié à la suite du triage, il était systématiquement assigné au groupe (b) qui prévoit trois visites à domicile. Cependant, les contraintes organisationnelles dans les CSSS telles que la gestion des horaires de travail, la pénurie de la main-d'œuvre, l'absentéisme ou les vacances ont mené à une assignation pragmatique des participants dans les groupes (a) ou (c) lorsque les trois visites ne pouvaient pas être complétées dans le délai maximal prescrit de dix jours. Le processus de recrutement s'est poursuivi jusqu'à la fin de la période de financement offert par l'Agence de la Santé et des Services sociaux de l'Estrie (mars 2012) afin d'atteindre les tailles d'échantillon souhaitées (73 clients pour l'objectif 2 et 49 clients pour l'objectif 3).

Les participants des groupes (a) et (b) sont considérés pour la validation de critère de l'Algo (objectif 2) tandis que les données issues des participants des groupes (b) et (c) sont utilisées pour estimer l'accord entre deux ergothérapeutes lors de la sélection de l'équipement pour l'hygiène (objectif 3). Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des clients sont présentées au tableau 13. Les clients sont âgés de 31 à 95 ans (moyenne d'âge de 73 ans) et la majorité sont des femmes vivant à domicile. Les diagnostics médicaux les plus souvent associés aux difficultés lors de l'hygiène sont des conditions orthopédiques. Les clients ont une perte d'autonomie fonctionnelle qui se caractérise par des atteintes motrices influant sur la réalisation des activités quotidiennes et domestiques. Les 74 clients ont d'abord été évalués par l'ergothérapeute-recherche, mais un client est décédé après cette première visite. De plus, un client a rapporté avoir chuté et un autre, avoir été hospitalisé entre la visite de

l'ergothérapeute-recherche et celle de l'auxiliaire. Bien que ces clients aient complété l'ensemble des visites, ils ont été retirés de l'échantillon du groupe (a) pour l'analyse des données puisque ces deux événements peuvent modifier les capacités physiques de la personne. Ainsi, 65 participants sont considérés pour la validation de critère de l'Algo (objectif 2) et les données de 38 participants sont utilisées pour estimer l'accord entre deux ergothérapeutes (objectif 3). En moyenne, les visites de l'ergothérapeute-recherche et de l'auxiliaire ont eu lieu dans un intervalle de trois jours (étendue de zéro à neuf jours), tandis que les visites des ergothérapeutes étaient distancées de six jours (étendue de zéro à dix jours).

Tableau 13 : Caractéristiques démographiques et cliniques des clients (n=74)

Variabiles continues	Moyenne (écart type)
Âge (années)	72,8 (14,4)
Scolarité (années)	9,8 (4,6)
Autonomie fonctionnelle (score SMAF sur -87)	-15,6 (6,6)
Variabiles catégoriques	Fréquence (%)
Sexe (femme)	52 (70,3)
Situation de vie	
- Domicile/seul	33 (44,6)
- Domicile/avec autre	31 (41,9)
- Milieu de vie collectif	10 (13,5)
Diagnostic	
- Neurologique	12 (16,2)
- Orthopédique	29 (39,2)
- Cardio/pulmonaire	13 (17,6)
- Oncologique	4 (5,4)
- Non déterminé	16 (21,7)
Profil ISO-SMAF	
- Atteinte aux tâches domestiques seulement (profil 1, 2 ou 3)	56 (75,7)
- Atteinte motrice prédominante (profil 4, 6 ou 9)	16 (21,6)
- Atteinte cognitive prédominante (profil 5, 7, 8 ou 10)	2 (2,7)

Pour chacun des quatre CSSS impliqués dans la collecte des données, deux auxiliaires ont été formés. Ainsi, 6 femmes et 2 hommes ont effectué entre 3 et 13 visites (médiane de 9) chez les clients. Les visites ont duré en moyenne 37 minutes (écart type de 14 minutes). Les auxiliaires sont âgés en moyenne de 47 ans (étendue de 29 à 59) et ont une expérience de

travail comme auxiliaire de 10 ans en moyenne (étendue de 4 à 20). Les auxiliaires ont de 11 à 18 ans de scolarité (médiane de 13 ans) et ont tous reçu une formation d'auxiliaire aux services de santé et sociaux. Parmi eux, deux sont formateurs PDSB. Pour répondre à l'objectif 3 de l'étude, 12 ergothérapeutes-clinique ont évalué entre 1 et 7 clients (médiane de 3). Dix sont des femmes et les ergothérapeutes sont âgés en moyenne de 37 ans (étendue de 23 à 57). Trois ergothérapeutes ont obtenu un diplôme de maîtrise et en moyenne, les ergothérapeutes-clinique ont 8 ans (étendue de 0,5 à 30) d'expérience de travail.

4.2.2. *Simplicité de la situation clinique*

La phase de développement qui confère à l'Algo une validité de contenu a identifié les caractéristiques de la clientèle qui peut être visitée par du personnel auxiliaire. Afin de mesurer la validité de critère de ces caractéristiques, l'ergothérapeute-recherche s'est référée aux repères proposés par l'OEQ pour déterminer si les clients représentaient un « cas simple », tandis que l'auxiliaire a considéré les repères de l'Algo pour s'arrêter (c.-à-d. cas complexe) ou poursuivre avec la formulation de recommandations (c.-à-d. cas simple). Les données sont présentées au tableau 14 et les analyses, au tableau 15. Ainsi, les résultats de la validation indiquent que la sensibilité du jugement d'un auxiliaire qui utilise les critères de l'Algo pour déterminer de la simplicité de la situation est modérée lorsque son jugement est comparé au jugement clinique d'un ergothérapeute. Pour 11 clients des 65 visités, l'auxiliaire s'est abstenu de formuler des recommandations alors que l'ergothérapeute-recherche considérait que la situation clinique était simple. Ces résultats ont un impact défavorable sur l'efficience (c.-à-d. la relation entre les ressources mobilisées et les effets souhaités obtenus [Brousselle *et al.*, 2009]) éventuelle de ce mode d'organisation des services, mais la spécificité mesurée (27 %) est plus préoccupante. En effet, l'auxiliaire a jugé la situation clinique de huit clients simple,

Tableau 14 : Jugement des intervenants concernant la simplicité de la situation clinique des clients

	Auxiliaire			Ergo-clinique			
		Simple	Complexe	Simple	Complexe		
Ergo-recherche	Simple	43	11	54	26	7	33
	Complexe	8	3	11	2	3	5
		51	14	65	28	10	38

Tableau 15 : Mesures d'accord entre le jugement des intervenants concernant la simplicité de la situation clinique des clients (n_{ergo-recherche vs auxiliaire} =65 vs n_{ergo-clinique vs auxiliaire} =38) comparativement à l'ergothérapeute-recherche

Intervenants	Sens.	Spec.	Indice de prévalence	Indice de biais	K [IC à 95 %]	Δ [IC à 95 %]	Pa
Auxiliaire	79,6	27,3	0,62	0,05	0,06 [-0,20; 0,32]	0,40 [0,29; 0,51]	70,8
Ergothérapeute-clinique	s.o.	s.o.	0,61	0,13	0,27 [0,08; 0,61]*	0,52 [0,39; 0,65] [‡]	76,3 [‡]

Sens. : Sensibilité; Spec. : Spécificité; K : Kappa; IC : Intervalle de confiance; Pa : Pourcentage d'accord; *Valeur p de 0,33 lorsque comparé au kappa pour l'auxiliaire; [‡]À notre connaissance, il n'existe pas de test statistique pour comparer deux valeurs de delta; [‡]Valeur p de 0,54 lorsque comparée au pourcentage d'accord pour l'auxiliaire.

alors que l'ergothérapeute-recherche considérait que la situation était complexe et ne relevait donc pas de la compétence de l'auxiliaire.

Or, le jugement de l'ergothérapeute-recherche sur la simplicité du cas a aussi été comparé avec celui de l'ergothérapeute-clinique afin d'estimer le niveau d'accord entre le jugement de deux professionnels qui appliquent les Lignes directrices (OEQ, 2005). Pour le quart des clients, les ergothérapeutes n'étaient pas d'accord sur la complexité du cas et le pourcentage d'accord au-delà du hasard est faible ($\kappa = 0,27$). Toutefois, ce résultat est assujéti aux deux paradoxes du kappa (c.-à-d. prévalence et biais) qui affecte à la baisse le kappa mesuré. Néanmoins, la valeur du delta, une mesure d'accord moins sensible aux paradoxes, indique aussi que la concordance du jugement entre deux ergothérapeutes est de passable à modérée. Par conséquent, l'opinion de l'ergothérapeute-recherche ne semble pas une bonne mesure étalon pour juger de l'identification adéquate des cas simples qui peuvent être visités par l'auxiliaire. Les mesures d'accord entre l'auxiliaire et l'ergothérapeute-recherche sont donc calculées en complément des estimations de sensibilité et de spécificité. La comparaison de l'accord entre l'auxiliaire et l'ergothérapeute-recherche avec l'accord entre deux ergothérapeutes à l'aide des équations proposées par Fleiss (1981) ou du chevauchement des IC ne démontre pas des valeurs statistiquement différentes.

4.2.3. Sélection d'un siège

Tout d'abord, l'accord entre deux ergothérapeutes concernant le siège pour l'hygiène a été estimé afin de déterminer la mesure étalon à considérer (meilleur siège ou sièges acceptables) pour juger du niveau d'accord entre un ergothérapeute et l'auxiliaire qui utilise l'Algo. Dans notre étude, deux ergothérapeutes formulent la même recommandation de siège

pour 21 des 38 clients (accord de 55 %). L'IC à 95 % autour de l'accord entre deux ergothérapeutes s'étend de 39 % à 71 %. Le pourcentage d'accord est évidemment plus élevé lors de la comparaison de la recommandation de l'ergothérapeute-clinique (c.-à-d. son « meilleur siège ») avec l'ensemble des options acceptables identifiées par l'ergothérapeute-recherche, qui incluent son meilleur choix. En effet, l'ergothérapeute-clinique a recommandé un siège parmi les options de l'ergothérapeute-recherche pour 34 des 38 clients, c.-à-d. pour 89,5 % des clients (IC à 95 % de 80 % à 99 %). Ces résultats suggèrent que l'étalon à considérer pour la validation de critère de l'Algo n'est pas le « meilleur » siège selon l'ergothérapeute-recherche, mais bien le groupe d'options de sièges acceptables qu'elle identifie.

Pour les 51 clients pour lesquels l'auxiliaire a formulé une recommandation, il a proposé le meilleur siège 21 fois et un siège parmi les options jugées acceptables par l'ergothérapeute-recherche 22 fois. En d'autres mots, pour 43 des 51 participants (84 %), l'auxiliaire qui utilisait l'Algo a identifié un siège qui permettait aux clients de réaliser son occupation (c.-à-d. l'hygiène) en fonction de ses préférences, ses capacités et son environnement, sans un risque imminent de blessures pour eux et, s'il y a lieu, leurs aidants. L'IC à 95 % autour de cette estimation s'étend de 75 % à 93 % d'accord. Par conséquent, bien que l'auxiliaire ne recommande pas toujours le même équipement que l'ergothérapeute-recherche, les résultats indiquent que l'Algo guide l'auxiliaire vers un équipement qui répond aux besoins des participants et ce, dans la grande majorité des situations. Le taux d'adéquation du siège recommandé par l'auxiliaire n'est d'ailleurs pas statistiquement différent du taux des ergothérapeutes-clinique (89,5 % vs 84 %, $p = 0,481$).

Chapitre 5 : Discussion et conclusion

Cette thèse poursuivait le but d'alimenter les réflexions sur les enjeux liés à la participation du personnel auxiliaire dans la prestation des services d'ergothérapie, notamment lors de la sélection de l'équipement pour l'hygiène du client vivant à domicile. La discussion commence par un bref retour sur les résultats de l'étude, puis ce modèle d'organisation du travail est discuté sous l'angle de quelques enjeux qui entourent ces pratiques. Avant de conclure, les forces et les limites de l'étude sont mises en lumière.

5.1. Quelques mots sur les principaux résultats de l'étude

Tout d'abord, un résumé commenté des principaux résultats est proposé. Les prochaines sections reprennent donc les différentes phases et étapes de l'étude.

5.1.1. Synthèse des écrits sur la participation du personnel auxiliaire aux services d'ergothérapie

La recension des écrits démontre que d'un point de vue théorique, l'ergothérapeute pourrait transférer certaines tâches routinières et accaparantes vers le personnel auxiliaire par des mouvements de substitution verticale afin de faire valoir son plein potentiel. L'ACE et l'OEQ considèrent que l'utilisation optimale des ressources humaines dans les services d'ergothérapie inclut le recours à du personnel auxiliaire, et leurs publications sur le sujet offrent des repères utiles à l'implantation de ces pratiques. L'ergothérapeute analyse les facteurs déterminants liés au client, à l'activité et à l'environnement pour juger de la pertinence d'assigner une activité clinique à du personnel auxiliaire. Il doit aussi considérer les facteurs liés à ce personnel, tels que sa formation, sa supervision, ses rôles et ses outils de travail. Cependant, les recherches sur le partage des rôles entre l'ergothérapeute et le personnel

auxiliaire sont rares et les méthodologies retenues sont peu fiables. Les résultats concernant l'efficacité ou la qualité des services rendus sont mitigés et les données sont insuffisantes pour formuler des recommandations claires sur la pertinence du recours au personnel auxiliaire.

5.1.2. Recensement des pratiques québécoises concernant la participation du personnel non-ergothérapeute à la sélection de l'équipement pour l'hygiène

Dans les programmes PALV-DP des 86 CSSS questionnés durant le recensement, 89 % des façons de faire documentées prévoient le recours à du personnel non-ergothérapeute pour déterminer le besoin d'équipement au bain. En effet, plusieurs intervenants des équipes interdisciplinaires recommandent des équipements pour l'hygiène aux personnes vivant à domicile et il s'agit principalement d'intervenants de la réadaptation ou d'infirmières. Dans 57 % des modèles d'organisation des services, du personnel non-ergothérapeute reçoit une formation en emploi pour être habileté à choisir l'équipement, et dans ces situations, il s'agit habituellement d'auxiliaires (82 %). Toutefois, il n'existe pas de consensus sur la durée de cette formation. De plus, les outils de travail sont très variables, tant en matière de format et de contenu que de la clientèle avec laquelle ils peuvent être utilisés. En effet, 63 versions d'arbres de décision, de grilles d'observation ou d'algorithmes maison ont été répertoriées et le contenu de 54 versions a été analysé. Les disparités observées entre les outils maison alimentent la confusion sur la pertinence de certains éléments de contenu de ces algorithmes, et l'absence d'information sur les qualités métrologiques est préoccupante.

5.1.3. Besoins de soutien de l'auxiliaire qui sélectionne l'équipement pour l'hygiène

Les auxiliaires rencontrés considèrent que l'auxiliaire expérimenté qui présente des qualités telles que la rigueur et l'ouverture à la critique sont aptes à participer au choix de l'équipement pour l'hygiène. Toutefois, les participants jugent que l'auxiliaire devrait aussi

recevoir une formation en emploi sur le choix de l'équipement et utiliser un outil d'aide à la décision pour guider ses observations. Les participants souhaitent intervenir seulement auprès des clients avec une situation clinique simple et demandent qu'un ergothérapeute soit leur partenaire. Selon eux, l'ergothérapeute devrait être disponible pour répondre à leurs questions et rencontrer les clients avec une situation clinique complexe. L'étude indique que l'auxiliaire engagé dans le choix de l'équipement pour l'hygiène a besoin de soutien, et celui offert actuellement dans les CSSS ne répond pas à l'ensemble de ses attentes.

5.1.4. Caractéristiques de la clientèle visitée par du personnel non-ergothérapeute lors de la sélection de l'équipement pour l'hygiène

Les ergothérapeutes sollicitent la collaboration du personnel non-ergothérapeute pour évaluer les cas simples. Jusqu'à maintenant, aucune définition n'était proposée pour décrire cette clientèle, ce qui ouvrait la porte à des situations qui pourraient être préjudiciables à la population ou engendrer des infractions à la déontologie. Par conséquent, la recension des écrits et la consultation d'experts ont permis d'adopter un langage commun pour définir un « cas simple », soit un adulte avec une morphologie dans les limites de la norme qui présente des difficultés prévisibles de rendement occupationnel lors de son hygiène dans sa baignoire standard ou sa cabine de douche. Douze caractéristiques ont été retenues pour opérationnaliser cette définition. Elles couvrent les trois domaines du MCRO-P : l'occupation (se déplacer seul jusqu'à sa baignoire ou à sa cabine de douche, accepter de ne pas aller au fond de sa baignoire pour se laver), la personne (ne pas être atteint d'une maladie neurologique dégénérative, ne pas être en fin de vie, n'avoir aucune contre-indication médicale, être âgé de 18 ans ou plus, peser moins de 250 livres, avoir la capacité de se lever et de se tenir debout 5 secondes et de prendre appui sur une barre, comprendre les consignes) et l'environnement (avoir une baignoire ou une cabine de douche standards et des murs permettant l'installation de deux

barres d'appui). Cette définition permet de soutenir les ergothérapeutes et leurs partenaires lorsqu'ils décident, ou non, de solliciter la collaboration du personnel non-ergothérapeute pour répondre aux besoins de cette clientèle, mais n'élimine pas la pertinence de considérer l'organisation du travail des équipes interdisciplinaires et le discernement professionnel.

5.1.5. Développement de l'Algo

Des allers-retours entre les outils maison, les perspectives théoriques et les écrits ont mené à l'Algo, un outil d'aide à la décision orienté sur les besoins communs des CSSS pour le personnel non-ergothérapeute qui participe à la sélection de l'équipement pour l'hygiène. Le MCRO-P a été retenu comme trame de fond au développement de cet algorithme clinique, c.-à-d. une carte graphique des étapes logiques à suivre lors d'un cas simple de choix d'équipement pour l'hygiène. Ainsi, l'Algo comprend une suite de questions qui abordent l'occupation, la personne et l'environnement, à travers ses quatre sections : 1) la clientèle, 2) le choix du siège, 3) les recommandations et 4) les notes. L'Algo s'accompagne d'un guide d'utilisation pour l'auxiliaire et d'un manuel de référence pour l'ergothérapeute, deux outils complémentaires réclamés par les intervenants. L'étude a permis de constater que malgré la circulation de beaucoup d'outils, il s'agit surtout de différences dans le vocabulaire utilisé pour opérationnaliser une idée commune. La consultation a donné lieu à un consensus autour d'un outil articulé selon un modèle de pratique reconnu en ergothérapie, à la fois enraciné dans la réalité clinique et fondé sur les données probantes.

5.1.6. Validation de critère de l'Algo

La validité de critère de l'Algo a été étudiée pour s'assurer que l'outil oriente le personnel non-ergothérapeute vers le bon équipement pour l'hygiène. Durant la période de

collecte des données entre octobre 2011 et mars 2012, 51 des 158 clients qui avaient fait une demande d'évaluation auprès de 4 CSSS pour l'aménagement de la salle de bain correspondaient à la clientèle qui peut être visitée par l'auxiliaire qui utilise l'Algo, c.-à-d. des cas simples. Or, l'auxiliaire qui utilisait l'Algo a identifié un siège qui permettait à 84 % de ces clients de réaliser leur occupation (c.-à-d. l'hygiène) en fonction de leurs préférences, leurs capacités et leur environnement, sans un risque imminent de blessures pour eux et, s'il y a lieu, leurs aidants. Bien que l'auxiliaire ne recommande pas toujours le même équipement que l'ergothérapeute-recherche, les résultats indiquent que l'Algo guide l'auxiliaire vers un équipement qui répond aux besoins des clients et ce, dans la grande majorité des situations. Le taux d'adéquation du siège recommandé par l'auxiliaire n'est d'ailleurs pas statistiquement différent du taux des ergothérapeutes-clinique.

5.2. Enjeux entourant la participation du personnel auxiliaire à la sélection de l'équipement pour l'hygiène du client en ergothérapie communautaire

La participation du personnel auxiliaire aux services d'ergothérapie suscite des débats au sein de la profession depuis de nombreuses années. Pourtant, peu d'écrits sont disponibles pour soutenir la réflexion des ergothérapeutes, particulièrement dans le contexte social québécois actuel qui s'intéresse à l'optimisation de l'allocation des ressources humaines en santé et à la performance des ergothérapeutes en communautaire (Beugré *et al.*, 2012; Bilodeau, 2012). Pour Bélanger (1998), « la plus grande menace pour l'avenir de notre profession est de sous-estimer ou de vouloir ignorer la question du personnel de soutien, dans l'idée qu'il s'agit malgré tout d'une question marginale qui, tôt ou tard, va se résoudre par elle-même » (p. 98). Idéalement, cette thèse contribuera à outiller les détenteurs d'enjeux pour la poursuite d'un dialogue fondé sur des données probantes afin d'organiser les services

d'ergothérapie pour promouvoir l'occupation des Québécois dans leur domicile. Dans cette perspective, quelques enjeux sont discutés dans les prochaines sections.

5.2.1. Accès aux services de qualité

Au cours des décennies passées, des auteurs influents ont soutenu que le recours au personnel auxiliaire est une stratégie pour favoriser l'accès de la population canadienne aux services d'ergothérapie (Hagler *et al.*, 1993; Maxwell et Maxwell, 1978; Townsend *et al.*, 2008; Winchcombe et Ballinger, 2005). Or, à notre connaissance, il n'existe aucune étude évaluative s'intéressant à la production des services ou à l'efficacité de ce modèle de prestation des services pour soutenir cette conclusion. En outre, les États-Unis qui ont fait le choix dans les années 1950 de solliciter la participation du personnel auxiliaire en ergothérapie dans l'organisation des services font aussi face à un contexte de pénurie de ressources humaines. En effet, une enquête postale de Powell et de ses collaborateurs (2008) a mis en évidence que 8,9 % des postes d'ergothérapeute et 7,7 % des postes de personnel auxiliaire (c.-à-d. *Certified Occupational Therapist Assistant*) étaient vacants en 2006, et les auteurs prédisaient que la pénurie s'accroîtrait au cours des prochaines années. De plus, les gestionnaires sondés dans cette enquête rapportent que :

« fewer clients were receiving fewer services despite increased productivity demands and increased use of aides, with other disciplines providing services to fill the gap at approximately one-third of facilities » (Powell *et al.*, 2008, p. 102).

L'expérience états-unienne indiquerait que le recours au personnel auxiliaire en ergothérapie n'est pas une panacée.

De plus, selon Cooper (2001), le recours à du personnel auxiliaire augmenterait possiblement l'accès aux services, mais les services rendus dans un tel contexte seraient moins holistiques. Dans une analyse juridique et éthique de la réalité québécoise en matière d'accès aux services d'ergothérapie à domicile, Carrier et ses collaborateurs (2010) suggèrent que ces pratiques risquent d'apporter une réponse partielle aux besoins complexes de certains usagers, entre autres parce que le personnel auxiliaire en ergothérapie qui se verrait confier une activité clinique traditionnellement réalisée par l'ergothérapeute ne serait pas en mesure d'explorer l'ensemble des difficultés du client. Selon eux, l'intervention ne saurait alors être qualifiée de complète et d'efficace. Or, les facteurs qui influencent la productivité et la qualité du processus de production des services d'ergothérapie, tels que la globalité, la sécurité et la continuité dans un contexte de chevauchement des compétences, ont été peu étudiés. En effet, Nancarrow et ses collaborateurs (2006) ont passé en revue les politiques et les écrits sur le chevauchement des compétences qui réfèrent, entre autres, à leurs propres études concernant le personnel auxiliaire dans l'organisation des services de réadaptation aux personnes âgées. Ces auteurs jugent que les recherches sur le sujet sont rares et que les méthodologies retenues sont peu fiables. Les résultats concernant l'efficacité ou la qualité des services rendus sont mitigés et les données sont insuffisantes pour formuler des recommandations claires sur la pertinence du recours au personnel auxiliaire. De plus, les auteurs recommandent la prudence dans la généralisation des résultats, car le chevauchement des compétences serait fortement lié au contexte. Bourgeault et ses collaborateurs (2008) ont aussi soulevé le petit nombre d'études, peu robustes, dans leur synthèse des connaissances, et soulignent l'influence déterminante du contexte sur les initiatives visant à optimiser le chevauchement des compétences. La faible reconnaissance envers la contribution du personnel auxiliaire, généralement offerte sur une base individuelle et rarement par les instances officielles, et les sensibilités qui entourent ces pratiques expliqueraient, selon Mackey (2004), le peu d'écrits

sur le sujet. Le Boterf (2002) soutient que les débats entourant certaines thématiques font avancer la recherche avec hésitation et que le désir d'éliminer l'incertitude conduit à se réfugier dans l'immobilisme de la langue de bois.

Ainsi, des recherches évaluatives portant sur l'effet, la production (ex. : accès, qualité, continuité) et l'efficience des services offerts au client dans un contexte de chevauchement des compétences sont essentielles. Ces études permettraient aux cliniciens et aux gestionnaires de faire des choix éclairés lors de l'organisation des services en fonction des ressources humaines disponibles en ergothérapie. Mackey et Nancarrow (2005) expliquent :

« Ideally these changes in practice should be evidence based and investment in research about the effect of such changes on patient care and outcomes is much needed. This would allow professional staff to confidently move forward with new developments around an extended role for support workers but also hold back in areas where it is suggested that extended roles are detrimental to client care. »
(p. 336)

Dans notre étude, les résultats démontrent que les ergothérapeutes consacrent déjà une bonne partie de leur temps à la clientèle qui requiert effectivement l'expertise d'un professionnel de la santé. En effet, les clients correspondaient une fois sur trois à la définition d'un cas simple (tableau 12). Par exemple, au CSSS 1, parmi les 62 clients qui ont accepté de participer à l'étude, 36 clients ont été exclus parce que les informations obtenues par téléphone indiquaient que des caractéristiques de l'occupation (28 %), de la personne (53 %) ou de l'environnement (19 %) commandaient une évaluation par l'ergothérapeute. De plus, les auxiliaires ont considéré que la situation ne relevait pas de leur compétence pour deux des participants de ce CSSS. Ainsi, parmi les 71 clients qui attendaient une évaluation ergothérapique au CSSS 1, 23 clients auraient pu recevoir une recommandation d'un auxiliaire outillé de l'Algo et ce, sur une période de 5 mois. À la lumière de ces informations, la

participation de l'auxiliaire à la sélection de l'équipement pour l'hygiène permettrait d'augmenter l'accès aux services pour une partie seulement de la clientèle en attente d'une évaluation, tel qu'anticipé. De plus, considérant que l'ergothérapeute doit former et superviser l'auxiliaire, l'effet de ce mode de prestation des services sur la charge de travail de l'ergothérapeute est mitigé. En effet, le personnel non-ergothérapeute participe à la sélection de l'équipement pour un nombre peu élevé de clients et les CSSS de petite taille ont un petit volume de demandes. L'implantation devrait donc commencer par les CSSS qui ont un grand volume de demandes d'évaluation concernant l'aménagement de la salle de bain. Néanmoins, les ergothérapeutes et leurs gestionnaires devront explorer d'autres moyens pour assurer la main-d'œuvre requise en nombre et en qualité afin de répondre aux besoins de la clientèle.

5.2.2. Impacts sur la pratique des ergothérapeutes

Les gestionnaires dans les CSSS qui connaissent les positions du MSSS du Québec et de l'OEQ encouragent les ergothérapeutes à inclure du personnel non-ergothérapeute dans la prestation de services historiquement offerts par l'ergothérapeute. La situation serait notamment vécue par les ergothérapeutes en communautaire concernant la détermination du besoin d'assistance lors de l'hygiène (Genest *et al.*, 2003). Selon l'état des connaissances présenté précédemment, le transfert de cette activité à du personnel auxiliaire serait un exemple d'évolution de la profession qui permettrait aux ergothérapeutes d'être libérés des situations cliniques simples, des activités routinières et contraignantes (par le nombre), afin de faire valoir leurs pleines compétences, entre autres à l'aide de mouvements de diversification et de spécialisation. En effet, Nancarrow et Borthwick (2005) expliquent que les mouvements de substitution sont essentiels à une profession en quête de reconnaissance sociale, bien qu'ils ouvrent la porte à l'empiétement des frontières d'une profession. Pour Nancarrow et

Borthwick (2005), les besoins toujours grandissants de la population et les occasions offertes pour l'ensemble des professions confèrent au chevauchement des compétences le statut d'avantage.

Suivant la théorie de Nancarrow et Borthwick (2005), la substitution verticale proposée dans le premier modèle de l'OEQ et dans le continuum des profils de l'ACE serait préférable à la substitution horizontale induite par le deuxième modèle de l'OEQ. En effet, la substitution verticale présente l'avantage de libérer le professionnel sans qu'il perde le contrôle d'une activité qui relève de sa discipline. Or, les résultats du recensement des pratiques révèlent que 89 % des modèles d'organisation des services documentés dans notre étude impliquent un chevauchement des compétences lors de la sélection de l'équipement pour l'hygiène des clients vivant à domicile, mais seulement 14 % des équipes collaborent avec du personnel auxiliaire à la suite de l'assignation de l'activité clinique par un ergothérapeute (premier modèle proposé par l'OEQ). La majorité des milieux applique le deuxième modèle d'organisation des services proposé par l'OEQ dans lequel les ergothérapeutes transfèrent leur rôle vers des collègues, tels que les infirmières et les travailleurs sociaux, pour les situations cliniques simples. La théorie de Nancarrow et Borthwick (2005) appliquée à ces résultats indique que le choix des milieux québécois risque de limiter le champ d'exercice de l'ergothérapie communautaire aux situations cliniques complexes. Pourtant, les situations cliniques simples peuvent être l'indice d'un rendement occupationnel sous-optimal et les ergothérapeutes ont un rôle à jouer auprès de cette clientèle, un rôle qui risque d'être monopolisé par d'autres groupes professionnels. En effet, l'ouverture des frontières professionnelles des ergothérapeutes à des cliniciens avec des niveaux d'éducation équivalents et des frontières professionnelles communes peut favoriser l'impérialisme professionnel de la part de ces groupes. En d'autres mots, pour reprendre l'exemple d'appartements locatifs

suggéré par Clark (2010), si les ergothérapeutes laissent « vacante » l'évaluation des cas simples de besoin d'équipement pour l'hygiène, ils courent le risque de « perdre leur bail » avec cette clientèle. Aussi, les travaux d'Adams (2004) sur les disputes entre les hygiénistes dentaires et les dentistes ontariens illustrent l'importance du « premier service » qui est offert à la population dans un champ d'exercice (dans leur cas, le nettoyage des dents). Le monopole d'une activité clinique qui revêt pour la population son importance contribue au maintien du statut social, des privilèges et de la sécurité que confère une profession (Adams, 2004; 2010). Ainsi, l'assignation de la sélection de l'équipement pour l'hygiène à du personnel autre que l'ergothérapeute, un premier service utile et apprécié par la clientèle et l'équipe interdisciplinaire, risque de contribuer au processus de professionnalisation du groupe qui en assumera la responsabilité, au détriment de la profession d'ergothérapeute.

Néanmoins, la participation du personnel auxiliaire dans le premier modèle proposé par l'OEQ présente également des désavantages. Premièrement, Stanmore et Waterman (2007) expliquent que le chevauchement des compétences risque d'augmenter la charge de travail des ergothérapeutes en raison de l'obligation de coordonner et de superviser le personnel auxiliaire. Deuxièmement, une étude anglaise de Mackey (2004) concernant le recours au personnel auxiliaire en ergothérapie tend à démontrer que la substitution verticale n'est pas perçue comme avantageuse pour la reconnaissance de la profession d'ergothérapeute. En effet, l'auteure a étudié cette organisation des services à l'aide d'une étude qualitative exploratoire dans laquelle cinq groupes de discussion focalisée ont eu lieu avec du personnel qualifié et non qualifié travaillant en ergothérapie communautaire (n = 36). Au terme de son analyse, l'auteure soutient que les ergothérapeutes ne trouvent pas de possibilités réelles de croissance professionnelle et qu'ils sont réticents à transférer des tâches au personnel auxiliaire. En fait, les ergothérapeutes perçoivent ce transfert comme dévalorisant pour leur profession. En effet,

il serait considéré comme la démonstration que du personnel non qualifié est en mesure de faire leur travail et non comme la possibilité de faire exécuter des tâches accaparantes par des subalternes. Dans une étude complémentaire, Nancarrow et Mackey (2005) mettent en relation ces résultats avec les difficultés qu'éprouvent les ergothérapeutes à définir leur propre rôle, et leur perception selon laquelle ne pas offrir eux-mêmes les soins directs aux clients équivaut à assumer un rôle de gestionnaire.

Finalement, la proposition d'utiliser d'autres ressources humaines que l'ergothérapeute pour offrir les services d'ergothérapie pourrait menacer la reconnaissance de l'expertise de l'ergothérapeute. En outre, Jongbloed (1984) écrit que l'impossibilité de substituer le travail de l'ergothérapeute par le recours à d'autres ressources professionnelles serait un élément clé de la reconnaissance de la profession puisqu'elle permet de ne pas menacer la prémisse d'exclusivité. Par conséquent, l'impact de la participation du personnel auxiliaire aux services d'ergothérapie sur la pratique mérite une attention dans des recherches futures. Par exemple, des études devraient mesurer l'influence de la substitution de la main-d'œuvre sur le champ d'exercice de l'ergothérapie, une profession avec une large portée, majoritairement féminine, mais représentée par un petit nombre de praticiens (Townsend et Polatajko, 2008).

5.2.3. Formation, supervision et rôles du personnel auxiliaire

La recension des écrits indique que la réussite du recours au personnel auxiliaire en ergothérapie est influencée par la formation de ce personnel (Atkinson, 1993; Green, 1991; Hagler *et al.*, 1994; Hagler *et al.*, 1993; Jung *et al.*, 2008; Mackey, 2004; OEQ, 2005, 2008a, 2008b; Strickland, 1993; Taillon, 1990). Toutefois, aucun consensus ne ressort sur ce qu'est une formation adéquate. Bien que certaines provinces canadiennes offrent des programmes de

formation formels pour le personnel auxiliaire en ergothérapie, le Québec dépend de la formation en emploi. Notamment, le recensement des pratiques révèle que 92 % du personnel non-ergothérapeute qui participe à la sélection de l'équipement pour l'hygiène reçoit une formation informelle offerte par un ergothérapeute clinicien. Cependant, la formation varie considérablement, tant sur les modalités d'enseignement (ex. : exposés, démonstrations, mises en situation) que sur la durée (entre 1 et 40 heures, avec une moyenne de 8 heures). En outre, Hagler et ses collaborateurs (1994) suggèrent que la formation informelle a le désavantage d'être exigeante pour les cliniciens et que la variation dans les formations entraîne une prolifération de titres d'emploi, tout en limitant la mobilité de la main-d'œuvre. Par exemple, notre étude a recensé sept titres d'emploi pour l'auxiliaire ayant reçu une formation informelle pour la détermination du choix de l'équipement au bain. En ce sens, le plan de formation proposé en complément de l'Algo présente l'avantage d'offrir des balises pour une formation unique, éventuellement prise en charge par des organismes reconnus tels que l'ASSTSAS ou l'OEQ, afin de faciliter la mobilité de la main-d'œuvre et libérer les cliniciens qui assument actuellement ce rôle de formation en engageant leur responsabilité professionnelle (Carrier et Levasseur, 2012; OEQ, 2008b).

Les écrits consultés concernant l'importance de la supervision du personnel auxiliaire sont convergents. Jung et ses collaborateurs (2002), qui s'intéressent à la formation initiale, expliquent que les ergothérapeutes et le personnel auxiliaire ont de la difficulté à juger quand et comment la supervision doit avoir lieu. Par ailleurs, la supervision n'est pas toujours disponible dans les milieux cliniques. Par exemple, à la suite d'une étude canadienne sur le recours au personnel auxiliaire, Hagler et ses collaborateurs (1993) rapportent que 99 % des gestionnaires ont affirmé que la non-disponibilité de l'ergothérapeute n'empêcherait pas le personnel auxiliaire d'accomplir ses tâches. Dans une étude plus récente, Stanmore et

Waterman (2007) ont également constaté que le personnel auxiliaire effectue son travail en l'absence de supervision de l'ergothérapeute, y compris pour l'évaluation des besoins d'équipements. Aussi, une enquête anglaise de Nancarrow et collaborateur (2005) montre que le ratio entre le personnel qualifié et le personnel auxiliaire est de 0,95 (écart type de 1,5), mais l'un des milieux sondés emploie 18 professionnels qualifiés pour 200 membres du personnel auxiliaire. Enfin, les participants dans notre étude ont également signalé des embûches à une supervision adéquate : les ergothérapeutes ne sont pas toujours disponibles pour répondre aux besoins de soutien de l'auxiliaire. En outre, le contexte du domicile exacerbe possiblement les difficultés d'accès à l'ergothérapeute considérant que le superviseur et le supervisé ne sont pas continuellement dans le même lieu physique. Idéalement, les repères inclus dans l'Algo, son guide d'utilisation et son manuel de référence soutiendront le personnel non-ergothérapeute et les ergothérapeutes dans l'identification des circonstances qui nécessitent plus, ou moins, de supervision lors de la sélection de l'équipement pour le client vivant à domicile. Ces documents ont certainement le mérite de positionner clairement ce modèle d'organisation des services dans une perspective de partenariat dans lequel un ergothérapeute est désigné pour soutenir le personnel non-ergothérapeute qui s'engage dans ce rôle.

Néanmoins, les données disponibles dans les écrits (Hagler *et al.*, 1993; Nancarrow *et al.*, 2005; Stanmore et Waterman, 2007) sont préoccupantes étant donné le flou entourant le rôle du personnel auxiliaire dans le processus évaluatif en ergothérapie. Par exemple, l'OEQ (2005) explique que le personnel non-ergothérapeute peut participer à l'évaluation des habiletés fonctionnelles pour les soins d'hygiène personnelle à l'aide d'un organigramme décisionnel, mais que l'ergothérapeute est responsable d'analyser les résultats (premier modèle proposé de l'OEQ, voir la figure 3). Or, cette ligne de partage des rôles est mince et

difficile à appliquer en milieu clinique d'autant plus que l'OEQ, dans son deuxième modèle, propose que du personnel non-ergothérapeute choisisse seul l'équipement pour l'hygiène dans les situations cliniques simples. En outre, des auteurs rapportent que le personnel auxiliaire détermine, donc juge, du besoin d'équipements sans que l'ergothérapeute ait procédé à l'analyse des résultats ou encore, sans qu'une supervision ait été offerte (Caillé, 1993; Éduconseil, 2003; Guay *et al.*, 2009; Guay *et al.*, 2010; Loomis *et al.*, 1997; Stanmore *et al.*, 2006). Or, les aides techniques recommandées sont généralement en vente libre dans les pharmacies et les magasins à grande surface. Par conséquent, le rôle du personnel auxiliaire dans le processus d'évaluation en ergothérapie devrait être clarifié et étudié pour promouvoir la sécurité des clients et le respect des obligations professionnelles des ergothérapeutes.

5.2.4. Algo : un outil avec une bonne validité

Selon les Lignes directrices de l'OEQ (2005, 2008b), l'auxiliaire qui s'engage dans la sélection de l'équipement pour l'hygiène du client vivant à domicile doit être outillé. L'Algo est un outil avec une bonne validité de contenu et de critère qui vient répondre aux exigences de l'OEQ. En effet, l'Algo cible la clientèle qui présente une situation clinique simple, guide les observations du personnel non-ergothérapeute, documente les interventions effectuées à domicile et soutient la communication avec l'ergothérapeute pour s'assurer d'une supervision adéquate. Plus important encore, dans la grande majorité des cas (84 %), l'auxiliaire qui utilise l'Algo en partenariat avec un ergothérapeute de son équipe interdisciplinaire à la suite d'une formation en emploi sélectionne un siège qui permet aux clients de réaliser son hygiène en fonction de ses préférences, ses capacités et son environnement, sans un risque imminent de blessures pour eux et, s'il y a lieu, leurs aidants. En fait, les éléments de contenu de l'Algo et sa structure reproduisent le raisonnement clinique de l'ergothérapeute qui rencontre un adulte

avec une morphologie dans les limites de la norme qui présente des difficultés prévisibles de rendement occupationnel lors de son hygiène dans un environnement standard. En ce sens, il est possible d'argumenter que l'auxiliaire qui utilise l'Algo participe à l'évaluation ergothérapique, mais n'évalue pas le client. De fait, l'auxiliaire applique la structure algorithmique de résolution de problème de l'ergothérapeute pour choisir l'équipement pour l'hygiène, ce qui respecte les attentes des ordres professionnels.

L'Algo s'utilise tant dans le premier modèle de prestation des services de l'OEQ (c.-à-d. une composante du plan d'ergothérapie) que dans le deuxième modèle de prestation des services de l'OEQ (c.-à-d. en parallèle dans les services d'ergothérapie). Or, comme expliquée précédemment, la substitution verticale proposée dans le premier modèle de l'OEQ et le continuum des profils de l'ACE serait préférable à la substitution horizontale induite par le deuxième modèle de l'OEQ. En outre, ce choix permettrait à l'auxiliaire d'assumer, en plus de la sélection de l'équipement pour l'hygiène des cas simples, d'autres activités cliniques qui s'inscrivent dans le processus d'intervention de l'ergothérapeute, comme l'installation de l'équipement, l'enseignement des techniques de transfert à la baignoire ou l'entraînement aux activités de la vie quotidienne. En somme, à l'instar de la position de l'ACE (2009) et de celles d'autres provinces canadiennes (ex. : Alberta Association of Registered Occupational Therapists, 2005; COTNS, 2005; OEO, 2004), le personnel non-ergothérapeute devrait se positionner dans le même continuum de métier que l'ergothérapeute, mais à des niveaux de compétences distincts. Par conséquent, le premier modèle d'organisation des services proposé par l'OEQ dans lequel le personnel non-ergothérapeute travaille en ergothérapie et non, comme dans le deuxième modèle de l'OEQ, en parallèle aux services d'ergothérapie, devrait être favorisé lors de l'implantation de l'Algo. En ce sens, l'expression canadienne « personnel auxiliaire en ergothérapie » est plus appropriée que l'expression québécoise « personnel non-

ergothérapeute ». Néanmoins, plusieurs ergothérapeutes sont encouragés par leurs questionnaires à mettre en place le deuxième modèle de l'OEQ afin de favoriser la santé et la sécurité des auxiliaires qui offrent de l'assistance lors de l'hygiène (Genest *et al.*, 2003). La disponibilité de l'Algo dans les milieux cliniques présente l'avantage de permettre à l'auxiliaire d'évaluer et d'adapter sa situation de travail pour les cas simples, une stratégie qui favorise tant sa santé physique que sa santé psychologique (Cloutier *et al.*, 2006). Ainsi, l'Algo représente une option valide et son implantation devrait par conséquent être facilitée par les détenteurs d'enjeux issus du domaine de la santé et de la sécurité des travailleurs. Les stratégies de transfert des connaissances devraient inclure la tactique des contrastes (Bacharach *et al.*, 1995; Brunsson, 1982) pour favoriser les changements de pratique des intervenants, c.-à-d. opposer l'Algo, un outil valide, aux outils maison qui peuvent engendrer des situations préjudiciables pour la clientèle et les travailleurs.

Le processus de validation de critère de l'Algo dans les CSSS a permis d'expérimenter la formation développée pour l'auxiliaire qui utilise l'Algo. Or, certaines modifications s'avèrent souhaitables afin de mieux répondre aux besoins des intervenants. Principalement, le processus de collecte des données a mis en évidence la pertinence de solliciter la participation d'au moins un ergothérapeute du milieu clinique de l'auxiliaire à la formation. En effet, les ergothérapeutes cliniciens ont contacté l'équipe de recherche à plusieurs occasions pour discuter des situations particulières rapportées par les auxiliaires et échanger sur la meilleure conduite à tenir. Généralement, l'information nécessaire à la résolution du problème était disponible dans le manuel de référence conçu à l'intention de l'ergothérapeute. Toutefois, les cliniciens ont exprimé avoir rarement recherché ces informations dans la documentation écrite avant de contacter un des membres de l'équipe de recherche. Ces observations concordent avec les écrits sur l'application des connaissances qui soulignent l'importance d'une formation

interactive pour favoriser l'appropriation du matériel éducatif et le changement des pratiques (Grimshaw *et al.*, 2002; Mitton *et al.*, 2007; Oxman *et al.*, 1995; Robertson et Jochelson, 2006). En outre, la suggestion d'une formation commune est basée sur l'observation d'une collaboration variable entre l'ergothérapeute et l'auxiliaire selon les CSSS. En effet, certaines dyades cliniques auxiliaire-ergothérapeute ont eu davantage recours à un partenariat explicite, manifesté par la consultation fréquente d'un ergothérapeute-partenaire, tel que proposé dans l'Algo. Par conséquent, la participation de ces deux types d'intervenants à la formation permettrait d'amorcer ou de consolider la collaboration interdisciplinaire essentielle à l'utilisation de l'Algo. Dans un même ordre d'idée, les intervenants qui ont participé à la validation de critère de l'Algo ont soulevé des questionnements sur l'organisation du travail dans un contexte de participation du personnel non-ergothérapeute à la sélection de l'équipement pour l'hygiène. Or, la formation offerte n'abordait pas les questions entourant la mise en place de ce mode de dispensation des services. En outre, tous les gestionnaires qui ont assisté aux rencontres d'information lors de la mise en place de la procédure de collecte des données dans les CSSS ont souligné que l'implantation de l'Algo aurait des impacts sur les politiques et procédures de leur établissement. Ainsi, comme suggérée par les écrits (Bourgeault *et al.*, 2008), l'organisation du travail influence l'implantation du chevauchement des compétences et doit être prise en compte. Ces observations ont donc mené à une révision et une bonification du plan de formation afin d'intégrer des éléments liés à l'organisation du travail et d'encourager la participation du gestionnaire. En fait, le plan de formation proposé prend maintenant la forme d'un cahier, en continuité graphique avec les autres outils développés par l'équipe de recherche, conçu à l'intention des ergothérapeutes habilités à former le personnel non-ergothérapeute à l'utilisation de l'Algo. Des modifications ont aussi été apportées à l'Algo, le guide d'utilisation et le manuel de référence à la suite des

commentaires reçus au cours de la deuxième étape de l'étude. Les versions définitives de ces documents sont présentées à l'annexe 14.

L'étude de la validité de critère a révélé que l'auxiliaire qui utilise l'Algo peut commettre une erreur lors de la sélection du siège. En effet, parmi les 51 clients pour lesquels l'auxiliaire a formulé une recommandation de siège, l'auxiliaire a identifié un siège jugé inacceptable par l'ergothérapeute-recherche à huit occasions (pourcentage d'erreur de 16 %). Pour tenter d'expliquer les huit désaccords, les Algo complétés ont été consultés. Cette analyse qualitative indique, d'une part, que pour deux participants, l'auxiliaire a formulé une recommandation selon l'engagement occupationnel éventuel du participant. En effet, pour l'un, l'auxiliaire a présupposé du fonctionnement de la personne à la suite des travaux de rénovation prévus dans la salle de bain et pour l'autre, à la suite d'une chirurgie orthopédique. Or, pour ces situations, l'auxiliaire n'a pas utilisé adéquatement l'Algo tel qu'enseigné puisqu'il aurait dû consulter l'ergothérapeute-partenaire afin de discuter de ses observations, ce qui n'a pas été fait. Pourtant les indices dans les outils de travail sont nombreux : en cas de doute ou de situation inhabituelle, l'auxiliaire doit discuter avec un ergothérapeute ciblé pour le soutenir. D'autre part, parmi les huit participants sources de désaccord entre l'auxiliaire et l'ergothérapeute-recherche, trois ont aussi été visités par l'ergothérapeute-clinique; l'opinion d'un deuxième ergothérapeute était donc disponible. Pour deux de ces trois clients, l'auxiliaire a proposé un siège jugé acceptable par l'ergothérapeute-clinique. Ainsi, si l'opinion de l'auxiliaire avait plutôt été comparée à celle de l'ergothérapeute-clinique, ces deux situations n'auraient pas été considérées comme des erreurs. En somme, les auxiliaires formés et outillés de l'Algo ont commis peu d'erreurs, même lorsque la situation clinique était jugée complexe par l'ergothérapeute-recherche, et certaines erreurs sont possiblement évitables grâce à une collaboration plus étroite avec l'ergothérapeute-partenaire.

Enfin, le recrutement des clients lors de la validation de critère a été ardu. Bien que les intervenants aient étroitement collaboré au recrutement, le nombre de clients qui correspondaient aux critères de la clientèle qui peut être visitée par l'auxiliaire est moindre que celui attendu. Ce constat a allongé la période de collecte des données et les tailles d'échantillons planifiées n'ont pu être atteintes avant la fin du projet. Toutefois, les données du recrutement sont très utiles aux réflexions qui entourent la planification de la main-d'œuvre et l'implantation éventuelle de l'Algo dans les CSSS. Par exemple, 21 % des clients qui ont dû attendre pour une évaluation ergothérapique concernant l'aménagement de leur salle de bain ont mobilisé leurs ressources personnelles pour répondre à leur besoin pour ensuite retirer leur demande. Les actions entreprises par ces clients sont généralement l'achat direct d'équipement, ou encore, l'emprunt auprès d'un proche d'un équipement qui, selon eux, facilite la réalisation de l'hygiène. Ces données illustrent que certains clients sont en mesure de prendre en charge les modifications de leur environnement afin de maximiser leur engagement occupationnel. L'implantation dans les milieux d'un modèle de dispensation des services qui met à contribution l'auxiliaire outillé de l'Algo pour la sélection de l'équipement pour l'hygiène permettrait possiblement d'offrir à cette clientèle des services-conseils. De plus, ces observations tracent la voie pour une hypothèse prometteuse : est-ce que le client, ou ses proches, seraient en mesure de s'approprier l'Algo ? Considérant que l'Algo est constitué de questions simples qui mènent vers la résolution du problème à l'aide d'une stratégie algorithmique, l'adaptation d'une version « client » de l'Algo présente le potentiel d'être un outil d'éducation précieux pour la population vieillissante. En outre, des initiatives britanniques qui s'appuient sur les nouvelles technologies pointent dans cette direction (Tucker *et al.*, 2011). Les recherches futures devraient donc explorer les possibilités d'adapter l'Algo afin de produire une version « client » pour encourager l'*empowerment* de la

population, c.-à-d. offrir aux clients qui ont de la difficulté à se laver les moyens nécessaires pour poursuivre leur occupation.

5.3. Forces et limites de l'étude

La réussite de cette étude repose principalement sur le partenariat assidu entre des acteurs issus des milieux cliniques et de la recherche. En effet, cette étude a été planifiée et réalisée par une équipe composée de cliniciennes et de chercheuses. Cette collaboration a favorisé le déroulement d'une étude à la fois rigoureuse sur le plan scientifique et sensible aux impératifs associés à la pratique clinique dans le contexte québécois. Un autre facteur de succès qui mérite d'être souligné est l'importance accordée tant au contenu des informations qu'à la forme de la présentation de ces informations aux différentes étapes de l'étude. En effet, les utilisateurs des connaissances sont sensibles à la présentation visuelle lors de la communication des connaissances (Tufte, 1990). Le recours à l'expertise d'un concepteur graphique a conduit à la production d'outils de travail invitants, ce qui a favorisé un haut taux de participation et facilité la collaboration des intervenants à chacune des phases de l'étude. Enfin, la force principale de cette étude est liée à un grand potentiel d'utilisation de ses résultats dans les milieux cliniques québécois. En outre, le transfert des connaissances et l'acceptabilité des résultats sont favorisés par l'implication de cliniciens, de gestionnaires, d'experts et de décideurs politiques travaillant dans les différentes régions du Québec (Lemire *et al.*, 2009).

Néanmoins, notre étude comporte des limites. Premièrement, un désavantage de la méthode de consensus formalisé est lié à la variabilité potentielle des conclusions en fonction de la composition du groupe d'experts constitué lors de la phase de cotation. En effet, les

éléments de contenu retenus pour l'Algo sont directement associés à l'opinion des experts du groupe. Toutefois, cette limite est minimisée par la représentation régionale. De plus, le consensus formalisé a commencé par la synthèse des éléments de contenu de 52 outils développés à travers le Québec, ce qui compense en partie cette limite et renforce l'étude. Une deuxième limite découle de la validation de critère de l'Algo qui s'appuie sur le jugement d'auxiliaires et d'ergothérapeutes qui peuvent ne pas être représentatifs des pratiques québécoises. Ainsi, il y a un risque potentiel de biais lié aux évaluateurs. En outre, le recensement a mis en évidence que d'autres intervenants que l'auxiliaire agissent en tant que personnel non-ergothérapeute pour la sélection de l'équipement pour l'hygiène (ex. : infirmières auxiliaires, thérapeutes en réadaptation physique, travailleurs sociaux). Or, l'Algo a été validé exclusivement auprès d'auxiliaires, les intervenants les plus sollicités pour ce rôle dans les CSSS. Cependant, considérant qu'il s'agit du membre de l'équipe interdisciplinaire avec le niveau de formation initiale le moins élevé, il est probable que l'Algo soit aussi valide pour les autres membres. L'Algo devra donc être implanté en reconnaissant cette limite et en retenant qu'il n'a subi aucune épreuve de fidélité, un prérequis habituel aux épreuves de validité des instruments de mesure. En fait, des contraintes méthodologiques rendent difficile la réalisation d'une telle étude. Par exemple, puisque l'Algo conduit à une seule réponse qui est fortement associée au contexte (c.-à-d. la sélection d'un siège), une épreuve de fidélité intra-évaluateur est difficilement réalisable. En effet, le temps entre les deux passations devrait être suffisamment long pour limiter le biais de mémoire très probable des évaluateurs, parallèlement à la pertinence d'un délai très court pour éviter le biais de maturation associé aux changements éventuels des capacités des clients. Cependant, des recherches futures pourraient explorer la fidélité inter-évaluateur. Finalement, une autre limite de l'étude est associée à la procédure d'échantillonnage des clients par convenance durant la deuxième étape de l'étude qui influe la validité externe. Cependant, ce choix demeure

raisonnable puisqu'il s'agit d'une étude à finalité instrumentale dans laquelle la validité interne a été préservée et que la clientèle de quatre CSSS a été rencontrée.

5.4.Conclusion

Cette étude, à la fois enracinée dans la réalité clinique et fondée sur les données probantes, guide les ergothérapeutes et leurs partenaires vers les conduites souhaitables lors de la planification de la main-d'œuvre en ergothérapie afin d'éviter des situations qui pourraient engendrer des infractions à la déontologie ou être préjudiciables à la population. La collaboration étroite entre des cliniciennes et des chercheuses et la participation de plus de 250 intervenants du RSSS ont mené à l'Algo, un outil d'aide à la décision pour le personnel non-ergothérapeute qui participe à la sélection de l'équipement pour l'hygiène corporelle. La méthodologie retenue pour son développement confirme que l'Algo répond aux besoins de la majorité des CSSS québécois. De plus, l'étude conduite pour la validation de critère avec des intervenants de quatre CSSS estriens démontre que l'Algo, son guide d'utilisation, son manuel de référence et son plan de formation sont applicables. Généralement, cet algorithme clinique permet à l'auxiliaire qui reçoit le soutien approprié, incluant une formation en emploi et un partenariat avec un ergothérapeute, d'identifier le client vivant à domicile qui représente une situation clinique simple pour lui transmettre des recommandations sur l'aménagement sécuritaire de sa salle de bain afin de promouvoir l'occupation. Maintenant, le défi à relever est de poursuivre la diffusion de ces résultats pour assurer l'adoption de l'Algo dans les milieux cliniques afin de favoriser le respect des obligations professionnelles des ergothérapeutes et la santé de la population.

Remerciements

Les personnes qui éprouvent de la difficulté à se laver dans leur domicile ainsi que les auxiliaires et les ergothérapeutes ont permis à mon projet de se concrétiser. Mes premiers remerciements sont donc pour eux. Toutefois, vous êtes nombreux derrière cette thèse : amis ou collègues des milieux cliniques, de l'enseignement et de la recherche, vos idées et vos questions ont alimenté mes réflexions des dernières années. Je vous remercie de votre curiosité, de votre générosité et de votre patience. Vous avez toute ma reconnaissance. Durant mon parcours, j'ai eu du plaisir et des succès parce que j'avais autour de moi l'assiduité de Johanne Desrosiers, la clairvoyance de Marie-France Dubois et la disponibilité de Judith Robitaille. Ma gratitude est immense. Sylvain, tu m'as choyé. Merci pour tout le beau que tu apportes dans ma vie. Je salue les gestionnaires du CSSS de Memphrémagog qui ont reconnu mon désir d'apprendre et je remercie les organismes suivants pour leur soutien financier durant mes études doctorales : l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, l'Institut de recherche en santé du Canada (# 200810SBM-197227-FAH-CFDA), le Fonds de recherche en santé du Québec (# 12539), l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail, la Fondation canadienne d'ergothérapie, le microprogramme de 3^e cycle en analyse et évaluation des interventions en santé de l'Université de Montréal et l'Ordre des ergothérapeutes du Québec.

Liste des publications

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions – a Study of the Division of Expert Labour*. London: University of Chicago Press.
- Adams, T. L. (2004). Inter-professional conflict and professionalization: dentistry and dental hygiene in Ontario. *Social Science & Medicine*, 58(11), 2243-2252. doi: 10.1016/j.socscimed.2003.08.011
- Adams, T. L. (2010). Profession: A Useful Concept for Sociological Analysis? *Canadian Review of Sociology/ Revue canadienne de sociologie*, 47(1), 49-70.
- Alberta Association of Registered Occupational Therapists. (2005). *Guidelines for the Assignment/Delegation of Occupational Therapy Services to Support Personnel*. Edmonton (Alberta): Alberta Association of Registered Occupational Therapists.
- Anderson, P. S., Samples Twibell, R., & Siela, D. (2006). Delegation without doubts. *American Nurse Today* (November), 54-57.
- Andres, A. M., & Marzo, P. F. (2004). Delta: a new measure of agreement between two raters. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 57(1), 1-19. doi: 10.1348/000711004849268
- Andres, A. M., & Marzo, P. F. (2005). Chance-corrected measures of reliability and validity in K x K tables. *Statistical Methods in Medical Research*, 14(5), 473-492.
- Association canadienne de soins et services à domicile. (2011). *Rôle des services de réadaptation dans le contexte des soins à domicile*. Canadian Home Care Association/Association canadienne de soins et services à domicile. <http://www.cdnhomecare.ca/content.php?sec=3>.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2007). *Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada*. Ottawa (Ontario): CAOT Publications ACE.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2008). L'ACE répond au rapport de l'ICIS sur les « Tendances de la main-d'œuvre chez les ergothérapeutes au Canada ». http://www.caot.ca/caot_news_listings.asp?pageid=1002&NewsID=477
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2009). *Profil de la pratique du personnel auxiliaire en ergothérapie*. Ottawa (Ontario): CAOT Publications ACE.
- Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec. (2006). Projets-pilotes portant sur l'application des Lignes directrices de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec : Participation du personnel non-ergothérapeute à la prestation des services d'ergothérapie (pp. 7). Montréal (Québec) : Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec.
- Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec. (2008). L'amélioration potentielle de l'offre de services d'ergothérapie par la participation de personnel non-ergothérapeute. http://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Doc_professionnels/PNE-Recomm_AERDPQ-2008.pdf
- Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales. (2009). *Principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires, 2009, Cahier du participant*. Montréal : Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales.
- Atkinson, K. (1993). Reprofiting and skill mix: our next challenge. *British Journal of Occupational Therapy*, 56(2), 67-69.
- Atwood, D. (2005). Home study program. Using an algorithm to easily interpret basic cardiac rhythms. *AORN Journal*, 82(5), 757-772.

- Bacharach, S. B., Bamberger, P., & Mundell, B. (1995). Strategic and Tactical Logics of Decision Justification: Power and Decision Criteria in Organizations. *Human Relation, 48*(5), 467-488.
- Baker, J., Lovell, K., & Harris, N. (2006). How expert are the experts? An exploration of the concept of 'expert' within Delphi panel techniques. *Nurse Researcher, 14*(1), 59-70.
- Beitz, J. M., & van Rijswijk, L. (1999). Using wound care algorithms: a content validation study. *Journal of Wound, Ostomy, & Continence Nursing, 26*(5), 238-239.
- Bélanger, A. (1998). Travailler en partenariat avec le personnel de soutien dans notre profession. *Physiotherapy Canada, 50*(2), 93, 96-99.
- Berg, K. O., Maki, B. E., Williams, J. I., Holliday, P. J., & Wood-Dauphinee, S. L. (1992). Clinical and laboratory measures of postural balance in an elderly population. *Arch Phys Med Rehabil, 73*(11), 1073-1080. doi: 0003-9993(92)90174-U
- Berg, K. O., Wood-Dauphinee, S. L., Williams, J. I., & Maki, B. (1992). Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. *Canadian Journal of Public Health, 83 Suppl 2*, S7-11.
- Berlau, D., Corrada, M. M., Peltz, C. B., & Kawas, C. H. (2011). Bathing as a potential target for disability reduction in the oldest old. *American Journal of Public Health, 101*(2), 200-201.
- Berlau, D. J., Corrada, M. M., & Kawas, C. (2009). The prevalence of disability in the oldest-old is high and continues to increase with age: findings from The 90+ Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 24*(11), 1217-1225. doi: 10.1002/gps.2248
- Beugré, É., Bibeau, A., Charbonneau-Malo, A., Colas, F., Gauthier, J., Méthot, D., & Tremblay, L. (2012). Une collaboration avec le MSSS et la SHQ dans le domaine de l'aménagement domiciliaire. *Ergothérapie express, 23*(2), 9.
- Bilodeau, É. (2012). Objectifs de performance critiqués au CSSS Sud-Ouest-Verdun. *La Presse*.
- Bleau, J. (2011). Règles de sécurité lors du transfert à la baignoire selon l'ASSTSAS. *Communication personnelle*.
- Booth, J., & Hewison, A. (2002). Role overlap between occupational therapy and physiotherapy during in-patient stroke rehabilitation: an exploratory study. *Journal of Interprofessional Care, 16*(1), 31-40.
- Bouchard, F., Sénéchal, T., Yelle, G., & Ménard, M. (1995). Au CLSC Verdun/Côte-Saint-Paul : Les ressources en soins à domicile optimisées. *Objectif prévention, 18*(1), 30-31.
- Bourgeault, I. L., Kuhlmann, E., Neiterman, E., & Wrede, S. (2008). *Comment et pourquoi mettre en place un éventail de qualifications optimal ?* Présentée lors de la Conférence ministérielle européenne de l'Organisation mondiale de la santé., Tallin (Estonie). http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/79078/E93682.pdf
- Boutier, V. (1995). *Validité du poids et de la taille obtenus de mémoire chez des personnes âgées en perte d'autonomie*. M. Sc., Université de Sherbrooke, Sherbrooke.
- Brook, R. H. (1994). The RAND/UCLA Appropriateness Method *Methodology perspectives* (pp. 59-70): Public Health Service, US. Department of health and Human Services, AHCPR pub.
- Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., & Hatz, Z. (2009). *L'évaluation : concepts et méthode*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Brunsson, N. (1982). The Irrationality of Action and Action Rationality: Decisions, Ideologies and Organizational Actions. *Journal of Management Studies, 19*(1), 29-44.
- Buchan, J., & Dal Poz, M. R. (2002). Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. *Bulletin of the World Health Organization, 80*(7), 575-580.

- Burnett, D. (2012). Le programme d'agrément de l'enseignement à l'assistant de l'ergothérapeute et à l'assistant du physiothérapeute – Élaboration et mise à jour. *OT Now – Actualité ergothérapique*, 14(2), 29-30.
- Button, M. (2012). Comprendre l'offre d'ergothérapeutes au Canada. *OT Now – Actualités ergothérapiques*, 14(3), 16-18.
- 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), 128-131.
- Campbell, S. M., Shield, T., Rogers, A., & Gask, L. (2004). How do stakeholder groups vary in a Delphi technique about primary mental health care and what factors influence their ratings? *Quality & Safety in Health Care*, 13(6), 428-434. doi: 10.1136/qhc.13.6.428
- Canadian Association of Occupational Therapists. (2003a). Guidelines for the Supervision of Assigned Occupational Therapy Service.
<http://www.caot.ca/pf/default.asp?ChangeID=1&pageID=579>
- Canadian Association of Occupational Therapists. (2003b). Profile of Performance Expectations for Canadian Support Personnel in Occupational Therapy (pp. 29). Ottawa (Ontario): Canadian Association of Occupational Therapists.
- Carrier, A. (2010). *Raisonnement clinique sous-jacent à l'enseignement ergothérapique des transferts aux personnes âgées en milieu communautaire*. M. Sc., Université de Sherbrooke, Sherbrooke.
- Carrier, A., & Levasseur, M. (2012). *Impacts de l'évaluation de l'indépendance à l'hygiène par le personnel auxiliaire*. Présentée lors de la Canadian Association of Occupational Therapy Conference–2012–Congrès de l'Association canadienne des ergothérapeutes, Québec (Canada).
- Carrier, A., Levasseur, M., & Mullins, G. (2010). Accessibility of occupational therapy community services: a legal, ethical, and clinical analysis. *Occupational Therapy in Health Care*, 24(4), 360-376.
- Centre régional d'information de démonstration et d'évaluation des aides techniques. (2002). Classification des aides techniques.
http://www.irglm.qc.ca/files/Classification_Aides_techniques_CRIDEAT.pdf
- Chamberlain, M. A., Thornley, G., Stowe, J., & Wright, V. (1981). Evaluation of aids and equipment for the bath: II. A possible solution to the problem. *Rheumatology and Rehabilitation*, 20(1), 38-43.
- Chamberlain, M. A., Thornley, G., & Wright, V. (1978). Evaluation of aids and equipment for bath and toilet. *Rheumatology and Rehabilitation*, 17(3), 187-194.
- Charles, G., Stimson, D. H., & Maurier, M. D. (1974). Physician's assistants and clinical algorithms in health care delivery. *Annals of Internal Medicine*, 81(6), 733-739.
- Clark, F. A. (2010). Power and confidence in professions: lessons for occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 77(5), 264-269. doi: 10.2182/cjot.2010.01.77.5.2
- Clark, M. C., Czaja, S. J., & Weber, R. A. (1990). Older adults and daily living task profiles. *Human Factors*, 32(5), 537-549.
- Clemson, L., & Martin, R. (1996). Usage and effectiveness of rails, bathing and toileting aids. *Occupational Therapy in Health Care*, 10(1), 41-59.
- Cloutier, E., David, H., Ledoux, E., Bourdouxhe, M., Gagnon, I., & Ouellet, F. (2008). Effects of government policies on the work of home care personnel and their occupational health and safety. *Work*, 30(4), 389-402.
- Cloutier, E., David, H., Ledoux, É., Bourdouxhe, M., Teiger, C., Gagnon, I., & Ouellet, F. (2005). 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 (pp. 277).
- Cloutier, E., David, H., Ledoux, É., Bourdouxhe, M., Teiger, C., Gagnon, I., & 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. (pp. 36) : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité au travail.
- Cloutier, E., David, H., & Teiger, C. (2003). Agir sur les conditions de travail des auxiliaires de vie : croiser les approches. *Travail et emploi*, 94, 75-84.
- Cockburn, L. (2001). Changement, développement et restructuration – L'ACE dans les années 1970. *OT Now – Actualités ergothérapeutiques*, 3(4).
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and psychological measurement*, 20(1), 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). *Practice Guideline: Assigning of service Components to Unregulated Support Personnel*: College of Occupational Therapists of British Columbia.
- College of occupational therapists of Nova Scotia. (2005). *Practice Guideline: occupational therapy support personnel*. Halifax: College of occupational therapists of Nova Scotia.
- Conseil canadien de la santé. (2005). *Tour d'horizon des champs d'exercice des professions de la santé au Canada : Une question d'équilibre*. Toronto: Health council of Canada/Conseil canadien de la santé.
- Cooper, J. (2012, 8 juin 2012). *Muriel Driver Memorial Lecture and Awards Ceremony*. Présentée lors de la CAOT Conference–2012–Congrès de l'ACE, Québec.
- Cooper, R. A. (2001). Health care workforce for the twenty-first century: the impact of nonphysician clinicians. *Annual Review of Medicine*, 52, 51-61.
- Coulter, I., Adams, A., & Shekelle, P. (1995). Impact of varying panel membership on ratings of appropriateness in consensus panels: a comparison of a multi- and single disciplinary panel. *Health Services Research*, 30(4), 577-591.
- Council on children with disabilities, Section on developmental behavioral pediatrics, Bright futures steering committee, & Medical home initiatives for children with special needs project advisory committee. (2006). Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home: an algorithm for developmental surveillance and screening. *Pediatrics*, 118(1), 405-420.
- Creswell, J. W. (2003). *Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches* (2nd ed.). Thousands Oaks (CA): Sage Publications.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. Thousands Oaks (CA): Sage Publications.
- Crisp, J., Pelletier, D., Duffield, C., Nagy, S., & Adams, A. (1999). It's all in a name. When is a 'Delphi study' not a Delphi study? *Australian Journal of Advanced Nursing*, 16(3), 32-37.
- Crocker, L., & Algina, J. (1986). *Introduction to classical and modern test theory*. Orlando: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.
- De Serres, L., Labrie, M., & St-Hilaire, A. (2001). *Aides techniques utilisées par les personnes âgées en perte d'autonomie*. Actes du congrès scientifique de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, Sherbrooke (Canada).
- Demers, L., Weiss-Lambrou, R., & Ska, B. (1994). L'utilisation à domicile des aides techniques par les personnes âgées : Une étude pilote. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 61(5), 260-268.

- Desrosiers, J., Bravo, G., Hébert, R., & Dubuc, N. (1995). Reliability of the revised functional autonomy measurement system (SMAF) for epidemiological research. *Age and Ageing*, 24(5), 402-406.
- Dillman, D. A., Smyth, J. D., & Christian, L. M. (2009). *Internet, Mail, and Mixed-Mode Surveys: The tailored Design Method* (3rd ed.). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Disabled Living Foundation. (2012). Trusted Assessor Training. <http://www.dlf.org.uk/content/trusted-assessor-training>
- Doumanov, P., & Rugg, S. (2003). Clinical reasoning skills of occupational therapists and support staff: a comparison. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 10(5), 195-203.
- Dubuc, N., Hébert, R., Desrosiers, J., Buteau, M., & Trottier, L. (2006). Disability-based classification system for older people in integrated long-term care services: the Iso-SMAF profiles. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 42(2), 191-206. doi: S0167-4943(05)00073-7
- Edmondson, D. (2005). Likert Scales: A History. *Conference on Historical Analysis & Research in Marketing (CHARM)*, 127-133.
- Éduconseil. (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 (pp. 16) : Ordre des ergothérapeutes du Québec.
- Feinstein, A. R., & Cicchetti, D. V. (1990). High agreement but low kappa: I. The problems of two paradoxes. *Journal of Clinical Epidemiology*, 43(6), 543-549. doi: 0895-4356(90)90158-L
- Fitch, K., Bernstein, S. J., Aguilar, M. D., Burnand, B., LaCalle, J. R., Lazaro, P., ... Kahan, J. P. (2001). *The Rand/UCLA Appropriateness Method User's Manual*. Santa Monica (CA, USA): RAND.
- Fleiss, J. L. (1981). *Statistical methods for rates and proportions*. (2nd ed.). New York: Wiley & Sons inc.
- Fortin, M.-F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Éditions de la Chenelière.
- Gagnon, I., David, H., Cloutier, E., Ouellet, F., Ledoux, É., Bourdouxhe, M., & Teiger, C. (2003). Organisation du travail et développement des stratégies protectrices : cas d'auxiliaires sociales et familiales de services publics de maintien à domicile. *Gérontologie et Société*, 107, 131-148.
- Garg, A., & Owen, B. (1994). Prevention of back injuries in healthcare workers. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 14(4), 315-331.
- Genest, N., Tremblay, L., & 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., Han, L., & Allore, H. G. (2007). Bath aids and the subsequent development of bathing disability in community-living older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(11), 1757-1763. doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01421.x
- Glenn, E. K., & Gilbert-Hunt, S. (2012). New graduate occupational therapists experience of showering assessments: A phenomenological study. *Australian Occupational Therapy Journal*, 59(3), 188-196. doi: 10.1111/j.1440-1630.2012.01000.x
- Gooch, H. (2003). Assessment of bathing in occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 66(9), 402-408.
- Green, S. (1991). Shaking our foundations: in the future... the relationship between occupational therapists and their helpers... part 2. *British Journal of Occupational Therapy*, 54(2), 53-56.

- Grimshaw, J. M., Eccles, M. P., Walker, A. E., & Thomas, R. E. (2002). Changing physicians' behavior: what works and thoughts on getting more things to work. *The Journal of continuing education in the health professions*, 22(4), 237-243. doi: 10.1002/chp.1340220408
- Guay, M. (2008). *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*. M. Sc., Université de Sherbrooke, Sherbrooke (Canada).
- Guay, M. (2012). Enjeux entourant le recours au personnel auxiliaire en ergothérapie. *Canadian Journal of Occupational Therapy – Revue canadienne d'ergothérapie*, 79(2), 116-127. doi: 10.2182/cjot.2012.79.2.7
- Guay, M., Desrosiers, J., & Dubois, M.-F. (2009). Criterion validity of a home health aide's algorithm for recommending bathroom equipment. *Canadian Journal of Occupational Therapy – Revue canadienne d'ergothérapie*, 76 Spec No, 246-256.
- Guay, M., Desrosiers, J., & Dubois, M.-F. (2010). Does the clinical context affect the validity of bathroom recommendations made by home health aides? *International Journal of Industrial Ergonomics*, 40(1), 82-89. doi: 10.1016/j.ergon.2009.08.007
- Gueye, N. R. (2011, 22 mars 2011). Hauteur du genou de la cohorte NuAge. *Communication personnelle*.
- Guitard, P., Sveistrup, H., Edwards, N., & Lockett, D. (2007). *Dans quelle mesure les barres d'appui pour les baignoires sont-elles efficaces pour prévenir une chute lors d'une perte d'équilibre ?* (Série socio-économique 07-016). Ottawa : Société canadienne d'hypothèques et de logement. <https://www03.cmhc-schl.gc.ca/catalog/productDetail.cfm?cat=126&itm=18&lang=fr&fr=130148994336>
- Hagedorn, R. (1996). Clinical decision making in familiar cases: a model of the process and implications for practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 59(5), 217-222.
- Hagler, P., Madill, H., & Kennedy, L. (1994). Facing choices about our beliefs regarding support personnel. *Canadian Journal of Occupational Therapy – Revue canadienne d'ergothérapie*, 61(4), 215-218.
- Hagler, P., Madill, H., Warren, S., Loomis, J., Elliot, D., & Pain, K. (1993). *Role and use of support personnel in the rehabilitation disciplines*. Ottawa (Ontario): National Health Research and Development Program.
- Hartman-Maeir, A., Katz, N., & Baum, C. M. (2009). Cognitive functional evaluation (CFE) process for individuals with suspected cognitive disabilities. *Occupational Therapy in Health Care*, 23(1), 1-23.
- Hasson, F., Keeney, S., & McKenna, H. (2000). Research guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing*, 32(4), 1008-1015. doi: jan1567
- Haute autorité de santé. (2006). Guide méthodologique : Bases méthodologiques pour l'élaboration de recommandations professionnelles par consensus formalisé. <http://www.has-sante.fr>
- Hébert, R. (2003). Les défis du vieillissement au Canada. *Gérontologie et Société*, 107, 79-86.
- Hébert, R., Carrier, R., & Bilodeau, A. (1988). The Functional Autonomy Measurement System (SMAF): description and validation of an instrument for the measurement of handicaps. *Age and Ageing*, 17(5), 293-302.
- Hébert, R., Guilbeault, J., & Pinsonnault, E. (2005). Guide d'utilisation du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle. Sherbrooke : Centre d'expertise en santé de Sherbrooke.
- Hirama, H. (1994). Should certified occupational therapy assistants provide occupational therapy services independently? *American Journal of Occupational Therapy*, 48(9), 840-843.

- Hirdes, J. P., Poss, J. W., & Curtin-Telegdi, N. (2008). The Method for Assigning Priority Levels (MAPLe): a new decision-support system for allocating home care resources. *BMC Medicine*, 6(9), 1-11.
- Horwood, C., Liebeschuetz, S., Blaauw, D., Cassol, S., & Qazi, S. (2003). Diagnosis of paediatric HIV infection in a primary health care setting with a clinical algorithm. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(12), 858-866.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2008). Tendances de la main-d'oeuvre chez les ergothérapeutes au Canada, 2007 (pp. 117). Ottawa (Ontario) : Institut canadien d'information sur la santé.
- Janssen, W., Bussmann, H., & Stam, H. (2002). Determinants of the sit-to stand movement. A review. *Physical Therapy*, 82(9), 866-879.
- Jongbloed, L. (1984). Substitutability of work and the professionalization of occupational therapists. *Canadian Journal of Occupational Therapy – Revue canadienne d'ergothérapie*, 51(3), 131-133.
- Jung, B., Sainsbury, S., Grum, R. M., Wilkins, S., & Tryssenaar, J. (2002). Collaborative fieldwork education with student occupational therapists and student occupational therapist assistants. *Canadian Journal of Occupational Therapy – Revue canadienne d'ergothérapie*, 69(2), 95-103.
- Jung, B., Salvatori, P., & Martin, A. (2008). Intraprofessional fieldwork education: occupational therapy and occupational therapist assistant students learning together. *Canadian Journal of Occupational Therapy – Revue canadienne d'ergothérapie*, 75(1), 42-50.
- Keeney, S., Hasson, F., & McKenna, H. (2006). Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 53(2), 205-212. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03716.x
- Keeney, S., Hasson, F., & McKenna, H. P. (2001). A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 38(2), 195-200. doi: S0020-7489(00)00044-4
- Klaiman, D. (2006). Le cadre de reconnaissance des compétences du personnel auxiliaire est en cours d'élaboration. *Actualités ergothérapeutiques*, 8(3), 25.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159-174.
- Lansley, P., McCreddie, C., & Tinker, A. (2004). Can adapting the homes of older people and providing assistive technology pay its way? *Age and ageing*, 33(6), 571-576. doi: 10.1093/ageing/afh190
- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. In J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 365-389). Montréal (Canada) : Gaëtan Morin éditeur.
- LaPlante, M. P., Harrington, C., & Kang, T. (2002). Estimating paid and unpaid hours of personal assistance services in activities of daily living provided to adults living at home. *Health Services Research*, 37(2), 397-415.
- Larkin, G. V. (1983). *Occupational Monopoly and Modern Medicine*. London: Tavistock.
- Le Boterf, G. (2002). *Construire les compétences individuelles et collectives* (2^e éd.). Paris : Groupe Eyrolles : Éditions d'Organisation.
- Le Boterf, G. (2006). *Ingénierie et évaluation des compétences*. Paris : Groupe Eyrolles : Éditions d'Organisation.
- Le Boterf, G. (2007). *Professionnaliser: le modèle de la navigation professionnelle*. Paris : Groupe Eyrolles : Éditions d'Organisation.

- Lemire, N., Souffez, K., & Laurendeau, M.-C. (2009). Animer un processus de transfert des connaissances. Bilan des connaissances et outil d'animation (pp. 59) : Institut national de santé publique du Québec.
- Lindsay, P. H., & Norman, D. A. (1980). *Traitement de l'information et comportement humain : une introduction à la psychologie*. Montréal : Éditions Études Vivantes.
- Lloyd, C., King, R., & McKenna, K. (2004). Generic versus specialist clinical work roles of occupational therapists and social workers in mental health. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(3), 119-124.
- Loomis, J., Hagler, P., Forward, J., Wessel, J., Swinamer, J., & McMillan, A. (1997). Current utilization of physical therapy support personnel in Canada. *Physiotherapy Canada*, 49(4), 284-291.
- Mackey, H. (2004). An extended role for support workers: the views of occupational therapists. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 11(6), 259-266.
- Mackey, H., & Nancarrow, S. (2005). Assistant practitioners: issues of accountability, delegation and competence. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 12(8), 331-339.
- Mackey, H., & Whitfield, L. (2007). Supervising assistant practitioners: evaluating a reflective diary approach. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 14(11), 503-511.
- Madet, C. (2008). Planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la réadaptation (pp. 69) : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Management Dimensions. (2007). Practice Profile for Support Personnel in Occupational Therapy in Canada: Project Summary, Conceptual Design and Design Elements (pp. 17): Canadian Association of Occupational Therapists.
- Mandrekar, J. N. (2011). Measures of interrater agreement. *Journal of thoracic oncology: official publication of the International Association for the Study of Lung Cancer*, 6(1), 6-7. doi: 10.1097/JTO.0b013e318200f983
- Maxwell, J. D., & Maxwell, M. P. (1978). Occupational therapy: The diffident profession. Kingston: Queen's University Press.
- Mead, D., & Moseley, L. (2001). Considerations in using the Delphi approach: design, questions and answers. *Nurse Researcher*, 8(4), 24-37.
- Miller, W. L., & Crabtree, B. F. (1999). Clinical Research – A multimethod Typology and Qualitative Roadmap. In B. F. Crabtree & W. L. Miller (Eds.), *Doing qualitative research* (2nd ed., pp. 3-30). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Miller, W. L., & Crabtree, B. F. (2000). Clinical Research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (2nd ed., pp. 607-631). Thousand Oaks, USA: Sage Publications.
- Miller, W. L., & Crabtree, B. F. (2003). Clinical Research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Strategies of qualitative inquiry* (2nd ed., pp. 397-434). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2007). *Programme national de soutien aux besoins de développement des compétences liées à un processus de révision de l'organisation du travail – Cadre de référence*. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Mitton, C., Adair, C. E., McKenzie, E., Patten, S. B., & Waye Perry, B. (2007). Knowledge transfer and exchange: review and synthesis of the literature. *The Milbank Quarterly*, 85(4), 729-768. doi: 10.1111/j.1468-0009.2007.00506.x
- Morgan, D. L. (2007). Paradigms Lost and Pragmatism Regained: Methodological Implications of Combining Qualitative and Quantitative Methods. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(1), 48-76.

- Morissette, L. (1995). Les soins d'hygiène en institution et à domicile, que conclure ? *Objectif prévention*, 18(3), 33-34.
- Muir, M., & Heese, G. A. (2008). Safe patient handling of the bariatric patient: sharing of experiences and practical tips when using bariatric algorithms. *Bariatric Nursing & Surgical Patient Care*, 3(2), 147-158.
- Murphy, S. L., Gretebeck, K. A., & 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), 1067-1075. doi: 10.1080/09638280600950694
- Naik, A. D., Concato, J., & Gill, T. M. (2004). Bathing disability in community-living older persons: common, consequential, and complex. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(11), 1805-1810. doi: 10.1111/j.1532-5415.2004.52513.x
- Nancarrow, S., & Borthwick, A. (2005). Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce. *Sociology of Health & Illness*, 27(7), 897-919. doi: 10.1111/j.1467-9566.2005.00463.x
- Nancarrow, S., & Mackey, H. (2005). The introduction and evaluation of an occupational therapy assistant practitioner. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52(4), 293-301. doi: 10.1111/j.1440-1630.2005.00531.x
- Nancarrow, S., Moran, A., Borthwick, A., & Buchan, J. (2006). The impact of workforce flexibility on the costs and outcomes of older peoples' services: A policy and literature review (pp. 10). Sheffield (UK): School of Health and Related Research, University of Sheffield.
- Nancarrow, S., Shuttleworth, P., Tongue, A., & Brown, L. (2005). Support workers in intermediate care. *Health & Social Care in the Community*, 13(4), 338-344.
- Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario. (2004). *Lignes directrices de pratique – Personnel de soutien*. (0030.04-F). Toronto : Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2004). Application de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé – Guide de l'ergothérapeute. Montréal : Ordre des ergothérapeutes du Québec.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2005). Participation du personnel non-ergothérapeute à la prestation des services d'ergothérapie : lignes directrices (pp. 34). Montréal (Québec) : Ordre des ergothérapeutes du Québec.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2008a). Participation du personnel non-ergothérapeute à la prestation des services d'ergothérapie. Lignes directrices (OEQ, 2005) – addenda (OEQ, 2008) (pp. 2). Montréal : Ordre des ergothérapeutes du Québec.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2008b). Avis de l'OEQ sur l'utilisation des couvertures proprioceptives (pp. 4). Montréal : Ordre des ergothérapeutes du Québec.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2011). Référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession d'ergothérapeute au Québec (pp. 52). Montréal : Ordre des ergothérapeutes du Québec.
- Oxman, A. D., Thomson, M. A., Davis, D. A., & Haynes, R. B. (1995). No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *CMAJ: Canadian Medical Association journal – Journal de l'Association médicale canadienne*, 153(10), 1423-1431.
- Paillé, P. (1991). *Procédures systématiques pour l'élaboration d'un guide d'entrevue semi-directive : un modèle et une illustration*. Présentée lors du 59^e congrès pour l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences, Université du Québec à Montréal.

- Pain, H., & McLellan, L. (2003). The Relative Importance of Factors Affecting the Choice of Bathing Devices. *British Journal of Occupational Therapy*, 66(9), 396-401.
- Pain, H., McLellan, L., & Gore, S. (Eds.). (2003). *Choosing Assistive Devices*. London: Jessica Kingsley Publishers Ltd.
- Patient Safety Center of Inquiry (2007). Patient Care and Resource Guide: Safe Patient Handling. *Bariatric Toolkit*. 2007 ;
<http://www.visn8.med.va.gov/patientsafetycenter/safePtHandling/toolkitBariatrics.asp>.
- Patton, M. (2002). *Qualitative Research and Evaluative Methods* (Third ed.): Thousand Oaks: Sage Publications.
- Peeters, E. (2000). Treatment of epileptic seizures as medical emergencies: a prospective analysis of a decision tree for nonmedically trained staff. *Seizure*, 9(7), 473-479.
- Podsiadlo, D., & Richardson, S. (1991). The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39(2), 142-148.
- Powell, C. (2003). The Delphi technique: myths and realities. *Journal of Advanced Nursing*, 41(4), 376-382.
- Powell, J. M., Kanny, E. M., & Ciol, M. A. (2008). State of the occupational therapy workforce: results of a national study. *American Journal of Occupational Therapy*, 62(1), 97-105.
- 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*, 18(3), 17-19.
- Proteau, R.-A. (2005). Soins d'hygiène et cabine de douche : un avantage ! *Objectif prévention*, 28(5), 15-17.
- Proteau, R.-A. (2008). Évolution des accidents et organisation du travail en soins à domicile. *Objectif prévention*, 31(4), 20-23.
- Robertson, R., & Jochelson, K. (2006). *Interventions that change clinician behaviour: mapping the literature*. King's Fund.
- Rodriguez, L., Sveistrup, H., Lockett, D., Edwards, N., & Aminzadeh, F. (2003). *Évaluation de la position optimale d'une barre d'appui dans la baignoire pour les personnes âgées*. (Série socio-économique 03-010). Ottawa : Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) <https://www03.cmhc-schl.gc.ca/catalog/productDetail.cfm?cat=32&itm=22&lang=fr&fr=1302017230713>
- Sainty, M., Lambkin, C., & Maile, L. (2009). I feel so much safer': Unravelling community equipment outcomes. *British Journal of Occupational Therapy*, 72(11), 499-506.
- Salvatori, P. (2001). The history of occupational therapy assistants in Canada: a comparison with the United States. *Canadian Journal of Occupational Therapy – Revue canadienne d'ergothérapie*, 68(4), 217-227.
- Salvatori, P., Williams, R., Polatajko, H., & MacKinnon, J. (1992). The manpower shortage in occupational therapy: implications for Ontario. *Canadian Journal of Occupational Therapy – Revue canadienne d'ergothérapie*, 59(1), 40-51.
- Saskatchewan Society of Occupational Therapists. (2006). Practice Guidelines: Assignment of Service Components to Unregulated Support Personnel (pp. 7). Saskatoon (Saskatchewan).
- Shillam, L. L., Beeman, C., & Loshin, P. M. (1983). Effect of occupational therapy intervention on bathing independence of disabled persons. *American Journal of Occupational Therapy*, 37(11), 744-748.

- Sim, J., & Wright, C. C. (2005). The kappa statistic in reliability studies: use, interpretation, and sample size requirements. *Physical Therapy*, 85(3), 257-268.
- Société d'habitation du Québec. (2006). *Programme d'adaptation de domicile*. http://www.habitation.gouv.qc.ca/programme/programme/programme_dadaptation_de_domicile.html
- Sox, H. C., Sox, C. H., & Tompkins, R. K. (1973). The training of physician's assistants: the use of a clinical algorithm system for patient care, audit of performance and education. *The New England Journal of Medicine*, 3, 6-14.
- Stanmore, E., Ormrod, S., & Waterman, H. (2006). New roles in rehabilitation—the implications for nurses and other professionals. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12(6), 656-664. doi: 10.1111/j.1365-2753.2006.00633.x
- Stanmore, E., & Waterman, H. (2007). Crossing professional and organizational boundaries: the implementation of generic rehabilitation assistants within three organizations in the northwest of England. *Disability and Rehabilitation*, 29(9), 751-759. doi: 10.1080/09638280600902836
- Streiner, D. L., & Norman, G. R. (2008). *Health measurement scales: a practical guide to their development and use* (4th ed.). New York: Oxford University Press.
- Strickland, A. (1993). Response to the report on the study of the role and use of support personnel in the rehabilitation disciplines. *Canadian Journal of Occupational Therapy – Revue canadienne d'ergothérapie*, 60(5), 228-231.
- Sveistrup, H., Lockett, D., Edwards, N., & Aminzadeh, F. (2006). Evaluation of bath grab bar placement for older adults. *Technology and Disability*, 18 (2), 45-55.
- Taillon, S. (1990). Support personnel in rehabilitation: threat or opportunity? *Canadian Journal of Rehabilitation*, 4(1), 3-7.
- Tokuhashi, Y., Ajiro, Y., & Oshima, M. (2009). Algorithms and planning in metastatic spine tumors. *Orthopedic Clinics of North America*, 40(1), 37-46.
- Tooth, L. R., & Ottenbacher, K. J. (2004). The kappa statistic in rehabilitation research: an examination. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85(8), 1371-1376. doi: 10.1016/j.apmr.2003.12.002
- Tordoir, J. H., & Mickley, V. (2003). European guidelines for vascular access: clinical algorithms on vascular access for haemodialysis. *Edtna-Erca Journal*, 29(3), 131-136.
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2008). *Faciliter l'occupation : L'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*. Ottawa : CAOT Publications ACE.
- Townsend, E. A., von Zweck, C., Baptiste, S., Krupa, T., Picard, H., & Trudel, L. (2008). Planification de la main-d'œuvre en ergothérapie. In E. A. Townsend & H. J. Polatajko (Eds.), *Faciliter l'occupation : L'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation* (pp. 375-406). Ottawa : CAOT Publications ACE.
- Tucker, S., Brand, C., O'Shea, S., Abendstern, M., Clarkson, P., Hughes, J., ... Challis, D. (2011). An evaluation of the use of self assessment for the provision of community equipment and adaptations in English Local authorities. *British Journal of Occupational Therapy*, 74(3), 119-128.
- Tufte, E. (1990). *Envisioning Information*. Cheshire : Graphics Press.
- Verbrugge, L. M., Rennert, C., & Madans, J. H. (1997). The great efficacy of personal and equipment assistance in reducing disability. *American Journal of Public Health*, 87(3), 384-392.

- Verbrugge, L. M., & Sevak, P. (2002). Use, type, and efficacy of assistance for disability. *Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(6), S366-379.
- Verbrugge, L. M., & Sevak, P. (2004). Disability symptoms and the price of self-sufficiency. *Journal of Aging and Health*, 16(5), 688-722. doi: 10.1177/0898264304268589
- von Zweck, C. (2011). *Support Personnel in Occupational Therapy Services in Canada*. CAOT Water Cooler Talk. Canadian Association of Occupational Therapists.
- von Zweck, C., & Gillespie, H. (1998). Support personnel in occupational therapy: who, what, why and how. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65(2), 59-63.
- Williams, M. D., & Edwards, T. B. (2008). Glenohumeral arthritis in the athlete: evaluation and algorithm for management. *Operative Techniques in Sports Medicine*, 16(1), 2-8.
- Winchcombe, M., & Ballinger, C. (2005). *A Competence Framework for Trusted Assessors*. Manchester: Assist UK.
- Witz, A. (1992). *Professions and Patriarchy*. London: Taylor & Francis.
- Yang, H. Y., & Sanford, J. A. (2012). Home and Community Environmental Features, Activity Performance, and Community Participation among Older Adults with Functional Limitations. *Journal of aging research*, 2012, 625758. doi: 10.1155/2012/625758
- Zingmark, M., & Bernspang, B. (2011). Meeting the needs of elderly with bathing disability. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(3), 164-171. doi: 10.1111/j.1440-1630.2010.00904.x

Liste des annexes

- Annexe 1 : Liste des publications et des communications de la candidate durant ses études doctorales**
- Annexe 2 : Questionnaire téléphonique pour le recensement des pratiques québécoises**
- Annexe 3 : Guide d'entrevue pour explorer les besoins de soutien de l'auxiliaire**
- Annexe 4 : Analyse comparative du contenu des outils selon la grille MCRO-P**
- Annexe 5 : Documents contenus dans le premier envoi postal aux experts**
- Annexe 6 : Documents contenus dans le deuxième envoi postal aux experts**
- Annexe 7 : Guide d'animation de la rencontre des experts**
- Annexe 8 : Documents contenus dans le troisième envoi postal aux experts**
- Annexe 9 : Trois ébauches de l'Algo**
- Annexe 10 : Algo utilisé pour la validation de critère**
- Annexe 11 : Guide d'utilisation de l'Algo pour le personnel non-ergothérapeute utilisé pour la validation de critère**
- Annexe 12 : Manuel de référence de l'Algo pour l'ergothérapeute utilisé pour la validation de critère**
- Annexe 13 : Plan de formation de l'Algo utilisé pour la validation de critère**
- Annexe 14 : Versions définitives de l'Algo, du guide d'utilisation, du manuel et du plan de formation**

Annexe 1 : Liste des publications et des communications de la candidate durant ses études doctorales

PUBLICATIONS

Documents revus et publiés

1. **Guay, M.** (2012) Enjeux entourant le recours au personnel auxiliaire en ergothérapie. *Canadian Journal of Occupational Therapy – Revue canadienne d'ergothérapie*. 79 (2), 116-127. doi:10.2182/cjot.2012.79.1.1.
2. **Guay, M., Dubois, M.-F., Desrosiers, J., Robitaille, J. & Charest, J.** (2010). The use of skill mix in home-care occupational therapy with patients with bathing difficulties. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 17(6), 300-308.
3. **Guay, M., Desrosiers, J. & Dubois, M.-F.** (2010). Does the clinical context affect the validity of bathroom recommendations made by home health aides? *International Journal of Industrial Ergonomics*, 40(1), 82-89.
4. **Guay, M., Desrosiers, J. & Dubois, M.-F.** (2009). Criterion validity of a home health aide's algorithm for recommending bathroom equipment. *Canadian Journal of Occupational Therapy – Revue canadienne d'ergothérapie*, 76 (Special issue Influencing Policy to Advance Practice), 246-256. ⁶**Lauréate du prix Âge+ de l'Institut du vieillissement des IRSC pour des auteurs méritants d'articles scientifiques publiés.**

Documents acceptés par une revue avec un comité de lecture

5. **Guay, M., Dubois, M.-F., Desrosiers, J. & Robitaille, J.** Identifying characteristics of "straightforward cases" for which support personnel could recommend home bathing equipment. *British Journal of Occupational Therapy*. (accepté)
6. **Guay, M., Lévasseur, M., Turgeon-Londei, S., Dubois, M.-F. & Desrosiers, J.** Support Needed by Home Health Aides in Choosing Bathing Equipment: Exploring New Challenges for Occupational Therapy Collaboration. *WORK: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*. (accepté)

Documents publiés pour un public non universitaire

7. **Guay, M., Desrosiers, J. et Dubois, M.-F.** (2009). Ergothérapeute et auxiliaire : un enjeu de substitution de main-d'œuvre dans le domaine des soins d'hygiène à domicile. Infolettre sur les pratiques de gestion et d'évaluation en santé – Chaire FCRSS/IRSC GETOS (Gouverne et transformation des organisations de santé) et le programme AnÉIS/IRSC (Analyse et évaluation des interventions en santé). ⁶**Gagnante du concours de publication pour les étudiants au doctorat.**

Documents produits pour le gouvernement

8. **Guay M., Desrosiers J., et Dubois, M-F.** *Participation du personnel non-ergothérapeute à la prestation des services d'ergothérapie communautaire pour les personnes en perte d'autonomie qui ont de la difficulté à se laver : Rapport final.* Sherbrooke : Centre de recherche sur le vieillissement, CSSS – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke et Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke, 2012, 83 pages.

9. **Guay M., Desrosiers J., et Dubois, M-F.** *Participation du personnel non-ergothérapeute à la prestation des services d'ergothérapie communautaire pour les personnes en perte d'autonomie qui ont de la difficulté à se laver : Résumé du rapport final.* Sherbrooke : Centre de recherche sur le vieillissement, CSSS – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke et Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke, 2012, 6 pages.
10. **Guay M., Desrosiers J., et Dubois, M-F.** *Enquête sur la participation dans les CSSS québécois du personnel non-ergothérapeute à la détermination du besoin d'aide technique au bain des personnes vivant à domicile : résultats préliminaires.* Sherbrooke : Centre de recherche sur le vieillissement, CSSS – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke et Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke, 2009, 4 pages.

Résumé publié dans une revue scientifique

11. **Guay, M., Desrosiers, J. & Dubois, M.-F.** (2009). Does the clinical context affect the validity of bathroom recommendations made by home health aides? *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 13, Suppl 1, S255.

PRÉSENTATIONS

Actes de congrès

2012

1. Guay, M., Desrosiers, J., Dubois, M.-F. et Robitaille, J. Développement de l'Algo, un algorithme décisionnel pour la sélection de l'équipement pour l'hygiène de l'ainé vivant à domicile. 9^e Journée scientifique du Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUGS, Sherbrooke (Canada), 9 novembre 2012.
2. Guay, M., Dubois, M.-F., Desrosiers, J. et Robitaille, J. L'auxiliaire outillé de l'Algo sélectionne-t-il le bon siège de bain pour l'ainé? 9^e Journée scientifique du Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUGS, Sherbrooke (Canada), 9 novembre 2012.
3. Guay, M., Desrosiers, J., Dubois, M.-F. et Robitaille, J. Développement de l'Algo, un algorithme décisionnel pour la sélection de l'équipement pour l'hygiène de l'ainé vivant à domicile. 10^e Journée scientifique annuelle du RORV, Montréal (Canada), 1^{er} novembre 2012.
4. Guay, M., Dubois, M.-F., Desrosiers, J. et Robitaille, J. L'auxiliaire outillé de l'Algo sélectionne-t-il le bon siège de bain pour l'ainé? 9^e Journée scientifique du Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUGS, 10^e Journée scientifique annuelle du RORV, Montréal (Canada), 1^{er} novembre 2012.
5. Guay, M., Robitaille, J., Desrosiers, J. et Dubois, M.-F. Quelles sont les caractéristiques d'un 'cas simple' de choix d'équipement pour l'hygiène ? 9^e Congrès québécois de réadaptation, Saint-Hyacinthe (Canada), 25-26 octobre 2012.
6. Guay, M., Dubois, M.-F., Desrosiers, J. et Robitaille, J. Définition d'un 'cas simple' de choix d'équipement pour l'hygiène corporelle. Canadian Association of Occupational Therapy Conference—2012—Congrès de l'Association canadienne des ergothérapeutes, Québec (Canada), 6-9 juin 2012.
7. Guay, M., Desrosiers, J. et Dubois, M.-F. La recherche clinique qualitative est-elle utilisée ? Canadian Association of Occupational Therapy Conference—2012—Congrès de l'Association canadienne des ergothérapeutes, Québec (Canada), 6-9 juin 2012.
8. Guay, M., Desrosiers, J., Dubois, M.-F. et Robitaille, J. Non-ergothérapeutes et choix d'équipement pour l'hygiène : développement de l'Algo. Canadian Association of Occupational Therapy Conference—2012—Congrès de l'Association canadienne des ergothérapeutes, Québec (Canada), 6-9 juin 2012.
9. Guay, M., Desrosiers, J., Dubois, M.-F. et Robitaille, J. L'Algo : un outil d'aide à la décision pour le personnel non-ergothérapeute qui sélectionne l'équipement pour l'hygiène de l'adulte vivant à domicile. 13^e colloque sur la recherche en réadaptation, McGill University, 4 mai 2012.
10. Guay, M., Dubois, M.-F., Desrosiers, J. et Robitaille, J. Qu'est-ce qu'un « cas simple » de sélection d'équipement pour l'hygiène en ergothérapie communautaire ? Journée scientifique du Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation (REPAR)-FRQ-S, Montréal (Canada), 11 mai 2012.

2011

11. Guay, M., Levasseur, M., Turgeon-Londei, S., Dubois, M.-F. and Desrosiers, J. Exploring Needs for Support of Home Health Aides Involved in Choosing Bathing Equipment. 40th Annual Scientific and Educational Meeting, Canadian Association on Gerontology/4th Pan-American Congress, International Association of Gerontology and Geriatrics, Ottawa (Canada), October, 21-23, 2011. *^δLauréate du prix IRSC-Institut du vieillissement en partenariat avec l'Association canadienne de gérontologie pour la meilleure présentation affichée (étudiants au Ph. D.)*
12. Guay, M., Levasseur, M., Turgeon-Londei, S., Dubois, M.-F. et Desrosiers, J. Besoins de soutien de l'auxiliaire lors du choix de l'équipement pour l'hygiène. 9^e Journée scientifique annuelle du RQRV et la 8^e Journée du CDRV, Orford (Canada), 8 et 9 octobre 2011. *^δLauréate du prix « spécial ACFAS » pour la meilleure présentation affichée (étudiants diplômés)*
13. Guay, M., Dubois, M.-F., Desrosiers, J. et Robitaille, J. Qu'est-ce qu'un 'cas simple' de choix d'équipement pour l'hygiène en ergothérapie? 9^e Journée scientifique annuelle du RQRV et la 8^e Journée du CDRV, Orford (Canada), 8 et 9 octobre 2011.
14. Guay, M., Dubois, M.-F. et Desrosiers, J. La recherche clinique qualitative est-elle utilisée ? 9^e Journée scientifique annuelle du RQRV et la 8^e Journée du CDRV, Orford (Canada), 8 et 9 octobre 2011. *^δLauréate du Prix RQRV pour la meilleure présentation affichée (étudiants au Ph. D.)*
15. Guay, M., Levasseur, M., Turgeon-Londei, S., Dubois, M.-F. et Desrosiers, J. Collaboration en ergothérapie : explorer les besoins de soutien de l'auxiliaire engagé dans le choix de l'équipement pour l'hygiène. Journée scientifique REPAR/FRSQ. Québec (Canada), 20 mai 2011.
16. Guay, M., Levasseur, M., Turgeon-Londei, S., Dubois, M.-F. et Desrosiers, J. Besoins de soutien de l'auxiliaire aux services de santé et sociaux engagé dans le choix d'équipement au bain pour l'ainé vivant à domicile : une recherche clinique qualitative. 79^e congrès de l'ACFAS. Sherbrooke (Canada), 9-13 mai 2011.

2010

17. Guay, M., Dubois, M.-F., Desrosiers, J., Robitaille, J. & Charest, J. A Survey about Skill Mix in Occupational Therapy in Quebec with Elders with Bathing Difficulties. Gerontological Society of America's 63rd Annual Scientific Meeting, New Orleans (United States), November 19-23, 2010.
18. Guay, M., Charest, J., Desrosiers, J. et Dubois, M.-F. Le choix d'équipements au bain par du personnel auxiliaire québécois. Congrès de l'Association canadienne d'ergothérapie 2010. Halifax (Canada), 26-29 mai 2010.
19. Guay, M., Dubois, M.-F., Desrosiers, J., Robitaille, J. et Charest, J. Dosage des compétences en ergothérapie lors du choix d'équipements au bain : recensement. 7^e Journée scientifique du Centre de recherche sur le vieillissement, Orford (Canada), 13 mai 2010. *^δLauréate du prix FRSQ pour la meilleure présentation scientifique (étudiants diplômés)*
20. Guay, M., Desrosiers, J., Dubois, M.-F., Robitaille, J. et Charest, J. Dosage des compétences en ergothérapie lors du choix d'équipements au bain : recensement. Journée scientifique Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation

REPAR-FRSQ 2010, Montréal (Canada), 7 mai 2010. ^δLauréate du 1^{er} prix au concours des présentations par affiche (étudiants au doctorat)

21. **Guay, M.**, Desrosiers, J., Dubois, M.-F. & Robitaille, J. Inventory of 'homemade' tools used by support personnel involved in the recommendation of bathing equipment for community-dwelling elders in the province of Québec, Canada. 15th Congress of the World Federation of Occupational Therapy, Santiago (Chile), May 4-7, 2010.
22. **Guay, M.**, Dubois, M.-F. et Desrosiers, J. Enquête québécoise sur le dosage des compétences en ergothérapie lors du choix des équipements au bain. 39^e édition de la Journée scientifique de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke, Sherbrooke (Canada), 23 et 24 mars 2010.

2009

23. **Guay, M.**, Desrosiers, J., Dubois, M.-F., Charest, J. et Robitaille, J. Dosage des compétences en ergothérapie lors du choix d'équipements au bain : enquête. 7^e édition de la journée scientifique annuelle du Réseau québécois de recherche sur le vieillissement, Québec (Canada), 27 novembre 2009.
24. **Guay, M.**, Desrosiers, J. & Dubois, M.-F. Does the clinical context affect the validity of bathroom recommendations made by home health aides? 19th IAGG World Congress of Gerontology & Geriatrics, Paris (France), July 5-9, 2009.
25. **Guay, M.**, Desrosiers, J. et Dubois, M.-F. La validité des recommandations de l'auxiliaire concernant les équipements au bain en fonction du contexte clinique de l'ainé. 6^e Journée scientifique du Centre de recherche sur le vieillissement, Orford (Canada), 8 mai 2009.

2008

26. **Guay, M.**, Desrosiers, J. et Dubois, M.-F. La validité des recommandations de l'auxiliaire concernant les équipements au bain en fonction du contexte clinique de l'ainé. 6^e Journée scientifique conjointe du Réseau québécois de recherche sur le vieillissement, Montréal (Canada), 5 décembre 2008. ^δLauréate du 3^e prix au concours des présentations orales (étudiants au doctorat)
27. **Guay, M.** et Desrosiers, J. Utilisation d'un algorithme pour choisir des équipements au bain et favoriser l'accès aux services. 21st World Congress of Rehabilitation International, Québec (Canada), 25-28 septembre 2008.
28. **Guay, M.** et Desrosiers, J. Comment diminuer le temps d'attente des aînés qui ont besoin d'équipements au bain ? Journée scientifique du Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation (REPAR)-FRSQ, Montréal (Canada), 9 mai 2008. ^δLauréate du 1^{er} prix au concours des présentations par affiche (étudiants à la maîtrise)

Annexe 2 : Questionnaire téléphonique pour le recensement des pratiques québécoises

GUIDE D'ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE

Déroulement de l'entrevue

- Présentation de l'interviewer
- Présentation de l'étude
- Entrevue
- Remerciements

Présentation

L'objectif de cette étude est d'obtenir un portrait général des pratiques organisationnelles concernant les recommandations d'équipements dans la salle de bain pour les personnes vivant à domicile qui ont de la difficulté à se laver. Ainsi, les questions suivantes portent sur les façons de faire et les intervenants impliqués lors de la recommandation d'équipements dans la salle de bain. Par *équipements pour la salle de bain*, nous référons aux sources d'appui (ex. barre murale), aux sièges pour s'asseoir à la baignoire ainsi que les équipements qui maximisent la sécurité et facilitent la tâche (ex. douche-téléphone).

Durant l'entrevue d'une durée approximative de 15 minutes vous serez invité à répondre à de courtes questions de type oui / non. Si vous croyez ne pas être en mesure de répondre à certaines questions, nous vous inviterons à nous référer à la personne de votre organisation qui est en mesure de répondre.

Les renseignements obtenus et ultérieurement divulgués ne permettront pas d'identifier votre CSSS. 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 l'entrevue. Vous ne recevrez pas de compensation pour votre participation. Toutefois, il nous fera plaisir de partager avec vous les informations que nous aurons rassemblées.

Remerciements

Avant de terminer, j'aimerais vérifier avec vous certains points.

- Souhaitez-vous que l'on vous fasse parvenir une enveloppe-réponse affranchie pour poster vos outils?
- Dans combien de temps cela vous sera-t-il possible de faire?
- Si notre équipe de recherche a des questions suite à la réception de l'outil, acceptez-vous que nous vous rappelions?
- Désirez-vous obtenir par écrit les résultats de cette étude?

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à me contacter. Je vous remercie de votre collaboration.

*** CONFIDENTIEL ***
FICHE D'IDENTIFICATION DES MILIEUX CONTACTÉS

Nom du CSSS :	# attribué

Nom des points de service :	lettre

Personnes interviewées / fonctions	Dates	Durée (minutes)	Initiales interviewer

Besoin enveloppe-réponse affranchie? Confirmer l'adresse : _____ _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Peut-on rappeler?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Désire les résultats?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Date des appels / prise de contact	Date des relances - envoi des outils
	#1 : _____
	#2 : _____

ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE

1. Numéro du CSSS	1.
-------------------	----

2. Région administrative (<i>voir annexe</i>)	2.
---	----

3. Combien y a-t-il de points de service ?	3.
--	----

1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 5. 5 6. 6 7. Autre / spécifier : _____

- *Est-ce que le fonctionnement concernant la recommandation d'équipements dans la salle de bain est identique dans chaque point de service? _____*
- *Si non :*
Afin d'obtenir des informations précises, j'aimerais poser les questions pour chacun des points de services. Est-ce que cela vous convient?

PARTIE 1 : LE CSSS

Ces premières questions visent à clarifier le contexte des services offerts dans votre établissement pour la clientèle PALV – DP.

4. Numéro attribué au point de service (si un seul CSSS ou même fonctionnement dans tous les points de service: inscrire #a) 4.

5. Offrez-vous des services de maintien à domicile (PALV-DP) ? 5.
1. oui 2. non

6. Y a-t-il au moins un(e) ergothérapeute qui travaille actuellement au PALV-DP de votre CSSS ? 6.
1. oui 2. non

7. Si non, raison : 7.
1. poste non comblé
2. absence (c.-à-d. sans solde / maternité / maladie / enseignement / études)
3. emploi non-disponible au PALV-DP

PARTIE 2 : L'ORGANISATION DES SERVICES

Les questions suivantes visent à préciser la façon dont les intervenants de votre milieu sont impliqués dans la recommandation des équipements dans la salle de bain.

Qui recommande le type d'équipement à la baignoire pour les personnes vivant à domicile?	
8. Ergothérapeute 1. oui 2. non	8.
9. Physiothérapeute 1. oui 2. non	9.
10. Thérapeute en réadaptation physique 1. oui 2. non	10.
11. Infirmière 1. oui 2. non	11.
12. Travailleur social 1. oui 2. non	12.
13. Agent de relation humaine 1. oui 2. non	13.
14. Auxiliaire familial et social 1. oui 2. non	14.
15. Personnel non-ergothérapeute spécialement formé - <i>Titre utilisé</i> : _____ 1. oui 2. non	15.
16. Autre / spécifier : _____ 1. oui 2. non	16.

Dans le cas où un intervenant spécialement formé (personnel non-ergo) est impliqué, qui lui achemine la demande d'évaluation pour les équipements requis à la baignoire?	
17. Accueil / Guichet unique 1. oui 2. non Contexte (si applicable) :	17.
18. Intervenant pivot / gestionnaire de cas 1. oui 2. non Contexte (si applicable) :	18.
19. Coordonateur clinique 1. oui 2. non Contexte (si applicable) :	19.
20. Ergothérapeute 1. oui 2. non Contexte (si applicable) :	20.
21. Intervenant au dossier / intervenant à qui est faite la demande 1. oui 2. non Contexte (si applicable) :	21.
22. Autre / spécifier : _____ 1. oui 2. non Contexte (si applicable) :	22.

PARTIE 3 : OUTILS

Les questions suivantes portent sur le(s) outil(s) utilisé(s) par votre milieu.

23. Est-ce qu'un outil tel qu'un(e) arbre de décision / grille d'observation/ questionnaire est utilisé(e) par le personnel non-ergothérapeute pour guider leur choix des équipements dans la salle de bain?	23.
--	-----

1. oui 2. non

→ **SI NON, FIN DE L'ENTREVUE *** REMERCIEMENTS**

24. D'où vient cet outil?	24.
---------------------------	-----

1. « outil-maison »
2. tiré des écrits scientifiques
3. provient d'un autre milieu
4. autre / spécifier : _____

25. Si « outil-maison » : Qui a développé cet outil? (ergo, infirmière, etc.)	25.
---	-----

26. Est-ce que l'outil est utilisé sous la responsabilité de l'ergo parce qu'il a assigné cette tâche?	26.
--	-----

1. oui 2. non

27. Est-ce que l'outil est utilisé sous la responsabilité de l'employeur (chef de programme) dans le cadre d'un processus indépendant d'une demande de services en ergothérapie?	27.
--	-----

1. oui 2. non

28. Depuis combien d'années l'utilisez-vous?	28.
--	-----

_____ années

29. L'avez-vous modifié au cours des années?	29.
--	-----

1. oui 2. non

30. Y a-t-il une procédure pour en revoir les composantes et l'utilisation?	30.
---	-----

1. oui 2. non

31. Quelle est cette procédure ?	31.
----------------------------------	-----

32. Qui est impliqué dans cette procédure?	32.
--	-----

33. Y a-t-il des instructions avec cet outil (i.e. guide d'utilisation)?	33.
1. oui 2. non	

34. Est-ce qu'une formation est donnée avant de l'utiliser?	34.
1. oui 2. non	

35. Si oui, durée (heures)	35.
_____ heures	

36. Qui est le formateur ?	36.
1. ergothérapeute	
2. coordonateur clinique	
3. auxiliaire familial et social	
4. auxiliaire spécialement formé / Titre utilisé : _____	
5. autre / spécifier : _____	

37. Est-ce que vous avez des informations « scientifiques » sur cet outil (normes, validité, etc)?	37.
1. oui 2. non	

38. Si oui, précisez :	38.
------------------------	-----

Nous souhaitons consulter les outils (grilles d'observation, algorithme, arbre décisionnel, etc.) que les cliniciens du Québec ont développés afin de guider les observations du personnel non-ergothérapeute lors de la détermination des besoins d'assistance pour l'hygiène. Cette démarche a pour objectif d'identifier les forces des différentes initiatives afin de les regrouper, puis tester scientifiquement la validité de la version unifiée. Ultiment, les intervenants et les gestionnaires des milieux auront à leur disposition un outil standardisé, développé à partir des initiatives cliniques.

39. Accepteriez-vous de nous faire parvenir un exemplaire de cet (ces) outil(s) et des documents d'accompagnement (i.e. questionnaire, guide d'utilisation) à notre équipe de recherche?	39.
1. oui 2. non	

FIN DE L'ENTREVUE * REMERCIEMENTS**

Annexe 3 : Guide d'entrevue pour explorer les besoins de soutien de l'auxiliaire

GUIDE D'ENTREVUE

Entrevue n° 3

Objectif principal : explorer les besoins de soutien de l'auxiliaire à la santé et aux services sociaux lors du choix des équipements au bain pour les personnes en perte d'autonomie vivant à domicile.

Objectif secondaire : documenter l'opinion de l'auxiliaire à la santé et aux services sociaux quant à la convivialité de l'algorithme *Préalables aux soins d'hygiène* pour le choix d'équipements au bain.

Déroulement de l'entrevue (au CSSS de Memphrémagog)

- Présentation de l'interviewer
 - Présentation de l'étude et signature du formulaire de consentement
 - Observation (au domicile de la personne en perte d'autonomie)
 - Entrevue
 - Remerciements
-

Trucs d'entrevue

- Pour tous les sous-items, si le participant a déjà abordé le thème en question, lui demander : « Avez-vous quelque chose à ajouter concernant... »
 - Compléter l'entrevue avec les observations effectuées lors de la visite à domicile
 - Formulation de questions ouvertes : Qu'est-ce que...? De quelle façon...? Comment...? Pourquoi...? Etc.
-

A. Impressions post-observation

- Comment avez-vous trouvé la rencontre avec la personne?
 - Quelles sont vos impressions sur votre travail lors de cette visite à domicile?

B. Besoins de soutien

- De façon générale, qu'est-ce qui vous aide à choisir un équipement au bain pour une personne donnée?
 - Qu'est-ce qui vous a aidé lors de la visite à domicile précédente?
 - Qu'est-ce que vous auriez pu utiliser d'autre à part l'algorithme?

- Pour un auxiliaire qui commence à être impliqué dans le choix des équipements au bain, quel type de soutien devrait lui être offert selon vous?

→ Formation

- Pour un auxiliaire qui commence à être impliqué dans le choix des équipements au bain, qu'est-ce que vous recommanderiez comme formation?
 - Comment devrait se dérouler la formation?
 - Quelle serait la durée idéale d'une telle formation?
 - Quels éléments devraient être abordés pendant la formation?

→ Supervision

- Selon vous, quel type de supervision est nécessaire lors de l'utilisation de l'algorithme?
- Selon vous, quel type de supervision est nécessaire lors **des premières** utilisations de l'algorithme?
- Quelles personnes peuvent agir comme personnes de référence/ressource?
- Certains milieux ont des auxiliaires désignés agissant comme personne de référence. Selon vous, dans un tel contexte,
 - quel est le rôle de l'auxiliaire désigné agissant comme personne de référence?
 - quel est le rôle de l'ergothérapeute?

→ Outil de travail

- Qu'est-ce qui guide vos observations lors du choix de l'équipement au bain?
 - Pouvez-vous nommer des éléments autres que ceux prévus dans l'algorithme qui vous aident lors du choix de l'équipement au bain?
- Pour un auxiliaire qui commence à être impliqué dans le choix des équipements au bain, de quels outils de travail aurait-il besoin?
 - Qu'est-ce que ces outils de travail permettraient de faire?
 - Qu'est-ce qui facilite la communication avec le client?
 - Qu'est-ce qui facilite la communication avec l'équipe de travail?
 - Dans quelle mesure ces outils de travail permettraient-ils de documenter le choix de l'équipement au bain?

C. Utilisation de l'algorithme *Préalables aux soins d'hygiène*

- Que pensez-vous de l'algorithme?
 - Quelles sont ses forces? (ce que vous aimez)
 - Quels énoncés/sections de l'algorithme facilitent son utilisation?
 - Quels énoncés/sections doivent être conservés pour permettre de compléter l'algorithme?
 - Quelles sont ses faiblesses? (ce que vous n'aimez pas)
 - S'il y a lieu, quels énoncés/sections devraient être ajoutés pour permettre de compléter l'algorithme?
 - S'il y a lieu, quels énoncés/sections devraient être déplacés pour permettre de compléter l'algorithme?
 - Quels énoncés/sections de l'algorithme rendent difficiles son utilisation?
 - Si ces énoncés/sections doivent être conservés, quelles modifications pourraient être apportées pour en faciliter l'utilisation?
 - S'il y a lieu, quelles contraintes font en sorte que l'algorithme est difficile à utiliser? (ex. temps)
 - Que pensez-vous de son format (de son apparence)?
 - Que pensez-vous du nombre de pages?
 - Que pensez-vous de la présentation?
 - Que pensez-vous de l'espace pour les commentaires?
 - Que pensez-vous de l'espace de dessin?
 - Etc.
 - Qu'est-ce que vous pensez de la section 2.8 – environnement humain?
- De quelle façon les capacités cognitives d'une personne influencent-elles le choix des équipements au bain?
- Les auxiliaires et les ergothérapeutes nomment les « cas simples » comme la clientèle qui peut être visitée par les auxiliaires qui font le choix d'équipements au bain. Comment définiriez-vous un cas simple?

- Selon vous, quelles sont les raisons pour lesquelles l'auxiliaire et l'ergothérapeute n'arrivent pas toujours au même choix d'équipements au bain?
- Pourquoi est-il important d'utiliser toutes les questions de l'algorithme?
- S'il y a lieu, de quelle façon votre expérience a-t-elle changé votre façon d'utiliser l'algorithme (entre votre première et dernière utilisation)?
 - Comment l'expérience influence-t-elle la capacité d'un auxiliaire à faire le choix des équipements au bain (en utilisant un algorithme)?
 - Pourquoi un auxiliaire qui arrive sur le marché du travail peut/ne peut pas être impliqué dans le choix des équipements au bain? Dans ce cas, combien d'années d'expérience sont nécessaires?
- Qu'est-ce qu'un professionnel pour vous?

D. Suggestions

- L'entrevue touche à sa fin, aimeriez-vous préciser certains éléments ou aborder un autre sujet? S'il y a lieu, lesquels?
- S'il y a lieu, quelles seraient vos autres suggestions?

E. Conclusion

- Comment s'est passée l'entrevue?

Annexe 4 : Analyse comparative du contenu des outils selon la grille MCRO-P

Éléments de contenu des outils recensés utilisés par l'auxiliaire (n=452)

Aspects	Éléments	Fréquence*
Personne		
<i>Observations à réaliser</i>		
1.	Essoufflement	27
2.	Signe de fatigue	26
3.	Équilibre assis : sans appui, lever les bras de chaque côté, toucher la tête et les pieds (ou milieu des jambes)	25
4.	Poids	24
5.	Douleur (pendant)	23
6.	Être assis sans appui	20
7.	Problème cognitif	18
8.	Étourdissement	17
9.	Taille	17
10.	Atteindre les robinets / douche téléphone	16
11.	Incontinence	16
12.	Peut atteindre la tête	16
13.	Peut atteindre les pieds	16
14.	Équilibre assis : se balancer de gauche à droite (hygiène fessière)	14
15.	Problème auditif	14
16.	Diabète	13
17.	Équilibre assis : ramasser un objet (crayon) au sol	12
18.	Dominance	11
19.	Écarter les pieds d'environ 1 pied	11
20.	Équilibre assis : mettre les mains sur les genoux sans appui	11
21.	Équilibre assis : se balancer d'avant à arrière	11
22.	Largeur du fessier	11
23.	Partage de la cabine de douche	11

24.	Partage de la toilette	11
25.	Partage du bain	11
26.	Peut atteindre le siège	11
27.	Position debout avec un appui	11
28.	Problème respiratoire	11
29.	Se tenir sur 1 pied à la fois avec appui <i>léger</i> pendant 10 secondes	11
30.	Trouble de la sensibilité	11
31.	Besoin d'aide humaine : observation de la personne	10
32.	Équilibre	10
33.	Équilibre assis : pivot assis	10
34.	Peut atteindre le haut du dos	10
35.	Peut atteindre le milieu du dos	10
36.	Peut atteindre le bras et l'aisselle droits	10
37.	Peut atteindre le bras et l'aisselle gauches	10
38.	Peut atteindre sous les seins	10
39.	Port d'une orthèse tibiale	10
40.	Problème cardiaque	10
41.	Atteindre le fessier avec les mains en position debout	8
42.	Force, endurance des membres supérieurs	8
43.	Plier le genou avec appui léger	8
44.	Problème circulatoire	8
45.	Comportement	7
46.	Équilibre assis : se glisse latéralement en position assise	7
47.	Se tenir sur 1 pied à la fois avec appui pendant 10 secondes	7
48.	Fracture, chirurgie	6
49.	Présence d'un aidant	6
50.	Problème de vision	6
51.	Équilibre assis avec appui	5
52.	Équilibre assis : mettre les mains derrière le dos	5

53.	Force / endurance	5
54.	Peut atteindre le dos	5
55.	Position debout sans appui	5
56.	Risque de chute	5
57.	Test d'équilibre assis	5
58.	Mobilité articulaire des membres inférieurs	4
59.	Mobilité articulaire des membres supérieurs	4
60.	Peut atteindre les parties génitales	4
61.	Test de préhension	4
62.	Test d'équilibre debout	4
63.	TUG	4
64.	Équilibre assis : soulever les pieds d'une hauteur d'au moins 15 pouces	3
65.	Équilibre assis : toucher les pieds	3
66.	Peut atteindre le devant du corps	3
67.	Peut atteindre les bras	3
68.	Peut atteindre les jambes	3
69.	Présente une perte d'autonomie	3
70.	Problème de peau/plaie	3
71.	Répond aux critères généraux d'admissibilité	3
72.	Compréhension des consignes	2
73.	Environnement humain	2
74.	Épilepsie	2
75.	Équilibre assis : les yeux fermés	2
76.	Force, endurance des membres inférieurs	2
77.	Niveau d'initiative	2
78.	Ongles pathologiques	2
79.	Organisation de l'activité d'hygiène	2
80.	Patient veut tremper	2
81.	Peut atteindre les épaules	2

82.	Peut atteindre les fesses	2
83.	Phase terminale / soins palliatifs	2
84.	Problème de santé mentale	2
85.	Client connu du SAD	1
86.	Condition variable d'une journée à l'autre	1
87.	Convalescence	1
88.	Coordination	1
89.	Équilibre assis : étirer les bras vers l'avant	1
90.	Équilibre assis : sans appui avec petites poussées	1
91.	Équilibre assis : tourner la tête et les épaules vers la droite et la gauche	1
92.	Équilibre debout : transfert de poids gauche / droit	1
93.	Faire une traction sur une chaise avec des appuis-bras	1
94.	Fonction mentale (lucide, peut apprendre / confus / autres)	1
95.	Motivation	1
96.	Peut atteindre l'aisselle droite	1
97.	Peut atteindre l'aisselle gauche	1
98.	Peut atteindre les cheveux	1
99.	Peut atteindre les parties périanales	1
100.	Peut atteindre les pieds, dos, tête, cheveux, périnée	1
101.	Peut atteindre torse, seins, ventre	1
102.	Placer la cheville sur le genou opposé	1
103.	Port de bas compressif	1
104.	Problème viscéral / intestinal	1
105.	Problèmes spécifiques	1
106.	Se tenir sur 1 pied à la fois sans appui	1
107.	Test d'équilibre debout : monter les escaliers	1
108.	Trouble neurologique	1

Section « critères d'exclusions »

109. Poids (> 250 livres)	26
110. Chirurgie récente	13
111. Histoire de chute	13
112. Taille < 5 pieds	12
113. Taille > 6 pieds	11
114. Démarche traînante	10
115. Faiblesse ou raideurs majeures des articulations	10
116. Largeur du fessier > 20 pouces	10
117. Ne peut se rendre seul à la salle de bain	10
118. Prend toujours appui sur les meubles ou les murs	10
119. Problème d'équilibre sévère	10
120. Atteinte du système nerveux ou maladie dégénérative du système nerveux central	8
121. Chirurgie à la hanche < 6 mois	8
122. Fracture récente	8
123. Troubles cognitifs importants / sévères	8
124. Arthrite rhumatoïde	7
125. Assistance à la marche	7
126. Douleur importante	7
127. Maladie dégénérative	7
128. Prothèse de hanche	7
129. Tangage	7
130. Déformation musculo-squelettique	6
131. Maladie à évolution rapide	6
132. Phase terminale ou pré-terminale d'une maladie / soins palliatifs	6
133. Troubles de comportement, compréhension, jugement (-2 ou -3 au SMAF)	6
134. Amputation	5
135. Besoin de trempage thérapeutique	5
136. Clientèle pédiatrique	5

137. Incapacité à comprendre les consignes	5
138. Ne peut serrer la main pour tenir la barre d'appui	5
139. Séquelle d'AVC / TCC	5
140. Trouble visuel important	5
141. Atteinte / déficit cognitif	4
142. Difficultés psychiques / psychologiques / santé mentale	4
143. Ostéoporose sévère	4
144. Oxygène	4
145. Prothèse de genou	4
146. Refuse les adaptations proposées	4
147. Arthrose sévère	3
148. Chirurgie au genou < 6 mois	3
149. Démarche instable / non sécuritaire	3
150. Fracture de hanche	3
151. Héminégligence / apraxie	3
152. Problèmes cognitifs entraînant un problème de comportement / collaboration / réalisation de l'activité	3
153. Problèmes pulmonaires ou cardiaques importants	3
154. Client nécessitant une référence en ergothérapie pour tout autre motif	2
155. Démence	2
156. Épilepsie non contrôlée	2
157. Hémiplégie / quadriplégie / paraplégie	2
158. Incontinence / porteur d'une sonde ou d'une stomie	2
159. Trempage au fond de la baignoire nécessaire + nécessite équipement spécialisé	2
160. Atteinte du système nerveux ou maladie dégénérative du système nerveux central et périphérique	1
161. Cancer avec métastases osseuses	1
162. Contre-indication médicale	1
163. Dystrophie musculaire	1
164. Incapacité physique importante	1
165. Maladie cutanée ou atteinte à l'intégrité de la peau	1

166. Marche très difficilement	1
167. Multipathologies / comorbidité	1
168. Poids > 300 livres	1
169. Port d'attelle / corset / orthèse	1
170. Problème neurologique ou à détérioration rapide (SEP, SLA, AVC récent, Parkinson)	1
171. Spasticité sévère	1
172. Troubles neurologiques	1
173. TUG > 30 secondes	1

Occupation

Observations à réaliser

174. Transfert à la baignoire	22
175. Enjamber le rebord du bain debout	19
176. Se déplace avec une canne	18
177. Se déplace avec une canne quadripode	18
178. Se relever d'une chaise sans appui	18
179. Besoin d'aide humaine : observation du niveau d'assistance	17
180. Enjamber le rebord du bain en position assise	6
181. Se relever d'une chaise avec appui	16
182. Soins d'hygiène actuels	16
183. Transfert à la toilette	16
184. Se déplace avec une marchette	15
185. Épreuves : autonomie à la tâche	14
186. S'asseoir avec appui	14
187. S'asseoir sans appui	14
188. Épreuve : hygiène personnelle (dents, ongles, barbe, s'habiller, se déshabiller)	13
189. Mise en situation à sec	13
190. Transfert à la cabine de douche	12
191. Utiliser une barre d'appui	12

192. Se relever de la toilette	10
193. Se déplace en fauteuil roulant	9
194. Nature du service : acte	8
195. Se déplace sans appui	8
196. Évaluation de la méthode de transfert à 4 pattes	7
197. Objectif du plan d'aide et niveau d'assistance	7
198. Se relever d'une chaise de la hauteur du rebord du bain sans appui	7
199. Se déplace sans auxiliaire à la marche / aide technique	6
200. Debout : soulever le pied d'au moins 15 pouces pendant 10 secondes	4
201. Enjamber le rebord du bain	4
202. Essai avec l'équipement choisi	4
203. Se déplace avec une marchette ou 2 appuis	4
204. Se relever d'une chaise de la hauteur du rebord du bain avec appui	4
205. Niveau d'autonomie actuel	3
206. S'asseoir	3
207. Se déplace avec supervision	3
208. Se relever de la position à genoux	3
209. Se relever d'une chaise	3
210. Transfert à la toilette : observation du besoin de barres d'appui	3
211. Debout : soulever le pied d'au moins 15 pouces	2
212. Enjamber le rebord du bain avec appui	2
213. Enlever bas et souliers	2
214. Essai d'un banc de transfert	2
215. Nature du service	2
216. Se déplace avec assistance physique	2
217. Se déplace avec ou sans aide technique (marchette ou canne)	2
218. Se déplace avec une canne ou en tenant un meuble / mur	2
219. Se déplace avec une marchette avec roues	2
220. Se déplace en tenant les meubles	2

221. Se déplace en tenant les meubles / murs	2
222. Se déplace en tenant les murs	2
223. Se déplace seul(e)	2
224. Se relever d'une chaise : spécifier le type d'appui	2
225. Se relever d'une chaise de la hauteur du rebord du bain + 10 cm sans appui	2
226. Se relever d'une chaise en tenant les mains de l'observateur	2
227. Debout : fléchir la hanche pour toucher la main de l'évaluateur (= hauteur du bain)	1
228. Debout : soulever le pied d'au moins 16 pouces	1
229. Debout : soulever le pied d'au moins 16 pouces pendant 10 secondes	1
230. Déplacement extérieur	1
231. Difficulté à transporter des choses	1
232. Épreuves : vitesse et qualité d'exécution	1
233. Essai d'une planche de bain	1
234. Ne marche pas	1
235. Organisation des soins : équipement	1
236. Organisation des soins : espace	1
237. Organisation des soins : personne	1
238. Organisation des soins : tâche	1
239. Organisation des soins : temps	1
240. Passage de la position couchée à debout	1
241. Se déplace avec 1 appui (canne, meuble, quadripode ou mur)	1
242. Se déplace avec 1 canne / meuble / mur / quadripode	1
243. Se déplace avec 2 cannes	1
244. Se déplace avec assistance verbale	1
245. Se déplace avec l'aide d'une personne	1
246. Se déplace avec une canne et en tenant le mur	1
247. Se déplace avec une marchette avec skis	1
248. Se déplace avec une marchette fixe	1
249. Se déplace avec une marchette sans roues	1

250. Se déplace avec une marchette standard	1
251. Se déplace avec un quadripode / marchette ou 2 appuis	1
252. Se déplace en prenant appui sur les meubles ou un auxiliaire à la marche (cane, marchette)	1
253. Se déplace en tenant les meubles ou murs	1
254. Se déplace sans aide technique mais se tient aux murs / meubles au besoin	1
255. Se déplace sans aide technique mais se tient aux murs / meubles la plupart du temps	1
256. Se déplace sans appui ou une canne ou un appui	1
257. Se relever d'une chaise de 18 pouces sans appui	1
258. Se relever d'une hauteur du rebord du bain + 1 pouce sans douleur	1
259. Transfert à la toilette : atteinte du papier hygiénique	1
260. Transfert à la toilette : manipulation des vêtements	1
261. Vérifier la mobilité	1

Section « critères d'exclusions »

262. Personne se déplace en fauteuil roulant à l'intérieur	15
263. Problème au niveau des transferts et des déplacements (non sécuritaire)	8
264. Ne peut se relever / s'asseoir même avec appui	8
265. Ne peut manipuler les poignées de porte ou les robinets	8
266. Se déplace uniquement / principalement en fauteuil roulant	6
267. Transfert au fond de la baignoire	3
268. Transfert au levier	3
269. Ne marche pas	2

Environnement

Observations à réaliser

270. Tapis antidérapant extérieur	27
271. Tapis antidérapant intérieur	27
272. Douche téléphone avec boyau de 6 pieds	26
273. Largeur du rebord intérieur de la baignoire : 3/4 de pouce	24

274. Type de baignoire	23
275. Appui disponible : barre d'appui au mur de la baignoire	22
276. Portes coulissantes à la baignoire	22
277. Hauteur de la baignoire	21
278. Rideau de douche	19
279. Recommandations : retrait des portes coulissantes	18
280. Équipements en place : planche de bain	17
281. Largeur du rebord intérieur de la baignoire	17
282. Recommandations : libérer l'espace de travail	16
283. Dimensions de la cabine de douche	14
284. Équipements en place : tabouret	14
285. Lavabo dans un meuble	14
286. Lavabo fixé au mur	14
287. Lavabo sur colonne	14
288. Cuvette	13
289. Espace suffisant pour effectuer les manœuvres	13
290. Hauteur de la cuvette	13
291. Hauteur du seuil de la cabine de douche	13
292. Largeur intérieure de la baignoire	13
293. Lavabo sur pattes	13
294. Support mural pour la douche	13
295. Largeur du rebord extérieur de la baignoire	12
296. Lavabo : peut être utilisé comme appui pour le transfert à la baignoire	12
297. Matériaux de la cabine de douche	12
298. Appui disponible : autres barres d'appui présentes	11
299. Ouverture de la porte de la cabine de douche	11
300. Siège de toilette surélevé 2 pouces	11
301. Siège de toilette surélevé 4 pouces	11
302. Siège de toilette surélevé avec appuis-bras intégrés	11

303. Siège de toilette surélevé : barres d'appui fixées à la toilette	11
304. Appuis disponibles dans la cabine de douche	10
305. Brosse à long manche	10
306. Équipements en place : banc de transfert	10
307. Équipements en place : fauteuil de transfert	10
308. Équipements en place : siège de douche avec dossier	10
309. Seuil / ouverture de la porte de la salle de bain	10
310. Durée du service : temps requis	9
311. Équipements en place : chaise de bain	8
312. Obstacles	7
313. Modèle de siège de toilette surélevé	7
314. Cran d'arrêt pour la douche téléphone	6
315. Éclairage	6
316. Équipements en place : banc de bain	6
317. Espace suffisant pour circuler / effectuer le transfert	6
318. Durée du service : nombre de bains par semaine	5
319. Équipements en place : siège utilisé dans la baignoire	5
320. Hauteur du siège de la toilette	5
321. Revêtement des murs de la baignoire	5
322. Revêtement du sol	5
323. Achat de l'équipement / subvention nécessaire	4
324. Chauffage	4
325. Barrière architecturale	3
326. Cabine de douche	3
327. Équipements en place : banc de douche avec dossier	3
328. Équipements en place : fauteuil de transfert avec ouverture	3
329. Espace de chaque côté de la toilette	3
330. Espace sous le porte-savon de la baignoire	3
331. Espace suffisant pour effectuer le transfert	3

332. Présence d'animaux	3
333. Accessoires disponibles	2
334. Appui disponible : barre de bain amovible	2
335. Appui disponible : barres sécuritaires	2
336. Barre d'appui fixée au mur de la toilette	2
337. Durée du service : durée / temporaire / permanent	2
338. Équipements en place	2
339. Équipements en place : banc de douche sans dossier	2
340. Nombre de bains par jour pour l'AFS	2
341. Pommeau de douche à la baignoire	2
342. Source de revenus du client	2
343. Type d'habitation	2
344. Approche au bain	1
345. Appui disponible : poignée de bain	1
346. Bouchon et chaîne à la baignoire	1
347. Délai avant la réévaluation	1
348. Douche fixe ou téléphone dans la cabine de douche	1
349. Durée du service	1
350. Encombrement	1
351. Planche de douche	1
352. Équipements en place : siège de douche / bain sans dossier	1
353. Espace suffisant devant la baignoire	1
354. Espace suffisant pour circuler	1
355. Lavabo : accessibilité	1
356. Lavabo : robinetterie	1
357. Toilette	1

Section « critères d'exclusions »

358. Bain non standard	23
359. Accès impossible sans appuis sécuritaires disponibles	9
360. Accès impossible à la salle de bain	8
361. Cabine de douche	8
362. Barrière architecturale importante	7
363. Toilette non standard	7
364. Ouverture de la porte de cabine de douche < 24 pouces	6
365. Problème d'accès	6
366. Assise de la toilette plus haute que les genoux	5
367. Problème en ce qui touche l'aménagement d'un appui	5
368. Marche pour accéder à la baignoire	3
369. Réaménagement de la salle de bain	3
370. Espace restreint	2
371. Salle de bain problématique	2
372. Ne peut entrer dans la salle de bain avec une marchette	1
373. Porte coulissante	1

Section « Recommendations »

374. Barre d'appui oblique	33
375. Douche téléphone avec boyau 6 pieds	32
376. Tapis antidérapant extérieur	32
377. Tapis antidérapant intérieur	32
378. Barre d'appui verticale	28
379. Banc de transfert	26
380. Barre d'appui au mur du porte-savon	25
381. Aucun siège	23
382. Planche de bain	23
383. Barre d'appui fixée à la baignoire	22

384. Barre d'appui 24 pouces	21
385. Barre d'appui à l'entrée de la baignoire	21
386. Accessoire à long manche	18
387. Chaise de bain	18
388. Barre d'appui horizontale	16
389. Planche de bain régulière	16
390. Planche de bain surélevée	16
391. Banc de bain	15
392. Barre d'appui 18 pouces	15
393. Barre d'appui au mur des robinets	15
394. Support mural	13
395. Rideau de douche	12
396. Siège de toilette surélevé avec appuis-bras intégrés	12
397. Barre d'appui face à la personne	11
398. Entraînement à utiliser les équipements	11
399. Fauteuil de transfert	11
400. Siège de toilette surélevé 2 pouces	11
401. Siège de toilette surélevé 4 pouces	11
402. Besoin d'aide humaine : observation environnement	10
403. Fauteuil de transfert avec ouverture périnéale	10
404. Siège avec dossier	10
405. Tabouret	10
406. Barre d'appui à l'entrée de la cabine de douche	9
407. Barre d'appui d'au moins 18 pouces	9
408. Siège de douche	9
409. Appuis sécuritaires pour la toilette	8
410. Barre d'appui d'au moins 24 pouces	8
411. Cran d'arrêt	8
412. Banc de transfert avec ouverture périnéale	7

413. Barres d'appui (longueur non spécifiée)	7
414. Hauteur requise pour l'assise du siège	6
415. Siège de bain	6
416. Barre d'appui 12 pouces	5
417. Barres d'appui fixées à la toilette	5
418. Chaise de douche	5
419. Banc de douche	4
420. Banc de transfert rembourré	4
421. Siège de transfert	4
422. Siège sans dossier	4
423. Enseignement en lien avec l'autonomie à l'hygiène	3
424. Période d'entraînement	3
425. Planche de bain avec dossier	3
426. Pomme de douche avec coude pivotant intégré ou ajouté	3
427. Siège de douche avec dossier	3
428. Banc de bain avec dossier	2
429. Barre d'appui 32 pouces	2
430. Barre d'appui en J	2
431. Barre d'appui en L	2
432. Barre murale (oblique ou verticale) à la toilette 12 pouces ou 18 pouces	2
433. Chaise de douche avec appui-bras	2
434. Enseignement pour le transfert	2
435. Lève-personne	2
436. Siège de toilette surélevé	2
437. Siège hydraulique	2
438. Aucune barre d'appui recommandée	1
439. Banc de douche avec dossier	1
440. Barre d'appui 16 pouces	1
441. Barre d'appui au mur opposé aux robinets	1

442.	Barre d'appui d'au moins 12 pouces	1
443.	Barre d'appui d'au moins 16 pouces	1
444.	Barre d'appui de 16 à 18 pouces	1
445.	Barre d'appui de 18 à 36 pouces	1
446.	Barre d'appui de 24 à 36 pouces	1
447.	Entraînement aux transferts et équipements	1
448.	Fauteuil d'aisance fixe	1
449.	Fauteuil de transfert rembourré	1
450.	Poignée de bain	1
451.	Safe-T Pole	1
452.	Siège de toilette surélevé 6 pouces	1

* La fréquence représente le nombre d'outils parmi les 40 recensés qui considèrent cet élément.

Annexe 5 : Documents contenus dans le premier envoi postal aux experts



**Centre de recherche
sur le vieillissement**
Research Centre
on Aging
Fondé par le Dr Réjean Hébert en 1988

20ans
YEARS
...et déjà sa place
dans le monde

Mardi, le 7 décembre 2010

Madame ◊,

Vous avez accepté de participer à un projet de recherche qui a pour objectif de développer un outil d'aide à la décision pour l'auxiliaire aux services de santé et sociaux engagé dans le choix de l'équipement à la baignoire ou à la cabine de douche de la personne vivant à domicile qui a de la difficulté à se laver. Votre expérience d'ergothérapeute clinicienne dans un CLSC nous aidera à bâtir un outil pertinent, qui reflète les besoins des milieux québécois.

Vous trouverez ci-joint un document construit en deux parties. Tout d'abord, une synthèse des écrits scientifiques et professionnels présente le contexte dans lequel s'effectue le recours au personnel auxiliaire en ergothérapie au Canada. Plus précisément, le texte traite de leur engagement dans le choix de l'équipement à la baignoire ou à la cabine de douche. Cette lecture permettra aux neuf ergothérapeutes qui participent à ce processus de consultation d'avoir une base commune de connaissances théoriques.

Deuxièmement, un questionnaire comprenant 9 propositions vous est soumis. Votre opinion est sollicitée afin d'orienter les décisions concernant certains points litigieux. Ils concernent 1) la clientèle qui peut être vue par l'auxiliaire, 2) les éléments à intégrer dans l'outil ainsi que 3) les recommandations que l'auxiliaire pourrait formuler. Une synthèse des arguments pour chaque proposition est présentée afin de soutenir vos réflexions au moment de remplir le questionnaire.

La lecture du document et la réponse aux questions devraient vous prendre environ trois heures et il est essentiel que vous répondiez à toutes les questions. De plus, vous êtes invitée à signer les deux exemplaires du formulaire de consentement joints à cet envoi. Par la suite, vous êtes priée de nous retourner le questionnaire et un exemplaire du formulaire de consentement signé dans l'enveloppe-réponse affranchie avant le 22 décembre 2010. Dans la semaine du 10 janvier 2011, nous vous téléphonerons pour vous informer si une rencontre aura lieu pour discuter de ces propositions. D'ici là, n'hésitez pas à me contacter par courriel encore, à téléphoner à [redacted] 5. Lorsque le processus de consultation se terminera, nous vous ferons parvenir un montant de 500 \$ pour compenser une partie du temps que vous aurez consacré à ce projet.

Je vous remercie, ◊, de votre précieuse collaboration.

Manon Guay, erg., M. Sc.,
étudiante au doctorat en sciences cliniques
à la Faculté de médecine et des sciences de la santé
de l'Université de Sherbrooke

Centre de santé et de services sociaux -
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Health and Social Services Centre -
University Institute of Geriatrics of Sherbrooke

1036, rue Belvédère Sud
Sherbrooke (Québec) CANADA
J1H 4C4

Téléphone (819) 829-7131
(819) 821-1150
Télocopieur (819) 829-7141
www.cdrv.ca

Centre affilié  UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

Développement d'un algorithme clinique pour l'auxiliaire engagé dans le choix de l'équipement pour l'hygiène.

Décembre 2010

Équipe de recherche :

Manon Guay, erg., M. Sc.,
Johanne Desrosiers, erg., Ph. D.,
Marie-France Dubois, Ph. D.,
Judith Robitaille, erg.,
et Joëlle Charest, trp.

Cette étude a été réalisée grâce à l'appui
de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie.
Mme Manon Guay a reçu, dans le cadre de ses études doctorales,
du soutien financier de l'Institut de recherche en santé du Canada,
du Fonds de recherche en santé du Québec, de l'Institut de recherche
Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail, de l'Association canadienne
d'ergothérapie et du microprogramme de 3^e cycle en analyse
et évaluation des interventions en santé de l'Université de Montréal.
Pre Johanne Desrosiers est chercheure boursière nationale
du Fonds de recherche en santé du Québec.



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

Faculté de médecine
et des sciences de la santé

Table des matières

Mise en contexte	1
1) Les positions de l'ACE et de l'OEQ	2
2) Les collaborateurs de l'ergothérapeute	4
3) La formation offerte à l'auxiliaire	4
4) La clientèle qui peut être visitée par l'auxiliaire	5
5) Les outils de l'auxiliaire	6
5.1) Les outils documentés dans les écrits	6
5.2) Les outils utilisés dans les CSSS	7
6) Les recommandations formulées par l'auxiliaire	9
6.1) Recommandations que l'auxiliaire peut formuler concernant le siège	10
6.2) Recommandations que l'auxiliaire peut formuler concernant les appuis	10
6.3) Recommandations générales que l'auxiliaire peut formuler	12
Conclusion	13
Références	14

Mise en contexte

Les discussions qui entourent le recours à du personnel auxiliaire en ergothérapie ne sont nullement locales ou propres à notre époque. En effet, ici comme ailleurs, les ergothérapeutes se demandent s'il est pertinent d'engager du personnel auxiliaire en ergothérapie afin d'assurer l'utilisation optimale des ressources humaines [1-5].

Les enjeux touchent la reconnaissance de l'ergothérapeute, ou encore la qualité des soins et la sécurité des clients.

Cependant, la pénurie de ressources humaines actuelle et à venir affecte l'accessibilité aux services d'ergothérapie et encourage la révision de l'organisation du travail [6]. Dans ce contexte, le recours à du personnel auxiliaire (nommé « personnel non-ergothérapeute » au Québec) gagne en popularité, notamment pour la détermination du besoin d'aide technique lors des soins d'hygiène personnelle à la baignoire ou à la cabine de douche (nommé ci-après « choix de l'équipement pour l'hygiène »).

Les sections suivantes détaillent en ce sens 1) les positions de l'Association canadienne d'ergothérapie (ACE) et de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ), 2) les utilisateurs des outils d'aide à la décision, 3) la clientèle qui peut être visitée par l'auxiliaire, 4) la formation offerte à l'auxiliaire, 5) les outils utilisés par l'auxiliaire et enfin, 6) les recommandations formulées par l'auxiliaire. Vous remarquerez que ces sections n'incluent pas la présentation d'un outil décisionnel. En effet, ce document sera plutôt bâti à la suite du processus de consultation en cours.

1) Les positions de l'ACE et de l'OEQ

L'ACE et l'OEQ ont publié des documents de référence qui reconnaissent l'apport potentiel du personnel auxiliaire à la profession. Premièrement, l'ACE [7] a développé le Profil de la pratique du personnel auxiliaire en ergothérapie à partir de ses travaux antérieurs concernant les rôles et les compétences du personnel auxiliaire. Il s'agit d'un continuum de profils qui représente la progression possible des compétences pour le personnel auxiliaire en ergothérapie (compétences de base, spécialisées à étendues), ainsi que pour l'ergothérapeute (compétent à chevronné), dans le contexte de la pratique au Canada (voir figure 1). Selon les écrits de l'ACE, le personnel non-ergothérapeute qui reçoit une formation en emploi dans un secteur d'activité correspond à un personnel auxiliaire ayant des compétences de base en ergothérapie. Ainsi, il doit adhérer aux valeurs et à la culture de la profession puisque le rôle d'« expert en habilitation de l'occupation » est considéré comme le rôle pivot autant du personnel auxiliaire que de l'ergothérapeute, mais à des niveaux de compétence différents.

Au Québec, l'OEQ a publié en 2005 (addendum en 2008) ses Lignes directrices sur la participation du personnel non-ergothérapeute à la prestation des services en ergothérapie [8, 9]. Les objectifs poursuivis par la publication de ces documents sont de soutenir les cliniciens et d'informer leurs partenaires sur les conditions requises pour l'assignation d'activités professionnelles de l'ergothérapeute. L'Ordre propose deux modèles d'organisation clinique dans lesquels la collaboration du personnel non-ergothérapeute est sollicitée. Pour illustrer l'application des modèles, l'OEQ utilise l'exemple de la détermination du besoin d'assistance lors de la réalisation des soins d'hygiène personnelle (voir figure 2). Dans le premier modèle proposé par l'OEQ (voir côté gauche de la figure), il est question d'assigner à du personnel non-ergothérapeute une activité clinique qui relève du processus d'intervention de l'ergothérapeute. Ainsi, le personnel non-ergothérapeute peut participer à l'évaluation des habiletés fonctionnelles pour les soins d'hygiène dans un modèle de prestation des services d'ergothérapie qui est compatible avec le Profil de l'ACE. Dans le modèle de droite, l'OEQ propose d'avoir recours

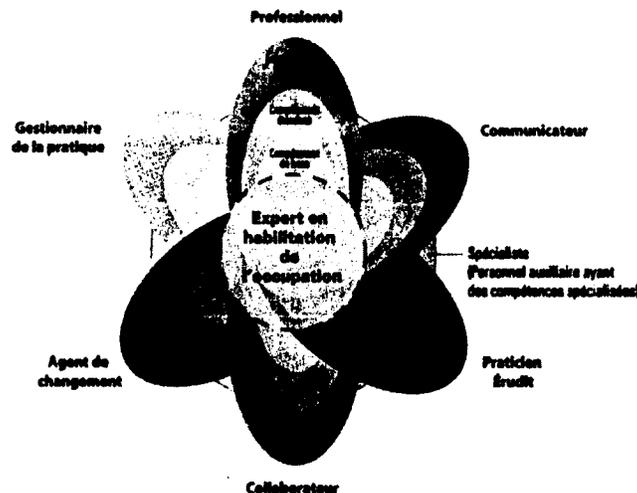


Figure 1 : Continuum des profils de la pratique de l'ergothérapie et du personnel auxiliaire [7]

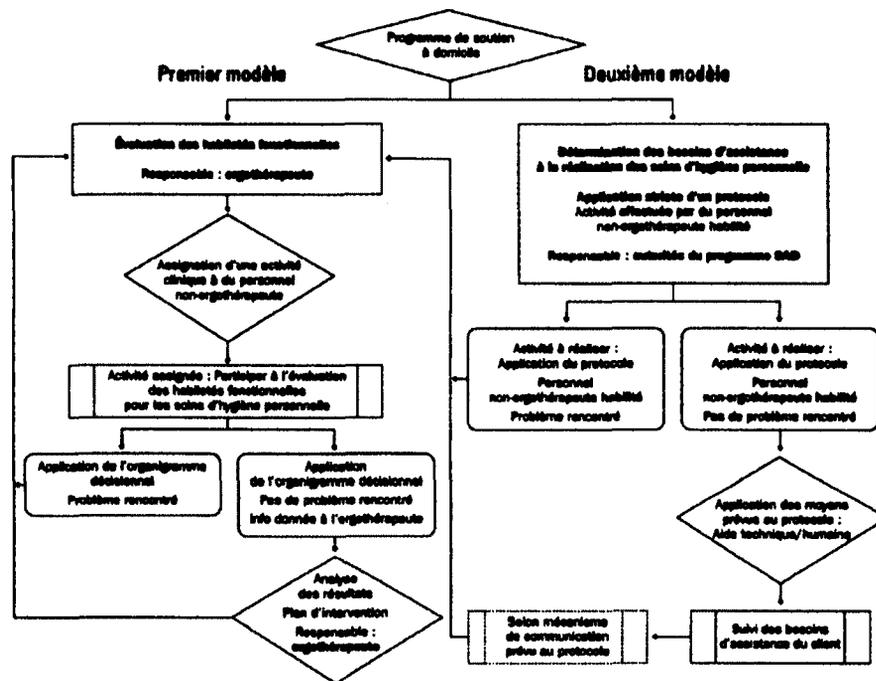


Figure 2 : Les modèles d'organisation clinique à l'égard des besoins d'assistance à la réalisation des soins d'hygiène personnelle [8]

à du personnel non-ergothérapeute pour la détermination des besoins d'assistance à la réalisation des soins d'hygiène personnelle des « cas simples », dans un processus indépendant à une demande de service en ergothérapie. Les assises de cette proposition sont l'obligation, de la part de l'employeur, d'offrir un environnement de travail sécuritaire pour les soignants, et la volonté de favoriser l'accès de la population aux services de santé et sociaux [8, 10, 11].

Guay et coll. ont réalisé un recensement afin de dresser un portrait de l'organisation des ressources humaines lors du choix de l'équipement pour l'hygiène dans les 95 CSSS du Québec [12]. Pour ce faire, les chefs d'administration des programmes (CAP) Perte d'autonomie liée au vieillissement et Déficience physique (PALV – DP) des CSSS ont été contactés. À leur convenance, les CAP pouvaient

désigner un ou plusieurs membres de leur personnel pour répondre aux questions (ex. ergothérapeute). Parmi les 90 CAP rejoints, 86 ont accepté de répondre à nos questions. Les résultats de l'étude révèlent que le recours à du personnel non-ergothérapeute est une pratique courante. En effet, 89 % des milieux expriment que cette activité clinique historiquement réalisée par l'ergothérapeute peut être effectuée par des non-ergothérapeutes. Les façons de faire documentées (n=98) suggèrent que le deuxième modèle de l'OEQ est favorisé, c.-à-d. que l'intervention du personnel non-ergothérapeute ne s'inscrit pas dans le cadre d'une demande de service en ergothérapie. En effet, seulement 14 % des répondants ont expliqué que l'ergothérapeute assigne l'activité clinique de participer à l'évaluation des habiletés fonctionnelles pour les soins d'hygiène à un non-ergothérapeute.

2) Les collaborateurs de l'ergothérapeute

Sans égard aux modèles de l'OEQ, les résultats du recensement de Guay et coll. [15] indiquent que cette activité clinique de l'ergothérapeute est partagée avec d'autres professionnels de la réadaptation, tels que le physiothérapeute (57 %) ou le thérapeute en réadaptation physique (39 %). Aussi, près de la moitié des intervenants qui ont participé au recensement précisent que l'auxiliaire aux services de santé et sociaux (ci-après nommé « auxiliaire ») est impliqué comme personnel non-ergothérapeute. Les auteures concluent que l'auxiliaire est l'intervenant du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) le plus ciblé à titre de personnel non-ergothérapeute dans le cadre du soutien à domicile (SAD) de la personne qui se lave avec difficulté. Toutefois, il n'existe pas de consensus sur la formation offerte, la clientèle visitée, les outils utilisés et les recommandations formulées par l'auxiliaire. L'état des connaissances sur ces quatre points est maintenant présenté.

3) La formation offerte à l'auxiliaire

Afin d'assurer la protection du public, l'OEQ encourage les autorités du programme SAD à prévoir la qualification et l'encadrement du personnel non-ergothérapeute qui intervient auprès d'un « cas simple ». L'Ordre demande aux ergothérapeutes de collaborer avec les gestionnaires en ce sens, considérant leurs connaissances dans le domaine. La qualification et l'encadrement sont également des conditions finales de l'assignation d'une activité clinique par un ergothérapeute à du personnel non-ergothérapeute [13].

Le recensement de Guay et coll. a révélé que les formations offertes en emploi à l'auxiliaire s'appuient sur l'Approche globale de la situation de travail de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS) [14]. Cette approche théorique, issue de paradigmes ergonomiques, vise à 1) promouvoir la santé et de la sécurité des soignants et 2) permettre à l'établissement de rencontrer sa mission [15]. Cependant, le personnel auxiliaire doit adhérer à la culture et aux valeurs de l'ergothérapie, notamment, concernant la promotion de l'engagement occupationnel de la personne qui se lave avec difficulté [7, 8, 13]. Or, l'atteinte de cet objectif par le recours à l'Approche globale de la situation de travail n'a pas d'assise théorique puisque l'Approche s'attarde à l'analyse de l'activité de travail de l'auxiliaire qui offre des soins d'hygiène et non au fonctionnement de la personne qui se lave avec difficulté.

De plus, les résultats de l'étude de Guay et coll. [12] indiquent que la formation en emploi est, à une exception près, offerte à l'auxiliaire par des ergothérapeutes cliniciens. Un ergothérapeute qui participe à la formation du personnel non-ergothérapeute est responsable de la qualité du contenu de la formation, des méthodes d'enseignement retenues ainsi que des documents mis à la disposition des participants [9]. Ainsi, l'ergothérapeute engage sa responsabilité professionnelle lorsqu'il forme ses collègues, sans égard pour le modèle d'organisation clinique proposé par l'OEQ. Par conséquent, il serait judicieux pour l'ergothérapeute d'offrir une formation ayant comme trame de fond un cadre théorique provenant de son domaine d'expertise, l'ergothérapie.

Le Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P) offre en ce sens plusieurs avantages. Premièrement, ce dernier définit les trois construits fondamentaux d'intérêt pour les ergothérapeutes, c.-à-d. la personne, l'environnement et l'occupation [16]. De plus, le MCRO-P s'attarde davantage aux actions à entreprendre pour remédier aux difficultés en matière de rendement occupationnel qu'aux origines de celles-ci [17]. Finalement, ce modèle théorique populaire auprès des cliniciens québécois est compatible avec le continuum des profils de la pratique de l'ergothérapie et du personnel auxiliaire proposé par l'ACE, illustré à la figure 1 [7].

4) La clientèle qui peut être visitée par l'auxiliaire

Les Lignes directrices de l'OEQ [8] offrent certains repères à propos de la clientèle qui peut être visitée par l'auxiliaire en tant que « personnel non-ergothérapeute ». En outre, l'auxiliaire serait en mesure d'intervenir auprès d'un client qui a une déficience, une incapacité ou une combinaison de celles-ci, qui ne nécessite pas 1) des connaissances et des habiletés approfondies ou 2) un suivi rapproché. De plus, l'auxiliaire peut rencontrer un client qui ne présente pas 3) une condition physique ou mentale requérant un jugement professionnel continu ou 4) une combinaison de facteurs pour laquelle l'ergothérapeute juge nécessaire d'intervenir lui-même. Ces balises sont instructives pour les autorités du programme SAD qui mettent en œuvre dans leur établissement un protocole pour déterminer les besoins d'assistance à la réalisation des soins d'hygiène pour les « cas simples » (deuxième modèle de l'OEQ). Elles informent également l'ergothérapeute qui juge, dans le cadre du premier modèle de l'OEQ, de la pertinence d'assigner une activité clinique au

cas par cas, en s'assurant que l'assignation ne compromet ni la sécurité du client ni la qualité des services qui lui seront rendus.

Toutefois, aucun consensus ne ressort de l'application des repères de l'OEQ en contexte clinique. En outre, l'analyse documentaire des 54 politiques et procédures de CSSS rassemblées a permis d'identifier 86 facteurs pris en compte par les intervenants pour déterminer la pertinence d'assigner une tâche clinique à du personnel non-ergothérapeute (premier modèle de l'OEQ) ou encore, pour établir les caractéristiques de la clientèle visée par les protocoles (deuxième modèle de l'OEQ). Ces facteurs sont, en somme, le descriptif d'un cas qui n'est pas simple et qui nécessite l'intervention d'un ergothérapeute. La fréquence d'apparition des facteurs conduit à comprendre, par opposition, ce que les milieux cliniques québécois considèrent généralement comme un « cas simple », c.-à-d. une personne qui peut être visitée par l'auxiliaire. À la lumière de ces informations, des données probantes et des écrits professionnels, le groupe de recherche définit un « cas simple » comme une personne avec une morphologie dans les limites de la norme qui présente des difficultés prévisibles de rendement occupationnel lors de son hygiène dans une baignoire standard ou une cabine de douche. Le tableau 1 présente les caractéristiques retenues par l'équipe de recherche pour décrire la clientèle pouvant être visitée par l'auxiliaire.

5) Les outils de l'auxiliaire

L'OEQ propose dans ses deux modèles d'organisation des services d'outiller le personnel non-ergothérapeute afin de le soutenir dans l'accomplissement de son rôle. Entre autres, l'Ordre recommande que

le personnel non-ergothérapeute dispose de « 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 » ou encore, d'« organigrammes décisionnels » (p. 27, OEQ, 2005). Le vocable de l'OEQ (c.-à-d. grilles et organigrammes décisionnels) réfère à des outils « maison » développés par des intervenants dans des CSSS de diverses régions du Québec. Deux de ces outils sont rapportés dans les écrits scientifiques et ils seront discutés dans les prochaines sections. Puis, le portrait des outils actuellement utilisés dans les CSSS sera dressé.

5.1) Les outils documentés dans les écrits

Premièrement, l'article de Caillé [10] décrit un arbre de décision qui peut être utilisé par tous les intervenants afin d'identifier une méthode de transfert à la baignoire ainsi que les équipements requis pour une personne vivant à domicile qui a de la difficulté à se laver. 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 devenus compétents à utiliser l'arbre de décision, qu'elle qualifie de méthode objective d'évaluation au bain. Toutefois, peu d'informations concernant la méthodologie sont disponibles, ce qui incite à la prudence lors de l'utilisation de ces résultats.

Deuxièmement, la grille « Préalables aux soins d'hygiène » développée par des intervenants sous la coordination de Danielle Desnoyers, Sylvie Mercier, Nathalie Caisy et Sylvie Doyon, est un outil non publié mais mentionné dans les écrits. En effet, Guay et coll. [18, 19] ont mesuré l'accord entre les recommandations d'une ergothérapeute et celles de quatre auxiliaires utilisant la version 2006 de la grille « Préalables aux soins d'hygiène », avec une clientèle dont les besoins sont simples. Pour ce faire, 96 adultes se lavant avec difficulté ont été rencontrés à leur domicile par les deux types d'intervenants. Les résultats ont mis

Tableau 1 : Caractéristiques retenues par l'équipe de recherche pour décrire une personne qui peut être visitée par l'auxiliaire lors du choix d'équipement pour l'hygiène

1. Se doucher pour réaliser son hygiène corporelle, c.-à-d. ne pas nécessiter de tremper dans l'eau et ne pas demander à transférer dans le fond de la baignoire.
2. N'avoir aucune contre-indication médicale.
Exemples de contre-indication : limites de mise en charge, restrictions dans les mouvements ou les activités, problèmes de peau empêchant le contact avec l'eau.
3. Ne présenter aucune des conditions médicales suivantes :
a) fin de vie, b) parkinson, c) sclérose en plaques, d) sclérose latérale amyotrophique.
4. Avoir la capacité de comprendre les consignes.
Par exemple, ne pas avoir de troubles cognitifs graves ou de problèmes importants de communication.
5. Avoir un poids inférieur à 250 livres et une taille entre 5 pieds et 6 pieds.
6. Avoir à son domicile 1) une cabine de douche ou 2) un bain standard (c.-à-d. pas un bain podium, à angle ou sur pattes).

en évidence que les auxiliaires identifient correctement les situations cliniques pour lesquelles ils doivent s'abstenir de formuler des recommandations (par exemple, la baignoire était non-standard). De plus, l'accord entre les recommandations varie d'important à presque parfait, sauf pour le choix du siège de bain. Ces résultats augmentent la confiance face à la grille « Préalables aux soins d'hygiène », mais les auteures soulignent que des études supplémentaires sont essentielles afin d'assurer la sécurité du public et le respect des obligations des ergothérapeutes. En effet, l'auxiliaire qui utilise la grille recommande une fois sur quatre un siège de bain inadéquat, ce qui soulève d'importants questionnements sur la qualité des services. Par ailleurs, les résultats doivent être utilisés avec prudence, puisque la généralisation des résultats est limitée considérant qu'un seul ergothérapeute et un petit nombre d'auxiliaires appartenant à la même équipe de travail ont participé à l'étude. En outre, il est possible que les recommandations des intervenants d'un seul CSSS ne soient pas représentatives des pratiques québécoises.

5.2) Les outils utilisés dans les CSSS

Parmi les 98 façons de faire documentées par Guay et coll. [12] lors du recensement, 63 prévoient un outil pour le personnel non-ergothérapeute [12]. L'analyse des 54 outils reçus pour consultation révèle que 40 d'entre eux sont destinés à l'auxiliaire. Les outils recensés ont entre 1 et 13 pages et comprennent une entrevue, des observations et une visite à domicile. Le cadre théorique qui sous-tend leur développement est soit non identifié, soit basé sur l'Approche globale de la situation de travail [14]. Ce sont tous des outils « maison » et les valeurs métrologiques ne sont pas connues. En outre, la version 2006 de la grille « Préalables aux soins d'hygiène »,

étudiée par Guay et coll. [18, 19], a été depuis modifiée. Au total, les outils sont constitués de 291 éléments qui permettent à l'auxiliaire de choisir l'équipement pour l'hygiène.

Ce nombre élevé d'éléments est possiblement lié à l'ajout, dans certains outils, d'informations jugées utiles pour une tactique heuristique de résolution de problème. En effet, Lindsay et Norman [20] expliquent que lors de la résolution d'un problème (dans notre cas, identifier l'équipement au bain), la formulation de solutions possibles peut s'appuyer sur deux types de tactiques cognitives : heuristique ou algorithmique. Avec la tactique heuristique, le solutionneur trouve des analogies entre la situation problématique actuelle et des situations antérieures dont on connaît la solution. Il s'appuie alors sur ses habiletés à reconnaître les similitudes et emploie des subterfuges pour identifier les solutions qui se sont avérées efficaces lors des problèmes précédents. Avec une tactique heuristique, qui n'assure pas le succès, le solutionneur peut gaspiller temps et énergie avec des informations qui se révèlent accessoires. Par contre, un algorithme est « un ensemble de règles qui, si on les suit bien, produiront automatiquement la bonne réponse » (p. 544, Lindsay et Norman, 1980). Le point crucial dans cette méthode de résolution de problème est d'élaborer le plan approprié et d'identifier les éléments qui conduiront systématiquement à une solution (c.-à-d. les indicateurs).

Dans les situations cliniques complexes, l'ergothérapeute a recours à des tactiques heuristiques pour résoudre le problème rencontré. Toutefois, l'étude de Hagerdon et coll. [21] a mis en évidence qu'un professionnel de la santé qui rencontre un problème familier et routinier utilise des automatismes pour le résoudre. En d'autres termes, dans un « cas simple » de besoin d'équipements

au bain, l'ergothérapeute a recours à une tactique algorithmique pour identifier la bonne recommandation. Ainsi, les schèmes opératoires qui sous-tendent la pratique de l'ergothérapeute pourraient être transposés sous forme algorithmique et être appliqués par du personnel non-ergothérapeute. L'auxiliaire qui disposerait d'un tel algorithme clinique, c.-à-d. une carte graphique des étapes logiques à suivre pour résoudre un problème clinique [22], n'aurait pas à rechercher des indices ou encore, des analogies entre la situation problématique actuelle et des situations antérieures.

L'analyse des éléments de contenu des outils actuellement utilisés dans les CSSS a mis en évidence qu'une bonne partie des indicateurs sont pertinents pour une tactique heuristique de résolution de problème, mais non pour une tactique algorithmique. Par exemples, le « niveau d'initiative », la « dominance » et la présence d'un « lavabo sur colonne » sont des éléments que l'ergothérapeute peut prendre en considération avant de recommander un équipement. Cependant, dans une méthode algorithmique, ces informations sont superflues parce qu'elles ne modifient pas systématiquement la recommandation. En effet, la sélection de l'équipement ne sera pas modifiée si la personne présente peu ou beaucoup d'initiative, qu'elle soit droitière ou gauchère, ou encore que le lavabo soit sur colonne ou dans une vanité. Par contre, des « signes de fatigue » indiquent que la personne devra utiliser un siège qui offre un dossier. Cet élément est, par conséquent, essentiel à la prise de décision concernant le type d'équipement à recommander (c.-à-d. siège avec ou sans dossier).

À la lumière de ces informations, l'équipe de recherche a identifié les indicateurs des outils « maison » qui sont automatiquement considérés par l'ergothérapeute qui

détermine l'équipement à la baignoire ou à la cabine de douche pour un « cas simple ». Le tableau 2 présente le résultat de cette démarche ainsi que les moyens retenus pour mesurer (c.-à-d. opérationnaliser) ces indicateurs.

6) Les recommandations formulées par l'auxiliaire

Un grand nombre d'équipements est disponible pour faciliter le rendement occupationnel de la personne lors de son hygiène. Le recensement de Guay et coll. [12] indique que l'auxiliaire dans les CSSS a la possibilité de recommander un nombre restreint de ceux-ci. Il s'agit d'équipements couramment recommandés, souvent disponibles en vente libre dans les pharmacies et les commerces à grandes surfaces. Cette position des milieux québécois est compatible avec les écrits sur le sujet [10, 18, 19, 23-25]. Toutefois, les recommandations formulées par l'auxiliaire sont variables selon les outils. Elles s'articulent autour de trois axes : 1) les sièges, 2) les appuis et 3) les recommandations d'ordre général.

Il est à noter que certains outils réfèrent à des recommandations qui vont au-delà de l'équipement pour l'hygiène parce que les objectifs des outils étaient multiples. Par exemple, plusieurs identifient les équipements à utiliser lors du transfert à la toilette, ou encore les besoins d'aide humaine. Ces éléments n'ont pas été considérés ici puisqu'ils ne sont pas en lien avec l'objectif du projet de recherche, soit déterminer le besoin d'équipements à la baignoire ou à la cabine de douche. De plus, certains outils incluent l'enseignement, les modalités de prêt ou le financement

pour l'achat de l'équipement au bain. Ces éléments ne sont pas retenus par l'équipe de recherche puisqu'ils relèvent soit de l'intervention à la suite du choix de l'équipement, soit des politiques et procédures favorisées par un CSSS.

6.1) Recommandations que l'auxiliaire peut formuler concernant le siège

Tout d'abord, l'analyse des outils recensés indique qu'il y a de la confusion dans la nomenclature utilisée pour les sièges. Par exemple, pour désigner un siège de douche

Tableau 2 : Indicateurs retenus par l'équipe de recherche dans une tactique algorithmique du choix de l'équipement à la baignoire ou à la cabine de douche ainsi que les tâches retenues pour les opérationnaliser

Indicateurs	Tâches pour opérationnaliser l'indicateur	Détermine
1. Mobilité fonctionnelle	La personne réussit le Timed Up and Go en plus de 30 secondes La personne ne peut pas réaliser le Timed Up and Go	Position assise lors du transfert Auxiliaire doit s'abstenir de formuler des recommandations
2. Ne pas compléter les tâches durant la rencontre	Par exemple, douleur importante, troubles visuels importants ou problèmes de comportements	Auxiliaire doit s'abstenir de formuler des recommandations
3. Maintenir son équilibre en position assise	La personne peut, en position assise et sans appui, – tourner la tête vers le haut, la droite et la gauche les yeux fermés – soulever les pieds à la hauteur du rebord extérieur du bain	Siège sans dossier
4. Manifester des signes de fatigue	La personne manifeste durant la visite de l'auxiliaire de l'essoufflement ou des étourdissements	Siège avec dossier
5. Enjamber le seuil de la cabine de douche / le rebord extérieur de la baignoire	La personne peut, en position debout et avec appui, – écarter les pieds d'environ 1 pied – lever les pieds à la hauteur du seuil de la cabine de douche / rebord extérieur du bain	Position debout lors du transfert
6. Atteindre les parties de son corps	La personne peut atteindre ses jambes et pieds en position debout	Position debout durant l'hygiène
7. Utiliser une barre d'appui	La personne ne peut pas prendre appui sur une barre	Auxiliaire doit s'abstenir de formuler des recommandations
8. La salle de bain	L'espace dans la salle de bain ne permet pas – l'installation de l'équipement recommandé – les déplacements de la personne	Auxiliaire doit s'abstenir de formuler des recommandations
9. La baignoire	La baignoire ne permet pas l'installation de l'équipement recommandé La largeur du rebord intérieur est d'au moins 3/4"	Auxiliaire doit s'abstenir de formuler des recommandations Planche transfert au bain possible
10. La cabine de douche	La cabine de douche ne permet pas l'installation de l'équipement recommandé	Auxiliaire doit s'abstenir de formuler des recommandations
11. Les murs	Les murs ne permettent pas l'installation des barres d'appui murales	Auxiliaire doit s'abstenir de formuler des recommandations

stationnaire avec dossier, neuf termes sont utilisés dans les milieux (c.-à-d. banc de bain avec dossier, chaise de douche, chaise de bain, siège de douche avec dossier, siège avec dossier, banc de douche avec dossier, siège de douche, siège de bain et banc de bain). Afin de favoriser une compréhension commune des recommandations, la terminologie de la classification des aides techniques du Centre régional d'information de démonstration et d'évaluation des aides techniques (CRIDÉAT) est utilisée [26]. Cette classification est un langage commun, intégré au Répertoire électronique des aides techniques du CLSC Pierrefonds, ainsi qu'au logiciel ICLSC en usage dans les CSSS.

Ainsi, le tableau 3 présente les sièges que l'auxiliaire peut recommander afin de répondre au besoin identifié par les outils « maison ». Il est à noter que certains CSSS prévoient que l'auxiliaire recommande des équipements spécialisés tels que la planche de bain avec dossier, la chaise de douche avec appui-bras, le lève-personne ou le siège hydraulique. Toutefois, ces choix minoritaires ne sont pas retenus puisqu'ils sont utilisés dans des situations cliniques qui ne sont pas simples.

6.2) Recommandations que l'auxiliaire peut formuler concernant les appuis

L'ajout de barres d'appui est une modalité économique et efficace de prévention des chutes pour la clientèle en perte d'autonomie vivant à domicile [27-31]. Parmi les outils consultés lors du recensement, l'auxiliaire a, à une exception près, l'opportunité de formuler des recommandations concernant des barres d'appui murales, tandis que la barre d'appui fixée à la baignoire est une issue pour la moitié de ces outils. Toutefois, il existe une multitude de combinaisons, de

Tableau 3 : Recommandations que l'auxiliaire peut formuler concernant le siège

1. Aucun siège
2. Tabouret de bain / douche
3. Siège de douche stationnaire avec dossier
4. Planche de transfert au bain
5. Fauteuil de transfert au bain

longueurs, de formes, d'emplacements et d'orientations possibles et aucun consensus ne ressort de l'étude comparative des outils recensés. L'absence de consensus concernant le type ou l'emplacement des appuis à préconiser est possiblement le reflet du peu d'écrits scientifiques sur le sujet. D'ailleurs, deux études suggèrent que l'accord entre deux évaluateurs est faible lors de la détermination du besoin de certains types d'appuis [18, 32].

Une étude menée par Sveistrup et coll. [33] aborde la question de l'emplacement des barres d'appui dans la baignoire du point de vue des personnes âgées. Le but poursuivi était d'identifier les options favorisées par les aînés parmi cinq combinaisons de barres d'appui murales (voir figure 3). Les auteurs recommandent que deux barres d'appui murales soit installées dans les baignoires utilisées par des personnes âgées et les emplacements à favoriser sont 1) une barre verticale sur le mur du robinet pour les aider à entrer et sortir de la baignoire et 2) une barre horizontale ou oblique sur le long mur pour les aider à s'asseoir et se relever. Les longueurs à préconiser pour ces barres ne sont pas mentionnées dans les recommandations de Sveistrup et coll., mais une longueur minimale de 24 pouces rallie la majorité des recommandations incluses dans les outils « maison ».

Ainsi, les écrits confirment que l'ajout de barres d'appui est une modalité de prévention des chutes reconnue et que plusieurs combinaisons d'appuis sont possibles pour répondre aux attentes de la même personne âgée. De plus, les résultats de l'étude de maîtrise de Guay [34] indiquent que, du point de vue de l'ergothérapeute, la barre d'appui

murale répond au besoin de la personne dans 91 % des situations. Par conséquent, afin de minimiser les risques d'erreur de la part de l'auxiliaire et promouvoir la sécurité des personnes à risque de chuter, l'auxiliaire pourrait systématiquement recommander l'ajout de deux barres d'appui murales aux emplacements suggérés par Sveistrup et coll. [33].

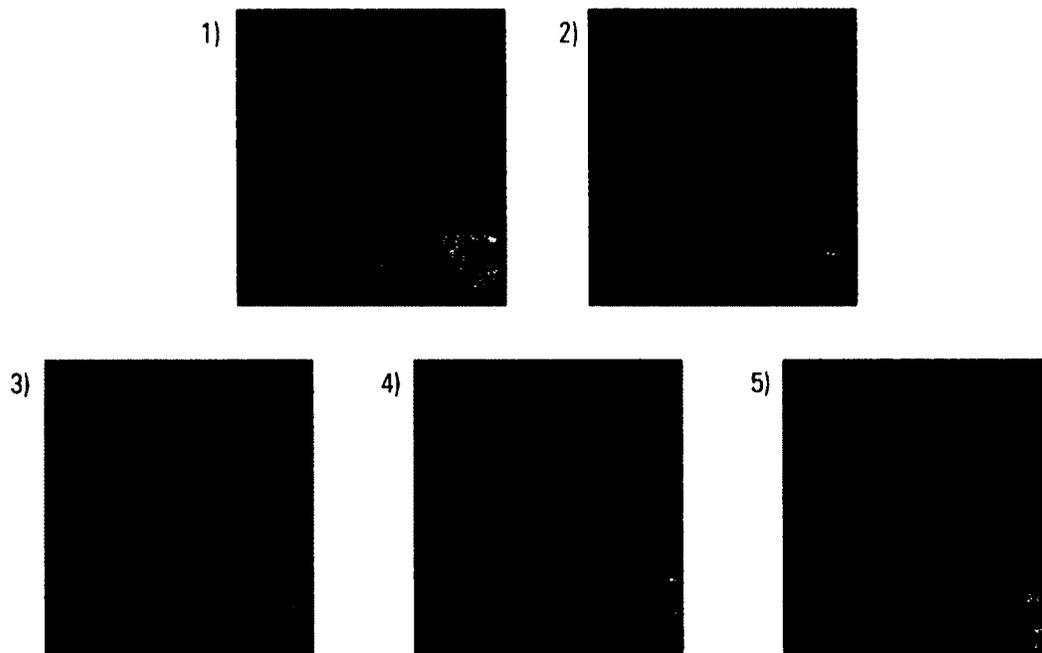


Figure 3 : Les cinq configurations étudiées par Sveistrup : 1) Association canadienne de normalisation, 2) U.S. Uniform Accessibility Standards, 3) la version modifiée du Code du bâtiment de l'Ontario, 4) configuration courante d'Ottawa-Carleton, 5) configuration de toutes les barres d'appui [33]

6.3) Recommandations générales que l'auxiliaire peut formuler
Finalement, plusieurs recommandations d'ordre général qui sont en lien avec la baignoire ou la cabine de douche, mais qui ne sont pas un siège ou un appui, sont mentionnées dans les outils recensés. Considérant que ces recommandations

sont implicites, elles ne font pas partie des choix que l'auxiliaire doit faire et n'ont pas à être inscrites dans l'algorithme. Le tableau 4 présente un résumé de ce qui est retenu par les CSSS. Par ailleurs, l'application de ces recommandations est un préalable à la mise en place de services de soins d'hygiène dans plusieurs milieux.

Tableau 4 : Recommandations générales que l'auxiliaire peut formuler

1. Installer des tapis antidérapant à l'extérieur et à l'intérieur de votre baignoire ou de votre cabine de douche
2. Installer une douche téléphone munie, idéalement, de :
 - un boyau de 6'
 - une pomme de douche avec coude pivotant et cran d'arrêt
 - un support mural
3. S'il y a lieu, acheter des accessoires à long manche pour atteindre plus facilement les parties de votre corps
4. Libérer l'espace de travail
5. Remplacer vos portes coulissantes par un rideau de douche pour entrer plus facilement dans votre baignoire

Résumé

La consultation des écrits et des outils « maison » jette un éclairage d'une part, sur les consensus actuels concernant le recours au personnel non-ergothérapeute pour le choix de l'équipement pour l'hygiène et d'autre part, sur la diversité des décisions prises localement concernant l'organisation des services aux personnes qui ont de la difficulté à se laver. L'équipe de recherche s'est déjà positionnée face à plusieurs alternatives envisagées par les milieux. **Ces choix, résumés au tableau 5, découlent de l'ensemble des étapes de l'étude. Ils ne sont pas soumis à la démarche de consultation en cours et ne seront pas discutés. Ces prises de position sont importantes, notamment parce**

qu'elles doivent encadrer vos réflexions au moment de remplir le questionnaire.

Votre opinion est toutefois sollicitée concernant 9 points litigieux. En effet, l'équipe de recherche souhaite connaître l'avis de cliniciennes et de cliniciens sur des propositions qui ne font pas consensus au sein des CSSS. Ils concernent 1) la clientèle qui peut être vue par l'auxiliaire, 2) les indicateurs à intégrer dans l'outil ainsi que 3) les recommandations que l'auxiliaire peut formuler. Vos réponses guideront l'élaboration de l'algorithme clinique durant la prochaine étape du projet. Vous êtes maintenant invité à compléter le questionnaire ci-joint qui présente un argumentaire pour chaque proposition.

Tableau 5 : Prises de position de l'équipe de recherche concernant le développement d'un algorithme clinique pour le choix de l'équipement pour l'hygiène.

1. L'objectif de l'algorithme clinique sera de guider l'auxiliaire vers le choix de l'équipement pour l'hygiène à la baignoire ou à la cabine de douche. Ainsi, il n'abordera pas
 - a. le besoin d'aide humaine lors des soins d'hygiène (par exemple, la fréquence et la durée de l'aide à l'hygiène par un auxiliaire);
 - b. les équipements à la toilette;
 - c. les interventions en lien avec l'équipement au bain choisi (par exemple, l'enseignement des techniques de transfert, l'aide financière pour l'achat des équipements, l'organisation du prêt s'il y a lieu).
2. L'utilisateur cible de l'algorithme sera l'auxiliaire. Ce choix permet de répondre au besoin d'un plus grand nombre de milieux cliniques québécois. Toutefois, un outil valide bâti pour l'auxiliaire, comme dans le cadre de ce projet, pourra être validé ultérieurement avec les autres membres de l'équipe interdisciplinaire.
3. Il est admis que l'auxiliaire peut rencontrer une personne avec une morphologie dans les limites de la norme qui présente des difficultés prévisibles de rendement occupationnel lors de son hygiène dans une baignoire standard ou une cabine de douche.
4. Toutes les personnes qui ont de la difficulté à se laver pourraient être visitées par l'ergothérapeute afin de faciliter leur engagement occupationnel. Par conséquent, l'algorithme n'a pas à dépister la personne qui bénéficierait d'une évaluation en ergothérapie. Par contre, il doit permettre d'identifier les situations cliniques pour lesquelles l'auxiliaire ne peut pas formuler des recommandations.
5. Le cadre théorique MCRO-P guidera l'élaboration de l'algorithme. Issu des paradigmes de la profession, il permet de 1) bâtir un outil qui a pour objectif de promouvoir l'engagement occupationnel de la personne qui a de la difficulté à se laver et 2) favoriser le respect des responsabilités professionnelles de l'ergothérapeute qui forme les utilisateurs de l'algorithme. Ainsi, l'algorithme pourra être utilisé tant dans le premier modèle de l'OEQ que dans le deuxième.

Références

1. Salvatori, P., *The history of occupational therapy assistants in Canada: a comparison with the United States*. Canadian Journal of Occupational Therapy – Revue canadienne d'ergothérapie, 2001. 68(4): p. 217-227.
2. Carrier, A., M. Levasseur, and G. Mullins, *Accessibility of Occupational Therapy Community Services: A Legal, Ethical, and Clinical Analysis*. Occupational Therapy in Health Care, 2010 (doi: 10.3109/07380577.2010.510170).
3. Genest, N., L. Tremblay, and J. Lanctôt, *Les ergothérapeutes et les auxiliaires dans l'évaluation des besoins de services pour l'hygiène dans les CLSC*. Ergothérapie express, 2003. 14(1): p. 4.
4. Nancarrow, S., Moran, A., Borthwick, A., & Buchan, J., *The impact of workforce flexibility on the costs and outcomes of older peoples' services: A policy and literature review*. 2006, School of Health and Related Research, University of Sheffield: Sheffield (UK). p. 10.
5. Hagler, P., Madill, H., Warren, S., Loomis, J., Elliot, D., & Pain, K., *Role and use of support personnel in the rehabilitation disciplines*. 1993, Ottawa (CA): National Health Research and Development Program.
6. Madet, C., *Planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la réadaptation*. 2008, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. p. 69.
7. Association canadienne d'ergothérapie, *Profil de la pratique du personnel auxiliaire en ergothérapie (2009)*. 2009, CAOT Publications ACE: Ottawa (CA). p. 18.
8. Ordre des ergothérapeutes du Québec, *Participation du personnel non-ergothérapeute à la prestation des services d'ergothérapie: lignes directrices*. 2005, Ordre des ergothérapeutes du Québec: Montréal. p. 34.
9. Ordre des ergothérapeutes du Québec, *Participation du personnel non-ergothérapeute à la prestation des services d'ergothérapie. Lignes directrices (OÉQ, 2005) – addenda (OÉQ, 2008)*. 2008, Ordre des ergothérapeutes du Québec: Montréal. p. 2.
10. Caillé, G., *Impact de l'ergothérapie sur une rationalisation des services à l'hygiène en C.L.S.C.* Revue québécoise d'ergothérapie, 1993. 2(4): p. 128-131.
11. Desnoyers, D., *Soins d'hygiène - Cadre de référence pour la mise en place des soins d'hygiène par les auxiliaires désignés*. 2008: Montréal. p. 1-19.
12. Guay, M., Dubois, M.-F., Desrosiers, J., Robitaille, J., & Charest, J., *The use of skill mix in homecare occupational therapy with patients with bathing difficulties*. International Journal of Therapy & Rehabilitation, 2010. 17(6): p. 300-308.
13. Nancarrow, S. and H. Mackey, *The introduction and evaluation of an occupational therapy assistant practitioner*. Australian Occupational Therapy Journal, 2005. 52(4): p. 293-301.
14. Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales, *Principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires, 2009, Cahier du participant*. 2009, Montréal: Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales. 156.
15. Association canadienne d'ergonomie, *Qu'est-ce que l'ergonomie et qui sont les ergonomes?* 2009 [cited 2009 6 octobre]. Available from: <http://www.ace-ergocanada.ca/index.php?contentid=142>.
16. Townsend, E.A. and H.J. Polatajko, *Faciliter l'occupation: L'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*. 2008, Ottawa: CAOT Publications ACE.
17. Hagerdorn, R., *Foundations for Practice in Occupational Therapy*. 2nd ed. 1997, Galsgow: Curchill Livingstone. 157.
18. Guay, M., J. Desrosiers, and M.-F. Dubois, *Criterion validity of an algorithm used by home health aides to recommend bathroom equipment*. Canadian Journal of Occupational Therapy, 2009. 76(Influencing Policy Special Issue): p. 233-243.
19. Guay, M., J. Desrosiers, and M.-F. Dubois, *Does the clinical context affect the validity of bathroom recommendations made by home health aides?* International Journal of Industrial Ergonomics, 2009(doi : 10.1016/j.ergon.2009.08.007).
20. Lindsay, P.H. and D.A. Norman, *Traitement de l'information et comportement humain: une introduction à la psychologie*. 1980, Montréal: Éditions Études Vivantes.
21. Hagedorn, R., *Clinical decision making in familiar cases: a model of the process and implications for practice*. British Journal of Occupational Therapy, 1996. 59(5): p. 217-222.
22. Miller, T.W., M. Ryan, and C. York, *Utilizing algorithms and pathways of care in allied health practice*. Internet Journal of Allied Health Sciences & Practice, 2005. 3(2): p. 18p.
23. Éduconseil inc., *Le partage du travail dans les services offerts en ergothérapie au Québec. Faits saillants d'une enquête menée auprès des ergothérapeutes en 2002-2003*. 2003, Ordre des ergothérapeutes du Québec. p. 16.
24. Stanmore, E., S. Ormrod, and H. Waterman, *New roles in rehabilitation--the implications for nurses and other professionals*. J Eval Clin Pract, 2006. 12(6): p. 656-64.
25. Loomis, J., Hagler, P., Forward, J., Wessel, J., Swinamer, J., & McMillan, A., *Current utilization of physical therapy support personnel in Canada*. Physiotherapy Canada, 1997. 49(4): p. 284-291.
26. Centre régional d'information de démonstration et d'évaluation des aides techniques (CRIDÉAT), *Classification des aides techniques 2002* [cited 2010 15 septembre]; Available from: http://www.irglm.qc.ca/files/Classification_Aides_techniques_CRIDEAT.pdf.
27. Agree, E.M. and V.A. Freedman, *Incorporating assistive devices into community-based long-term care: an analysis of the potential for substitution and supplementation*. Journal of Aging and Health, 2000. 12(3): p. 426-50.
28. Hoenig, H., Landerman, L. R., Shipp, K. M., Pieper, C., Richardson, M., Pahel, N., et al., *A clinical trial of a rehabilitation expert clinician versus usual care for providing manual wheelchairs*. Journal of the American Geriatrics Society, 2005. 53(10): p. 1712-20.
29. Naik, A.D. and T.M. Gill, *Underutilization of environmental adaptations for bathing in community-living older persons*. Journal of the American Geriatrics Society, 2005. 53(9): p. 1497-503.
30. Proteau, R.-A., *Soins d'hygiène et cabine de douche: un avantage !* Objectif prévention, 2005. 28(5): p. 15-17.
31. Proteau, R.-A., *Les soins d'hygiène en soins à domicile*. Objectif prévention, 1995. 18(3): p. 29-34.
32. Clemson, L., M. Roland, and R. Cumming, *Occupational Therapy Assessment of Potential Hazards in Homes of Elderly People: an Inter-Rater Reliability Study*. Australian Occupational Therapy Journal, 1992. 39(3): p. 23-26.
33. Sveistrup, H., Lockett, D., Edwards, N., & Aminzadeh, F., *Evaluation of bath grab bar placement for older adults*. Technology & Disability, 2006. 18(2): p. 45-55.
34. Guay, M., *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, in Faculté de médecine et des sciences de la santé*. 2006, Université de Sherbrooke: Sherbrooke (Canada). p. 76.



Questionnaire

CONSIGNE :

À la lumière des informations présentées dans la mise en contexte et de votre expérience professionnelle, veuillez indiquer votre niveau d'accord avec les neuf propositions en encerclant le nombre qui correspond à votre opinion. Au besoin, une section pour les commentaires est disponible à la fin du questionnaire.

Participant :

1) La clientèle qui peut être visitée par l'auxiliaire

Proposition 1 : Les conditions médicales de la personne

Les données du recensement réalisé par Guay et coll. [12] confirment que la personne en fin de vie ou atteinte de Parkinson, de sclérose en plaques ou de sclérose latérale amyotrophique, ne doit pas être rencontrée par l'auxiliaire (voir tableau 1). Cependant, aucun consensus n'est établi pour cinq conditions médicales qui, selon une minorité de milieux, induiraient une situation clinique complexe. Il s'agit de l'accident vasculaire cérébral (5 milieux), le traumatisme craniocérébral (5 milieux), l'amputation (5 milieux), la paraplégie (2 milieux), la quadraplégie (2 milieux) et l'hémiplégie (2 milieux). Les arguments présentés sont que ces conditions médicales peuvent affecter une ou toutes les dimensions de la personne (c.-à-d. cognitive, physique, affective) à différents degrés, ce qui influence la prévisibilité du rendement occupationnel. Ainsi, 18 % des milieux jugent que des connaissances et habiletés approfondies sont nécessaires à l'intervention et préfèrent exclure d'emblée les personnes présentant ces conditions médicales de la clientèle qui peut être visitée par l'auxiliaire. Il est à noter que le moment de la survenue de la condition médicale, la gravité des séquelles et le rendement occupationnel qui en résulte ne sont pas pris en compte dans les outils, probablement parce que ces informations sont rarement disponibles au moment où

la personne qui a de la difficulté à se laver demande une consultation à ce sujet. Cependant, la majorité des milieux (82 %) considèrent que ces diagnostics n'induisent pas systématiquement une situation clinique complexe. D'ailleurs, l'utilisation d'un algorithme clinique par l'auxiliaire peut permettre d'identifier les conséquences de ces conditions médicales sur le rendement occupationnel de la personne afin de mener à un choix d'équipement approprié, sans égard pour l'origine des difficultés.

Afin de rallier ces deux positions, l'équipe de recherche propose d'ajouter dans les caractéristiques de la personne qui peut être visitée par l'auxiliaire : « avoir la capacité de se lever et de se tenir debout », c.-à-d. se lever debout et effectuer une mise en charge complète sur au moins un des membres inférieurs, avec ou sans appui. Ce critère, facilement applicable, permet de cibler la personne qui représente systématiquement une situation complexe. En effet, une personne qui n'est pas capable de se lever et de se tenir debout requiert des équipements spécialisés ou utilise des techniques de transfert complexes (par exemple, transfert à l'aide d'une planche de transfert). Ceci dépasse le niveau de connaissances attendues pour un « cas simple » et nécessite l'expertise de l'ergothérapeute, peu importe la condition médicale qui engendre cette difficulté.

Considérant que le diagnostic médical ne permet pas de prédire le rendement occupationnel de la personne qui a de la difficulté à se laver, la capacité à se lever et à se tenir debout devrait être considérée dans les caractéristiques de la clientèle qui peut être visitée par l'auxiliaire.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalemment en désaccord					Totalemment en accord			

Proposition 2 : Les enfants et les adolescents

Cinq milieux considèrent que la clientèle pédiatrique (c.-à-d. moins de 18 ans) ne devrait pas être visitée par l'auxiliaire parce que les enfants utilisent des équipements non-standards. Toutefois, ce besoin n'est pas lié à l'âge de la clientèle, mais bien à leur taille ou à leur rendement occupationnel.

Considérant la définition retenue d'un « cas simple », l'équipe de recherche propose de ne pas retenir l'âge comme une caractéristique à considérer pour établir la clientèle qui peut être vue par l'auxiliaire. En effet, il est implicite que les enfants qui ont moins de 5 pieds ou un rendement occupationnel imprévisible ne peuvent pas être visités par l'auxiliaire.

Considérant que la définition d'un « cas simple » précise que la personne mesure entre 5 et 6 pieds et a un rendement occupationnel prévisible, un enfant ou un adolescent ayant ces caractéristiques pourrait être visité par l'auxiliaire.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement en désaccord						Totalement en accord		

Proposition 3 : La déformation musculo-squelettique de la personne

Six outils indiquent que la personne qui présente une déformation musculo-squelettique ne peut pas être rencontrée par l'auxiliaire pour le choix de l'équipement pour l'hygiène. Selon les milieux qui utilisent ces outils, cette caractéristique de la personne induit une situation clinique complexe qui doit être évaluée par l'ergothérapeute. Toutefois, la formulation ne précise ni le membre atteint par la déformation, ni la

façon dont cette déformation affecte le rendement occupationnel de la personne. Étant donné la variabilité des situations qui peuvent être rencontrées, l'équipe de recherche propose de ne pas retenir cette caractéristique de la personne pour établir si elle peut être visitée par l'auxiliaire. Les indicateurs retenus (voir tableau 2) permettent de repérer les conséquences d'une déformation musculo-squelettique sur le rendement occupationnel lors de l'hygiène, puis de choisir l'équipement approprié.

Considérant que les conséquences d'une déformation musculo-squelettique sont prises en compte dans l'algorithme clinique, la personne qui présente une déformation musculo-squelettique pourrait être rencontrée par l'auxiliaire.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement en désaccord						Totalement en accord		

Proposition 4 : La mobilité fonctionnelle de la personne

La moitié des outils considère les déplacements pour identifier la clientèle qui ne peut pas être vue par l'auxiliaire en notant le risque de chute, l'histoire de chute, le tangage lors de la marche ou alors, la marche traînante ou instable. L'auxiliaire doit s'appuyer sur son jugement pour établir si la marche de la personne indique que la situation clinique est complexe et qu'il doit s'abstenir de formuler des recommandations. Or, l'analyse de la marche est une activité clinique complexe qui sollicite l'interprétation des observations.

Par ailleurs, aucun consensus n'est établi concernant les aspects des déplacements à observer. Certains outils considèrent 1) l'utilisation d'aides à la locomotion (par exemple, canne simple, canne quadripode, marchette, fauteuil roulant), 2) l'aide nécessaire dans les déplacements (par exemple, avec ou sans appui, aide physique, aide verbale, appui sur

les murs, appui sur les meubles), ou alors 3) les impacts fonctionnels (par exemple, ne marche pas, difficulté à transporter des choses).

De plus, le lien entre les déplacements de la personne et l'équipement pour l'hygiène qui sera recommandé n'est pas illustré. En effet, c'est plutôt l'observation durant les tâches demandées qui détermine l'équipement à la baignoire ou à la cabine de douche (par exemple, lever les pieds à la hauteur du bain en position debout et avec appui).

Ainsi, les déplacements seraient davantage des indicateurs pour repérer la personne qui bénéficierait de la visite de l'ergothérapeute. Or, toutes les personnes qui ont de la difficulté à se laver pourraient être visitées par l'ergothérapeute afin de faciliter leur engagement occupationnel. Par conséquent, l'équipe de recherche propose de ne pas tenir compte des déplacements de la personne pour caractériser la clientèle de l'auxiliaire.

Considérant que les déplacements de la personne ne déterminent pas le choix de l'équipement pour l'hygiène, ils ne devraient pas être considérés dans la définition de la clientèle de l'auxiliaire.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Totalement en désaccord

Totalement en accord

2) Les indicateurs à intégrer dans l'outil

Proposition 5 : La largeur du siège de la personne

Le quart des outils consultés se préoccupent systématiquement de la largeur du siège de la personne. Le rationnel de cet indicateur est qu'une personne peut avoir une morphologie standard (c.-à-d. taille entre 5 et 6 pieds ; poids < 250 livres), mais avoir une largeur de siège supérieure à 20 pouces. Ainsi, la largeur du siège serait un élément, en plus de la taille et

du poids, à considérer dans la définition de la morphologie standard. En effet, le déplacement et le débordement des tissus adipeux affecteraient la stabilité de l'équipement ainsi que le confort de la personne. Cependant, des questions sont soulevées quant à la pertinence d'effectuer systématiquement cette mesure chez les personnes rencontrées à domicile par l'auxiliaire. En outre, cette donnée constitue un indicateur seulement pour une personne qui

utilisera un siège de douche stationnaire avec dossier ou un tabouret de bain / douche pour se laver. L'équipe de recherche propose donc de mesurer la largeur du siège exclusivement

chez les personnes qui pourraient recevoir une recommandation de l'un de ces sièges, puis de guider les observations de l'auxiliaire en conséquence.

Considérant que la largeur du siège de la personne influence seulement la stabilité du siège de douche stationnaire avec dossier et du tabouret de bain / douche, elle devrait être mesurée exclusivement chez la personne qui pourrait recevoir une recommandation de l'un de ces sièges.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement en désaccord							Totalement en accord	

3) Les recommandations que l'auxiliaire peut formuler

Proposition 6 : Le fauteuil de transfert avec ouverture périnéale

Lorsque la personne effectue le transfert à la baignoire en position assise et qu'elle nécessite un dossier, l'auxiliaire doit établir la capacité de la personne à se dégager le siège pour la réalisation de l'hygiène du périnée. L'incapacité de se balancer de gauche à droite et de se tenir debout à l'intérieur de la baignoire sont les indicateurs utilisés pour recommander un fauteuil de transfert avec ouverture périnéale. Cependant, l'étude de Guay et ses coll. [18] indique que cet équipement n'a jamais été recommandé aux 98 personnes visitées par l'ergothérapeute, tandis qu'il a été recommandé à 3 reprises par les auxiliaires. Les auteurs concluent que cet équipement répond rarement aux besoins des personnes.

Par conséquent, l'équipe de recherche propose de retirer cet équipement des issues possibles de l'algorithme clinique. L'incapacité à se dégager le siège deviendrait plutôt un indicateur pour qu'un ergothérapeute visite la personne. En outre, un nombre moins grand de types de sièges parmi lesquels choisir diminuerait le risque d'erreur de la part de l'auxiliaire. Toutefois, cette proposition constitue un changement significatif des modes de fonctionnement de plusieurs milieux puisque 17 outils prévoient que l'auxiliaire peut recommander le fauteuil de transfert avec ouverture périnéale. D'ailleurs, la popularité de cet équipement serait associée à une culture locale. Par exemple, un milieu soutient que toutes les personnes qui ont de la difficulté à se laver doivent utiliser un fauteuil de transfert, avec ou sans ouverture périnéale.

Considérant que le fauteuil de transfert au bain avec ouverture périnéale est rarement utilisé, il ne devrait pas faire partie des choix pour l'auxiliaire et l'incapacité à se dégager le siège indiquerait plutôt à l'auxiliaire de s'abstenir de formuler des recommandations.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement en désaccord							Totalement en accord	

Proposition 7 : La planche de transfert au bain de quatre pouces

La personne qui utilise une planche de transfert au bain doit être en mesure de s'asseoir et se relever de la hauteur des rebords de la baignoire, plus l'épaisseur de la planche qui est d'environ deux pouces. Cependant, une planche d'une épaisseur de quatre pouces (parfois nommée « planche de bain surélevée ») est aussi disponible sur le marché. Pour certaines personnes, ce modèle présente l'avantage de faciliter le changement de position assis / debout. Parmi les outils consultés, seize incluent cet équipement, tandis que les autres orientent plutôt l'auxiliaire vers le fauteuil de transfert au bain puisque la hauteur sol / siège du

fauteuil de transfert peut être ajustée en fonction des besoins de la personne. Le principal argument pour inclure la planche de transfert de quatre pouces dans les recommandations est qu'elle permet de répondre aux besoins de la personne qui n'a pas besoin d'un dossier, mais qui se relève avec difficulté d'une planche de transfert de deux pouces. Par contre, cet ajout présente l'inconvénient d'augmenter le risque d'erreur de la part de l'auxiliaire puisqu'un nombre de choix de siège plus élevé implique davantage d'observations et de prises de décisions. Pour cette raison, l'équipe de recherche propose de ne pas offrir le choix de la planche de transfert de quatre pouces à l'auxiliaire.

Considérant que la planche de bain de deux pouces et le fauteuil de transfert sont des issues possibles de l'algorithme clinique, la planche de transfert au bain de quatre pouces ne devrait pas faire partie des choix de l'auxiliaire.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Totalement en désaccord

Totalement en accord

Proposition 8 : La barre d'appui fixée à la baignoire

L'algorithme clinique comprendra une recommandation systématique de faire l'ajout de deux barres d'appui murales, soit 1) une barre verticale d'au moins 24 pouces sur le mur du robinet pour aider la personne à entrer et sortir de la baignoire / cabine de douche et 2) une barre horizontale ou oblique d'au moins 24 pouces sur le long mur pour les aider à s'asseoir et se relever. Cependant, la moitié des outils consultés offrent la possibilité de recommander une barre d'appui fixée à la baignoire. Pour assurer la sécurité de la personne lors de l'utilisation de ce type d'appui, un mouvement vertical plutôt qu'horizontal doit y être exercé, par exemple lors de l'enjambement de la baignoire ou lorsque la personne se relève de la position à genoux à partir du fond de la baignoire.

De plus, ce type d'appui convient à certaines largeurs ou formes du rebord extérieur de la baignoire. Ainsi, des facteurs de la personne et de l'environnement, ainsi que des composantes de l'activité, compliquent la détermination du besoin de barre fixée à la baignoire. D'ailleurs, l'étude de Guay et coll. [18] a mis en évidence que l'auxiliaire qui utilise la grille « Préalables aux soins d'hygiène » n'a pas identifié les trois personnes qui auraient bénéficié de ce type d'appui, selon le jugement de l'ergothérapeute. Par conséquent, il est proposé de ne pas inclure la barre d'appui fixée à la baignoire comme issue possible de l'algorithme clinique. Ainsi, l'ajout de barre d'appui murale serait la seule option d'appui et ne constituerait pas, en sens, un « choix » à faire par l'auxiliaire. Toutefois, les facteurs environnementaux qui empêchent l'installation de barres

Participant :

d'appui seraient des indicateurs pour que l'auxiliaire s'abstienne de formuler des recommandations et demande à l'ergothérapeute de rencontrer

la personne. Celui-ci pourra alors exercer son jugement professionnel et recommander, le cas échéant, une barre d'appui fixée à la baignoire.

Considérant que l'auxiliaire formulera systématiquement la recommandation d'ajouter deux barres d'appui murales ou s'abstiendra de formuler des recommandations advenant l'impossibilité de faire l'ajout de ces barres, la barre d'appui fixée à la baignoire ne devrait pas faire partie des choix de l'auxiliaire.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Totalement en désaccord

Totalement en accord

Proposition 9 : La hauteur du siège recommandé

L'auxiliaire formule une recommandation concernant la hauteur sol / siège à laquelle le siège doit être ajusté pour répondre aux besoins de la personne dans six outils. Cependant, aucun indicateur ne guide l'auxiliaire lors de cette décision. Il est proposé d'inclure dans les recommandations

d'ordre général formulées par l'auxiliaire (voir tableau 4 de la mise en contexte) la suggestion d'ajuster la hauteur du siège au niveau des genoux de la personne. Bien que la hauteur optimale du siège puisse varier en fonction des capacités de la personne, la hauteur des genoux est un conseil approprié pour la personne qui peut être visitée par l'auxiliaire (c.-à-d. un « cas simple »).

L'ajustement de la hauteur sol / siège d'un siège au niveau des genoux de la personne pourrait répondre aux besoins de la clientèle visitée par l'auxiliaire.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Totalement en désaccord

Totalement en accord

Commentaires :

Annexe 6 : Documents contenus dans le deuxième envoi postal aux experts



Centre de recherche
sur le vieillissement
Research Centre
on Aging

17 janvier 2011



Je tiens tout d'abord à vous remercier de votre collaboration au cours des dernières semaines. Les réponses au questionnaire et la pertinence des commentaires nourrissent les réflexions de l'équipe de recherche et supportent nos décisions.

Six des neuf propositions qui vous ont été soumises dans le premier questionnaire ont été acceptées par le groupe de dix ergothérapeutes qui participent au processus de consultation. En effet, une forte majorité des membres du groupe était en accord avec les propositions et il y avait peu de divergence d'opinion.

Toutefois, une indécision demeure concernant trois éléments. Tout d'abord, la pertinence de considérer ou non 1) l'âge et 2) la mobilité fonctionnelle de la clientèle qui peut être visitée par l'auxiliaire ne fait pas consensus. De plus, la nécessité de mesurer la largeur du siège de la personne lors du choix du siège soulève des questionnements.

Par conséquent, une rencontre du groupe se tiendra **vendredi le 21 janvier 2011, de 10 h à 13 h**. M^{me} Judith Robitaille devrait vous avoir déjà communiqué, par courriel, le lieu de cette rencontre. L'objectif de ce groupe de discussion est de permettre aux dix ergothérapeutes d'échanger sur ces trois propositions.

En préparation pour cette rencontre, vous trouverez ci-joint un deuxième questionnaire qui porte exclusivement sur les trois propositions qui seront discutées. Une nouvelle synthèse des arguments est présentée, en tenant compte de l'opinion du groupe émise dans le premier questionnaire. Je vous invite à prendre connaissance de ces documents avant la rencontre du 21 janvier 2011. Toutefois, je vous souligne que **vous devrez y répondre seulement après les discussions**.

Afin de faciliter votre réflexion, vous pouvez revoir les informations présentées dans la mise en contexte. De plus, vous trouverez dans cet envoi une copie du premier questionnaire que vous

avez complété et, en rouge, l'opinion centrale du groupe pour chacune des propositions. Cette information, à titre indicatif, vous permettra de situer votre opinion par rapport au reste du groupe.

Finalement, nous vous acheminons une ébauche de l'outil d'aide à la décision résultant de l'ensemble des étapes de l'étude, incluant les résultats au premier questionnaire que vous avez complété. Les trois éléments à discuter y apparaissent en rouge. Durant la rencontre, vous aurez également l'opportunité d'exprimer votre opinion sur cette ébauche d'outil.

Au plaisir de vous rencontrer bientôt.

Manon Guay, erg., M. Sc.
Étudiante au doctorat en sciences cliniques
Faculté de médecine et des sciences de la santé
Université de Sherbrooke

p. j. Résumé des réponses au questionnaire pour les propositions qui seront discutées
 Deuxième questionnaire
 Ébauche d'outil d'aide à la décision
 Formulaire de remboursement des dépenses encourues

Résumé des résultats au premier questionnaire pour les trois propositions qui seront discutées

Les enfants et les adolescents

Cinq milieux considèrent que la clientèle pédiatrique (c.-à-d. moins de 18 ans) ne devrait pas être visitée par l'auxiliaire parce que les enfants utilisent des équipements non-standards. Toutefois, ce besoin n'est pas lié à l'âge de la clientèle, mais bien à leur taille ou à leur rendement occupationnel. Considérant la définition retenue d'un « cas simple », l'équipe de recherche proposait de ne pas retenir l'âge comme une caractéristique à considérer pour établir la clientèle qui peut être vue par l'auxiliaire. En effet, il est implicite que les enfants qui ont moins de 5 pieds ou un rendement occupationnel imprévisible ne peuvent pas être visités par l'auxiliaire.

L'analyse des réponses au premier questionnaire indique qu'une indécision est présente au sein du groupe sur la pertinence d'inclure ou non les enfants et les adolescents dans la clientèle qui peut être visitée par l'auxiliaire. Les arguments invoqués par les participants en désaccord avec la proposition sont associés à la complexité de l'analyse des besoins de cette clientèle. Notamment, il faudrait tenir compte de la croissance physique attendue, du développement normal des capacités des enfants et des adolescents, ainsi que de l'impact attendu de la maladie sur leur développement. Toutefois, ces facteurs auraient moins d'influence à mesure que l'enfant grandit. Notons que les filles et les garçons atteignent la taille de 5 pieds généralement entre 10 et 15 ans.

De plus, certains participants expliquent que les enfants et les adolescents sont peu nombreux à demander des équipements au bain au soutien à domicile des CSSS. Généralement, cette clientèle relève des centres de réadaptation. Par conséquent, dans un contexte de doute sur la capacité de l'auxiliaire à visiter les enfants et les adolescents, leur exclusion pourrait être envisagée.

La mobilité fonctionnelle de la personne

La moitié des outils considère les déplacements pour identifier la clientèle qui ne peut pas être vue par l'auxiliaire en notant le risque de chute, l'histoire de chute, le tangage lors de la marche ou alors, la marche traînante ou instable. L'auxiliaire doit s'appuyer sur son jugement pour établir si la marche de la personne indique que la situation clinique est complexe et qu'il doit s'abstenir de formuler des recommandations. Or, l'analyse de la marche est une activité clinique complexe qui sollicite l'interprétation des observations. Par conséquent, l'équipe de recherche proposait de ne pas tenir compte des déplacements de la personne pour caractériser la clientèle de l'auxiliaire.

L'analyse des réponses au premier questionnaire indique qu'il y a indécision au sein du groupe sur la pertinence de prendre en compte ou non la mobilité fonctionnelle de la personne afin de caractériser la clientèle qui peut être visitée par l'auxiliaire. Plus précisément, les réserves exprimées par les participants concernent la personne qui utilise un fauteuil roulant, un triporteur ou un quadriporteur.

Afin de soutenir vos réflexions, l'équipe de recherche souhaite souligner deux éléments liés à ces arguments. Premièrement, les réponses à la proposition 1 du premier questionnaire confirment que les participants sont d'accord pour ajouter « avoir la capacité de se lever et de se tenir debout » dans les caractéristiques de la clientèle de l'auxiliaire. Ainsi, l'utilisateur d'un fauteuil roulant qui ne peut pas faire une mise en charge complète sur au moins un membre inférieur ne pourra pas être visité par l'auxiliaire.

Deuxièmement, la mobilité fonctionnelle est un indicateur retenu par l'équipe de recherche dans une tactique algorithmique du choix de l'équipement à la baignoire ou à la cabine de douche (voir tableau 2 de la mise en contexte). La tâche retenue pour opérationnaliser cet indicateur est le test Timed Up and Go (TUG), tel que proposé par trois milieux québécois. Pour ce test, l'examineur demande à la personne de 1) se lever d'une chaise de hauteur standard, avec accoudoirs, 2) marcher à une vitesse confortable jusqu'à une ligne tracée sur le plancher trois mètres plus loin, 3) se tourner, 4) puis revenir s'asseoir. La personne peut utiliser une aide technique à la marche, mais elle ne doit pas recevoir d'assistance. Un temps de parcours à ce test qui dépasse 12 secondes indique un risque de chute, ce qui est prévisible pour la clientèle qui sera visitée par l'auxiliaire pour le choix d'un équipement au bain. Toutefois, un score de 30 secondes ou plus suggère des problèmes d'équilibre significatifs. Ainsi, ce score guidera l'auxiliaire vers un siège qui permet le transfert en position assise.

La largeur du siège de la personne

Le quart des outils consultés se préoccupent systématiquement de la largeur du siège de la personne. Le rationnel de cet indicateur est qu'une personne peut avoir une morphologie standard (c.-à-d. taille entre 5 et 6 pieds ; poids < 250 livres), mais avoir une largeur de siège supérieure à 20 pouces. Ainsi, la largeur du siège serait un élément, en plus de la taille et du poids, à considérer dans la définition de la morphologie standard. Selon certains ergothérapeutes consultés lors du recensement des outils québécois, le déplacement et le débordement des tissus adipeux affecteraient la stabilité d'un équipement au bain ainsi que le confort de la personne.

Cependant, des questions sont soulevées quant à la pertinence d'effectuer systématiquement cette mesure chez les personnes rencontrées à domicile par l'auxiliaire. En outre, cette donnée constitue un indicateur seulement pour une personne qui utilisera un siège de douche stationnaire avec dossier ou un tabouret de bain / douche pour se laver. L'équipe de recherche proposait donc de mesurer la largeur du siège exclusivement chez les personnes qui pourraient recevoir une recommandation de l'un de ces sièges, puis de guider les observations de l'auxiliaire en conséquence. L'analyse des réponses au premier questionnaire indiquent que les participants sont fortement en accord avec cette proposition.

L'équipe de recherche souhaite profiter de la rencontre des membres du groupe de discussion pour poursuivre la réflexion sur cet élément. Plus précisément, nous souhaitons vérifier la nécessité de retenir l'indicateur de la largeur du siège, même pour une personne qui utilisera un siège de douche stationnaire avec dossier ou un tabouret de bain / douche pour se laver. En effet, la consultation de fiches techniques sur ces équipements révèle que le poids de la personne peut affecter la sécurité lors de l'utilisation, mais aucune consigne ou mise en garde n'apparaissent en regard de la largeur du siège de la personne. L'équipe de recherche se questionne donc sur l'influence du déplacement et du débordement des tissus adipeux sur la stabilité de ces équipements et aimerait connaître votre opinion.

Questionnaire à compléter après la rencontre du 21 janvier 2011

CONSIGNE :

À la lumière des informations présentées dans la mise en contexte, des échanges entre les ergothérapeutes qui participent au processus de consultation et de votre expérience professionnelle, veuillez indiquer votre niveau d'accord avec les trois propositions en encerclant le nombre qui correspond à votre opinion.

Proposition 2 : Les enfants et les adolescents

Considérant que la définition d'un « cas simple » précise que la personne mesure entre 5 et 6 pieds et a un rendement occupationnel prévisible, un enfant ou un adolescent ayant ces caractéristiques pourrait être visité par l'auxiliaire.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Totalement en désaccord

Totalement en accord

Proposition 4 : La mobilité fonctionnelle de la personne

Considérant que les déplacements de la personne ne déterminent pas le choix de l'équipement pour l'hygiène, ils ne devraient pas être considérés dans la définition de la clientèle de l'auxiliaire.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Totalement en désaccord

Totalement en accord

Proposition 10 (ajout) : La largeur du siège de la personne

Considérant que la largeur du siège de la personne a peu de risque d'influencer la stabilité du siège de douche stationnaire avec dossier et du tabouret de bain / douche, cette mesure ne devrait pas être intégrée dans l'outil d'aide à la décision.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Totalement en désaccord

Totalement en accord

Commentaires :

Participant :

Annexe 7 : Guide d'animation de la rencontre des experts

Rencontre du groupe de cotation

10 h à 13 h, 21 janvier 2011

Animatrice : Pre Johanne Desrosiers

Co-animatrice : Mme Manon Guay

Assistante : Mme Judith Robitaille

Experts invités :

Sites

Ergothérapeutes

Lieux de pratique

Ordre du jour

Heure	Thèmes	Responsables
9 h	Accueil <ul style="list-style-type: none">– Aménagement de la salle– Réception des collations / dîners– Branchement des sites distants et obtention des numéros de téléphone en cas de débranchement– Accueil des participants	Manon et Judith
10 h	Présentation du mode fonctionnement <ul style="list-style-type: none">– Consentement pour l'enregistrement– Objectifs de la rencontre– Consignes– Tour de table	Johanne
10 h 15	Discussion autour des 3 propositions <ul style="list-style-type: none">– Enfants et adolescents– Mobilité fonctionnelle– Largeur du siège	Johanne
11 h 15	<ul style="list-style-type: none">– Complétion du questionnaire par les participants– Analyse des données	Manon
11 h 30	Pause / Dîner	
11 h 50	<ul style="list-style-type: none">– Résumé de l'analyse des réponses au questionnaire– Information concernant la prochaine rencontre, si nécessaire	Manon
12 h	Discussions autour de l'ébauche de l'outil	Manon
12 h 50	Fin <ul style="list-style-type: none">– Commentaires– Remerciements	Johanne

Guide d'animation

10 h Présentation du mode fonctionnement

⇒ Je vous remercie de participer à ce groupe et nous apprécions votre engagement dans notre projet qui vise à développer un outil d'aide à la décision pour l'auxiliaire impliqué dans le choix d'équipements au bain pour la clientèle du maintien à domicile.

⇒ Je suis Johanne Desrosiers (se présenter) et j'animerai la rencontre la première partie de la rencontre. Je suis accompagnée de Manon Guay, ergothérapeute et étudiante au doctorat à la FMSS de l'UdeS, qui s'assurera que nous couvrons l'ensemble des objectifs de la rencontre. Il est possible qu'à certains moments, elle soulève certains points de discussion et Mme Guay prendra la relève de l'animation, un peu plus tard, durant la rencontre. Enfin, Judith Robitaille, ergothérapeute et professionnelle de recherche au CDRV, s'assurera du bon fonctionnement de la rencontre.

⇒ Vous avez consenti à ce que cette rencontre soit enregistrée lors de la signature du formulaire de consentement. L'enregistrement nous permettra de revoir et d'analyser vos propos. Il est possible que certains extraits soient repris pour illustrer l'opinion du groupe, par exemple, dans des publications scientifiques. Toutefois, soyez assurés que ce qui sera dit par le groupe sera traité avec respect et confidentialité. Êtes-vous toujours confortable avec cette procédure?

Début de l'enregistrement.

⇒ Tel qu'expliqué dans la lettre que nous vous avons fait parvenir cette semaine, l'objectif principal de cette rencontre est de vous permettre d'échanger autour des trois propositions du questionnaire pour lesquelles il n'y a pas de consensus au sein du groupe. Je vous rappelle que ces propositions traitent de

1. *la pertinence d'inclure, ou non, les enfants et les adolescents dans la clientèle de l'auxiliaire;*
2. *l'importance, ou non, de considérer la mobilité fonctionnelle de la personne dans les caractéristiques de la clientèle qui peut être vue par l'auxiliaire;*
3. *la nécessité, ou non, de mesurer la largeur du siège de la personne lors du choix du siège de bain.*

⇒ L'objectif secondaire de cette rencontre est d'entendre vos impressions sur l'ébauche de l'outil d'aide à la décision qui vous a été postée cette semaine.

*⇒ Nous sommes intéressées à entendre des opinions variées. J'insiste sur le but de la rencontre : échanger sur vos **différents** points de vue, expériences et croyances. N'hésitez pas à exprimer des opinions contradictoires.*

⇒ La rencontre est divisée en deux.

- Premièrement, nous discuterons des propositions,*
- puis vers 11 h15, vous serez invité à compléter le questionnaire dont vous avez reçu copie par courrier cette semaine.*
- Nous prendrons ensuite une pause pour le repas.*
- Durant ce temps, nous analyserons vos réponses au questionnaire et déterminerons la nécessité de tenir, ultérieurement, une deuxième rencontre. Le cas échéant, je vous donnerai plus d'informations.*
- Enfin, durant la deuxième partie de la rencontre, nous souhaitons entendre vos impressions sur l'ébauche de l'outil que nous avons préparée.*

*⇒ Nous avons peu de temps. Ainsi, si vous êtes d'accord, il est possible que je vous **interrompe** à certains moments. Mon objectif n'est pas d'être impolie, mais de m'assurer que chaque personne peut s'exprimer et que nous*

respectons l'horaire prévu, soit de terminer la rencontre à 13 h.

⇒ Avez-vous des questions?

*⇒ Nous commencerons donc par un **tour de table**. J'aimerais que chaque membre du groupe se présente et mentionne son lieu de pratique.*

10 h 15 Discussion autour des 3 propositions

1. Enfants et adolescents

⇒ *Avant de débiter la discussion sur le thème des enfants et des adolescents, je vous rappelle qu'il est admis que l'auxiliaire peut visiter les « cas simples de demandes d'équipements au bain », c.-à-d. une personne avec une morphologie dans les limites de la norme qui présente des difficultés prévisibles de rendement occupationnel lors de son hygiène dans une baignoire standard ou une cabine de douche. L'objectif de la rencontre n'est pas d'échanger sur ces décisions. Toutefois,*

⇒ ***Que pensez-vous de la proposition d'inclure les enfants et les adolescents dans la clientèle qui peut-être visitée par l'auxiliaire?***

⇒ ***Quels sont les risques de préjudices d'inclure les enfants et les adolescents dans la clientèle qui peut-être visitée par l'auxiliaire?***

⇒ ***Quels sont les avantages d'inclure les enfants et les adolescents dans la clientèle qui peut-être visitée par l'auxiliaire?***

⇒ ***Selon vous, à partir de quel âge une personne peut être visitée par l'auxiliaire?***

⇒ L'animatrice reformule les propos des participants.

⇒ ***Avant de passer au prochain thème, est-ce que quelqu'un souhaite apporter un autre élément de discussion?***

2. Mobilité fonctionnelle

⇒ *Nous allons maintenant parler de la mobilité fonctionnelle, c.-à-d. l'importance, ou non, de prendre en compte les déplacements de la personne pour déterminer si l'auxiliaire peut la visiter. Je pense entre autres, à la capacité à marcher, l'utilisation d'une aide technique à la marche ou encore, d'un fauteuil roulant, d'un triporteur ou d'un quadriporteur. Je vous précise qu'il est déjà accepté que la personne doit avoir la capacité de se lever et de se tenir debout pour recevoir la visite d'un auxiliaire. Cependant,*

⇒ *Quel est ou quels sont les autres aspects de la mobilité à considérer au moment de décider si l'auxiliaire peut visiter une personne?*

⇒ *Parlez-moi de l'influence des déplacements de la personne sur la détermination de la clientèle qui peut être visitée par l'auxiliaire?*

⇒ *Si la mobilité fonctionnelle doit être considérée, quelle question doit-on poser pour identifier les situations cliniques pour lesquelles l'auxiliaire ne peut pas formuler des recommandations?*

⇒ *Quels sont les risques de préjudices de demander à une auxiliaire de visiter une personne qui utilise un fauteuil roulant?*

⇒ L'animatrice reformule les propos des participants.

⇒ *Avant de passer au prochain thème, est-ce que quelqu'un souhaite apporter un autre élément de discussion?*

Attention : «Les gens qui utilisent un f.r. sont des cas pour l'ergothérapeute»
Toutes les personnes qui ont de la difficulté à se laver pourraient être visitées par l'ergothérapeute afin de faciliter leur engagement occupationnel. Par

conséquent, l'algorithme n'a pas à dépister la personne qui bénéficierait d'une évaluation en ergothérapie. Par contre, il doit permettre d'identifier les situations cliniques pour lesquelles l'auxiliaire ne peut pas formuler des recommandations.

3. Largeur du siège

⇒ *Nous allons terminer la première partie de la rencontre par une discussion sur la pertinence de mesurer, ou non, la largeur du siège de la personne au moment de choisir le siège de bain.*

⇒ *En vous rapportant à votre pratique d'ergothérapeute, parlez-moi de l'influence de la largeur du siège d'une personne sur vos recommandations de siège de bain?*

⇒ *Quels sont les risques de préjudices de ne pas mesurer la largeur du siège de la personne au moment de choisir le siège de bain?*

⇒ *Si la largeur du siège de la personne doit être mesurée, quelle serait la meilleure procédure à suivre par l'auxiliaire?*

⇒ *la position de la personne au moment de la prise de mesure?*

⇒ *les instruments de mesure à utiliser?*

⇒ *Si la largeur du siège de la personne doit être mesurée, que devrait faire un auxiliaire qui rencontre une personne qui a une largeur de siège de plus de 20 pouces?*

⇒ *L'animatrice reformule les propos des participants.*

⇒ *Nous serions maintenant rendu à compléter le questionnaire. Est-ce que quelqu'un souhaite ajouter quelque chose?*

11 h 15 Complétion du questionnaire par les participants et analyse des données.

11 h 30 Pause / Dîner

11 h 50 Résumé de l'analyse des réponses au questionnaire.

Si une indécision persiste sur au moins une des propositions, un appel conférence sera organisé ultérieurement. Avant cette deuxième discussion, un avis auprès de chercheurs ou de représentants d'organismes concernés sera sollicité et présenté au membre du groupe. Sinon, le processus de consultation se termine aujourd'hui.

12 h Discussions autour de l'ébauche de l'outil

⇒ *Durant la deuxième partie de la rencontre, vous êtes invités à exprimer votre opinion sur l'ébauche de l'outil que nous vous avons acheminé cette semaine.*

⇒ *Que diriez-vous à un collègue ergothérapeute si vous aviez à lui parler de cette ébauche? (ou Quelles sont vos premières impressions de cet outil?)*

⇒ *Si vous étiez responsable de modifier cette ébauche, quels changements feriez-vous et pouvez-vous m'expliquer pourquoi vous feriez ces changements?*

⇒ *Que manque-t-il à cette ébauche pour être excellente?*

⇒ *Que pensez-vous que les auxiliaires diraient de cette ébauche?*

⇒ *Si vous étiez l'animatrice de cette rencontre, quelle serait votre prochaine question?*

⇒ L'animatrice reformule les propos des participants.

12 h 50 Fin

⇒ *Il nous reste quelques minutes avant de terminer la rencontre.*

⇒ *Aimeriez-vous discuter d'un élément qui n'a pas encore été abordé?*

⇒ *Comment avez-vous trouvé la rencontre d'aujourd'hui?*

⇒ *Que pensez-vous de l'ensemble du processus de consultation auquel vous avez participé?*

⇒ *Avant le mot de la fin, je vous rappelle que les dépenses encourues vous seront remboursées dès la réception des pièces justificatives, tel qu'indiqué dans le document qui vous a été posté cette semaine. De plus, vous recevrez un montant forfaitaire de \$\$\$ pour compenser une partie du temps que vous avez consacré au projet. Si vous avez des questions à ce sujet, vous pouvez en discuter avec Manon ou Judith après la rencontre.*

⇒ *Je vous remercie de votre participation. Vos opinions et vos commentaires sont précieux pour nous. Merci et au revoir!*

Aide mémoire

- Laisser des périodes de silence, cela donne du temps aux intervenants de penser à d'autres éléments et de mieux connaître leur perception.
- Demander des exemples, demander aux intervenants de préciser leurs propos (ex. demander pourquoi, d'expliquer davantage). Nous aurons besoin de verbatims pour illustrer les opinions des intervenants, leurs réserves à propos de l'outil, leurs désaccords.
- Questions pour encourager une personne à en dire plus :
 - Pourrais-tu m'expliquer un peu plus ce que tu penses ?
 - Peux-tu me donner un exemple ?
 - Pourrais-tu en dire plus ?
 - Il y a-t-il quelque chose d'autres que tu voudrais rajouter ?
- Questions pour encourager le groupe entier :
 - Est-ce qu'il y a quelqu'un qui aimerait ajouter quoi que ce soit ?
 - Et vous autres, que pensez-vous ?
 - Nous aimerions entendre tous les points de vue. Il y a-t-il quelqu'un qui a un point de vue tant soit peu différent et qui aimerait nous le faire part ?

Annexe 8 : Documents contenus dans le troisième envoi postal aux experts



**Centre de recherche
sur le vieillissement
Research Centre
on Aging**

Xx mars 2011

Madame,

Depuis le début du processus de consultation, vos commentaires constructifs ont orienté plusieurs de nos décisions. Je sollicite toutefois votre opinion une autre fois concernant la pertinence d'inclure, ou non, les déplacements de la personne dans les caractéristiques de la clientèle qui peut être visitée par l'auxiliaire lors du choix de l'équipement pour l'hygiène. En effet, une indécision demeure au sein du groupe d'ergothérapeutes consultés concernant cet élément.

Je vous achemine donc un résumé des propos des membres du groupe de consultation sur ce sujet ainsi qu'un questionnaire comprenant deux nouvelles propositions. Également, je vous présente une deuxième ébauche de l'outil d'aide à la décision résultant de l'ensemble des étapes de l'étude. La proposition pour laquelle une indécision demeure y figure en rouge tandis que les modifications apportées sont indiquées en bleu.

Je vous encourage à compléter le questionnaire et noter vos commentaires à propos de la deuxième ébauche dans la section disponible à la fin du questionnaire. Puis, vous êtes prié de nous retourner le questionnaire dans l'enveloppe-réponse affranchie avant le mercredi 23 mars 2011. Je vous contacterai dans la semaine du 28 mars afin de vous transmettre l'opinion du groupe. Enfin, je vous rappelle que le protocole de recherche prévoit une deuxième et dernière rencontre afin d'obtenir une décision définitive sur les déplacements advenant qu'une indécision persiste entre les membres du groupe à la suite de la troisième consultation qui est en cours.

D'ici là, n'hésitez pas à me contacter par courriel à l'adresse

Manon Guay, erg., M. Sc.
Étudiante au doctorat en sciences cliniques
Faculté de médecine et des sciences de la santé
Université de Sherbrooke

p.j. Questionnaire 2 amendé
Version 2 de l'ébauche de l'outil

Questionnaire 2 amendé

CONSIGNE :

À la lumière de la documentation présentée par l'équipe de recherche depuis le début du processus de consultation, des échanges entre les ergothérapeutes lors de la rencontre et de votre expérience professionnelle, veuillez indiquer votre niveau d'accord avec les deux propositions suivantes en encerclant le nombre qui correspond à votre opinion.

Proposition 11 (ajout)

Une personne qui se déplace en fauteuil roulant à l'intérieur de son domicile pourrait être visitée par l'auxiliaire pour le choix de l'équipement pour l'hygiène.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Totalement en désaccord

Totalement en accord

Proposition 12 (ajout)

Une personne doit se déplacer seule (avec ou sans une aide technique) jusqu'à la baignoire ou la cabine de douche pour être visitée par l'auxiliaire pour le choix de l'équipement pour l'hygiène.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Totalement en désaccord

Totalement en accord

Commentaires sur les propositions et sur l'ébauche :

Participant :

**Doit-on inclure les déplacements de la personne
pour caractériser la clientèle
qui peut être visitée par l'auxiliaire engagé
dans le choix de l'équipement pour l'hygiène ?**

Mars 2011

Équipe de recherche :

Manon Guay, erg., M. Sc.,
Johanne Desrosiers, erg., Ph. D.,
Marie-France Dubois, Ph. D.,
Judith Robitaille, erg.,
et Joëlle Charest, trp.

Cette étude est réalisée grâce à l'appui
de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie.
Mme Manon Guay a reçu, dans le cadre de ses études doctorales,
du soutien financier de l'Institut de recherche en santé du Canada,
du Fonds de recherche en santé du Québec, de l'Institut de recherche
Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail, de la Fondation canadienne
d'ergothérapie et du microprogramme de 3^e cycle en analyse
et évaluation des interventions en santé de l'Université de Montréal.
Pre Johanne Desrosiers est chercheure boursière nationale
du Fonds de recherche en santé du Québec.



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

Faculté de médecine
et des sciences de la santé

Lors de la rencontre, les ergothérapeutes du groupe de consultation se sont questionnés sur les définitions de la mobilité fonctionnelle et de ses aspects : « Est-ce que ça entre dans la mobilité fonctionnelle? ». Or, le Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P) retenu pour le développement de l'outil ne définit pas les occupations, ni les activités qui les composent, puisque les fonctions de celles-ci dépendent du sens que chaque personne leur accorde. En effet, le MCRO-P explique les occupations de la personne selon trois fonctions : 1) les soins personnels, 2) la productivité et 3) les loisirs (Townsend & Polatajko, 2008). La fonction se détermine en tenant compte des besoins et des désirs de la personne ainsi que du contexte environnemental dans lequel l'occupation a lieu. Par exemple, prendre un bain pourrait avoir une fonction de soins personnels (se laver) ou de loisir (détente), selon la perception de la personne de cette activité et du contexte dans lequel elle se réalise.

Néanmoins, l'objectif de l'équipe de recherche est de développer un outil d'aide à la décision pour l'auxiliaire engagé dans la détermination du besoin d'aide technique lors des soins personnels à la baignoire ou à la cabine de douche (nommé ci-après « choix de l'équipement pour l'hygiène ») de la personne qui a de la difficulté à se laver. Ainsi, l'activité ciblée a pour fonction de permettre à la personne de prendre soin d'elle-même, ce qui inclut généralement les aspects de la mobilité fonctionnelle. En effet, la mobilité fonctionnelle comprend les déplacements, les transferts et les changements de position de la personne qui lui permettent de s'occuper d'elle-même (Townsend & Polatajko, 2008).

La totalité des outils d'aide à la décision recensés par notre équipe de recherche en 2009 aborde la mobilité fonctionnelle. En outre, 68 des 452 éléments de contenu des outils sont liés à la mobilité fonctionnelle. Ces éléments sont soit des caractéristiques de la clientèle qui peut être visitée par l'auxiliaire (voir tableau 1), soit des indicateurs à intégrer dans l'outil pour orienter l'auxiliaire au moment du choix de l'équipement pour l'hygiène (voir tableau 2). Ainsi, les outils s'intéressent à la mobilité fonctionnelle de la personne entre autres parce que certains de ses aspects seraient des facteurs déterminants pour ne pas assigner l'activité clinique du choix de l'équipement pour l'hygiène à du personnel non-ergothérapeute.

Tableau 1 : Éléments recensés dans les outils québécois liés à la mobilité fonctionnelle pour caractériser la clientèle qui ne peut pas être vue par l'auxiliaire (n=12)

Éléments	Fréquence*
Se déplace en fauteuil roulant à l'intérieur	15
Ne peut se rendre seul à la salle de bain	10
Prends toujours appui sur les meubles ou les murs	10
Problème au niveau des transferts et des déplacements (non-sécuritaires)	8
Ne peut se relever / s'asseoir même avec appui	8
Ne peut manipuler les poignées de porte ou les robinets	8
Assistance à la marche	7
Se déplace uniquement / principalement en fauteuil roulant	6
Transfert au levier	3
Transfert au fond de la baignoire	3
Ne marche pas	2
Marche très difficilement	1

* La fréquence représente le nombre d'outils parmi les 40 recensés qui considèrent cet élément.

À la lumière de ces informations, des données probantes, des écrits professionnels ainsi que des réponses aux précédents questionnaires, le groupe de recherche a retenu trois activités relatives à la mobilité fonctionnelle pour caractériser la clientèle qui peut être visitée par l'auxiliaire : 1) ne pas transférer au fond de la baignoire, 2) être capable de prendre appui sur une barre et 3) être capable de se lever et de se tenir debout. Toutefois, l'équipe de recherche a sollicité votre opinion concernant la pertinence d'inclure, ou non, les déplacements de la personne dans la définition de la clientèle de l'auxiliaire. Plus précisément, nous proposons de ne pas tenir compte des déplacements puisque 1) l'analyse de la marche est une activité clinique complexe qui sollicite l'interprétation des observations, 2) aucun consensus n'est établi dans les milieux cliniques concernant les aspects des déplacements à observer et 3) le lien entre les déplacements de la personne et l'équipement pour l'hygiène qui sera recommandé n'est pas illustré.

Or, l'analyse des réponses aux deux questionnaires indiquent qu'il y a indécision au sein du groupe de consultation sur cette proposition. Les commentaires écrits et les propos des ergothérapeutes à ce sujet s'articulent autour de trois thèmes : 1) l'observation des déplacements, 2) l'utilisation d'un fauteuil roulant, 3) l'accessibilité à et dans la salle de bain.

1) L'observation des déplacements

Les membres du groupe de consultation croient que les déplacements n'influencent pas le choix de l'équipement pour l'hygiène : « le déplacement, finalement, est important à partir de quand tu es à côté du banc de bain et que tu fais le transfert; ça veut dire le point de départ du transfert. Je pense que tout ce qui est avant ne devrait pas être considéré. » Cependant, ces ergothérapeutes jugent qu'il ne faut pas « regarder ça [l'activité de se laver] en vase clos » et « il faut quand même considérer la capacité de se rendre là [à la salle de bain]. » Selon eux, il serait préjudiciable de recommander un équipement à la baignoire ou à la cabine de douche, sans égard pour les déplacements qui précèdent l'utilisation de cet équipement. En outre, le cadre théorique choisi comme trame de fond au développement de l'outil, le MCRO-P, est cohérent avec les propos des membres du groupe de consultation qui affirment que les déplacements ne peuvent pas être dissociés de l'activité de se laver.

Parallèlement à ce risque de préjudice, les membres considèrent cependant que l'observation de la marche, notamment lors du test Timed Up and Go (TUG), ne devrait pas faire partie des tâches de l'auxiliaire. En effet, l'auxiliaire pourrait « mettre quelqu'un à risque (...) quand on ne sait pas s'il marche ou non » et « évaluer la marche, la démarche, le tangage, le risque de chute, c'est vrai que c'est tellement subjectif, puis on embarque dans plein de questions pour finalement arriver à l'exclure ou non. » Ainsi, le groupe croit que « la mobilité, c'est un critère qui devrait être pris en considération; on ne peut pas exclure ça. Mais là, c'est comment le dire? »

2) L'utilisation d'un fauteuil roulant

Ce raisonnement explique peut-être la décision de 21 milieux cliniques québécois de retenir l'usage d'un fauteuil roulant pour les déplacements comme une caractéristique de la clientèle qui ne peut pas être visitée par l'auxiliaire. Ce critère présente l'avantage d'être plus objectif que la mobilité fonctionnelle :

« J'imagine le client qui appelle au CLSC, qui est à l'accueil centralisé et qui va décrire sa situation et sa perception de sa mobilité; il peut être fonctionnel, tandis que si, nous, on l'observait, on jugerait que

Tableau 2 : Indicateurs recensés dans les outils québécois liés à la mobilité fonctionnelle pour le choix de l'équipement pour l'hygiène (n=56)

Indicateurs	Fréquence*
Se déplace avec une canne	18
Se déplace avec une canne quadripode	18
Se relever d'une chaise sans appui	18
Se relever d'une chaise avec appui	16
Se déplace avec une marchette	15
S'asseoir avec appui	14
S'asseoir sans appui	14
Histoire de chute	13
Démarche traînante	10
Se relever de la toilette	10
Se déplace en fauteuil roulant	9
Ne peut se relever / s'asseoir même avec appui	8
Se déplace sans appui	8
Se relever d'une chaise de la hauteur du rebord du bain sans appui	7
Tangage	7
Se déplace sans auxiliaire à la marche / aide technique	6
Risque de chute	5
Se déplace avec une marchette ou 2 appuis	4
Se relever d'une chaise de la hauteur du rebord du bain avec appui	4
Timed Up and Go	4
Démarche instable / non sécuritaire	3
S'asseoir	3
Se déplace avec supervision	3
Se relever d'une chaise	3
Se déplace avec assistance physique	2
Se déplace avec ou sans aide technique (marchette ou canne)	2
Se déplace avec une canne ou en tenant un meuble / mur	2
Se déplace avec une marchette avec roues	2
Se déplace en tenant les meubles	2
Se déplace en tenant les meubles / murs	2
Se déplace en tenant les murs	2
Se déplace seul(e)	2
Se relever d'une chaise de la hauteur du rebord du bain + 10 cm sans appui	2
Se relever d'une chaise en tenant les mains de l'observateur	2
Se relever d'une chaise : spécifier le type d'appui	2
Difficulté à transporter des choses	1
Se déplace avec 1 appui (canne, meuble, quadripode ou mur)	1
Se déplace avec 1 canne / meuble / mur / quadripode	1
Se déplace avec 2 cannes	1
Se déplace avec assistance verbale	1

Voir la suite du tableau à la page suivante

(suite)

Tableau 2 : Indicateurs recensés dans les outils québécois liés à la mobilité fonctionnelle pour le choix de l'équipement pour l'hygiène (n=56)

Indicateurs	Fréquence*
Se déplace avec l'aide d'une personne	1
Se déplace avec une canne et en tenant le mur	1
Se déplace avec une marchette avec skis	1
Se déplace avec une marchette fixe	1
Se déplace avec une marchette sans roues	1
Se déplace avec une marchette standard	1
Se déplace avec une quadripode / marchette ou 2 appuis	1
Se déplace en prenant appui sur les meubles ou un auxiliaire à la marche (canne, marchette)	1
Se déplace en tenant les meubles et / ou murs	1
Se déplace sans aide technique mais se tient aux murs / meubles au besoin	1
Se déplace sans aide technique mais se tient aux murs / meubles la plupart du temps	1
Se déplace sans appui ou une canne ou un appui	1
Se relever de la hauteur du rebord du bain + 1" sans douleur	1
Se relever d'une chaise de 18" sans appui	1
Timed Up and Go > 30 secondes	1
Vérifier la mobilité	1

* La fréquence représente le nombre d'outils parmi les 40 recensés qui considèrent cet élément

ce n'est pas sécuritaire. Alors, il peut dire par téléphone : "Oui, je peux marcher. Oui, je peux faire un transfert." Et il va répondre à l'algorithme. Mais, une fois que l'auxiliaire, une ergo ou une physio est à domicile, il dirait : "Non, ce n'est pas sécuritaire. Il y aurait ça à faire." J'essaye de voir au niveau concret comment on pourrait appliquer ça à l'intérieur de notre choix décisionnel du CLSC. »

Toutefois, les membres soulignent que « des fois, on ne parle même pas de l'origine du fauteuil roulant. Si le fils de la personne lui a acheté un fauteuil roulant au Pharmaprix parce qu'elle aimait ça ou c'est un fauteuil roulant de la RAMQ qui a été prescrit par un neurologue, ce n'est pas la même situation » ou encore, « pour les problèmes cardiovasculaires ou pulmonaires. Ou quelqu'un qui a fait une phlébite, qui peut marcher mais qui, dans la maison, va peut-être utiliser un fauteuil roulant qu'il y avait de disponible. » Ces propos indiquent que l'utilisation d'un fauteuil roulant pour les déplacements dans le domicile n'est pas systématiquement le reflet d'un cas complexe de détermination du besoin d'équipement pour l'hygiène au bain.

3) L'accessibilité à et dans la salle de bain

Les membres du groupe expriment alors que « l'aspect de l'accessibilité dans la salle de bain; c'est pour ça qu'on excluait les fauteuils roulants, ce n'est pas par rapport aux transferts nécessairement. » En effet, l'usage d'un fauteuil roulant augmenterait les probabilités de rencontrer des difficultés d'accès à et dans la salle de bain. Cependant, « autant le fauteuil roulant que le triporteur et les autres choses », « même, des fois, on a du trouble à entrer la marchette. » Ainsi, les difficultés d'accessibilité ne sont pas le propre de l'utilisateur d'un fauteuil roulant.

Aussi, les ergothérapeutes consultés jugent complexe et subjective l'analyse de l'accessibilité à et dans la salle de bain :

« C'est beaucoup plus complexe; ce n'est pas juste entrer à travers la porte, il y a l'espace, le fait que, pour le transfert, est-ce qu'il y a assez d'espace pour la sécurité de tout le monde? »

« Si le client dit : "Oui, le fauteuil roulant entre, il n'y a pas de problème." Versus nous, notre observation; on dirait : "Bien non, ça peut accrocher ici, ça peut accrocher là. Il faut qu'il entre à reculons." C'est ce qu'on voit tout le temps. Alors, c'est très difficile entre ce que le client dit... Puis, si le client se fait dire par téléphone : "Écoutez, si vous pouvez entrer votre fauteuil roulant, on pourrait envoyer quelqu'un plus vite." Déjà là, ça va influencer; il va dire : "Bien oui". »

La notion du délai d'attente qui sera augmenté advenant qu'une personne ne peut pas être visitée par l'auxiliaire et les risques de préjudice associés à cette attente conduisent les ergothérapeutes consultés à être « inclusifs. » Ainsi, malgré l'impact de l'utilisation du fauteuil roulant sur l'accessibilité à et dans la salle de bain, « c'est beaucoup mieux [une visite de l'auxiliaire] que si la personne se rendait elle-même chez Jean Coutu acheter un banc de douche, mais, finalement, elle aurait eu besoin d'une planche, par exemple. » ■

Conclusion

L'analyse des commentaires et des propos des membres du groupe de consultation indiquent que les déplacements sont un aspect de la mobilité fonctionnelle qui doit être pris en compte pour caractériser la clientèle qui peut être visitée par l'auxiliaire. En effet, il faut considérer la capacité de la personne à se rendre à sa baignoire ou à sa cabine de douche, même si les déplacements n'influencent pas le choix de l'équipement pour l'hygiène.

Cependant, les membres croient qu'il serait préjudiciable de s'appuyer sur les observations de l'auxiliaire pour juger de la complexité de la situation associée aux déplacements. En effet, les déplacements qui précèdent le transfert à la baignoire ou à la cabine de douche impliquent une interaction complexe entre les capacités de la personne et son environnement, sans égard pour l'aide technique à la locomotion utilisée.

De plus, le critère « utiliser un fauteuil roulant pour les déplacements intérieurs » ne semble pas retenu par les membres du groupe parce qu'il n'est pas systématiquement un facteur déterminant pour ne pas assigner l'activité clinique du choix de l'équipement pour l'hygiène à du personnel non-ergothérapeute. En outre, d'autres aides techniques à la locomotion, tels que la marchette et le triporteur, peuvent entraîner des difficultés dans les déplacements jusqu'à la baignoire ou la cabine de douche.

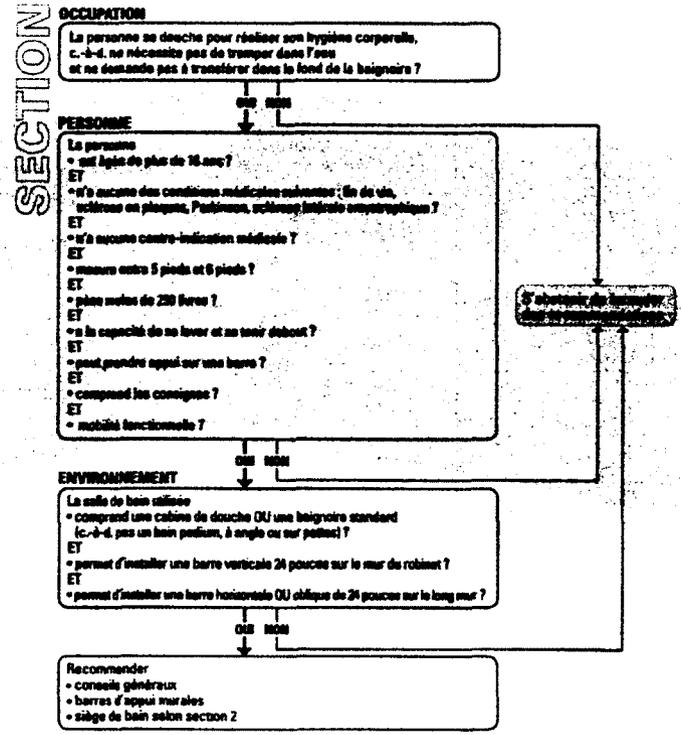
L'équipe de recherche propose donc l'activité « se déplacer seul jusqu'à sa baignoire ou sa cabine de douche » pour caractériser la clientèle qui peut être vue par l'auxiliaire, sans égard pour l'aide technique à la locomotion utilisée. Ce critère présente trois avantages : 1) il tient compte des capacités de la personne dans son environnement, 2) il peut illustrer des difficultés significatives lors des déplacements si de l'aide humaine est sollicitée et 3) il peut être répondu par téléphone puisqu'il ne découle pas des observations de l'auxiliaire. De plus, il s'apparente aux critères « ne peut se rendre seul à la salle de bain » et « assistance à la marche » fréquemment utilisés dans les milieux cliniques québécois pour caractériser la clientèle de l'auxiliaire (voir tableau 1).

En terminant, rappelons que l'objectif de l'outil en développement est de soutenir l'auxiliaire au moment du choix de l'équipement pour l'hygiène. L'intervention de l'auxiliaire dans ce contexte n'élimine pas la pertinence, dans certaines situations, de référer une personne qui présente des difficultés lors de ses déplacements à l'intérieur de son domicile, entre autres dans sa salle de bain, à un professionnel de la réadaptation.

Annexe 9 : Trois ébauches de l'Algo

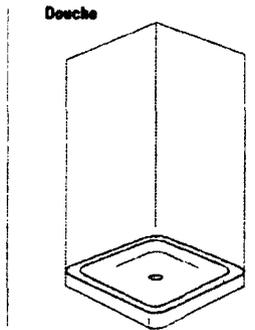
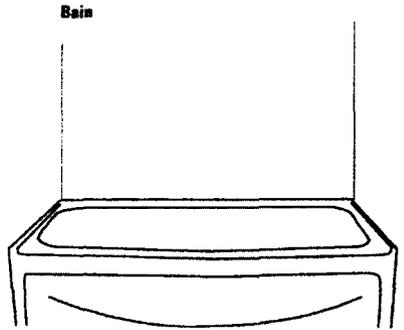
Ébauche BATH
 Besoin d'aide technique lors de l'hygiène

SECTION 1 Clientèle qui peut être visitée par l'auxiliaire



SECTION 3 Notes

SECTION 3

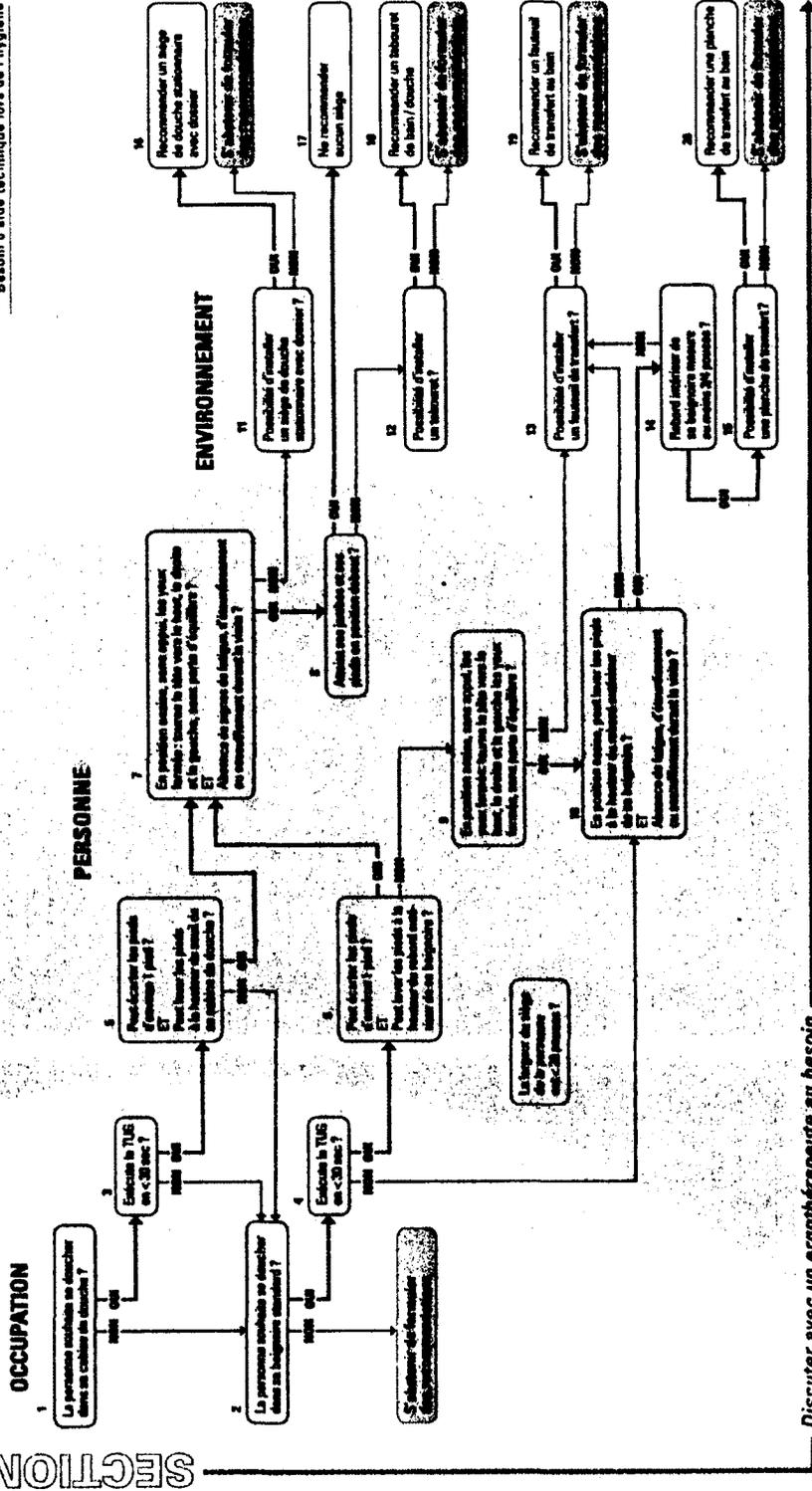


Autres :
 M. Guey, J. Desrosiers, M-F Dubois et J. Robitaille

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE
 Faculté de génie
 2500 Avenue de la Recherche

Ébauche BATH
 Besoin d'aide technique lors de l'hygiène

SECTION 2 Algorithme clinique pour le choix de siège à la toilette ou à la cabine de douche



Discuter avec un ergothérapeute au besoin

ALGO ébauche 2 (extérieur)
Document de 3 volets
Imprimé en couleurs
Dimension réelle fermé : 8,5" x 11"

Version 2
Ébauche BATH
 Version 2 pour les modèles 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100

Clientèle qui peut être visitée par l'auxiliaire

CONSEILS

La personne
 • peut être visitée par l'auxiliaire, à condition qu'elle soit capable de se déplacer dans l'espace sans avoir besoin de l'auxiliaire pour le faire.
 ET
 • ne présente pas de danger pour l'auxiliaire ou le client de l'autre partie.

PROCESSES

• Les personnes qui ne peuvent pas se déplacer indépendamment.
 ET
 • Les personnes qui ne peuvent pas se déplacer sans l'auxiliaire.
 ET
 • Les personnes qui ne peuvent pas se déplacer sans l'auxiliaire, mais qui peuvent se déplacer avec l'auxiliaire.
 ET
 • Les personnes qui ne peuvent pas se déplacer sans l'auxiliaire, mais qui peuvent se déplacer avec l'auxiliaire, à condition qu'elle soit capable de se déplacer dans l'espace sans avoir besoin de l'auxiliaire pour le faire.
 ET
 • Les personnes qui ne peuvent pas se déplacer sans l'auxiliaire, mais qui peuvent se déplacer avec l'auxiliaire, à condition qu'elle soit capable de se déplacer dans l'espace sans avoir besoin de l'auxiliaire pour le faire.

ENVIRONNEMENT

• Les personnes qui ne peuvent pas se déplacer sans l'auxiliaire, mais qui peuvent se déplacer avec l'auxiliaire, à condition qu'elle soit capable de se déplacer dans l'espace sans avoir besoin de l'auxiliaire pour le faire.
 ET
 • Les personnes qui ne peuvent pas se déplacer sans l'auxiliaire, mais qui peuvent se déplacer avec l'auxiliaire, à condition qu'elle soit capable de se déplacer dans l'espace sans avoir besoin de l'auxiliaire pour le faire.

RECOMMANDATIONS

• Les personnes qui ne peuvent pas se déplacer sans l'auxiliaire, mais qui peuvent se déplacer avec l'auxiliaire, à condition qu'elle soit capable de se déplacer dans l'espace sans avoir besoin de l'auxiliaire pour le faire.
 ET
 • Les personnes qui ne peuvent pas se déplacer sans l'auxiliaire, mais qui peuvent se déplacer avec l'auxiliaire, à condition qu'elle soit capable de se déplacer dans l'espace sans avoir besoin de l'auxiliaire pour le faire.

© M. Sney, J. Desjardins, M. F. Robitaille et J. Bouchard



SECTION 1

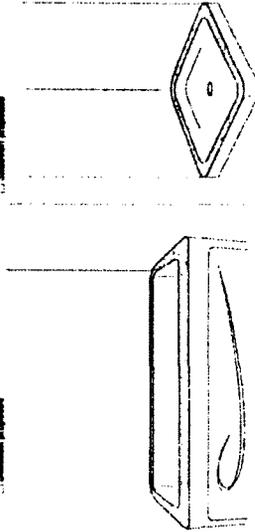
Notes

Blank rectangular area for notes.

Blank lines for notes.

Indiqués
 Situation actuelle
 Situation proposée

Cabine de douche
 Situation actuelle
 Situation proposée



Conseils généraux

- Installer une barre antichute à l'extérieur et à l'intérieur de votre baignoire ou de votre toilette de douche.
- Installer une douche à l'usage de bain.
- Si vous avez une barre antichute, assurez-vous qu'elle est installée correctement.
- Si vous avez une barre antichute, assurez-vous qu'elle est installée correctement.
- Si vous avez une barre antichute, assurez-vous qu'elle est installée correctement.
- Si vous avez une barre antichute, assurez-vous qu'elle est installée correctement.
- Si vous avez une barre antichute, assurez-vous qu'elle est installée correctement.
- Si vous avez une barre antichute, assurez-vous qu'elle est installée correctement.
- Si vous avez une barre antichute, assurez-vous qu'elle est installée correctement.
- Si vous avez une barre antichute, assurez-vous qu'elle est installée correctement.

Ajouter des barres d'appui murales

Support



- une barre verticale d'un maximum 24" sur le mur de l'extérieur
- une barre horizontale (ou verticale) d'un maximum 24" sur la longueur

Cabine de douche



- une barre verticale d'un maximum 24" sur le mur de l'extérieur
- une barre horizontale (ou verticale) d'un maximum 24" sur la longueur

ALGO ébauche 3 (extérieur)
Document de 3 volets
Imprimé en couleurs
Dimension réelle fermé : 8,5" x 11"

alگو
 Qualité d'air au cheik
 de Transport pour Programme

Pr. de mesure de l'air
 Date de l'air
 Type de
 Date

La clientèle

Le client
 est-il un résident habituel de l'établissement ?
 est-il un résident de 24 heures ?
 est-il un résident temporaire ?
 est-il un résident médical ?

OCCUPATION

La personne
 est-elle seule dans la chambre ?
 est-elle accompagnée dans la chambre ?
 est-elle accompagnée dans la chambre ?

PERSOÑNE

La personne
 est-elle âgée de 16 ans ou plus ?
 est-elle âgée de 25 ans ou plus ?
 est-elle handicapée de la tête ou du cou ?
 est-elle handicapée de la vue ?
 est-elle handicapée de l'ouïe ?
 est-elle handicapée de la marche ?
 est-elle handicapée de la parole ?

ENVIRONNEMENT

La salle est-elle
 ventilée ?
 éclairée ?
 propre ?
 exempte de mauvaises odeurs ?

SECTION 1

→ Bouton avec un ergo-trapeze au bas

© M. Gaur, J. Desmarc, M. J. Dubois et J. Malinval (2011)

Notes

SECTION 4

Barrières

Sécurité actuelle
 Sécurité proposée

Cabine de douche

Sécurité actuelle
 Sécurité proposée

© Bayre et al (2011)

Ajout des barres d'appui murales

• Remplacer l'ensemble de la barre actuelle par une barre proposée.
 • Remplacer l'ensemble de la barre actuelle par une barre proposée.

Barrière

Barrière

• Une barre antichute verticale d'un maximum de 24" sur la partie de la rampe.
 • Une barre antichute horizontale.
 • Un dossier d'un maximum de 24" sur la partie de la rampe.
 • Le dossier des barres doit être au moins 180°.

Cabine de douche

• Une barre antichute verticale d'un maximum de 24" sur la partie de la rampe.
 • Une barre antichute horizontale.
 • Un dossier d'un maximum de 24" sur la partie de la rampe.
 • Le dossier des barres doit être au moins 180°.

Votre pr.
 TC
 Date

Pr. de mesure de l'air

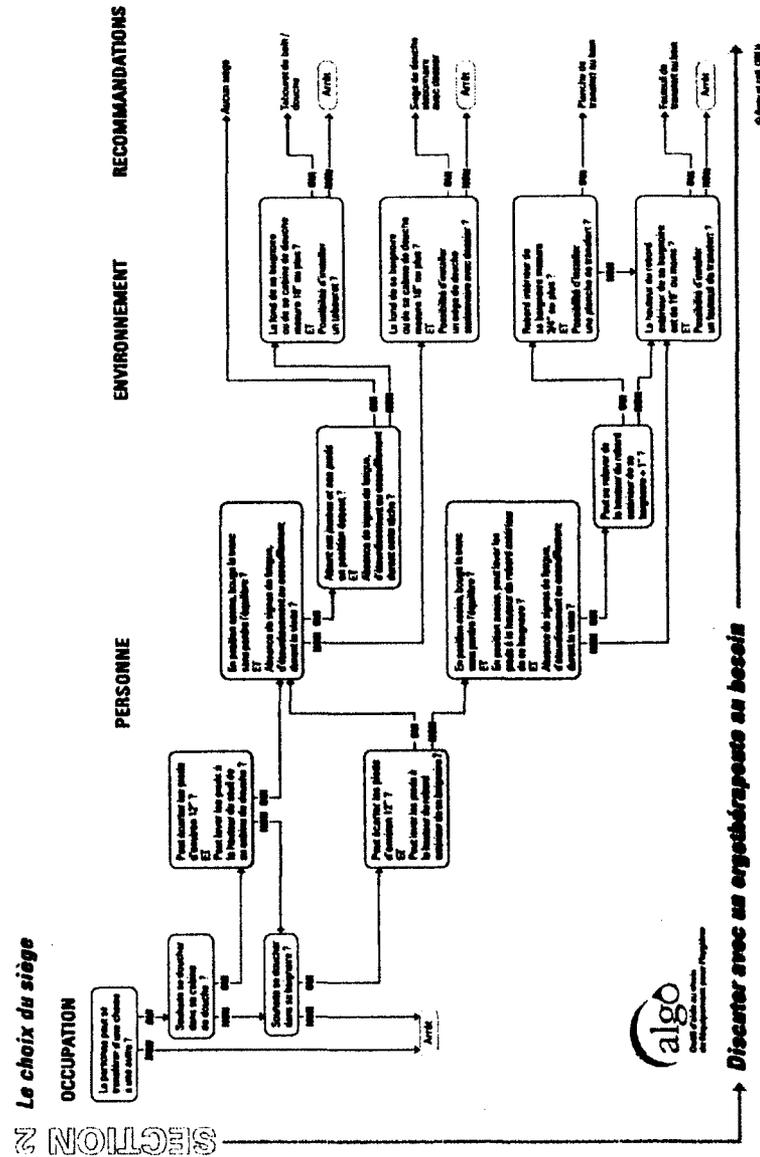
ALGO ébauche 3 (intérieur)
Document de 3 volets
Imprimé en couleurs
Dimension réelle fermé : 8,5" x 11"

- Conseils généraux**
- Insérer les tapis antidérapants à l'intérieur et à l'extérieur de votre imprimante ou de votre table de travail.
 - Ajouter une couche supplémentaire avec tapis de 8" support l'usage de passer de l'activité avec votre produit.
 - Si l'usage, vérifiez les accessoires à long ressort pour assurer plus facilement les parties de votre corps.
 - Libérer l'espace dans la salle de bain.
 - Placer vos pieds confortablement sur un tapis de douche pour éviter plus facilement dans votre imprimante.
 - Si l'usage, assurez la largeur de base à la hauteur de vos pieds.



SECTION 2

Remettez à la clientèle



SECTION 2

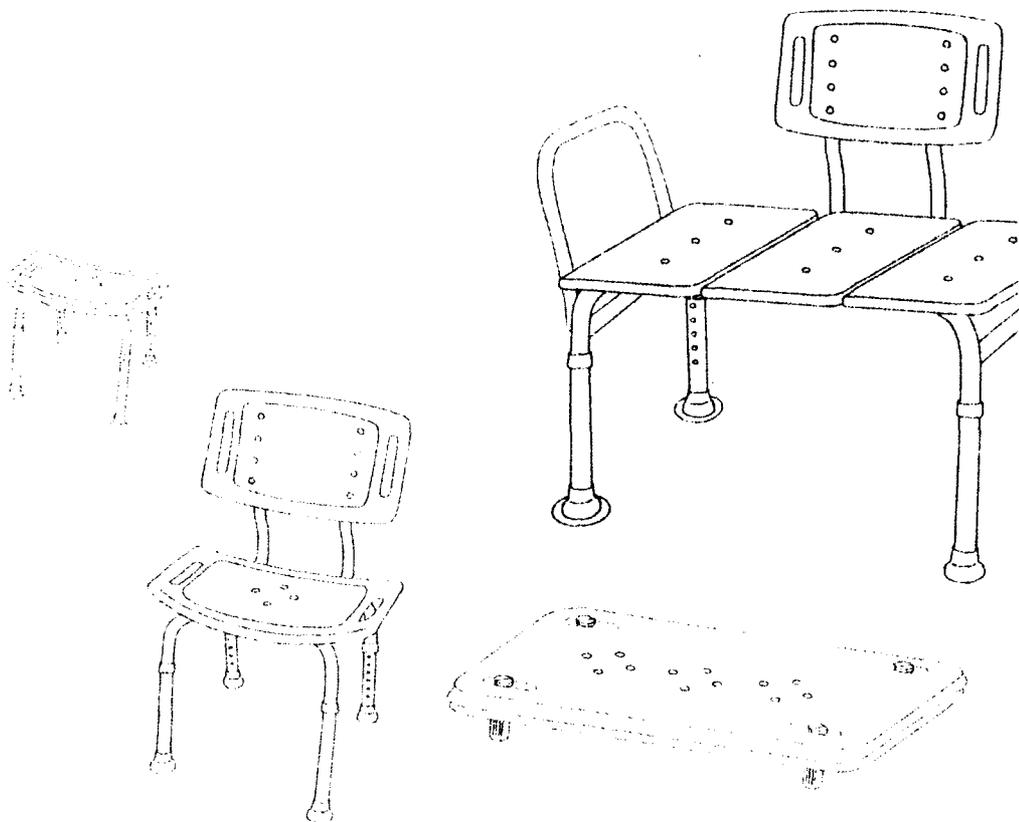


Annexe 10 : Algo utilisé pour la validation de critère

Annexe 11 : Guide d'utilisation de l'Algo employé lors de la validation de critère par le personnel non-ergothérapeute

Guide d'utilisation de l'Algo

Conçu à l'intention du
engagé
dans la détermination du besoin de
l'équipement pour l'hygiène de la personne
qui a de la difficulté à se laver à son domicile.



algo

Outill d'aide au choix
de l'équipement pour l'hygiène

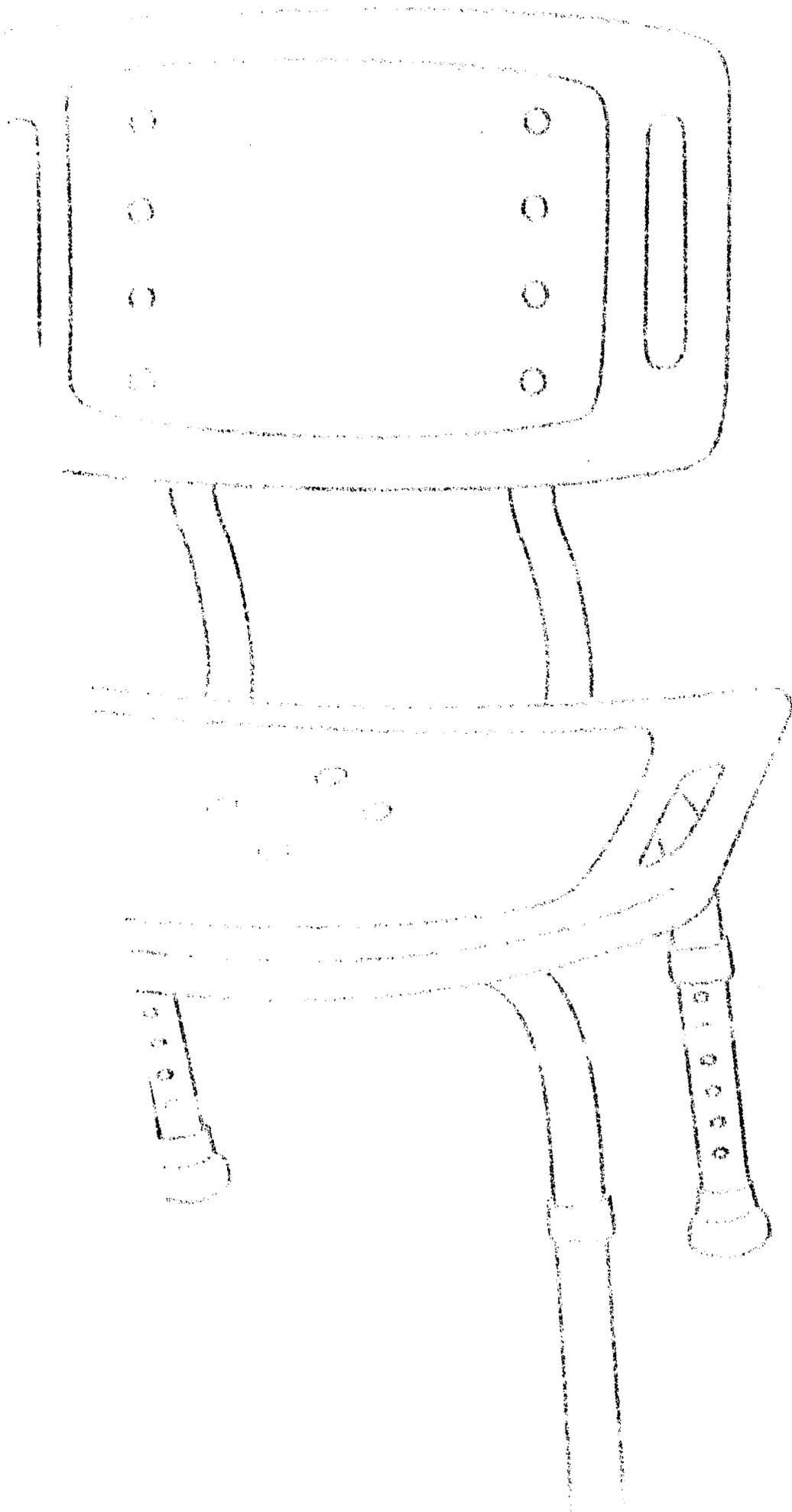
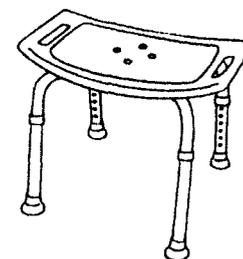


Table des matières

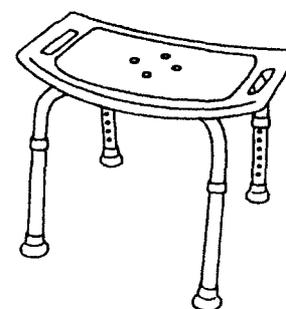
Le préambule.....	2
Matériel requis.....	3
Les instructions générales.....	3
La section 1 : La clientèle	4
Occupation	5
Personne.....	6
Environnement	7
La section 2 : Le choix du siège	8
Occupation	8
Personne.....	9
Environnement.....	11
La section 3 : Les recommandations à remettre à la clientèle	12
La section 4 : Les notes	12
Exemple de l'Algo complété	13

Note : Afin de faciliter la lecture du texte, un seul genre a été retenu pour indiquer le féminin et le masculin.
© M. Guay, J. Desrosiers, M.-F. Dubois et J. Robitaille (2011)



Le préambule

- L'Algo est un outil d'aide à la décision pour le choix de l'équipement à la baignoire ou à la cabine de douche pour le client vivant à domicile qui a de la difficulté à se laver. Ainsi, il s'utilise au domicile du client.
- L'Algo a été développé pour le client âgé de 18 ans et plus (c.-à-d. adulte ou aîné) qui représente un « cas simple » du choix d'équipement à la baignoire ou à la cabine de douche.
- L'Algo est construit selon un modèle de pratique en ergothérapie, le *Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P)*, qui aborde le fonctionnement de l'individu selon trois aspects :
 1. ses occupations : ce que le client fait
 2. sa personne : ce que le client est (condition physique, cognitive, affective)
 3. son environnement : où le client le fait.
- Par conséquent, l'Algo et ce guide d'utilisation oriente vos observations de ces trois aspects du fonctionnement du client lors de l'hygiène personnelle.



Matériel requis au domicile

- Ce guide d'utilisation
- Une copie de l'Algo
- Un crayon
- Un ruban à mesurer

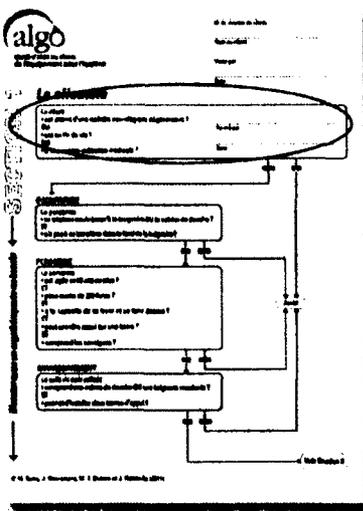
Les instructions générales

- Répondez par *oui* ou *non* aux questions incluses dans l'Algo. Lorsque vous ne savez pas quoi répondre, consultez un ergothérapeute.
- Encerclez ou soulignez à l'aide d'un crayon chacune de vos réponses.
- Lorsque l'Algo vous oriente vers la consigne *Arrêt*, vous devez vous abstenir de formuler des recommandations et consulter un ergothérapeute.
- **En tout temps, surtout en cas de doute ou de situations inhabituelles, vous pouvez parler à un ergothérapeute de votre équipe interdisciplinaire. Expliquez-lui vos observations et vous déciderez ensemble ce qu'il faut faire.**

SECTION 1

La clientèle

- La section 1 vous permet d'identifier les « cas complexes » qui doivent être évalués par un ergothérapeute.
- Lors de la préparation de votre visite, obtenez le maximum de réponses aux questions de la section 1 afin d'éviter un déplacement inutile.
- Exercez votre jugement face à des situations inhabituelles qui ne sont pas décrites et n'oubliez pas de discuter au besoin avec un ergothérapeute.



Le client est atteint d'une maladie neurologique dégénérative ?

OU

Le client est en fin de vie ?

OU

Le client a une contre-indication médicale ?

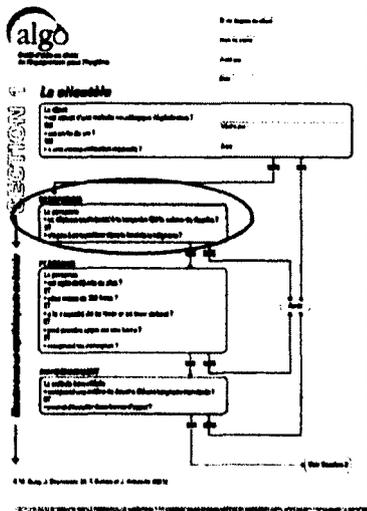
Pourquoi cette question ?

- Parce que le client qui présente une contre-indication médicale, *quelle qu'elle soit*, ou encore, une condition médicale instable doit être évalué par l'ergothérapeute.

Comment y répondre ?

- Demandez à un membre de votre équipe interdisciplinaire de répondre à ces questions (ex. infirmière, physiothérapeute, travailleur social, ergothérapeute, médecin).
- Notez son nom, la date et sa réponse.
- Si la réponse est oui, vous devez vous abstenir de contacter ce client. Sinon, poursuivez avec la section 1.

Occupation



La personne se déplace seule jusqu'à la baignoire OU la cabine de douche ?

Pourquoi cette question ?

- Parce que le client qui se déplace avec l'aide physique d'une autre personne a besoin d'équipement spécialisé pour se transférer ou pour se laver.

Comment y répondre ?

- Observez si le client se déplace devant vous sans l'aide de quelqu'un.
- Vous pouvez poursuivre l'administration de l'Algo même si le client :
 - utilise des aides techniques dans ses déplacements (cane, béquilles, marchette, déambulateur, fauteuil roulant manuel ou électrique, triporteur, quadriporteur) ;
 - a besoin de la supervision de quelqu'un ou de consignes verbales lorsqu'il se déplace.
- Demandez au client de vous montrer sa salle de bain et observez s'il est capable d'y entrer, bouger et se tourner.
- Observez si le client peut se rendre à côté de la baignoire ou de la cabine de douche.

La personne n'a pas à se transférer dans le fond de la baignoire ?

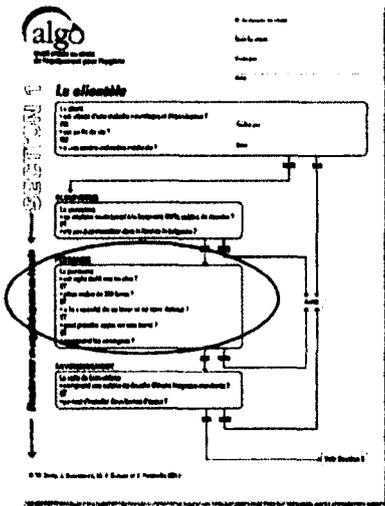
Pourquoi cette question ?

- Parce que plusieurs accidents surviennent lorsqu'un client tente de s'asseoir ou de se lever du fond de la baignoire. Des risques de blessures sont présents pour le client et aussi, pour la personne qui aide le client. Ainsi, le client qui doit tremper dans l'eau pour des raisons médicales ou souhaite poursuivre cette activité doit d'abord être évalué par un ergothérapeute.

Comment y répondre ?

- Demandez au client s'il accepte de se laver debout ou assis sur un siège.
- Demandez au client si le médecin ou l'infirmière lui ont recommandé de tremper dans l'eau.

Personne



La personne est âgée de 18 ans ou plus ?

Pourquoi cette question ?

- Parce que le choix de l'équipement est influencé par la croissance et le développement variables des enfants et des adolescents.

Comment y répondre ?

- Au besoin, demandez au client son âge.

La personne pèse moins de 250 livres ?

Pourquoi cette question ?

- Parce que les fabricants de sièges de bain indiquent que le poids de la personne doit être inférieur à 250 livres pour une utilisation sécuritaire de l'équipement.

Comment y répondre ?

- Demandez au client son poids. Si vous doutez de l'exactitude de sa réponse utilisez votre jugement et discutez au besoin avec un ergothérapeute.

La personne a la capacité de se lever et se tenir debout ?

Pourquoi cette question ?

- Parce que le client incapable de faire cette tâche requiert des équipements spécialisés pour se laver ou utilise des techniques de transfert inhabituelles.

Comment y répondre ?

- Observez si le client se tient debout seul, par exemple lorsqu'il vous accueille à votre arrivée à son domicile.
- Si vous n'avez pas vu le client debout, demandez-lui de se lever devant vous et comptez 5 secondes dans votre tête.
- Pour cette tâche, le client peut prendre appui (ex. marchette, canne, béquilles, table, chaise, mur), mais il doit soutenir le poids de son corps sur au moins une de ses jambes durant 5 secondes.

La personne peut prendre appui sur une barre ?

Pourquoi cette question ?

- Parce que tous les clients recevront la recommandation de faire l'ajout de deux barres d'appui murales et vous devez juger si le client sera en mesure de prendre appui sur ces barres.

Comment y répondre ?

- Observez le client durant la rencontre :
 - bouge-t-il les bras et les mains suffisamment ?
 - porte-t-il une orthèse ?
 - peut-il vous serrer la main durant 5 secondes ?
 - a-t-il mal quelque part ?
 - a-t-il des déformations dans les doigts ?

La personne comprend les consignes ?

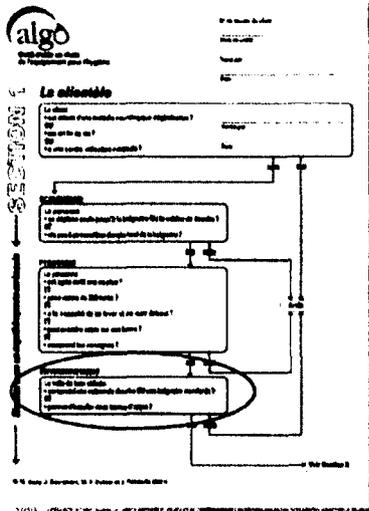
Pourquoi cette question ?

- Parce que le client doit collaborer et comprendre ce que vous lui demandez de faire.

Comment y répondre ?

- Observez si le client a des troubles de comportements qui nuisent au déroulement de la rencontre.
- Selon vous, est-ce que le client est confus ?
- Si le client a des problèmes de vision ou d'audition, pouvez-vous communiquer avec lui ?

Environnement



La salle de bain utilisée comprend une cabine de douche OU une baignoire standards ?

Pourquoi cette question ?

- Parce que les équipements prévus dans l'Algo s'installent seulement dans une cabine de douche ou une baignoire standards.

Comment y répondre ?

- Observez si la salle de bain utilisée par le client comprend seulement une cabine de douche ou une baignoire non-standards, c.-à-d.
 - un bain podium, en angle ou sur pattes ;
 - une cabine de douche très petite qui limite les mouvements du client.
- Les modèles de baignoire et de cabine de douche sont nombreux : exercez votre jugement et discutez au besoin avec un ergothérapeute.

La salle de bain utilisée permet d'installer deux barres d'appui ?

Pourquoi cette question ?

- Parce que tous les clients recevront la recommandation de faire l'ajout de deux barres d'appui murales d'au moins 24" et vous devez juger s'il est possible de les installer. Ces barres permettront au client de se tenir lorsqu'il :
 - entre et sort de la cabine de douche ou de la baignoire ;
 - se lave ;
 - s'assoit et se lève d'un siège de bain, le cas échéant.

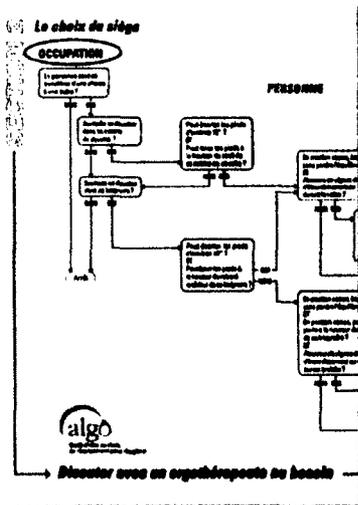
Comment y répondre ?

- Observez le mur du robinet : pensez-vous qu'il est possible d'y installer une barre verticale, dont le centre se situe à la hauteur de la taille du client ?
- Observez le long mur : pensez-vous qu'il est possible d'y installer une barre horizontale OU oblique (partie haute vers les robinets), dont le centre se situe à la hauteur de la taille du client lorsqu'il est debout ?
- Notez que la position exacte des barres d'appui murales est influencée par l'emplacement des colombages dans les murs, ce que vous n'avez pas à vérifier.

Le choix du siège

- La section 2 vous permet de déterminer si le client a besoin d'un siège de bain et d'identifier lequel répond à ses besoins.
- Obtenez les informations nécessaires pour répondre aux questions de la section 2, mais exercez aussi votre jugement face à des situations inhabituelles qui ne sont pas décrites dans cette section.
- N'oubliez pas de discuter au besoin avec un ergothérapeute.

Occupation



La personne peut se transférer d'une chaise à une autre ?

Pourquoi cette question ?

- Parce que le client incapable de faire cette tâche utilise des techniques de transfert complexes ou requiert des équipements spécialisés pour se laver.

Comment y répondre ?

- Depuis le début de votre visite, avez-vous observé le client se lever d'une chaise, puis se rasseoir sans aide ?
- Sinon, identifiez dans le domicile deux chaises (avec ou sans appui-bras, entre 16" et 18" de hauteur), placez-les près l'une de l'autre et demandez au client de s'asseoir sur une chaise, puis sur l'autre.
- Notez que le client peut s'aider avec les appui-bras des chaises, mais doit passer d'une chaise à l'autre sans l'aide d'une autre personne.

Souhaite se doucher dans sa cabine de douche ?

OU

Souhaite se doucher dans sa baignoire ?

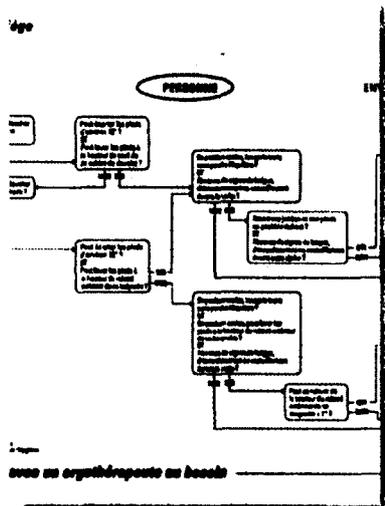
Pourquoi cette question ?

- Parce que la préférence du client doit être respectée.

Comment y répondre ?

- Demandez au client où il souhaite se laver.

Personne



Peut écarter les pieds d'environ 12" ?

Pourquoi cette question ?

- Pour déterminer si le client peut enjamber le seuil de sa cabine de douche OU le rebord extérieur de sa baignoire.

Comment y répondre ?

- Demandez au client de se tenir debout, les pieds à la largeur de ses épaules.
- Pour ces tâches, le client peut prendre appui (ex. marchette, canne, béquilles, table, chaise, mur), mais il doit maintenir la position durant au moins 5 secondes.

Peut lever les pieds à la hauteur du seuil de sa cabine de douche ? OU

Peut lever les pieds à la hauteur du rebord extérieur de sa baignoire ?

Pourquoi cette question ?

- Pour déterminer si le client peut enjamber le seuil de sa cabine de douche OU le rebord extérieur de sa baignoire.

Comment y répondre ?

- Demandez au client de lever un pied, à la hauteur du seuil de sa cabine de douche OU du rebord extérieur de sa baignoire. Puis, demandez-lui de refaire la tâche avec l'autre pied.
- Pour ces tâches, le client doit :
 1. prendre appui (ex. marchette, canne, béquilles, table, chaise, mur) ;
 2. maintenir les positions durant au moins 5 secondes ;
 3. réussir la tâche avec les deux pieds.

En position assise, bouge le tronc sans perdre l'équilibre ?

Pourquoi cette question ?

- Pour déterminer si le client a besoin d'un siège avec un dossier.

Comment y répondre ?

- Observez si le client a des pertes d'équilibre lorsqu'il est assis.
- Sinon, demandez-lui de se pencher à droite, à gauche, de regarder le plafond, de lever les bras, de mettre ses mains dans son dos : perd-t-il l'équilibre ?
- Demandez au client de fermer les yeux, puis de bouger le tronc : perd-t-il l'équilibre ? Est-il étourdi ?

Absence de signes de fatigue, d'étourdissement ou essoufflement durant la visite ?

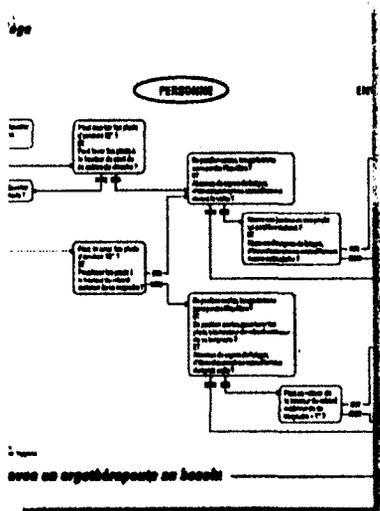
Pourquoi cette question ?

- Pour déterminer si le client a besoin d'un siège avec un dossier.

Comment y répondre ?

- Observez le langage non verbal du client tout au long de votre visite :
 - Montre-t-il des signes de fatigue ?
 - A-t-il des étourdissements ?
 - Semble-t-il essoufflé ?
- Demandez-lui s'il apprécierait s'appuyer sur le dossier d'une chaise pour se reposer durant l'hygiène.

Personne



En position assise, peut lever les pieds à la hauteur du rebord extérieur de sa baignoire ?

Pourquoi cette question ?

- Pour déterminer si le client a besoin d'un siège avec un dossier.

Comment y répondre ?

- Demandez au client, lorsqu'il est assis, de lever un pied à la hauteur du rebord extérieur de sa baignoire, mais sans appuyer son dos sur le dossier de la chaise : perd-t-il l'équilibre ?
- Demandez-lui de refaire la tâche avec l'autre pied : perd-t-il l'équilibre ?

Atteint ses jambes et ses pieds en position debout ?

ET

Absence de signes de fatigue, d'étourdissement ou essouffement durant cette tâche ?

Pourquoi cette question ?

- Pour déterminer si le client a besoin de s'asseoir pour se laver.

Comment y répondre ?

- Demandez au client de se lever debout, puis de toucher ses cuisses, ses genoux et ses pieds.
- Pour ces tâches, le client doit prendre appui (ex. marchette, canne, béquilles, table, chaise, mur).
- Observez le langage non verbal du client durant cette tâche :
 - Montre-t-il des signes de fatigue ?
 - A-t-il des étourdissements ?
 - Semble-t-il essouffé ?

Peut se relever de la hauteur du rebord extérieur de sa baignoire + 1" ?

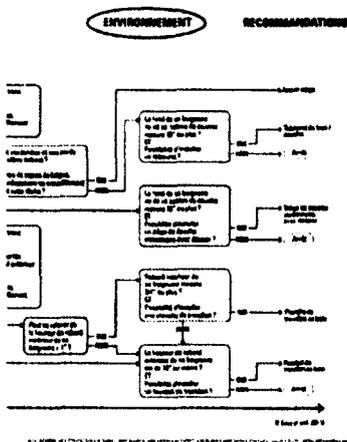
Pourquoi cette question ?

- Pour déterminer si le client peut utiliser une planche de transfert au bain.

Comment y répondre ?

- Mesurez la hauteur du rebord extérieur de sa baignoire et ajouter 1" à cette mesure.
- Est-ce que la chaise utilisée par le client est plus basse que cette mesure ?
 - Si oui, est-ce que le client se levait sans aide lors des tâches précédentes ?
 - Sinon, identifier une chaise de la hauteur du rebord extérieur de sa baignoire + 1" et demandez au client de s'y asseoir et de se relever.
- Prendre note que le client peut s'aider avec les appui-bras de la chaise, mais il doit se relever sans l'aide d'une autre personne.

Environnement



Le fond de sa baignoire ou de sa cabine de douche mesure 18" ou plus ?

ET

Possibilité d'installer un tabouret ?

OU

Possibilité d'installer un siège de douche stationnaire ?

Pourquoi cette question ?

- Pour déterminer si les caractéristiques de la cabine de douche OU de la baignoire permettent l'installation d'un tabouret bain/ douche OU d'un siège de douche stationnaire.

Comment y répondre ?

- Mesurez la largeur du fond de la cabine de douche OU de la baignoire pour vous assurer qu'elle est de 18" ou plus.
- Observez le fond de la cabine de douche OU de la baignoire pour vous assurer qu'il n'a pas de formes particulières (ex : reliefs).

Le rebord intérieur de sa baignoire mesure 3/4" ou plus ?

ET

Possibilité d'installer une planche de transfert au bain ?

Pourquoi cette question ?

- Pour déterminer si l'aménagement de la salle de bain et les caractéristiques de la baignoire permettent l'installation d'une planche de transfert au bain.

Comment y répondre ?

- Mesurez la largeur du rebord intérieur de la baignoire pour vous assurer qu'il est de 3/4" ou plus pour permettre l'installation d'une planche de transfert.
- Observez les rebords de la baignoire pour vous assurer qu'ils n'ont pas de formes particulières (ex : reliefs).
- Remarquez la présence d'éléments sur les murs de la baignoire qui empêcheraient d'installer une planche de transfert au bain (ex. savonnier encastré, porte-serviette, tablette).
- Les portes de douche coulissantes, s'il y a lieu, doivent être remplacées par un rideau de douche : demandez au client s'il accepte ce changement.

La hauteur du rebord extérieur de sa baignoire est de 19" ou moins ?

ET

Possibilité d'installer un fauteuil de transfert au bain ?

Pourquoi cette question ?

- Pour déterminer si l'aménagement de la salle de bain et les caractéristiques de la baignoire permettent l'installation d'un fauteuil de transfert au bain.

Comment y répondre ?

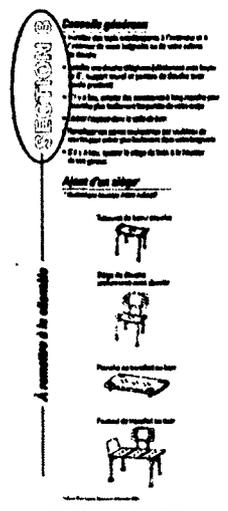
- Mesurez la hauteur du rebord extérieur de la baignoire pour vous assurer qu'elle est plus petite que 19".
- Remarquez la présence dans la salle de bain d'éléments près de la baignoire qui ne sont pas déplaçables et qui empêcheraient d'installer un fauteuil de transfert au bain (ex. cuvette, litière du chat, panier à linge).
- Les portes de douche coulissantes, s'il y a lieu, doivent être remplacées par un rideau de douche : demandez au client s'il accepte ce changement.

SECTION 3

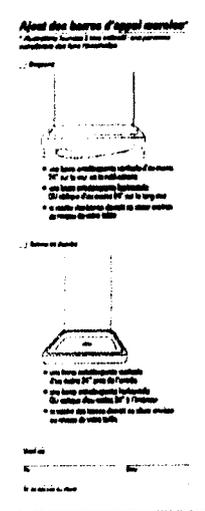
Les recommandations à remettre à la clientèle

- La section 3 est remise au client, à la suite de vos observations.
- Expliquez au client les conseils généraux.
- S'il y a lieu, encerclez le siège de bain qui répond aux besoins du client.
- Cochez le lieu où le client devrait se laver, soit la cabine de couche OU la baignoire.
- Illustrez l'emplacement des deux barres d'appui murales, en dessinant les robinets comme point de repère.
- Inscrivez votre nom, la date, vos coordonnées et le numéro de dossier du client.
- N'oubliez pas de discuter au besoin avec un ergothérapeute.

Recto



Verso

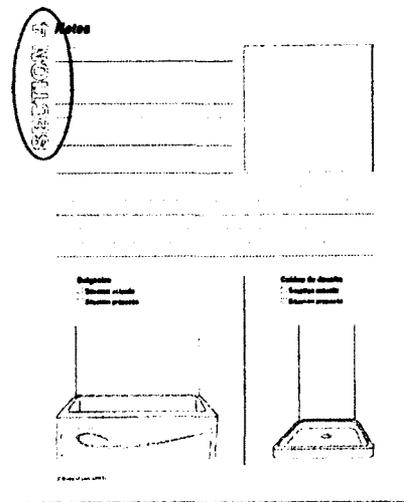


Section détachable

SECTION 4

Les notes

- La section 4 vous permet de noter vos questions et de documenter vos observations, selon vos besoins.
- Vous pouvez compléter les dessins selon vos préférences, entre autres pour faciliter les discussions éventuelles avec un ergothérapeute.



Exemple de l'Algo complété



Outil d'aide au choix
de l'équipement pour l'hygiène

00-123-456
N° de dossier du client :
M. C. Hétel
Nom du client :
Simone Rud
Visité par :
12-01-2011
Date :

SECTION 1

La clientèle

Le client

- est atteint d'une maladie neurologique dégénérative ?
- OU
- est en fin de vie ?
- OU
- a une contre-indication médicale ?

Louise Lambert
Vérifié par :
11-01-2011
Date :

OCCUPATION

La personne

- se déplace seule jusqu'à la baignoire OU la cabine de douche ?
- ET
- n'a pas à se transférer dans le fond de la baignoire ?

PERSONNE

La personne

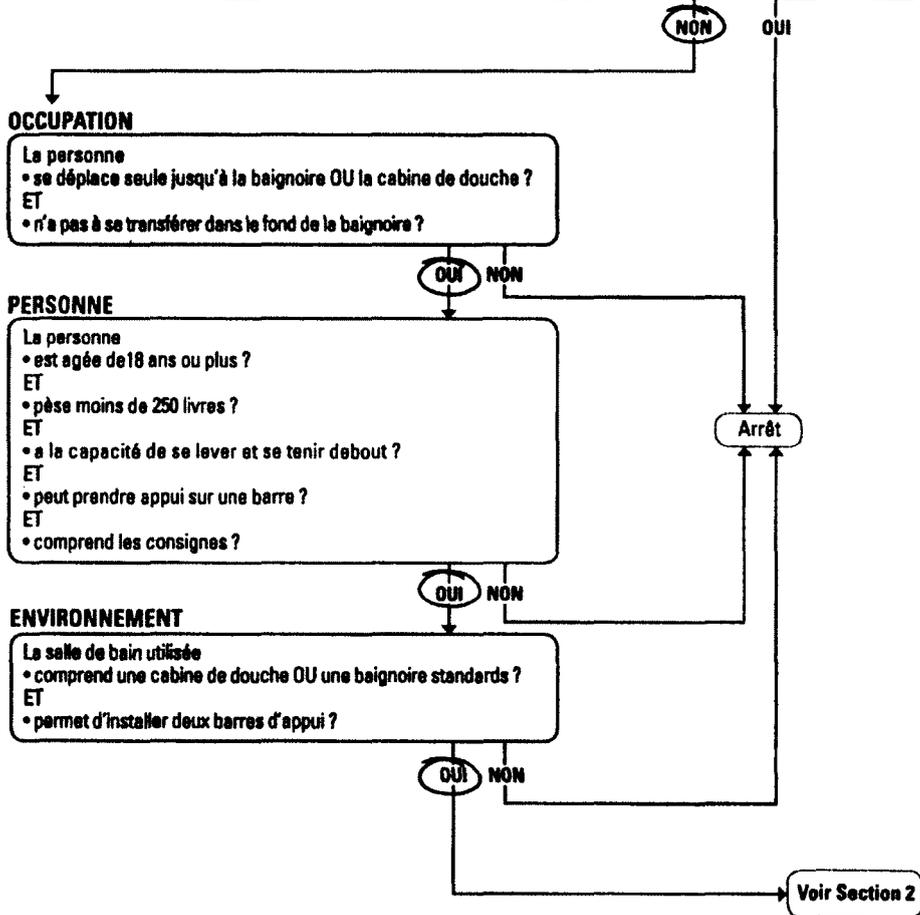
- est âgée de 18 ans ou plus ?
- ET
- pèse moins de 250 livres ?
- ET
- a la capacité de se lever et se tenir debout ?
- ET
- peut prendre appui sur une barre ?
- ET
- comprend les consignes ?

ENVIRONNEMENT

La salle de bain utilisée

- comprend une cabine de douche OU une baignoire standards ?
- ET
- permet d'installer deux barres d'appui ?

Discuter avec un ergothérapeute au besoin



SECTION 2

Le choix du siège

OCCUPATION

La personne peut se transférer d'une chaise à une autre ?

NON OUI

Souhaite se doucher dans sa cabine de douche ?

NON OUI

Souhaite se doucher dans sa baignoire ?

NON OUI

Arrêt

Peut écarter les pieds d'environ 12" ?
ET
Peut lever les pieds à la hauteur du seuil de sa cabine de douche ?

NON OUI

Peut écarter les pieds d'environ 12" ?
ET
Peut lever les pieds à la hauteur du rebord extérieur de sa baignoire ?

OUI NON

PERSONNE

En position assise, bouge le tronc sans perdre l'équilibre ?
ET
Absence de signes de fatigue, d'étourdissement ou essoufflement durant la visite ?

NON OUI

Atteint ses jambes et ses pieds en position debout ?
ET
Absence de signes de fatigue, d'étourdissement ou essoufflement durant cette tâche ?

En position assise, bouge le tronc sans perdre l'équilibre ?
ET
En position assise, peut lever les pieds à la hauteur du rebord extérieur de sa baignoire ?
ET
Absence de signes de fatigue, d'étourdissement ou essoufflement durant la visite ?

NON OUI

Peut se relever de la hauteur du rebord extérieur de sa baignoire + 1" ?

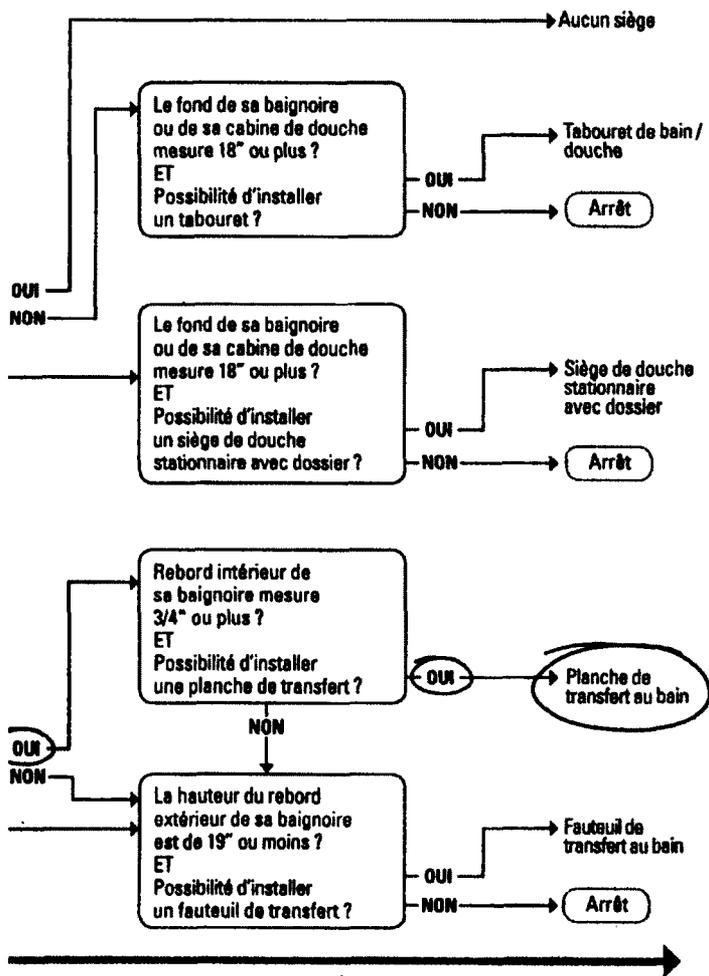


Outil d'aide au choix de l'équipement pour l'hygiène

Discuter avec un ergothérapeute au besoin

ENVIRONNEMENT

RECOMMANDATIONS



© Guay et coll. (2011)

SECTION 3

À remettre à la clientèle

Conseils généraux

- Installer des tapis antidérapants à l'extérieur et à l'intérieur de votre baignoire ou de votre cabine de douche
- Installer une douche téléphone (idéalement avec boyau de 6', support mural et pomme de douche avec coude pivotant)
- S'il y a lieu, acheter des accessoires à long manche pour atteindre plus facilement les parties de votre corps
- Libérer l'espace dans la salle de bain
- Remplacer vos portes coulissantes par un rideau de douche pour entrer plus facilement dans votre baignoire
- S'il y a lieu, ajuster le siège de bain à la hauteur de vos genoux

Ajout d'un siège*

* Illustrations fournies à titre indicatif

Tabouret de bain / douche



Siège de douche stationnaire avec dossier



Planche de transfert au bain



Fauteuil de transfert au bain

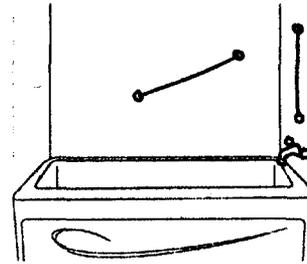


© Busby, Desrochers, Dubois et Robitaille (2011)

Ajout des barres d'appui murales*

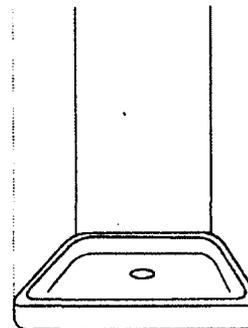
* Illustrations fournies à titre indicatif : une personne compétente doit faire l'installation

Baignoire



- une barre antidérapante verticale d'au moins 24" sur le mur de la robinetterie
- une barre antidérapante horizontale OU oblique d'au moins 24" sur le long mur
- le centre des barres devrait se situer environ au niveau de votre taille

Cabine de douche



- une barre antidérapante verticale d'au moins 24" près de l'entrée
- une barre antidérapante horizontale OU oblique d'au moins 24" à l'intérieur
- le centre des barres devrait se situer environ au niveau de votre taille

Simone Ruel

Visé par :

123-456-7890

12-01-2011

Tél. :

Date :

00-123-456

N° de dossier du client :

Recto

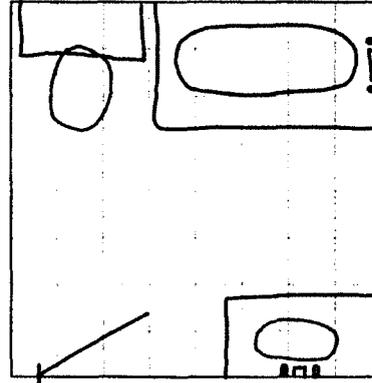
Verso

SECTION 4 Notes

- Je dois parler fort.
 mais M. comprend ce que je lui demande.

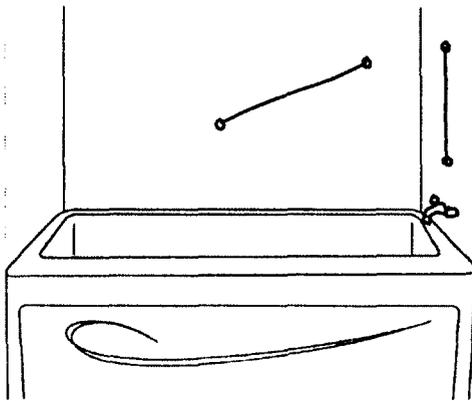
- M. veut savoir si son fils
 peut installer les barres:
 vérifier avec l'ergo.

- Le client accepte d'enlever
 les portes coulissantes.
 Son fils l'aidera.



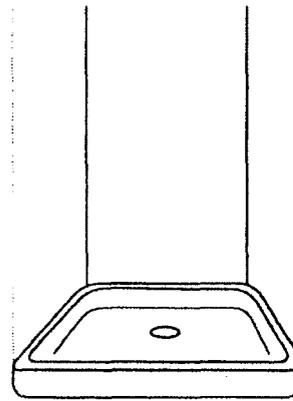
Baignoire

- Situation actuelle
- Situation proposée



Cabine de douche

- Situation actuelle
- Situation proposée



© Guay et coll. (2011)



Outil d'aide au choix
de l'équipement pour l'hygiène



Annexe 12 : Manuel de référence de l'Algo pour l'ergothérapeute utilisé pour la validation de critère

Conçu à l'intention de l'ergothérapeute qui
soutient le personnel non-ergothérapeute
engagé dans la détermination du besoin de
l'équipement pour l'hygiène de la personne
qui a de la difficulté à se laver à son domicile.

algo

Outil d'aide au choix
de l'équipement pour l'hygiène

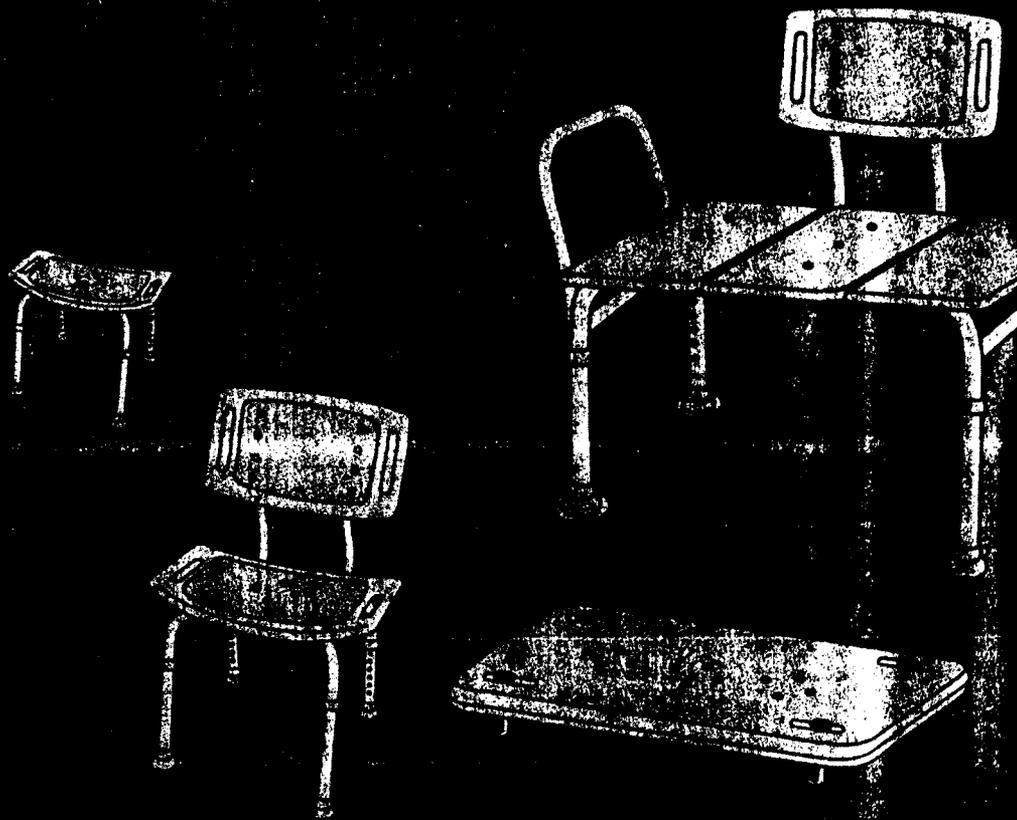


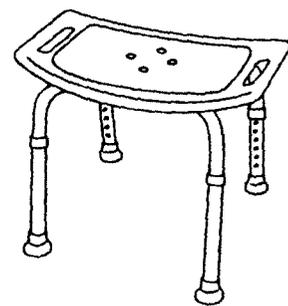
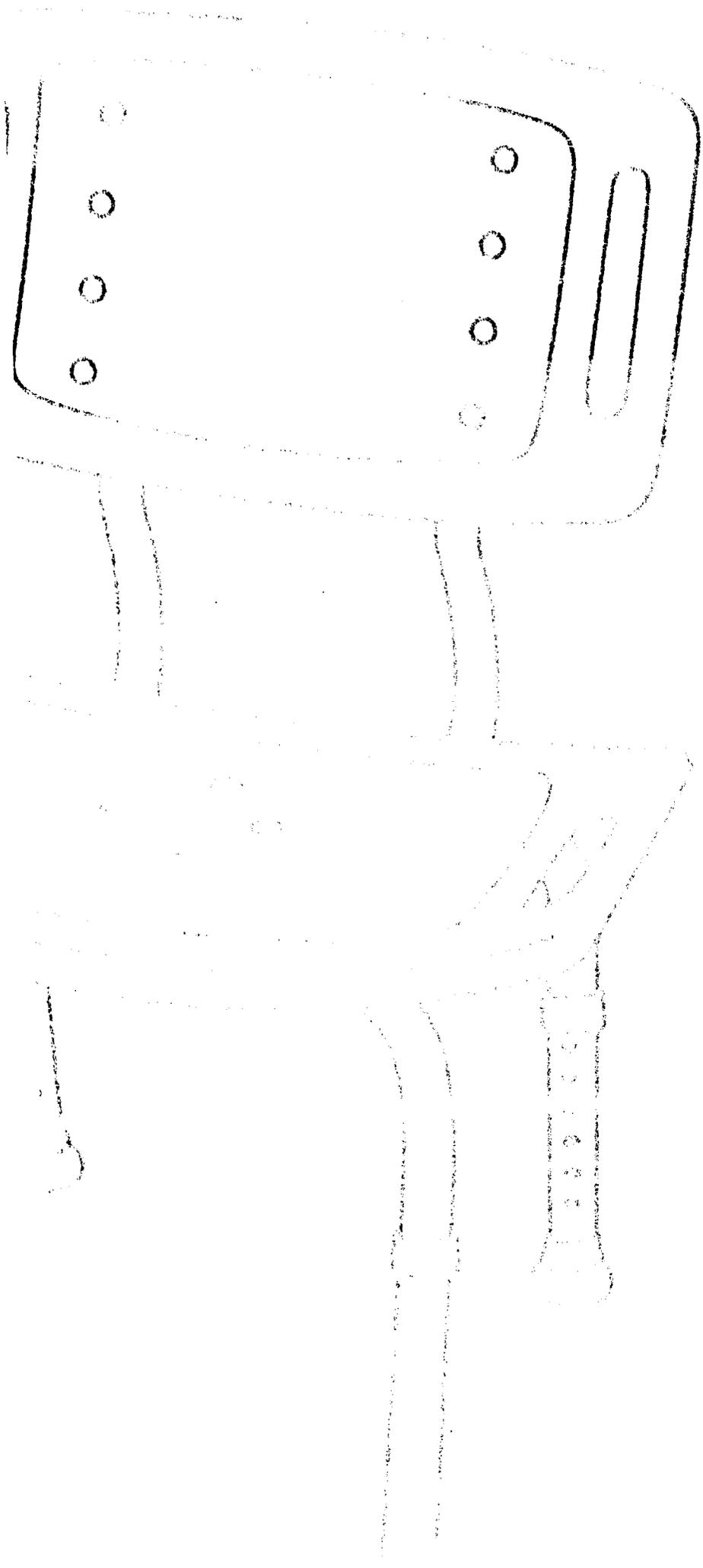


Table des matières

Le préambule.....	3
La section 1 : La clientèle	6
Occupation	6
Personne.....	7
Environnement.....	8
La section 2 : Le choix du siège	9
La section 3 : Les recommandations à remettre à la clientèle	11
La section 4 : Les notes.....	13
Les remerciements	13



Note : Afin de faciliter la lecture du texte, un seul genre a été retenu pour indiquer le féminin et le masculin.
© M. Guay, J. Desrosiers, M.-F. Dubois et J. Robitaille (2011)



Le préambule

Pour répondre à la demande croissante de services en ergothérapie dans un contexte de rareté de main-d'œuvre, l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ) [1] et l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) [2] reconnaissent l'apport potentiel du personnel auxiliaire (nommé au Québec personnel non-ergothérapeute) à la prestation des services en ergothérapie. L'ergothérapeute doit exercer son jugement professionnel pour assigner, lorsque pertinent, une composante de ses activités cliniques à un non-ergothérapeute, par exemple la détermination du besoin d'équipements lors de l'hygiène pour les situations cliniques simples. L'ergothérapeute demeure alors responsable des services rendus et doit offrir un soutien, tel que de la supervision et de la formation, au personnel non-ergothérapeute.

De plus, l'OEQ reconnaît qu'un gestionnaire d'un établissement de santé peut établir que du personnel non-ergothérapeute est responsable de la prestation de certains services traditionnellement offerts à la population par l'ergothérapeute, telle que la détermination du besoin d'équipements lors de l'hygiène [1]. L'OEQ encourage alors les ergothérapeutes québécois à collaborer avec les gestionnaires, par exemple en participant à l'élaboration de protocoles de prestation des services et en formant le personnel non-ergothérapeute à la réalisation d'activités cliniques.

Dans ces deux contextes, le personnel non-ergothérapeute engagé dans la détermination du besoin d'**équipements** lors de l'hygiène devrait disposer d'un outil d'aide à la décision (c.-à-d. des grilles d'observation et des organigrammes décisionnels) [1, 3]. En 2008, Mme Manon Guay, alors ergothérapeute au CSSS Memphrémagog, a sollicité la collaboration de la Pre Johanne Desrosiers, erg., Ph. D., et de la Pre Marie-France Dubois, Ph. D., de la Faculté de médecine et des sciences de la santé et chercheures au Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, pour développer un tel outil, puis en mesurer certaines qualités métrologiques.

L'objectif de l'Algo

L'Algo soutient le personnel non-ergothérapeute pour déterminer si le client a besoin d'un siège de bain et identifier lequel répond à ses besoins. Ainsi, il n'abordera pas les interventions connexes telles que la détermination du besoin d'aide humaine lors de l'hygiène, l'enseignement des techniques de transfert à la baignoire ou à la cabine de douche, l'obtention d'une aide financière pour l'achat des équipements recommandés, l'organisation du prêt d'équipements par un CSSS, ou la tenue des dossiers professionnels dans un contexte d'assignation d'une activité clinique à du personnel non-ergothérapeute. En outre, l'utilisation de l'Algo dans un établissement de santé devrait s'accompagner d'une formation adaptée au contexte local, dispensée par un ergothérapeute, ainsi que de politiques et de procédures qui encadrent le recours au personnel non-ergothérapeute dans la détermination du besoin d'équipements lors de l'hygiène.

L'Algo a été construit à l'aide de 1) l'analyse documentaire de 53 outils « maison » utilisés dans les CSSS québécois et de leurs politiques et procédures, 2) la consultation d'ergothérapeutes et d'auxiliaires aux services de santé et sociaux ayant une pratique dans ce domaine et 3) la recension des écrits scientifiques et professionnels sur le recours au personnel auxiliaire en ergothérapie [3-7]. Trois ergothérapeutes, mesdames Judith Robitaille, Joëlle Charest et Sophie Turgeon-Londei, ont étroitement collaboré au développement de l'Algo durant le projet de recherche BATH (Besoin d'Aides Techniques lors de l'Hygiène) réalisé grâce à l'appui de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie.

L'Algo est un algorithme clinique, c.-à-d. une carte graphique des étapes logiques à suivre pour résoudre un problème clinique [8]. Il comporte une suite de questions, regroupées selon les catégories proposées par le **MCRO-P**. L'administrateur de l'Algo doit exercer son jugement, c.-à-d. sa « capacité de réfléchir avec discernement, perspicacité, finesse et bon sens, sur des choses qui ne font pas l'objet d'une connaissance immédiate certaine, ni d'une démonstration rigoureuse » (p. 3, OEQ, 2005), pour répondre par *oui* ou *non* aux questions incluses dans l'Algo.

Le modèle théorique retenu pour l'élaboration de l'Algo

Le Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P) [9], issu des paradigmes de la profession d'ergothérapeute, a guidé l'élaboration de l'Algo. Ce modèle théorique a été retenu puisqu'il définit les trois construits fondamentaux du fonctionnement humain, c.-à-d. l'occupation, la personne et l'environnement. Selon le MCRO-P, l'occupation est une passerelle qui relie la personne à son environnement, indiquant que les individus agissent dans l'environnement par le biais de l'occupation. La personne présente des composantes cognitive, affective et physique qui sont transcendées par sa spiritualité. Chaque individu vit à l'intérieur d'un contexte environnemental unique, soit culturel, institutionnel, physique et social, qui offre des possibilités occupationnelles. Le MCRO-P est compatible avec les compétences proposées par l'ACE [2] pour le personnel auxiliaire en ergothérapie. Ainsi, l'Algo promeut l'engagement occupationnel de la personne qui a de la difficulté à se laver et favorise le respect des responsabilités professionnelles de l'ergothérapeute qui soutient l'utilisateur de l'Algo.

La clientèle de l'ergothérapeute

L'ergothérapeute en communautaire pratique l'art et la science de faciliter la participation à la vie quotidienne, et ce, à travers l'occupation [9]. L'ergothérapeute est un professionnel de la santé qui a reçu une formation avancée lui permettant d'aborder des défis occupationnels afin de favoriser la santé et le bien-être de la personne et de promouvoir une société juste [9]. Ainsi, tous les clients qui ont de la difficulté à se laver pourraient être visités par l'ergothérapeute étant donné que cette activité relève de son domaine d'expertise. Par conséquent, l'Algo ne vise pas à dépister la personne qui bénéficierait d'une évaluation en ergothérapie, mais à cibler le client qui peut être visité par le personnel non-ergothérapeute.

Pour chaque demande de services en ergothérapie, l'ergothérapeute a l'autorité pour déterminer s'il est approprié d'assigner des activités cliniques reliées au processus d'intervention ergothérapique à du personnel non-ergothérapeute [1]. Ainsi, un ergothérapeute pourrait juger nécessaire d'intervenir lui-même auprès d'une personne qui rencontre les caractéristiques de la clientèle visée par l'Algo ou encore, solliciter la collaboration du personnel non-ergothérapeute pour une personne qui ne les rencontre pas.

La détermination du besoin d'équipements pour l'hygiène par le personnel non-ergothérapeute n'élimine pas la pertinence, dans certaines situations, de référer le client à un ergothérapeute, par exemple lorsqu'il éprouve des difficultés dans la réalisation de ses activités de la vie quotidienne ou lorsqu'il rencontre des barrières architecturales dans son domicile.

En tout temps, surtout en cas de doute ou de situations non familières, le personnel non-ergothérapeute doit pouvoir se référer à un ergothérapeute de son équipe interdisciplinaire pour discuter de ses observations et établir la conduite à tenir. En outre, le personnel non-ergothérapeute a besoin du soutien d'un ergothérapeute, identifié préalablement, pour s'engager dans le choix de l'équipement au bain [7]. En effet, l'ergothérapeute devrait superviser le personnel non-ergothérapeute, répondre à ses questions et rencontrer les clients avec une situation clinique complexe.

Ce manuel de référence, en complément au guide d'utilisation, explique le raisonnement qui sous-tend les questions incluses dans l'Algo pour informer l'ergothérapeute qui soutient et forme le personnel non-ergothérapeute. Ces précisions seront présentées en suivant les sections de l'Algo.

La clientèle

L'Algo cible les « cas simples », soit les adultes ou les aînés avec une morphologie dans les limites de la norme, qui présentent des difficultés prévisibles de rendement occupationnel lors de leur hygiène à domicile dans une baignoire ou une cabine de douche standards. Ainsi, le personnel non-ergothérapeute doit obtenir les informations pour répondre aux questions de la section 1 afin de déterminer si le client présente les caractéristiques de la clientèle visée par l'Algo. Toutefois, il doit aussi exercer son jugement face à des caractéristiques inhabituelles liées à l'occupation, la personne ou l'environnement, et discuter au besoin avec un ergothérapeute.

Le client est atteint d'une maladie neurologique dégénérative ? OU

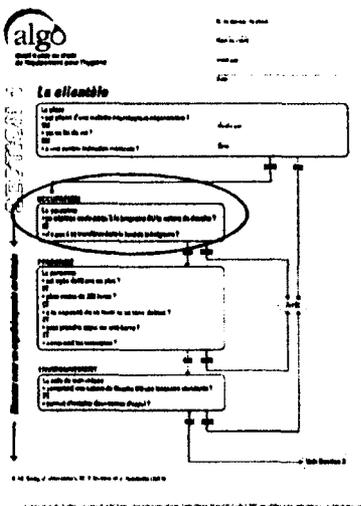
Le client est en fin de vie ?

Selon l'OEQ, l'assignation de la détermination du besoin d'équipement pour l'hygiène à du personnel non-ergothérapeute ne devrait pas se faire lorsque la personne présente une condition instable ou pour laquelle des habiletés approfondies ou un suivi rapproché sont nécessaires [1]. Par conséquent, le personnel non-ergothérapeute doit s'abstenir de formuler des recommandations au client en fin de vie ou atteint d'une maladie dégénérative.

Le client a une contre-indication médicale ?

L'analyse de l'influence d'une contre-indication médicale sur le choix de l'équipement pour l'hygiène est une activité clinique complexe qui nécessite des connaissances approfondies. Par conséquent, le personnel non-ergothérapeute doit s'abstenir de formuler des recommandations au client avec une contre-indication médicale, quelle qu'elle soit.

Occupation



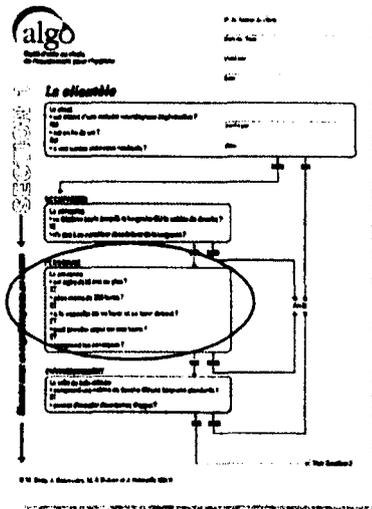
La personne se déplace seule jusqu'à la baignoire ou la cabine de douche ?

Il serait préjudiciable de recommander un équipement à la baignoire ou à la cabine de douche sans considérer les déplacements qui précèdent l'utilisation de cet équipement, même si les déplacements n'influencent pas directement le choix de l'équipement pour l'hygiène. Par conséquent, le personnel non-ergothérapeute doit s'abstenir de formuler des recommandations au client qui reçoit de l'assistance physique (aide humaine) pour se déplacer. En effet, ce besoin d'assistance physique illustre une situation clinique complexe qui requiert l'expertise d'un ergothérapeute. Il peut toutefois formuler des recommandations au client qui utilise seulement une aide technique.

La personne n'a pas à se transférer dans le fond de la baignoire ?

Le transfert au fond de la baignoire est une composante de l'activité « se laver » qui nécessite l'analyse continue des capacités du client lors d'une mise en situation. En outre, une personne âgée sur sept qui a des difficultés à se relever du fond de sa baignoire y restera coincée au moins à une occasion [10]. Par conséquent, le personnel non-ergothérapeute doit s'abstenir de formuler des recommandations au client qui doit ou souhaite se transférer au fond de la baignoire puisque le risque de préjudice est élevé.

Personne



La personne est âgée de 18 ans ou plus ?

La clientèle pédiatrique doit être visitée par l'ergothérapeute puisqu'il faut tenir compte de la croissance physique attendue, du développement normal des capacités, ainsi que de l'impact attendu de la maladie sur leur développement lors du choix de l'équipement. Par conséquent, le personnel non-ergothérapeute doit s'abstenir de formuler des recommandations à cette clientèle.

La personne pèse moins de 250 livres ?

Les fabricants de siège de bain indiquent généralement que le poids de la personne doit être inférieur à 250 livres pour une utilisation sécuritaire de l'équipement. Par conséquent, le personnel non-ergothérapeute doit s'abstenir de formuler des recommandations au client qui pèse 250 livres ou plus.

La personne a la capacité de se lever et se tenir debout ?

Le client doit se lever, avec ou sans appui, et effectuer une mise en charge complète sur au moins un des membres inférieurs durant 5 secondes, avec ou sans appui. Le client qui est incapable d'effectuer cette tâche requiert généralement des équipements spécialisés ou utilise des techniques de transfert complexes (par exemple, à l'aide d'une planche de transfert). Ceci dépasse le niveau de connaissances attendu pour un « cas simple » et nécessite l'expertise de l'ergothérapeute, peu importe la condition médicale qui engendre cette difficulté.

La personne peut prendre appui sur une barre ?

Chaque client recevra la recommandation de faire l'ajout de deux barres murales qui peuvent lui permettre de prendre appui lors du transfert ou encore, durant la réalisation de l'hygiène. Ainsi, le personnel non-ergothérapeute doit utiliser son jugement pour établir si le client sera en mesure de prendre appui sur ces barres.

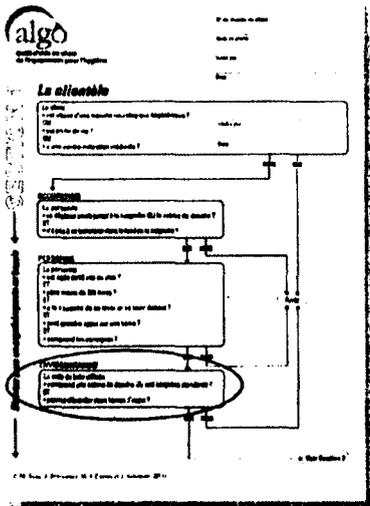
La personne comprend les consignes ?

La capacité du client à mémoriser des consignes n'influence pas l'administration de l'Algo et n'a pas d'impact sur le choix de l'équipement. Toutefois, le personnel non-ergothérapeute doit établir si le client est en mesure de collaborer et de comprendre ce qui lui est demandé durant la rencontre.

La taille

L'assise d'un siège de bain s'ajuste à la hauteur des genoux de l'homme ou de la femme en perte d'autonomie vivant à domicile [11, 12]. Par conséquent, la taille du client ne permet pas de discriminer les situations cliniques qui requièrent l'expertise de l'ergothérapeute.

Environnement



La salle de bain utilisée comprend une cabine de douche OU une baignoire standards ?

Les modèles de baignoire et de cabine de douche sont nombreux et il n'existe pas de définition qui permet de décrire ce qui est « standard ». Par exemple, la baignoire standard dans les appartements d'un quartier historique peut être différente de celle des maisons unifamiliales construites dans un développement immobilier pour retraités. Ainsi, le personnel non-ergothérapeute doit exercer son jugement pour déterminer si la salle de bain utilisée par le client comprend une cabine de douche OU une baignoire qui permettent l'installation des équipements inclus dans l'Algo. En outre, les baignoires podium, en angle ou sur pattes ne sont pas considérés standards. En effet, ces baignoires compliquent l'analyse de l'influence de l'environnement sur le transfert à la baignoire et peu d'équipements peuvent s'y installer. De plus, les cabines de douche très petites ne sont pas considérées standards puisque les mouvements du client y sont limités, ce qui pourrait être exacerbé par l'ajout d'un siège de bain. Prendre note que la section 2 de l'Algo invite le personnel non-ergothérapeute à observer certaines caractéristiques de la baignoire ou de la cabine de douche lorsque nécessaire.

La salle de bain utilisée permet d'installer deux barres d'appui ?

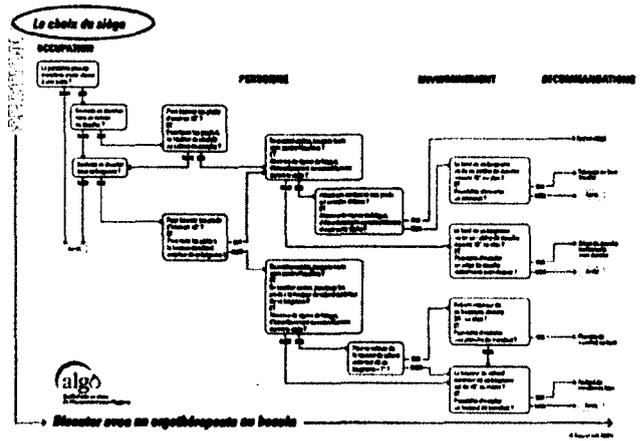
L'ajout de barres d'appui murales est une mesure de prévention des chutes efficace, peu importe le fonctionnement de la personne à domicile [13, 14]. Le personnel non-ergothérapeute doit donc recommander l'ajout de deux barres antidérapantes d'au moins 24 pouces (voir section 3 de l'Algo pour les informations sur leur emplacement). Lorsque le personnel non-ergothérapeute juge que l'ajout de ces barres est impossible, il doit s'abstenir de formuler des recommandations et solliciter la collaboration d'un ergothérapeute.

Le contexte de l'utilisation de l'Algo

L'Algo peut être utilisé par du personnel non-ergothérapeute dans le cadre des services en ergothérapie ou encore, à la demande d'un gestionnaire d'un établissement de santé. Ce client peut recevoir, ou non, de l'aide humaine lors des soins d'hygiène. En effet, l'Algo centre l'intervention sur le fonctionnement du client qui a de la difficulté à se laver tout en considérant la présence d'un aidant ou d'un travailleur. Ainsi, l'Algo peut être utilisé dans les situations de mise en place de services de soins d'hygiène par un établissement de santé, mais ne se limite pas au contexte d'adaptation de la situation de travail de l'auxiliaire aux services de santé et sociaux.

Le choix du siège

La section 2 permet au personnel non-ergothérapeute de déterminer si le client a besoin d'un siège de bain et d'identifier lequel répond à ses besoins. Cette section est construite comme un algorithme clinique, soit « un ensemble de règles qui, si on les suit bien, produiront automatiquement la bonne réponse » (p. 544, Lindsay et Norman, 1980) [15]. Ainsi, elle comprend une suite de questions qui abordent l'occupation, la personne et l'environnement. Seuls les éléments essentiels à la prise de décision pour un « cas simple » et pour les sièges de bain couramment utilisés avec cette clientèle sont inclus.



Lors de la résolution d'un problème (dans notre cas, identifier l'équipement au bain), la formulation de solutions possibles peut s'appuyer sur deux types de tactiques cognitives : heuristique ou algorithmique (Lindsay et Norman, 1980). Avec la tactique heuristique, le solutionneur trouve des analogies entre la situation problématique actuelle et des situations antérieures dont il connaît la solution. Il utilise alors ses habiletés à reconnaître les similitudes et emploie des subterfuges pour identifier les solutions qui se sont avérées efficaces lors des problèmes précédents. Avec une tactique heuristique, qui n'assure pas le succès, le solutionneur peut gaspiller temps et énergie avec des informations qui se révèlent accessoires. Dans les situations cliniques complexes, l'ergothérapeute a recours à des tactiques heuristiques pour résoudre le problème rencontré.

Toutefois, Hagerton (1996) suggère qu'un professionnel de la santé qui rencontre un problème familier et routinier utilise des automatismes pour le résoudre [16]. En d'autres termes, dans un « cas simple » de besoin d'équipements au bain, l'ergothérapeute a recours à une tactique algorithmique pour identifier la bonne recommandation. L'auxiliaire qui dispose d'un algorithme clinique qui reproduit le raisonnement de l'ergothérapeute, n'a pas à rechercher des indices ou encore, des analogies entre la situation problématique actuelle et des situations antérieures. Par exemples, le « niveau d'initiative », la « dominance » et la présence d'un « lavabo sur colonne » sont des éléments que l'ergothérapeute peut prendre en considération avant de recommander un équipement. Cependant, dans une méthode algorithmique, ces informations sont superflues parce qu'elles ne modifient pas systématiquement la recommandation. En effet, la sélection de l'équipement ne sera pas modifiée si le client présente peu ou beaucoup d'initiative, qu'il soit droitier ou gaucher, ou encore que le lavabo soit sur colonne ou dans une vanité. Par contre, des « signes de fatigue » indiquent que le client devra utiliser un siège qui offre un dossier.

Par conséquent, les éléments essentiels au choix du siège, ou indicateurs, ainsi que les questions retenues pour les mesurer sont présentés au tableau 1. Ils sont issus de la synthèse de l'information recueillie lors du recensement des outils québécois et de la consultation d'ergothérapeutes qui ont une pratique régulière dans ce domaine.

Tableau 1 : Indicateurs retenus pour une tactique algorithmique du choix de l'équipement à la baignoire ou à la cabine de douche

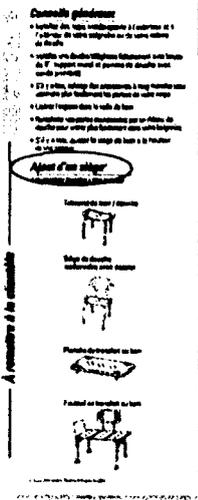
Aspects	Indicateurs	Tâches pour opérationnaliser l'indicateur	Détermine
Occupation	Mobilité fonctionnelle	La personne peut se transférer d'une chaise à une autre ?	Complexité du cas : besoin d'aide physique lors du transfert
	Choix du client	Souhaite se doucher dans sa cabine de douche ? Souhaite se doucher dans sa baignoire standard ?	Lieu à favoriser
Personne	Équilibre debout	Peut lever les pieds à la hauteur du seuil de sa cabine de douche ? Peut lever les pieds à la hauteur du rebord extérieur de sa baignoire ? Peut écarter les pieds d'environ 12" ?	Capacité d'enjamber le seuil de la cabine de douche / le rebord extérieur de la baignoire
	Équilibre assis	En position assise, bouge le tronc sans perdre l'équilibre ? En position assise, peut lever les pieds à la hauteur du rebord extérieur de sa baignoire ?	Capacité de maintenir son équilibre en position assise
	Endurance	Absence de signes de fatigue, d'étourdissement ou d'essoufflement durant la visite ?	Nécessité de s'adosser
	Force musculaire et amplitudes articulaires	Atteint ses jambes et ses pieds en position debout ? Absence de signes de fatigue, d'étourdissement ou d'essoufflement durant la tâche ? Peut se relever de la hauteur du rebord extérieur de sa baignoire + 1" ?	Nécessité de s'asseoir Possibilité d'installer une planche de transfert au bain
Environnement	Salle de bain	Possibilité d'installer l'équipement dont le client a besoin ?	Complexité du cas : barrières architecturales
	Baignoire	Rebord intérieur de sa baignoire mesure 3/4" ou plus ?	Possibilité d'installer une planche de transfert au bain

Les recommandations à remettre à la clientèle

La section 3 est complétée par le personnel non-ergothérapeute à la suite de ses observations et remise au client. Les recommandations se regroupent autour de :

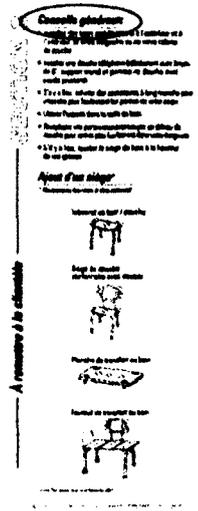
- 1) *Conseils généraux*, 2) *Ajout d'un siège* et 3) *Ajout des barres d'appui murales*.

Ajout d'un siège



L'Algo conduit à quatre types de siège de bain généralement disponibles en vente libre dans les pharmacies et les commerces à grandes surfaces. Il s'agit de: 1) *tabouret de bain / douche*, 2) *siège de douche stationnaire avec dossier*, 3) *planche de transfert au bain* et 4) *fauteuil de transfert au bain*. Aucun modèle de sièges n'est spécifié (ex. AMG, Lumex, Drive Médical) puisque la disponibilité et l'évolution des produits sont imprévisibles. Les équipements tels que la planche de bain avec dossier, le fauteuil de transfert au bain avec ouverture périnéale, la chaise de douche avec appui-bras, le lève-personne ou le siège hydraulique ne sont pas des issues possibles de l'Algo puisqu'ils sont utilisés dans des situations cliniques qui ne sont pas simples.

Conseils généraux

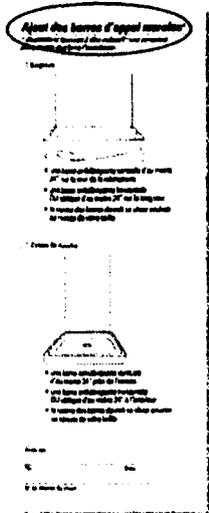


Les conseils généraux sont implicites pour tous les clients et ne font pas partie des choix que le personnel non-ergothérapeute doit faire. Il s'agit de recommandations applicables à la population dans le cadre de la promotion de la santé et de la prévention des chutes à domicile.

« Aucun siège »

L'Algo oriente le personnel non-ergothérapeute vers « aucun siège » lorsque le client peut se transférer à la baignoire ou à la cabine de douche et se laver debout. En outre, il est sécuritaire pour un auxiliaire aux services de santé et sociaux d'offrir de l'assistance physique pour l'hygiène à une personne qui n'utilise pas de siège dans la mesure où cet auxiliaire respecte les principes de positionnement, de prises et de mouvements dans l'environnement restreint que représente une salle de bain à domicile [17]. Par exemple, un client qui a une déficience intellectuelle, des troubles cognitifs ou un problème de santé mentale pourrait recevoir l'assistance d'un auxiliaire pour se laver les cheveux ou pour guider ses mouvements lors de l'hygiène sans qu'il utilise un siège de bain, dans sa baignoire ou sa cabine de douche [18].

Ajout des barres d'appui murales



L'ajout de barres d'appui murales est une modalité de prévention des chutes reconnue et une configuration unique permet de répondre à la très grande majorité des besoins des clients [13, 14]. Par conséquent, afin de minimiser les risques d'erreurs de la part du personnel non-ergothérapeute et de promouvoir la sécurité des clients à risque de chuter, le personnel non-ergothérapeute recommande l'ajout de deux barres d'appui murales, d'au moins 24 pouces, à tous les clients.

La première barre d'appui s'installe en position verticale, sur le mur de la robinetterie de la baignoire ou alors, sur le mur près de l'entrée de la cabine de douche. L'objectif principal de cette barre est de permettre au client de se tenir lorsqu'il enjambe le rebord extérieur de la baignoire ou le seuil de la cabine de douche.

La deuxième barre d'appui s'installe sur le long mur de la baignoire ou alors, à l'intérieur de la cabine de douche. L'objectif de cette

barre est de permettre au client de se tenir 1) durant son hygiène et 2) lorsqu'il s'assoit et se relève d'un siège de bain. Cette deuxième barre peut être horizontale ou oblique, selon la préférence du client et les éléments de l'environnement. Lorsque la position oblique est retenue, la partie haute est du côté de la robinetterie [13].

La position exacte des barres d'appui est influencée par l'emplacement des colombages dans les murs, ce qui n'a pas à être vérifié par le personnel non-ergothérapeute. Ainsi, les recommandations du personnel non-ergothérapeute sont données à titre indicatif et l'installation des barres devrait se faire par une personne compétente. Aussi, des fixations murales sont disponibles sur le marché afin de permettre l'installation de barres d'appui dans les cabines de douche moulées déjà en place [18]. Enfin, la barre fixée à la baignoire n'est pas une issue possible de l'Algo parce que des facteurs du client et de l'environnement, ainsi que des composantes de l'activité, compliquent le choix de la barre fixée à la baignoire [5].

Terminologie

Afin de favoriser une compréhension commune des équipements, la terminologie de la classification des aides techniques du Centre régional d'information de démonstration et d'évaluation des aides techniques (CRIDÉAT) est utilisée [19]. Cette classification est un langage commun, intégré au Répertoire électronique des aides techniques du CLSC Pierrefonds, ainsi qu'au logiciel ICLSC en usage dans les CSSS.



SECTION 4

Les notes

La section 4 est un aide-mémoire pour le personnel non-ergothérapeute. En effet, elle permet de noter des questions, documenter la configuration de la salle de bain, inscrire des commentaires sur les interventions, etc. [7] Les informations rassemblées peuvent soutenir les communications éventuelles avec le client ou les membres de l'équipe interdisciplinaire, dont l'ergothérapeute. Toutefois, cet espace n'a pas été conçu pour l'application des politiques de tenue de dossier des clients, mais plutôt pour répondre aux besoins de soutien du personnel non-ergothérapeute.

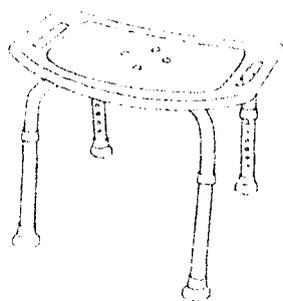
Les notes

Notes

SECTION 4

Table de bain

Table de toilette



Les remerciements

Porté par la conviction que les milieux cliniques ont des initiatives prometteuses, l'Algo est le résultat du travail d'une équipe de recherche nourrie par les idées des intervenants québécois. Nous tenons à remercier Mme Danielle Desnoyers, les cliniciens ainsi que les gestionnaires qui ont étroitement collaboré à ce projet. Leurs idées novatrices, leur expertise et leurs commentaires justes et pertinents font de l'Algo un outil enraciné à la fois dans la réalité clinique et les données probantes. Nos remerciements vont également aux organismes qui ont soutenu financièrement le développement et la validation de l'Algo : Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Instituts de recherche en santé du Canada, Fonds de recherche en santé du Québec, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail, Association canadienne des ergothérapeutes et Microprogramme de 3^e cycle en analyse et évaluation des interventions en santé de l'Université de Montréal.

Les références

1. Ordre des ergothérapeutes du Québec. Participation du personnel non-ergothérapeute à la prestation des services d'ergothérapie: lignes directrices, 2005. Ordre des ergothérapeutes du Québec: Montréal (Québec). 34 pages.
2. Association canadienne des ergothérapeutes. Profil de la pratique du personnel auxiliaire en ergothérapie, 2009, Ottawa (Ontario): CAOT Publications ACE. 18 pages.
3. Guay, M. Enjeux entourant le recours au personnel auxiliaire en ergothérapie communautaire au Québec. *Canadian Journal of Occupational Therapy - Revue canadienne d'ergothérapie*, soumis.
4. Guay, M., Dubois, M.-F., Robitaille, J. et Charest, J. The use of skill mix in homecare occupational therapy with patients with bathing difficulties. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 2010. 17(6): p. 300-308.
5. Guay, M., J. Desrosiers et M.-F. Dubois. Criterion validity of a home health aide's algorithm for recommending bathroom equipment. *Canadian Journal of Occupational Therapy - Revue canadienne d'ergothérapie*, 2009. 76(Influencing Policy Special Issue): p. 246-256.
6. Guay, M., J. Desrosiers et M.-F. Dubois. Does the clinical context affect the validity of bathroom recommendations made by home health aides? *International Journal of Industrial Ergonomics*, 2010. 40(1): p. 82-89.
7. Guay, M., Lvasseur, M., Turgeon-Londei, S., Dubois, M.-F. et Desrosiers, J. Besoins de soutien de l'auxiliaire aux services de santé et sociaux engagé dans le choix d'équipements au bain pour l'aîné vivant à domicile: une recherche clinique qualitative. 79^e congrès de l'ACFAS, 2011: Sherbrooke (Canada).
8. Miller, T.W., Ryan, M. et York, C. Utilizing algorithms and pathways of care in allied health practice. *Internet Journal of Allied Health Sciences & Practice*, 2005. 3(2): p. 18.
9. Townsend, E.A. et Polatajko, H. J. Faciliter l'occupation: L'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation, 2008. Ottawa: CAOT Publications ACE.
10. Gooptu, C. et Mulley, G. P. Survey of elderly people who get stuck in the bath. *British Medical Journal*, 1994. 308(6931): p. 762.
11. Boutier, V. Validité du poids et de la taille obtenus de mémoire chez des personnes âgées en perte d'autonomie, Faculté de médecine et des sciences de la santé, 1995. Université de Sherbrooke: Sherbrooke. 63 pages.
12. Janssen, W., Bussmann, H. et Stam, H. Determinants of the sit-to stand movement. A review. *Physical Therapy*, 2002. 82(9): p. 866-879.
13. Sveistrup, H., Lockett, D., Edwards, N. et Aminzadeh, F. Evaluation of bath grab bar placement for older adults. *Technology & Disability*, 2006. 18(2): p. 45-55.
14. Guitard, P., Sveistrup, H., Edwards, N. et Lockett, D. Dans quelle mesure les barres d'appui pour les baignoires sont-elles efficaces pour prévenir une chute lors d'une perte d'équilibre?, 2007. Société canadienne d'hypothèques et de logement: Ottawa. 8 pages.
15. Lindsay, P.H. and D.A. Norman. Traitement de l'information et comportement humain: une introduction à la psychologie, 1980. Montréal: Éditions Études Vivantes.
16. Hagedorn, R. Clinical decision making in familiar cases: a model of the process and implications for practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 1996. 59(5): p. 217-222.
17. Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales, Principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires: cahier du participant, 2009. Montréal: Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales. 156 pages.
18. Proteau, R.-A. Soins d'hygiène et cabine de douche: un avantage ! Objectif prévention, 2005. 28(5): p. 15-17.
19. Centre régional d'information de démonstration et d'évaluation des aides techniques (CRIDÉAT). Classification des aides techniques, 2002. http://www.irglm.qc.ca/files/Classification_Aides_techniques_CRIDEAT.pdf.

Annexe 13 : Plan de formation de l'Algo utilisé pour la validation de critère

**Processus de validation de l'Algo
Plan de formation aux intervenants**

FORMATION OFFERTE PAR :

Manon Guay, erg., Ph. D. (c)
Centre de recherche sur le vieillissement
1036, Belvédère Sud, Sherbrooke (Québec) J1H 4C4
Téléphone : (819) 873-1111
Courriel: manon.guay@usherbrooke.ca

DESCRIPTION DE LA FORMATION

L'Algo est un outil clinique qui a été conçu pour répondre aux besoins des milieux qui ont recours à du personnel non-ergothérapeute lors de la détermination du choix de l'équipement pour l'hygiène du client dans son domicile. Il est construit sous la forme d'un arbre de décision.

Cet atelier a été élaboré à la suite du consensus formalisé du projet BATH dans le but de présenter d'une façon interactive l'Algo, son historique, et son utilisation. Il s'agit donc de bonifier une simple lecture de l'Algo et ses documents d'accompagnement pour permettre une bonne utilisation de l'outil durant la phase de sa validation.

BUTS ET OBJECTIFS

À la suite de cette formation, le participant sera en mesure de :

- Comprendre le contexte du développement et de l'utilisation de l'Algo
- Utiliser efficacement la documentation fournie conjointement avec l'Algo
- Respecter la procédure de collecte des données
- Développer le savoir-faire et le savoir-agir lors de l'utilisation de l'Algo
- Comprendre la collaboration interdisciplinaire lors de l'utilisation de l'Algo
- Développer un lien avec les utilisateurs de l'Algo et les personnes-ressources dans son milieu de travail

MÉTHODES D'APPRENTISSAGE

Une formation de cinq heures, répartie en deux demi-journées, est offerte aux auxiliaires par un ergothérapeute membre de l'équipe de recherche. Elle se divise ainsi :

- Jour 1 – 2.5 heures
- Jour 2 – 2.5 heures
- Travaux individuels – 2 heures entre le Jour 1 et le Jour 2

À noter :

Une formation d'une durée d'une heure est aussi offerte à tous les ergothérapeutes cliniciens des CSSS participants à la procédure de collecte des données afin d'expliquer le contexte de l'étude et la procédure de collecte des données.

MATÉRIEL

Chaque participant doit se présenter à chacune des rencontres avec :

- L'Algo et le guide d'utilisation*
- Pour les ergothérapeutes : le manuel de référence*
- Pour les auxiliaire : un gallon à mesurer rigide avec cran d'arrêt (minimum 24 pouces)

**Ce sont les seuls documents écrits qui seront fournis lors de la formation. Le participant pourra y inscrire directement ses notes personnelles.*

L'endroit où se déroule le jour 2 de la formation doit comprendre :

- Une salle de bain avec baignoire standard (c.à-d. pas de bain podium, sur pattes ou en angle)
- Deux chaises (avec ou sans appui-bras, sans roulettes)
- Aide à la mobilité (ex: canne ou marchette)

CONTENU ET MOYENS UTILISÉS

Jour 1	
Partie 1 (75 min)	1. Présentation des participants 2. Exposé sur les sujets suivants : <ul style="list-style-type: none">• Le contexte de développement de l'outil• Le modèle de pratique retenu pour la création de l'Algo
(15 min)	PAUSE
Partie 2 (90 min)	1. L'Algo : définition des items, système de cotation 2. Les rôles et responsabilités des participants en lien avec le processus de validation dans le milieu : l'auxiliaire, l'ergothérapeute-conseil, l'ergothérapeute-recherche, l'ergothérapeute-chercheure, le personnel de soutien au projet

Jour 2	
Partie (45min)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Retour sur la dernière journée de formation: questions, impressions des participants 2. Échange des réponses entre les participants pour le travail préparatoire 3. Retour sur le guide à la suite de la lecture en individuel 4. Formulaire de consentement: explication et signature du document 5. Questionnaire socio-démographique : complété par le participant 6. Rappel de l'organigramme du projet : fonction des personnes impliquées au projet et coordonnées (ergothérapeute-recherche, ergothérapeute-conseil, ergothérapeute-chercheure, personnel de soutien au projet)
(15 min)	PAUSE
Partie 2 (90 min)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mises en situation dans la salle de bain du milieu : <ul style="list-style-type: none"> - Chaque participant réalise une mise en situation où la formatrice joue le rôle d'un client - Lorsqu'un questionnement survient, le participant qui observe aide au processus de résolution de problème par la consultation du guide d'utilisation de l'Algo 2. Période de questions 3. Conclusion

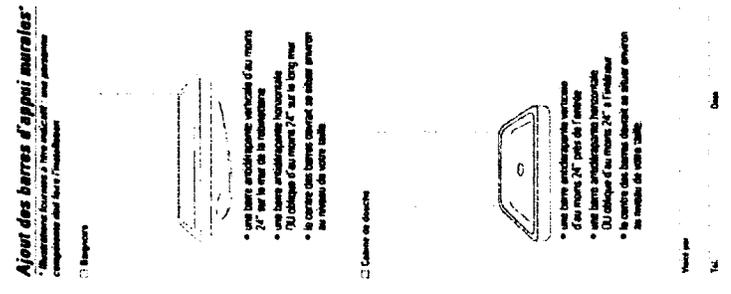
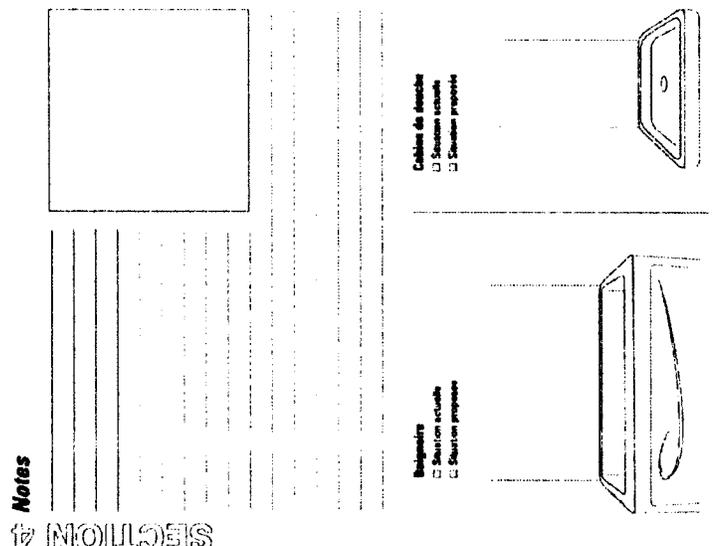
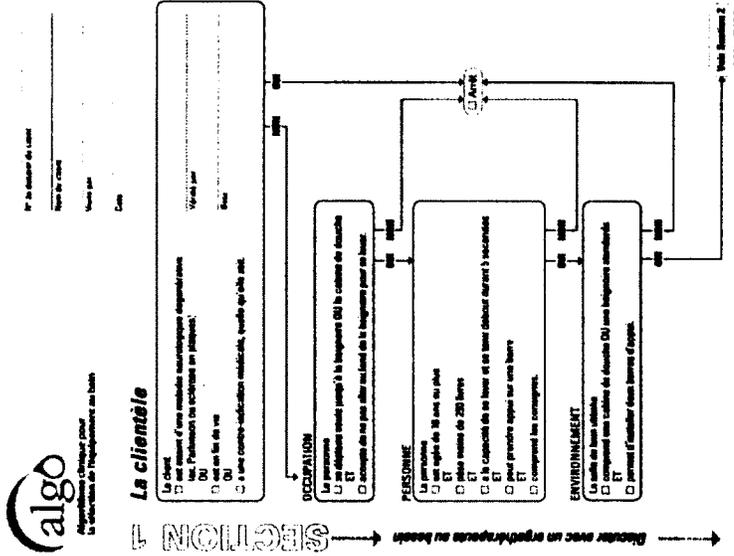
TRAVAIL EN INDIVIDUEL

Activité	Contenu
Lecture individuelle	Algo, le guide d'utilisation (personnel non-ergothérapeute ET ergothérapeute), le manuel référence (ergothérapeute) Formulaire de consentement à la recherche
Travail préparatoire (personnel non-ergothérapeute)	Questions à choix de réponse / réponse courte selon les informations présentées dans le guide d'utilisation

Travail préparatoire

1. L'auxiliaire qui utilise l'Algo apporte à domicile
 - a. un crayon
 - b. Le guide d'utilisation
 - c. Un ruban à mesurer
 - d. Une copie de l'Algo
 - e. L'ensemble de ces réponses
 2. Vrai ou faux : L'auxiliaire peut utiliser l'Algo avec un adolescent pour choisir un équipement à installer dans la baignoire.
 3. Le modèle de pratique qui a été retenu comme trame de fond au développement de l'Algo est
 - a. L'approche globale de la situation de travail de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS)
 - b. Le Modèle canadien de rendement occupationnel et de participation
 4. Vrai ou faux : La section 1 de l'Algo est complétée seulement au domicile du client
 5. Qu'est-ce que devrait faire l'auxiliaire qui rencontre un client avec une déformation musculo-squelettique?
-
1. Vrai ou faux : Dans la section 2 de l'Algo, l'auxiliaire doit, s'il y a lieu, tenir compte de l'équipement utilisé par la personne.
 2. Un client refuse de faire une des tâches prévues à la section 2, que devrait faire l'auxiliaire?
-
3. Dans la section 3 de l'Algo, l'auxiliaire devrait :
 - a. toujours encrer un siège de bain
 - b. illustrer l'emplacement exact des barres d'appui murales
 - c. inscrire son nom, son numéro de téléphone et le numéro de dossier du client
 9. Vrai ou faux : La section 4 de l'Algo est disponible pour l'ergothérapeute, afin qu'elle rédige son rapport d'évaluation.

Annexe 14 : Versions définitives de l'Algo, du guide d'utilisation, du manuel et du plan de formation



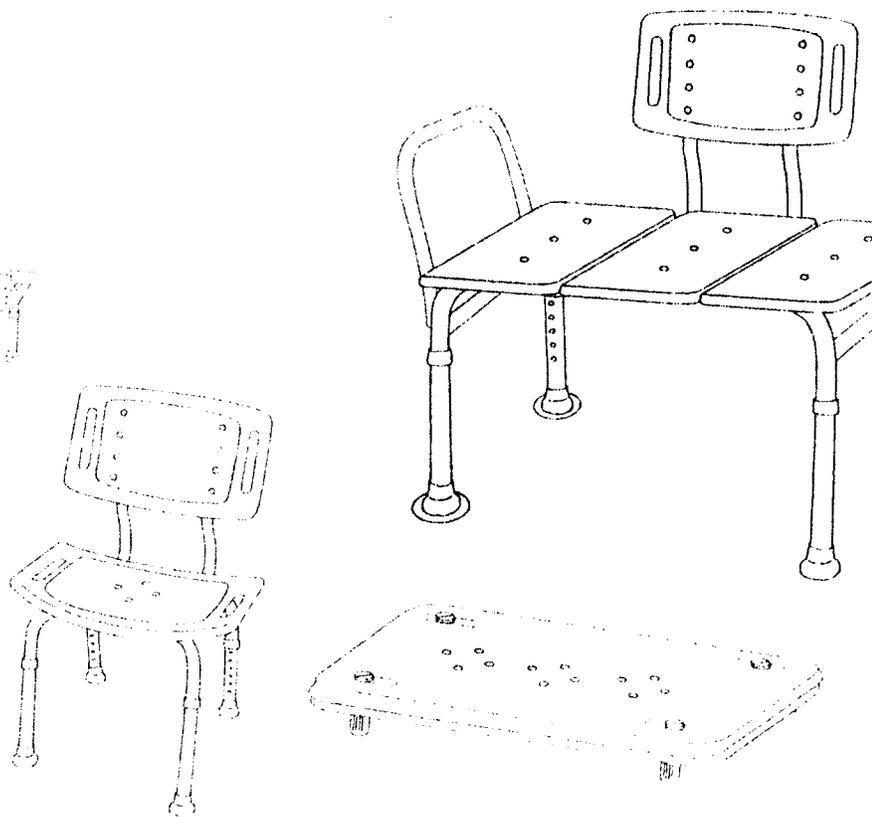
Guide d'utilisation de l'Algo

Conçu à l'intention du
engagé
dans la détermination du besoin de
l'équipement pour l'hygiène de la personne
qui a de la difficulté à se laver à son domicile.



algo

Algorithme clinique pour
la sélection de l'équipement au bain



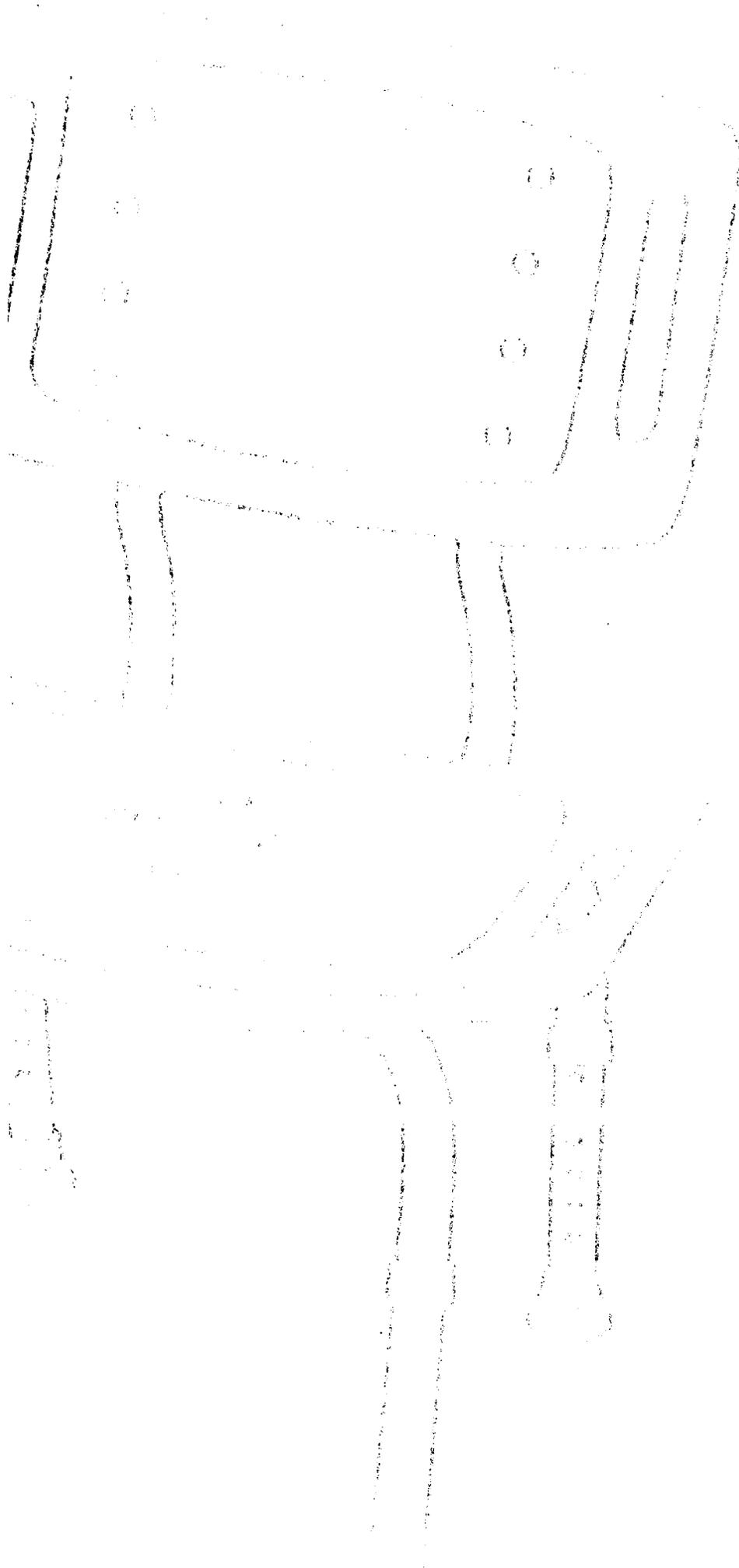


Table des matières

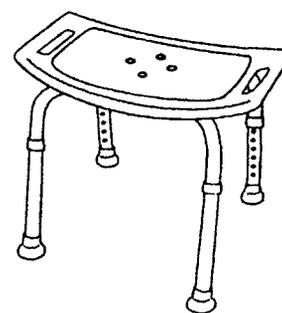
Le préambule.....	2
Matériel requis.....	3
Les instructions générales.....	3
La section 1 : La clientèle	4
Occupation.....	5
Personne.....	6
Environnement.....	7
La section 2 : Le choix du siège	8
Occupation.....	8
Personne.....	9
Environnement.....	11
La section 3 : Les recommandations à remettre à la clientèle	12
La section 4 : Les notes	12
Exemple de l'Algo complété.....	13

Note : Afin de faciliter la lecture du texte, un seul genre a été retenu pour indiquer le féminin et le masculin.
© M. Guay, J. Desrosiers, M.-F. Dubois et J. Robitaille (2011)



Le préambule

- L'Algo est un outil d'aide à la décision pour le choix de l'équipement à la baignoire ou à la cabine de douche pour le client vivant à domicile qui a de la difficulté à se laver. Ainsi, il s'utilise au domicile du client.
- L'Algo a été développé pour le client âgé de 18 ans et plus (c.-à-d. adulte ou aîné) qui représente un "cas simple" du choix d'équipement à la baignoire ou à la cabine de douche.
- L'Algo est construit selon un modèle de pratique en ergothérapie, le *Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation* (MCRO-P), qui aborde le fonctionnement de l'individu selon trois aspects :
 1. ses occupations : ce que le client fait ;
 2. sa personne : ce que le client est (condition physique, cognitive, affective) ;
 3. son environnement : où le client le fait.
- Par conséquent, l'Algo et ce guide d'utilisation orientent vos observations de ces trois aspects du fonctionnement du client lors de l'hygiène personnelle.



Matériel requis au domicile

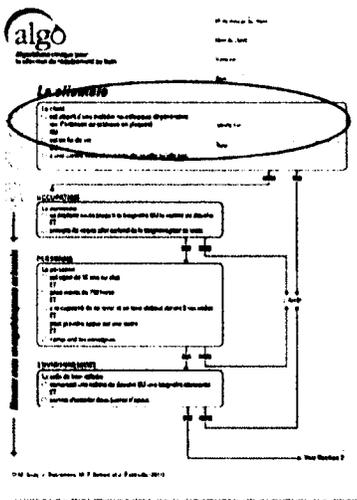
- Ce guide d'utilisation
- Une copie de l'Algo
- Un crayon
- Un ruban à mesurer

Les instructions générales

- Répondez par *oui* ou *non* aux questions incluses dans l'Algo. Lorsque vous ne savez pas quoi répondre, consultez un ergothérapeute.
- Cochez à l'aide d'un crayon chacune de vos réponses.
- Lorsque l'Algo vous oriente vers la consigne *Arrêt*, vous devez vous abstenir de formuler des recommandations et consulter un ergothérapeute.
- **En tout temps, surtout en cas de doute ou de situations inhabituelles, vous pouvez parler à un ergothérapeute de votre équipe interdisciplinaire. Expliquez-lui vos observations et vous déciderez ensemble ce qu'il faut faire.**

La clientèle

- La section 1 vous permet d'identifier les "cas complexes" qui doivent être évalués par un ergothérapeute.
- Lors de la préparation de votre visite, obtenez le maximum de réponses aux questions de la section 1 afin d'éviter un déplacement inutile.
- Exercez votre jugement face à des situations inhabituelles qui ne sont pas décrites et n'oubliez pas de discuter au besoin avec un ergothérapeute.



Le client est atteint d'une maladie neurologique dégénérative (ex. Parkinson ou sclérose en plaques).

OU

Le client est en fin de vie.

OU

Le client a une contre-indication médicale, quelle qu'elle soit.

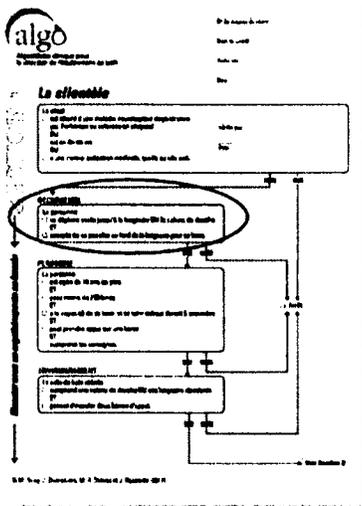
Pourquoi cette question ?

- Parce que le client qui présente une contre-indication médicale, quelle qu'elle soit, ou encore, une condition médicale instable doit être évalué par l'ergothérapeute.

Comment y répondre ?

- Demandez à un membre de votre équipe interdisciplinaire de répondre à ces questions (ex. infirmière, physiothérapeute, travailleur social, ergothérapeute, médecin).
- Notez son nom, la date et sa réponse.
- Si la réponse est *oui*, vous devez vous abstenir de contacter ce client. Sinon, poursuivez la section 1.

Occupation



La personne se déplace seule jusqu'à la baignoire OU la cabine de douche.

Pourquoi cette question ?

- Parce que le client qui se déplace avec l'aide physique d'une autre personne a besoin d'équipement spécialisé pour se transférer ou pour se laver.

Comment y répondre ?

- Observez si le client se déplace devant vous sans l'aide d'une autre personne.
- Vous pouvez poursuivre l'administration de l'Algo même si le client :
 - utilise des aides techniques dans ses déplacements (cane, béquilles, marchette, déambulateur, fauteuil roulant manuel ou électrique, triporteur, quadriporteur) ;
 - a besoin de la supervision d'une personne ou de consignes verbales lorsqu'il se déplace.
- Demandez au client de vous montrer sa salle de bain et observez s'il est capable d'y entrer, bouger et se tourner.
- Observez si le client peut se rendre à côté de la baignoire ou de la cabine de douche.

La personne accepte de ne pas aller au fond de la baignoire pour se laver.

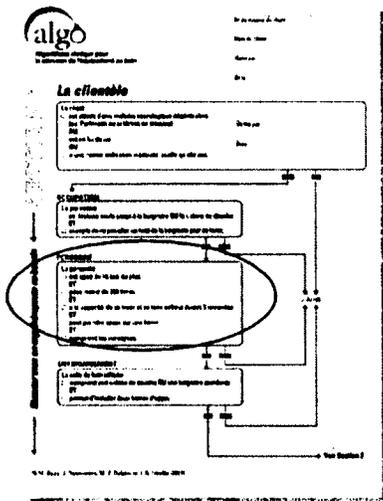
Pourquoi cette question ?

- Parce que plusieurs accidents surviennent lorsqu'un client tente de s'asseoir ou de se lever du fond de la baignoire. Des risques de blessures sont présents pour le client et aussi, pour la personne qui aide le client. Ainsi, le client qui doit tremper dans l'eau pour des raisons médicales ou souhaite poursuivre cette activité doit d'abord être évalué par un ergothérapeute.

Comment y répondre ?

- Demandez au client s'il accepte de se laver debout ou assis sur un siège.
- Demandez au client si le médecin ou l'infirmière lui ont recommandé de tremper dans l'eau.

Personne



La personne est âgée de 18 ans ou plus.

Pourquoi cette question ?

- Parce que le choix de l'équipement est influencé par la croissance et le développement variables des enfants et des adolescents.

Comment y répondre ?

- Au besoin, demandez au client son âge.

La personne pèse moins de 250 livres.

Pourquoi cette question ?

- Parce que les fabricants de sièges de bain indiquent que le poids de la personne doit être inférieur à 250 livres pour une utilisation sécuritaire de l'équipement.

Comment y répondre ?

- Demandez au client son poids, ou encore, demandez-lui si son poids est inférieur ou supérieur à 250 livres. Si vous doutez de l'exactitude de sa réponse, utilisez votre jugement et discutez au besoin avec un ergothérapeute.

La personne a la capacité de se lever et se tenir debout durant 5 secondes.

Pourquoi cette question ?

- Parce que le client incapable de faire cette tâche requiert des équipements spécialisés pour se laver ou utilise des techniques de transfert inhabituelles.

Comment y répondre ?

- Observez si le client se tient debout seul, par exemple lorsqu'il vous accueille à votre arrivée à son domicile.
- Si vous n'avez pas vu le client debout, demandez-lui de se lever devant vous et comptez 5 secondes dans votre tête.
- Pour cette tâche, le client peut prendre appui (ex. marchette, canne, béquilles, table, chaise, mur), mais il doit soutenir le poids de son corps sur au moins une de ses jambes durant 5 secondes.

La personne peut prendre appui sur une barre.

Pourquoi cette question ?

- Parce que tous les clients recevront la recommandation de faire l'ajout de deux barres d'appui murales et vous devez juger si le client sera en mesure de prendre appui sur ces barres.

Comment y répondre ?

- Observez le client durant la rencontre :
 - bouge-t-il les bras et les mains suffisamment ?
 - porte-t-il une orthèse ?
 - peut-il vous serrer la main durant 5 secondes ?
 - a-t-il mal quelque part ?
 - a-t-il des déformations dans les doigts ?

La personne comprend les consignes.

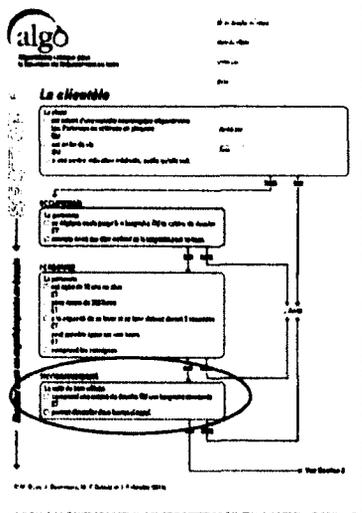
Pourquoi cette question ?

- Parce que le client doit collaborer et comprendre ce que vous lui demandez de faire.

Comment y répondre ?

- Observez si le client a des comportements qui nuisent au déroulement de la rencontre.
- Selon vous, est-ce que le client est confus ?
- Si le client a des problèmes de vision ou d'audition, pouvez-vous communiquer avec lui ?

Environnement



La salle de bain utilisée comprend une cabine de douche OU une baignoire standards.

Pourquoi cette question ?

- Parce que les équipements prévus dans l'Algo s'installent seulement dans une cabine de douche ou une baignoire standards.

Comment y répondre ?

- Observez si la salle de bain utilisée par le client comprend seulement une cabine de douche ou une baignoire non-standards, c.-à-d :
 - un bain podium, en angle ou sur pattes ;
 - une cabine de douche très petite qui limite les mouvements du client.
- Les modèles de baignoire et de cabine de douche sont nombreux : exercez votre jugement et discutez au besoin avec un ergothérapeute.

La salle de bain utilisée permet d'installer deux barres d'appui.

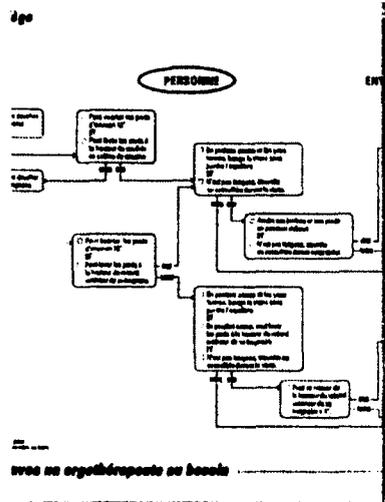
Pourquoi cette question ?

- Parce que tous les clients recevront la recommandation de faire l'ajout de deux barres d'appui murales d'au moins 24" et vous devez juger s'il est possible de les installer. Ces barres permettront au client de se tenir lorsqu'il :
 - entre et sort de la cabine de douche ou de la baignoire ;
 - se lave ;
 - s'assoit et se lève d'un siège de bain, le cas échéant.

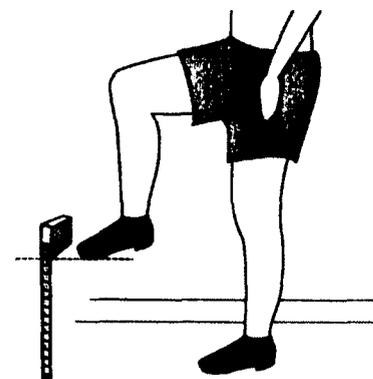
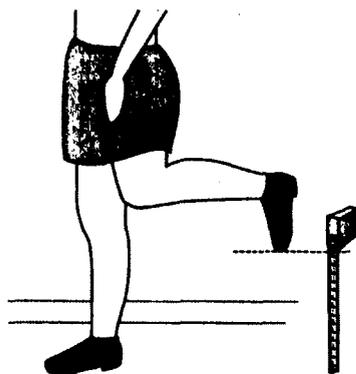
Comment y répondre ?

- Observez le mur du robinet : pensez-vous qu'il est possible d'y installer une barre verticale, dont le centre se situe à la hauteur de la taille du client lorsqu'il est debout ?
- Observez le long mur : pensez-vous qu'il est possible d'y installer une barre horizontale OU oblique (partie haute vers les robinets), dont le centre se situe à la hauteur de la taille du client lorsqu'il est debout ?
- Notez que la position exacte des barres d'appui murales est influencée par l'emplacement des colombages dans les murs, ce que vous n'avez pas à vérifier.

Personne



Prendre note que le client peut lever le pied vers l'avant ou vers l'arrière; observez la hauteur au niveau de la pointe du pied, qui est habituellement le point le plus bas (voir illustrations ci-bas).



Peut écarter les pieds d'environ 12".

Pourquoi cette question ?

- Pour déterminer si le client peut enjamber le seuil de sa cabine de douche OU le rebord extérieur de sa baignoire.

Comment y répondre ?

- Demandez au client de se tenir debout, les pieds à la largeur de ses épaules.
- Pour cette tâche, le client peut prendre appui (ex. marchette, canne, béquilles, table, chaise, mur), mais il doit maintenir la position durant au moins 5 secondes.

Peut lever les pieds à la hauteur du seuil de sa cabine de douche.

OU

Peut lever les pieds à la hauteur du rebord extérieur de sa baignoire.

Pourquoi cette question ?

- Pour déterminer si le client peut enjamber le seuil de sa cabine de douche OU le rebord extérieur de sa baignoire.

Comment y répondre ?

- Prenez d'abord la mesure de la hauteur du rebord extérieur de la baignoire ou de la cabine de douche à l'aide de votre ruban à mesurer, puis bloquez-la avec le cran d'arrêt. Consultez la page 11 pour voir où se prend cette mesure.
- Demandez ensuite au client de se lever debout, puis de lever un pied à la hauteur du seuil de sa cabine de douche OU du rebord extérieur de sa baignoire. Demandez-lui de refaire la tâche avec l'autre pied.
- Pour ces tâches, le client doit :
 1. prendre appui (ex. marchette, canne, béquilles, table, chaise, mur) ;
 2. maintenir les positions durant au moins 5 secondes ;
 3. réussir la tâche avec les deux pieds.

En position assise et les yeux fermés, bouge le tronc sans perdre l'équilibre.

Pourquoi cette question ?

- Pour déterminer si le client a besoin d'un siège avec un dossier.

Comment y répondre ?

- Observez si le client a des pertes d'équilibre lorsqu'il est assis.
- Sinon, demandez-lui de se pencher à droite, à gauche, de regarder le plafond, de lever les bras, de mettre ses mains dans son dos : perd-t-il l'équilibre ?
- Demandez au client de fermer les yeux, puis de bouger le tronc : perd-t-il l'équilibre ? Est-il étourdi ?

N'est pas fatiguée, étourdie ou essouffée durant la visite.

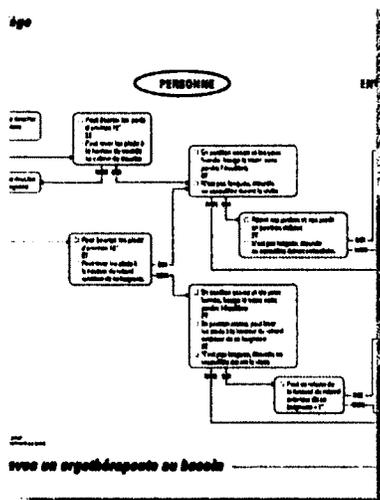
Pourquoi cette question ?

- Pour déterminer si le client a besoin d'un siège avec un dossier.

Comment y répondre ?

- Observez le langage non verbal du client tout au long de votre visite :
 - Montre-t-il des signes de fatigue ?
 - A-t-il des étourdissements ?
 - Semble-t-il essouffé ?
- Demandez-lui s'il apprécierait s'appuyer au dossier d'une chaise pour se reposer durant l'hygiène.

Personne



En position assise, peut lever les pieds à la hauteur du rebord extérieur de sa baignoire.

Pourquoi cette question ?

- Pour déterminer si le client a besoin d'un siège avec un dossier.

Comment y répondre ?

- Utilisez le ruban à mesurer où vous avez bloqué, avec le cran d'arrêt, la mesure de la hauteur du rebord extérieur de la baignoire ou de la cabine de douche.
- Demandez au client, lorsqu'il est assis, de lever un pied à la hauteur du rebord extérieur de sa baignoire, mais sans appuyer son dos contre le dossier de la chaise : perd-t-il l'équilibre ?
- Demandez-lui de refaire la tâche avec l'autre pied : perd-t-il l'équilibre ?

Atteint ses jambes et ses pieds en position debout.

ET

N'est pas fatiguée, étourdie ou essoufflée durant cette tâche.

Pourquoi cette question ?

- Pour déterminer si le client a besoin de s'asseoir pour se laver.

Comment y répondre ?

- Demandez au client de se lever debout, puis de toucher ses cuisses, ses genoux et ses pieds.
- Pour ces tâches, le client doit prendre appui (ex. marchette, canne, béquilles, table, chaise, mur) et peut plier les genoux pour atteindre ses pieds.
- Observez le langage non verbal du client durant cette tâche :
 - Montre-t-il des signes de fatigue ?
 - A-t-il des étourdissements ?
 - Semble-t-il essoufflé ?

Peut se relever de la hauteur du rebord extérieur de sa baignoire + 1".

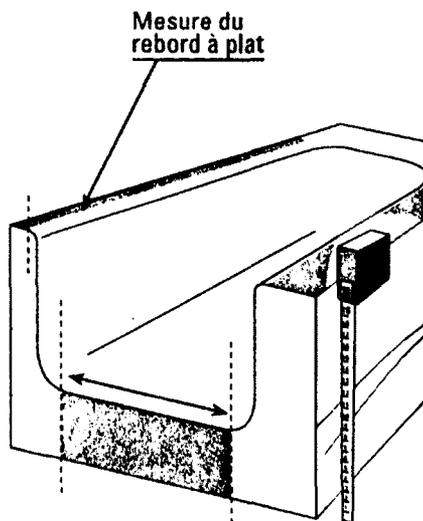
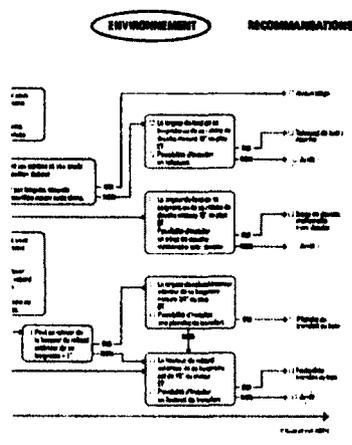
Pourquoi cette question ?

- Pour déterminer si le client peut utiliser une planche de transfert au bain.

Comment y répondre ?

- Mesurez la hauteur du rebord extérieur de sa baignoire et ajoutez 1" à cette mesure.
- Est-ce que la chaise utilisée par le client est plus basse que cette mesure ?
 - Si oui, est-ce que le client se levait sans aide lors des tâches précédentes ?
 - Sinon, identifiez une chaise de la hauteur du rebord extérieur de sa baignoire + 1" et demandez au client de s'y asseoir et de se relever.
- Prendre note que le client peut s'aider avec les appui-bras de la chaise, mais il doit se relever sans l'aide d'une autre personne.

Environnement



La largeur du fond de sa baignoire ou de sa cabine de douche mesure 18" ou plus.

ET

Possibilité d'installer un tabouret.

OU

Possibilité d'installer un siège de douche stationnaire avec dossier.

Pourquoi cette question ?

- Pour déterminer si les caractéristiques de la cabine de douche OU de la baignoire permettent l'installation d'un tabouret bain/douche OU d'un siège de douche stationnaire.

Comment y répondre ?

- Mesurez la largeur du fond de la cabine de douche OU de la baignoire pour vous assurer qu'elle est de 18" ou plus.
- Observez le fond de la cabine de douche OU de la baignoire pour vous assurer qu'il n'a pas de formes particulières (ex : reliefs).

La largeur du rebord intérieur de sa baignoire mesure 3/4" ou plus.

ET

Possibilité d'installer une planche de transfert au bain.

Pourquoi cette question ?

- Pour déterminer si l'aménagement de la salle de bain et les caractéristiques de la baignoire permettent l'installation d'une planche de transfert au bain.

Comment y répondre ?

- Mesurez la largeur du rebord intérieur de la baignoire pour vous assurer qu'il est de 3/4" ou plus pour permettre l'installation d'une planche de transfert.
- Observez les rebords de la baignoire pour vous assurer qu'ils n'ont pas de formes particulières (ex : reliefs).
- Remarquez la présence d'éléments sur les murs de la baignoire qui empêcheraient d'installer une planche de transfert au bain (ex. savonnier encastré, porte-serviette, tablette).
- Les portes de douche coulissantes, s'il y a lieu, doivent être remplacées par un rideau de douche : demandez au client s'il accepte ce changement.

La hauteur du rebord extérieur de sa baignoire est de 19" ou moins.

ET

Possibilité d'installer un fauteuil de transfert au bain.

Pourquoi cette question ?

- Pour déterminer si l'aménagement de la salle de bain et les caractéristiques de la baignoire permettent l'installation d'un fauteuil de transfert au bain.

Comment y répondre ?

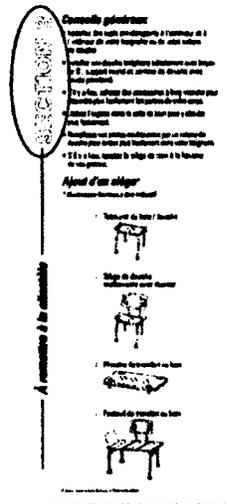
- Mesurez la hauteur du rebord extérieur de la baignoire pour vous assurer qu'elle est plus petite que 19".
- Remarquez la présence dans la salle de bain d'éléments près de la baignoire qui ne sont pas déplaçables et qui empêcheraient d'installer un fauteuil de transfert au bain (ex. cuvette, litière du chat, panier à linge).
- Les portes de douche coulissantes, s'il y a lieu, doivent être remplacées par un rideau de douche : demandez au client s'il accepte ce changement.

SECTION 3

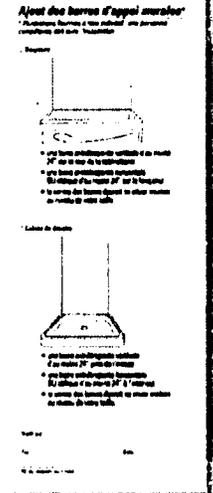
Les recommandations à remettre à la clientèle

- La section 3 est remise au client, à la suite de vos observations.
- Expliquez au client les conseils généraux.
- S'il y a lieu, encerclez le siège de bain qui répond aux besoins du client.
- Cochez le lieu où le client devrait se laver, soit la cabine de couche OU la baignoire.
- Illustrez l'emplacement des deux barres d'appui murales, en dessinant les robinets comme point de repère.
- Inscrivez votre nom, la date, vos coordonnées et le numéro de dossier du client.
- N'oubliez pas de discuter au besoin avec un ergothérapeute.

Recto



Verso

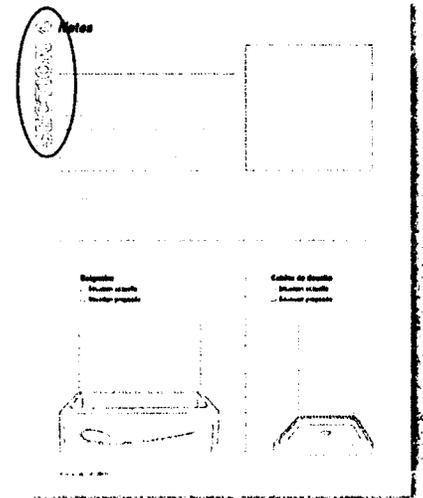


Section détachable

SECTION 4

Les notes

- La section 4 vous permet de noter vos questions et de documenter vos observations, selon vos besoins.
- Vous pouvez compléter les dessins selon vos préférences, entre autres pour faciliter les discussions éventuelles avec un ergothérapeute.



Exemple de l'Algo complété



Algorithme clinique pour la sélection de l'équipement au bain

00-123-456
 N° de dossier du client
 M. C. Hotel
 Nom du client
 Simone Rud
 Visité par
 12-01-2011
 Date

SECTION 1

La clientèle

Le client

- est atteint d'une maladie neurologique dégénérative (ex. Parkinson ou sclérose en plaques)
- OU
- est en fin de vie
- OU
- a une contre-indication médicale, quelle qu'elle soit.

Louise Lambert
 Vérifié par
 11-01-2011
 Date

Discuter avec un ergothérapeute au besoin

OCCUPATION

La personne

- se déplace seule jusqu'à la baignoire OU la cabine de douche
- ET
- accepte de ne pas aller au fond de la baignoire pour se laver.

PERSONNE

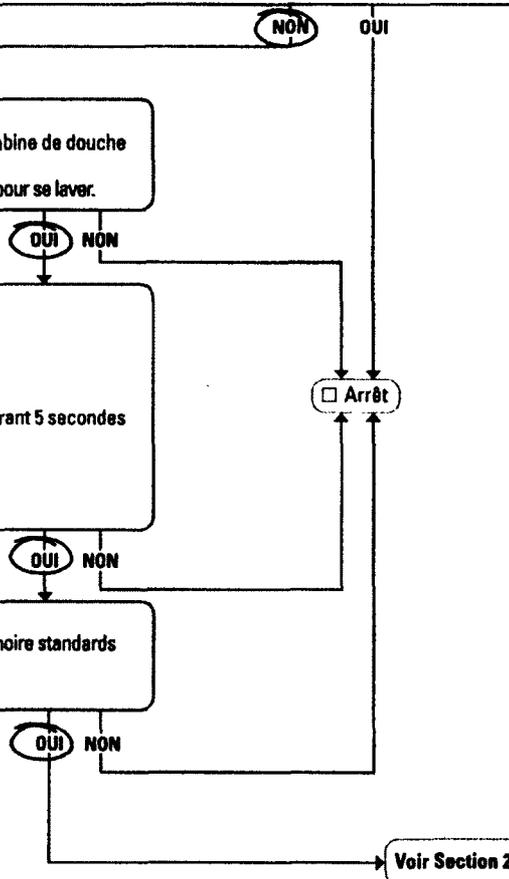
La personne

- est âgée de 18 ans ou plus
- ET
- pèse moins de 250 livres
- ET
- a la capacité de se lever et se tenir debout durant 5 secondes
- ET
- peut prendre appui sur une barre
- ET
- comprend les consignes.

ENVIRONNEMENT

La salle de bain utilisée

- comprend une cabine de douche OU une baignoire standards
- ET
- permet d'installer deux barres d'appui.

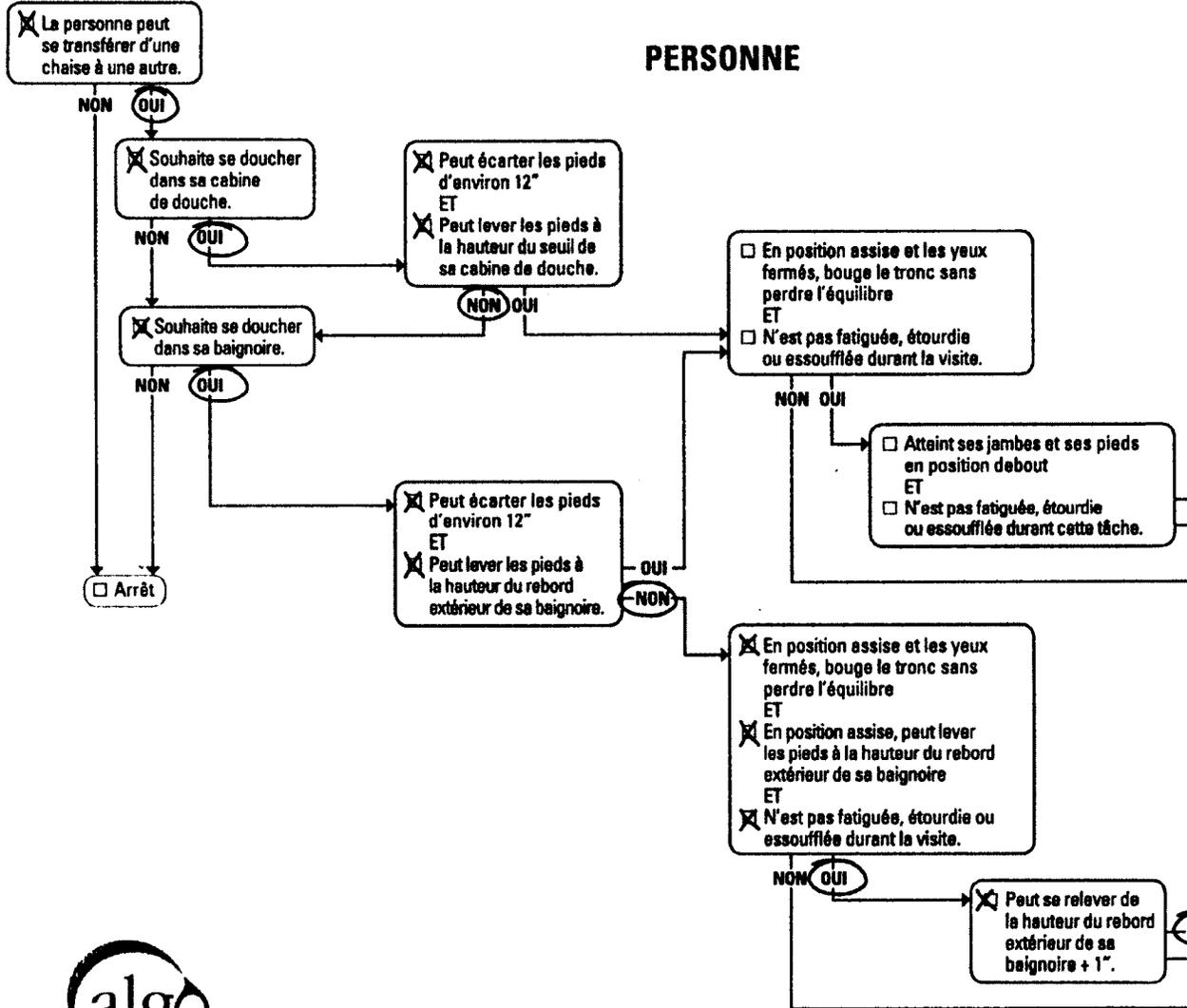


SECTION 2

Le choix du siège

OCCUPATION

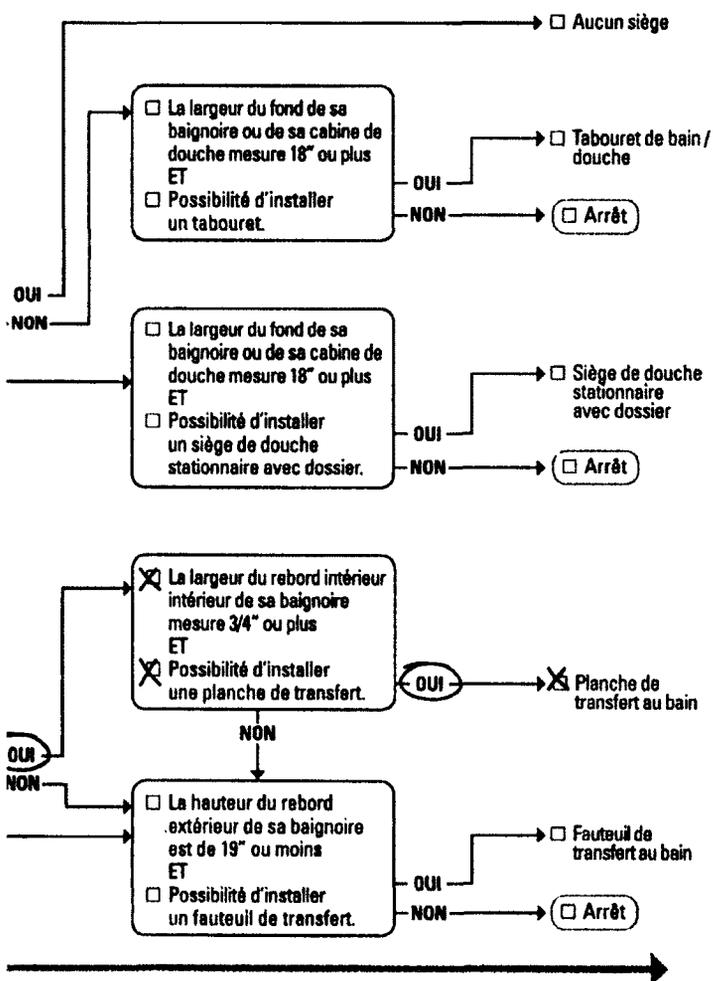
PERSONNE



Discuter avec un ergothérapeute au besoin

ENVIRONNEMENT

RECOMMANDATIONS



© Guay et coll. (2011)

Conseils généraux

- Installez des tapis antidérapants à l'extérieur et à l'intérieur de votre baignoire ou de votre cabine de douche.
- Installez une douche téléphone (idéalement avec boyau de 6', support mural et pomme de douche avec coude pivotant).
- S'il y a lieu, achetez des accessoires à long manche pour atteindre plus facilement les parties de votre corps.
- Libérez l'espace dans la salle de bain pour y circuler plus facilement.
- Remplacez vos portes coulissantes par un rideau de douche pour entrer plus facilement dans votre baignoire.
- S'il y a lieu, ajustez le siège de bain à la hauteur de vos genoux.

Ajout d'un siège*

* Illustrations fournies à titre indicatif

- Tabouret de bain / douche



- Siège de douche stationnaire avec dossier



- Planche de transfert au bain



- Fauteuil de transfert au bain

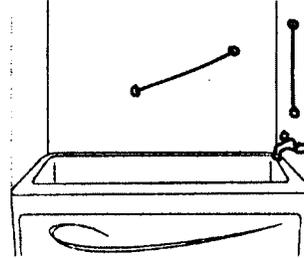


© Guay, Desrosiers, Dubois et Robitaille (2011)

Ajout des barres d'appui murales*

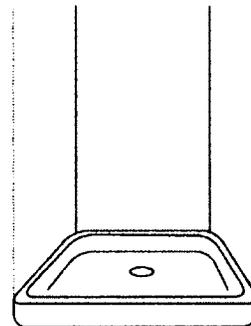
* Illustrations fournies à titre indicatif : une personne compétente doit faire l'installation

- Baignoire



- une barre antidérapante verticale d'au moins 24" sur le mur de la robinetterie
- une barre antidérapante horizontale OU oblique d'au moins 24" sur le long mur
- le centre des barres devrait se situer environ au niveau de votre taille.

- Cabine de douche



- une barre antidérapante verticale d'au moins 24" près de l'entrée
- une barre antidérapante horizontale OU oblique d'au moins 24" à l'intérieur
- le centre des barres devrait se situer environ au niveau de votre taille.

Simone Ruel

Visité par

123-456-7890

12-01-2011

Tél.

Date

00-123-456

N° de dossier du client

Recto

Verso

SECTION 4

Notes

- Je dois parler fort.

mais M. comprend ce que je lui demande.

- M. veut savoir si son fils

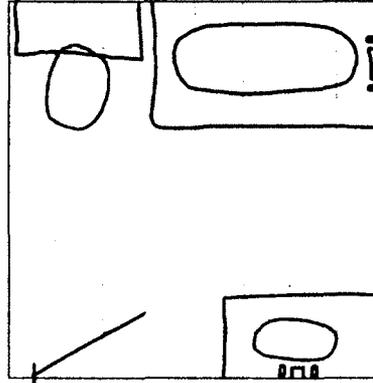
peut installer les barres:

vérifier avec l'orgo.

- Le client accepte d'enlever

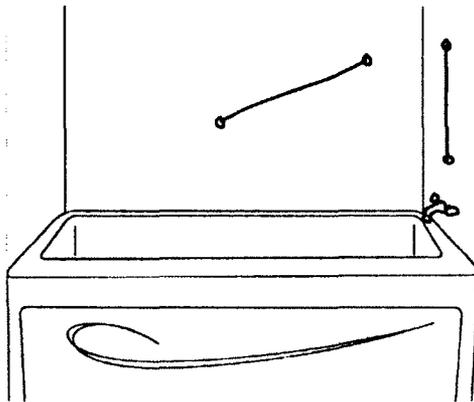
les portes coulissantes.

Son fils l'aidera.



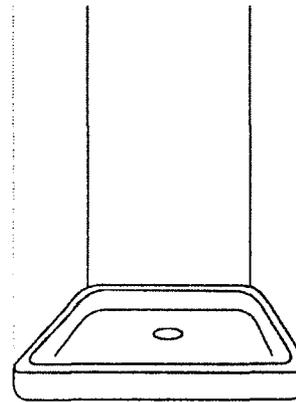
Baignoire

- Situation actuelle
- Situation proposée



Cabine de douche

- Situation actuelle
- Situation proposée



© Guay et coll. (2011)

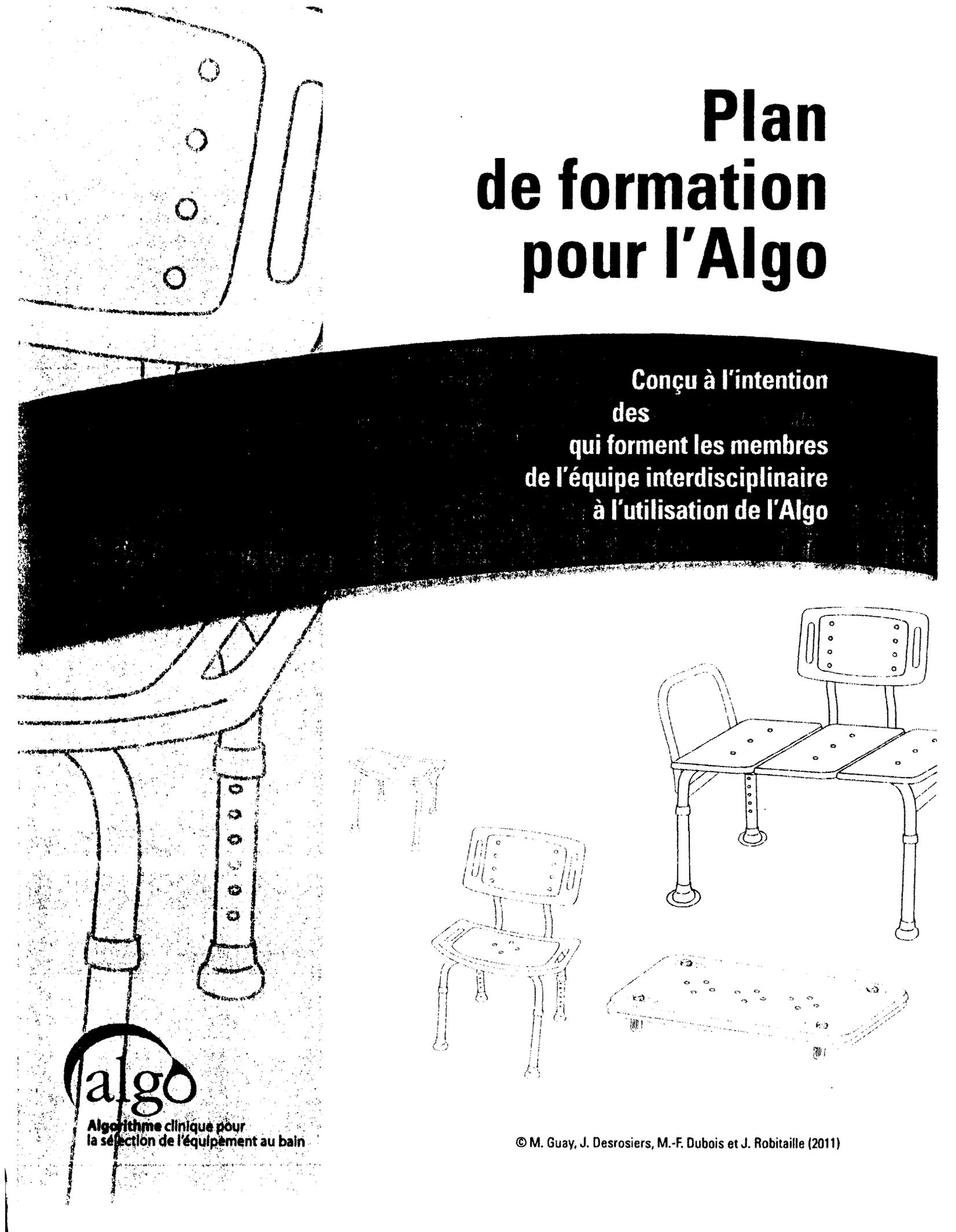


Algorithme clinique pour
la sélection de l'équipement au bain



Plan de formation pour l'Algo

Conçu à l'intention
des
qui forment les membres
de l'équipe interdisciplinaire
à l'utilisation de l'Algo



algo

Algorithme clinique pour
la sélection de l'équipement au bain

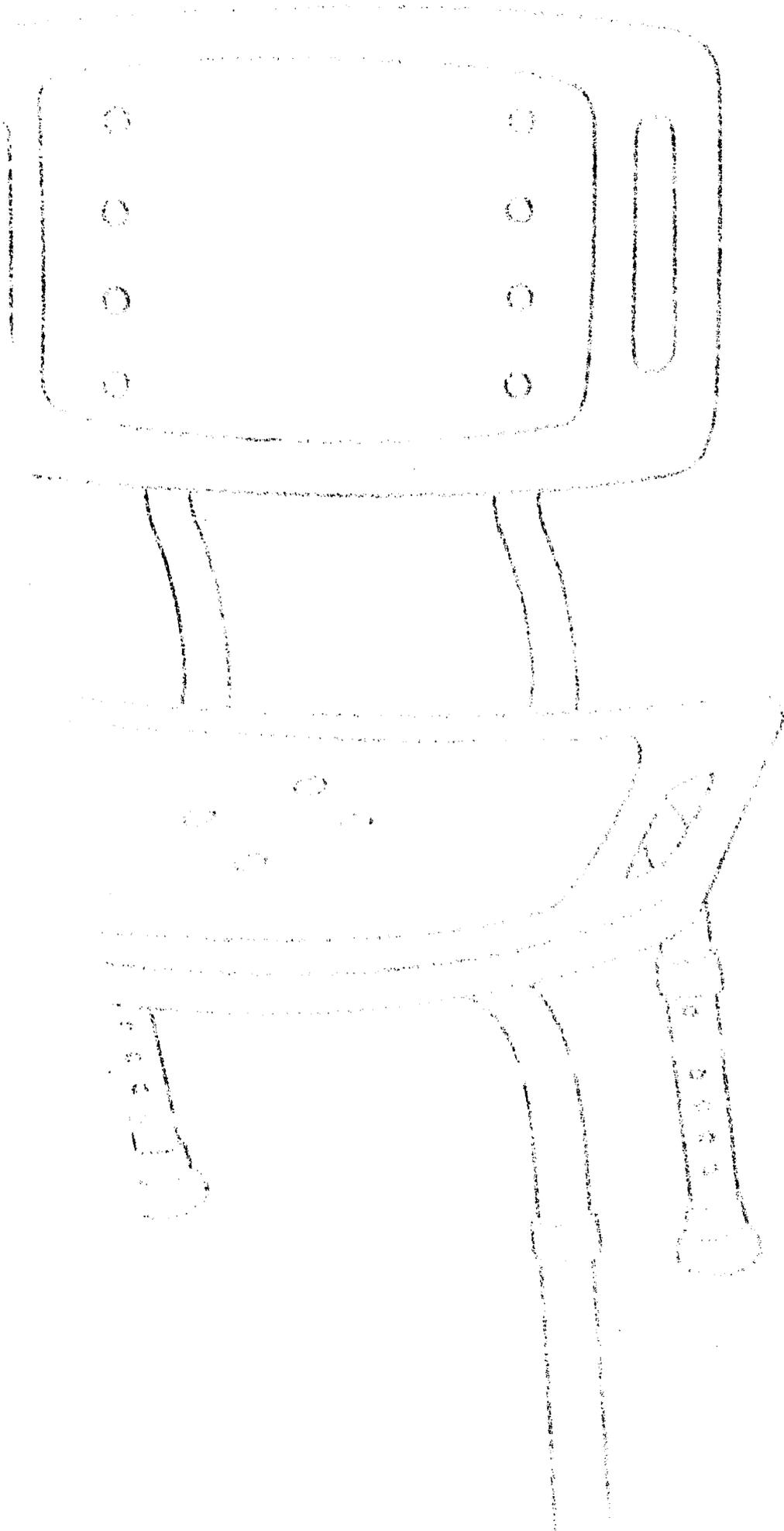


Table des matières

Le préambule.....	2
Les objectifs de la formation.....	3
Le matériel	3
Le déroulement de la formation	4
Les mises en situation pour le personnel non-ergothérapeute	6
Histoire de cas 1	6
Histoire de cas 2	7
Histoire de cas 3	7
Histoire de cas 4	7
Histoire de cas 5	7
Les mises en situation pour les ergothérapeutes	8
Histoire de cas 1	8
Histoire de cas 2	9
Histoire de cas 3	9
Histoire de cas 4	9
Histoire de cas 5	10
Histoire de cas 6	10
Travail préparatoire	11
Réflexion sur les apprentissages	13
Mini-test	12
Évaluation de la formation	13

Note : Afin de faciliter la lecture du texte, un seul genre a été retenu pour indiquer le féminin et le masculin.
© M. Guay, J. Desrosiers, M.-F. Dubois et J. Robitaille (2011)



Le préambule

L'Algo est un outil d'aide à la décision conçu pour répondre aux besoins des milieux qui engagent le personnel non-ergothérapeute dans la détermination du choix de l'équipement pour l'hygiène du client dans son domicile. Cette formation a été élaborée dans le but de présenter d'une façon interactive l'historique du développement de l'Algo, son contenu, et son utilisation. Elle vise donc à bonifier la simple lecture de l'Algo et ses documents d'accompagnement.

Cette formation est destinée aux membres de l'équipe interdisciplinaire qui souhaitent utiliser l'Algo dans leur milieu clinique. Elle devrait être offerte par deux ergothérapeutes qui maîtrisent l'ensemble des connaissances en lien avec l'utilisation de l'Algo. Les ergothérapeutes sélectionnés devraient être crédibles et influents, démontrer du leadership et détenir des habiletés de communication.

La formation comprend deux rencontres d'une demi-journée chacune, en groupe, et des périodes de travail individuel avant chaque rencontre, pour une durée totale de 8 heures. Les méthodes d'apprentissage utilisées sont la lecture réflexive, les exposés, les discussions de groupe et les ateliers pratiques.

Le nombre de participants prévu est :

- au minimum deux membres du personnel non-ergothérapeute et un(e) ergothérapeute ;
- au maximum neuf participants.

Les gestionnaires sont encouragés à assister à l'exposé de présentation (75 minutes) afin de comprendre le contexte du développement et de l'utilisation de l'Algo.



Les objectifs de la formation

À la suite de cette formation, le participant sera en mesure de :

- Comprendre le contexte du développement et de l'utilisation de l'Algo, incluant la collaboration interdisciplinaire ;
- Travailler avec l'Algo par l'acquisition des connaissances, des habiletés et des compétences nécessaires à son utilisation ;
- Utiliser efficacement la documentation fournie avec l'Algo ;
- Développer un lien avec des utilisateurs de l'Algo et des personnes-ressources.

Le matériel

Pour chacune des rencontres, chaque participant doit avoir :

- Personnel non-ergothérapeute : un gallon à mesurer rigide avec cran d'arrêt (minimum 24 pouces), l'Algo et le guide d'utilisation ;
- Ergothérapeutes : l'Algo, le guide d'utilisation et le manuel de référence.

Pour la deuxième rencontre, la formation doit se dérouler dans un endroit comprenant :

- Une salle de bain avec baignoire standard (c.-à-d. pas de bain podium, sur pattes ou en angle) ;
- Deux chaises (avec ou sans appui-bras, sans roulettes) ;
- Au moins une aide à la mobilité (ex. : canne ou marchette).

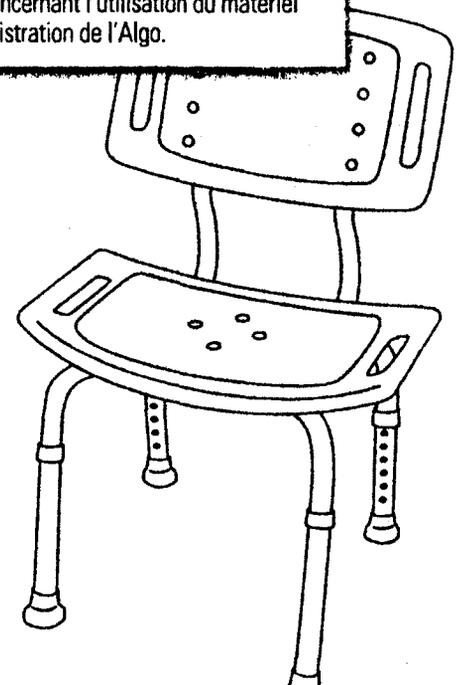
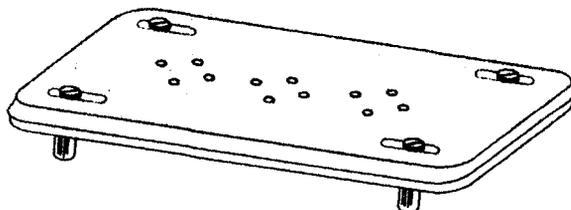
Le déroulement de la formation

Travail individuel préalable à la rencontre #1

Activité	Contenu	Échéance
Travail préparatoire (voir page 12)	Réflexion sur les croyances et les attentes face à la formation.	Remettre à l'un des formateurs au moins une semaine avant la première rencontre.

Rencontre #1

Partie 1	Tous les participants	
Durée 75 min.	Présentation des participants Exposé sur les sujets suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Le contexte du développement de l'outil ; • Le modèle de pratique retenu pour la création de l'Algo ; • L'Algo et les documents d'accompagnement ; • Les rôles et responsabilités de chacun en lien avec l'utilisation de l'Algo dans le milieu : le personnel non-ergothérapeute, l'ergothérapeute, l'ergothérapeute-partenaire, les gestionnaires. 	
Durée 15 min.	Pause	
Partie 2	Personnel non-ergothérapeute	Ergothérapeute(s)
Durée 2 h	Retour sur le travail préparatoire : échange sur les perceptions concernant l'utilisation d'un outil dans le milieu (remettre aux participants la copie de leur travail individuel complété préalablement à la rencontre). Présentation du guide et de l'Algo à l'aide d'exemples permettant l'utilisation des deux documents pour chacune des sections. Enseignement de l'utilisation du matériel lors de l'administration de l'Algo.	Retour sur le travail préparatoire : échange sur les perceptions concernant l'utilisation d'un outil dans le milieu (remettre aux participants la copie de leur travail individuel complété préalablement à la rencontre). Présentation du guide, du manuel et de l'Algo à l'aide d'exemples permettant l'utilisation des trois documents pour chacune des sections. Explications concernant l'utilisation du matériel lors de l'administration de l'Algo.



Le déroulement de la formation (suite)

Travail individuel préalable à la rencontre #2

Activité	Contenu	Échéance
Lecture individuelle	L'Algo, le guide d'utilisation (personnel non-ergothérapeute et ergothérapeutes), le manuel de référence (ergothérapeutes).	Avant la deuxième rencontre.
Mini-test (voir page 12)	Questions à choix de réponse / réponse courte sur les informations présentées dans le guide d'utilisation.	Avant la deuxième rencontre.

Rencontre #2

Partie 1	Personnel non-ergothérapeute	Ergothérapeute(s)
Durée 45 min.	Retour sur la rencontre #1 : questions et impressions des participants. Retour sur le mini-test : échange des réponses entre les participants. Retour sur le guide d'utilisation : questions et impressions des participants.	Retour sur la rencontre #1: questions et impressions du/des participant(s). Échange sur le mini-test. Retour sur le guide et le manuel d'utilisation : questions et impressions du / des participant(s).
Partie 2	Tous les participants	
Durée 30 min.	Démonstration de l'utilisation de l'Algo par les formateurs	
Durée 15 min.	Pause	
Partie 3	Personnel non-ergothérapeute	Ergothérapeute(s)
Durée 90 min.	Mises en situation (voir page 6) : <i>L'ergothérapeute-formateur joue le rôle d'au moins deux clients présentant des niveaux fonctionnels différents ;</i> <i>Un membre du personnel non-ergothérapeute utilise l'Algo et le guide ; les autres participants observent et offrent le soutien nécessaire en se référant aux documents.</i>	Mises en situation (voir page 8) : <i>L'ergothérapeute-formateur joue le rôle d'au moins deux membres du personnel non-ergothérapeute qui se réfèrent à l'ergothérapeute dans le processus d'utilisation de l'Algo ;</i> <i>Un ergothérapeute utilise l'Algo, le guide et le manuel pour répondre aux questions ; les autres ergothérapeutes observent et offrent le soutien nécessaire en se référant aux documents.</i>
Partie 4	Tous les participants	
Durée 30 min.	Période de questions Travail individuel : <ul style="list-style-type: none"> • Réflexion sur les apprentissages (voir page 13) ; • Évaluation de la formation (voir page 15) Conclusion	

Les mises en situation pour le personnel non-ergothérapeute

Les histoires suivantes sont proposées aux ergothérapeutes-formateurs pour guider les mises en situation avec le personnel non-ergothérapeute. Chaque histoire mène à un choix d'équipement différent. L'un des ergothérapeute-formateur est appelé à jouer le rôle d'une personne visitée à domicile par un des participants. Au moins deux mises en situations, qui peuvent être choisies en fonction des éléments discutés à la première partie de la rencontre, doivent être présentées au cours de la formation.



Durant la période prévue pour les mises en situation, l'ergothérapeute-formateur doit vérifier que le personnel non-ergothérapeute :

- Obtient les informations de la section 1 avant de poursuivre ;
- Indique le cheminement au fur et à mesure ;
- Complète la partie détachable (recto et verso) ;
- Suggère de l'information qu'il pourrait inscrire dans les notes (section 4).

Les mises en situation de déroulent de la façon suivante :

- Le formateur désigne un apprenant et lui dit le nom de la personne qu'il / elle vient « visiter » ;
- Le participant désigné sort de la pièce avant l'histoire de cas afin de reproduire une arrivée au domicile du client (ex. : observation de la mobilité de la personne à l'arrivée) ;
- Le participant désigné complète l'Algo. Il est encouragé à solliciter l'aide de ses collègues, et non du formateur, pour répondre aux questions durant la mise en situation. Si nécessaire, l'ergothérapeute-formateur peut clarifier en référant les participants aux sections correspondantes du guide d'utilisation ;
- Le formateur offre aux participants de la rétroaction sur les connaissances, les habilités et les compétences (ex. attitude, niveau de langage, utilisation du matériel, décisions).

Histoire de cas 1

Mme Archambault demeure assise lorsque la porte sonne et, à partir de son fauteuil, crie à la personne d'entrer. Elle dit qu'elle a de la difficulté à marcher depuis plusieurs mois à cause de ses problèmes de genoux, c'est pourquoi elle ne se donne plus la peine d'aller répondre à la porte. Elle dit que cela lui occasionne des problèmes quand vient le temps de prendre son bain. En fait, elle a aussi pris du poids depuis qu'elle ne marche plus autant ; elle finit par avouer qu'elle frôle maintenant 250 livres...

Réponse : « arrêt » car poids probablement supérieur à 250 livres.

Histoire de cas 2

M. Audet est un jeune retraité qui demeure dans un condo. Il répond à la porte avec enthousiasme, serre vivement la main de la personne qui lui rend visite et reste debout pour discuter dans l'entrée. Il dit qu'il avait hâte d'avoir la visite d'un intervenant pour voir sa salle de bain ; il a entendu parler qu'avec l'âge, on peut perdre l'équilibre facilement et il ne voudrait surtout pas que cela lui arrive durant sa douche.

Même s'il y a une baignoire, M. Audet a l'habitude de s'y doucher, debout. Il exécute toutes les tâches demandées dans l'Algo sans présenter de signe de fatigue.

Réponse : *Aucun siège*

Histoire de cas 3

Mme Tremblay vient répondre tranquillement à la porte (elle crie « J'arrive! J'arrive! ») ; elle se déplace avec une marchette (ou une canne). Elle transfère lentement d'une chaise à l'autre mais sans difficulté. Elle peut écarter ses pieds d'environ 12 " et les lever à la hauteur du rebord extérieur de sa baignoire. En position assise, elle bouge bien le tronc sans perdre l'équilibre et n'est pas fatiguée. Par contre, elle ne peut pas toucher à ses pieds lorsqu'elle est debout, même en pliant les genoux.

Réponse : *Selon la mesure prise du fond de la baignoire utilisée pour la mise en situation :
« tabouret de bain / douche » ou « arrêt / consultation avec l'ergothérapeute ».*

Histoire de cas 4

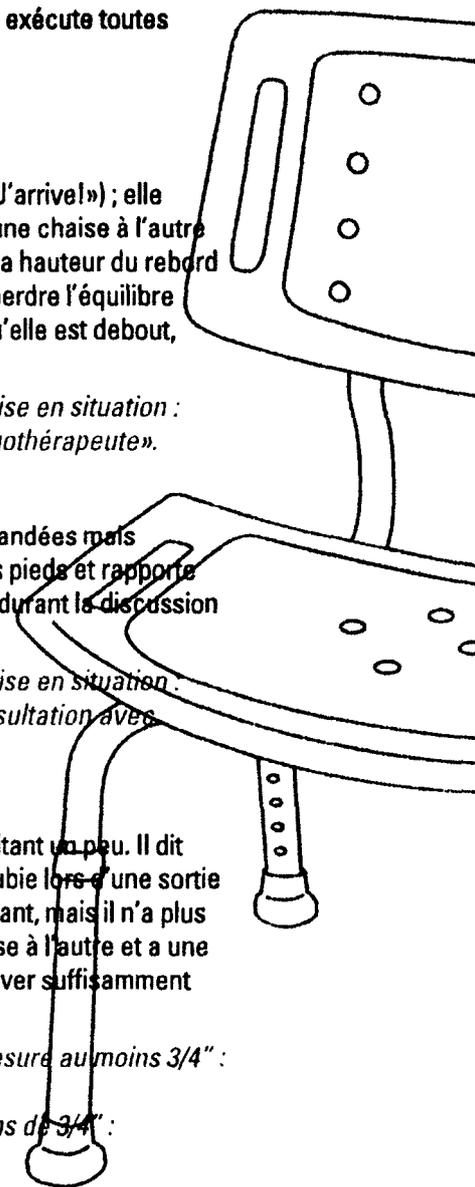
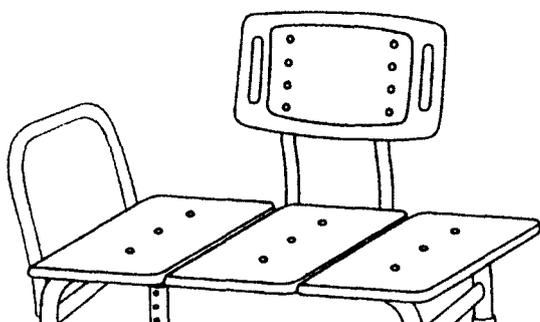
Mme Simard se déplace sans difficulté, elle effectue toutes les tâches demandées mais présente des signes d'essoufflement lorsqu'elle se penche pour toucher les pieds et rapporte qu'elle ne peut pas rester debout trop longtemps, ce qui peut être partagé durant la discussion initiale ou entre les tâches.

Réponse : *Selon la mesure prise du fond de la baignoire utilisée pour la mise en situation :
« siège de douche stationnaire avec dossier » ou « arrêt / consultation avec l'ergothérapeute ».*

Histoire de cas 5

M. Plante, âgé de 25 ans, vient ouvrir la porte. Il se déplace sans aide en boitant un peu. Il dit qu'il a encore de la douleur à la jambe gauche, même si la fracture qu'il a subie lors d'une sortie de ski remonte à plusieurs mois. Depuis, sa jambe ne bouge plus comme avant, mais il n'a plus de contre-indications médicales. Il n'a pas de difficulté à passer d'une chaise à l'autre et a une bonne endurance (pas de fatigue ni étourdissements), mais il ne peut pas lever suffisamment le pied à la hauteur du rebord de la baignoire.

Réponse : *Si le rebord de la baignoire utilisée pour la mise en situation mesure au moins 3/4" :
« planche de transfert »
Si le rebord de la baignoire de la mise en situation mesure moins de 3/4" :
« fauteuil de transfert » l'ergothérapeute.*



Les mises en situation pour les ergothérapeutes

Les histoires de cas suivantes sont proposées à l'ergothérapeute-formateur de l'Algo pour guider les mises en situation avec les ergothérapeutes participant à la formation. Chaque histoire propose une situation où un membre du personnel non-ergothérapeute sollicite l'opinion de l'ergothérapeute dans le processus d'administration de l'Algo. L'ergothérapeute-formateur est appelé à jouer le rôle du personnel non-ergothérapeute. Au moins deux mises en situations, qui peuvent être choisies en fonction des éléments discutés à la première partie de la rencontre, doivent être présentées au cours de la formation.

Durant la période prévue pour les mises en situation, l'ergothérapeute-formateur doit vérifier que l'ergothérapeute :

- S'approprie les informations comprises dans l'Algo, le guide et le manuel
- Explore les impacts de l'utilisation de l'Algo sur le respect de ses obligations et responsabilités professionnelles
- Se questionne sur les modalités d'implantation de l'outil dans son milieu.

Les mises en situation se déroulent de la façon suivante :

- Le formateur désigne, si applicable, un ergothérapeute et lui pose sa « question » ;
- L'ergothérapeute répond en se référant au besoin au guide d'utilisation (à l'intention du personnel non-ergothérapeute) et à son manuel d'utilisation (à l'intention des ergothérapeutes). Il est encouragé à solliciter l'aide de ses collègues, et non du formateur, pour répondre aux questions durant la mise en situation ;
- Le formateur offre de la rétroaction sur les conseils fournis et les actions prises par l'ergothérapeute.

Histoire de cas 1

« Mme Archambault est ouverte à l'idée d'ajouter un siège dans sa baignoire, mais elle souhaite tout de même se rendre au fond de la baignoire à l'occasion pour se laver. Est-ce que je peux compléter l'Algo avec elle ? »

Réponse : *Le personnel non-ergothérapeute peut répondre au besoin de se laver en position assise sur un siège ou en position debout dans la baignoire/cabine de douche. Mais il doit s'abstenir de formuler des recommandations pour l'hygiène au fond de la baignoire puisque le risque de préjudice est élevé (page 6 du manuel d'utilisation).*

Histoire de cas 2

« M. Audet a besoin d'un tabouret pour se laver à l'intérieur de la baignoire car il ne peut rejoindre ses pieds. Dans la salle de bain, il y a une vanité juste à côté du bain, au mur de la robinetterie. Il ne pourrait donc pas utiliser une barre d'appui de ce côté pour se rendre à l'intérieur de la baignoire. Il me demande s'il peut poser une barre d'appui au mur opposé. Est-ce une bonne idée ? »

Réponse : Une barre d'appui pourrait être ajoutée au mur opposé afin de permettre un appui lorsque M. enjambe le rebord de la baignoire. Cependant, il devra alors s'asseoir de dos à la robinetterie (étant donné la présence d'un tabouret) et l'accès à la robinetterie serait difficile. L'ajout d'une barre amovible sur le rebord de la baignoire est une solution envisageable, mais cet équipement ne fait pas partie de l'Algo. En effet, les facteurs du client et de l'environnement à mettre en relation en font une situation complexe (page 12 du manuel d'utilisation). L'ergothérapeute doit donc intervenir. Par exemple, l'ergothérapeute peut juger qu'il est souhaitable de visiter le client lui-même, autoriser le personnel non-ergothérapeute à prêter une barre fixée à la baignoire ou discuter par téléphone avec le client. Dans toutes ces situations, il s'agit d'une intervention en ergothérapie qui devrait donner lieu à une note au dossier.

Histoire de cas 3

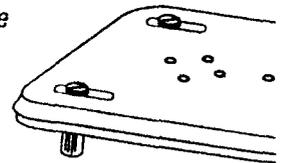
« Mme Tremblay a complété toutes les étapes de l'Algo et j'arrive à « aucun siège ». Par contre, elle me dit qu'elle a des étourdissements occasionnels. Est-ce que je peux lui proposer un autre siège ? Il me semble qu'un siège de douche stationnaire avec dossier serait une bonne idée. »

Réponse : Malgré que les symptômes d'étourdissements n'aient pas été observés durant la passation de l'Algo, ils ont tout de même été rapportés par la cliente. Il faudra s'assurer que le fond de la baignoire mesure au moins 18" afin de compléter les éléments menant au choix du siège de douche stationnaire avec dossier, qui demeure un bon choix. Toutefois, l'ergothérapeute pourra décider d'intervenir lui-même en voulant vérifier plus en détails l'histoire médicale de la cliente en lien avec l'origine de ces étourdissements. Sans égard pour l'intervention effectuée par l'ergothérapeute, il s'agit d'une intervention ergothérapeutique qui devrait donner lieu à une note au dossier.

Histoire de cas 4

« J'arrive à « fauteuil de transfert » avec M. Fortin. Mais il me semble que ça ne marchera pas. C'est un grand homme et la salle de bain est si petite... Est-ce qu'il pourrait rajouter des extensions aux pattes du fauteuil de transfert pour qu'il puisse être plus confortable ? »

Réponse : Selon les critères de l'Algo, il s'agit d'une situation clinique complexe pour laquelle l'intervention de l'ergothérapeute est requise (page 6). Cependant, en fonction de sa connaissance des habiletés du personnel non-ergothérapeute avec qui il collabore ainsi que de ses expériences antérieures, l'ergothérapeute peut décider de procéder au prêt de rallonge de pattes tel que suggéré. Toutefois, l'ergothérapeute est toujours responsable de l'avis professionnel qu'il formule et devra en rendre compte dans sa tenue de dossier pour ce client.



Histoire de cas 5

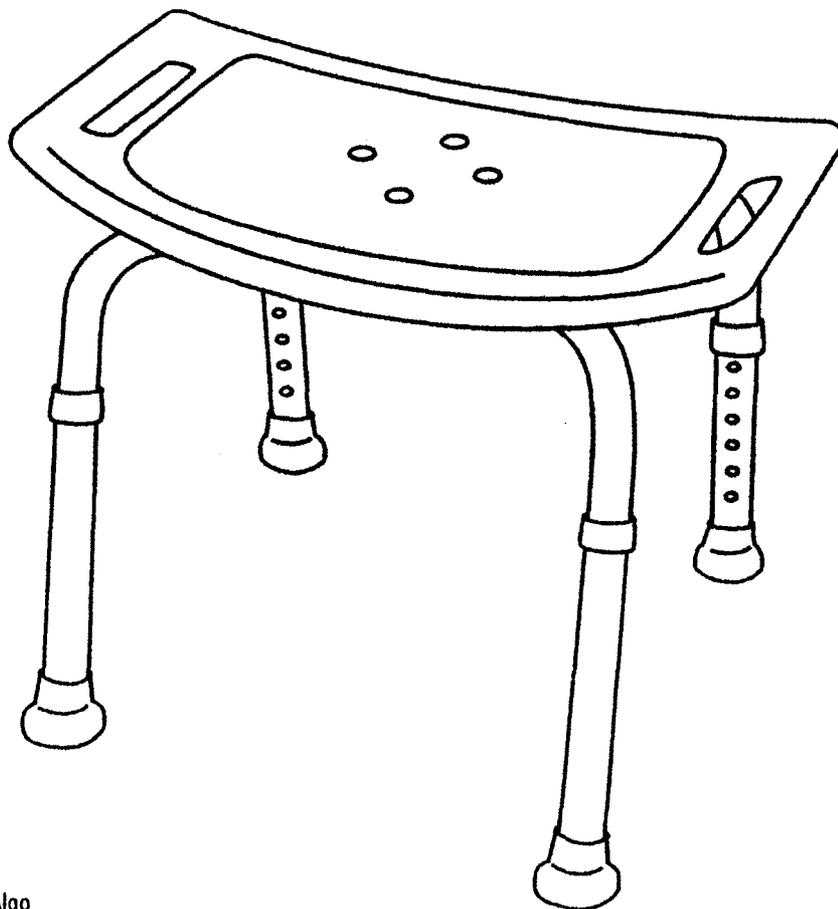
« On a complété la section 1 avant que je contacte Mme Tartempion et ça dit que son bain est standard. Mais durant ma visite, je vois qu'il y a une tablette fixée au long mur. Est-ce que c'est quand même une baignoire standard ? J'arrive à « tabouret » pour le siège .»

Réponse : Pour bien répondre à la question, il est important de vérifier si un croquis de la situation actuelle a été fait à la section 4 de l'Algo afin de voir si la tablette empiète sur l'espace nécessaire pour l'installation d'un tabouret ou d'une barre d'appui. Un ergothérapeute qui formule un conseil pour un client spécifique a effectué une intervention en ergothérapie et doit en rendre compte dans sa tenue de dossier.

Histoire de cas 6

« J'ai fait l'Algo avec Mme Tremblay et tout va bien, ça m'indique qu'elle a besoin d'un tabouret. Sauf que le fond du bain mesure 17" de large. Est-ce que je peux prêter le petit tabouret rond pour que ça rentre dans le bain ? »

Réponse : L'ergothérapeute juge de la meilleure conduite à tenir dans cette situation en considérant, entre autres, les équipements disponibles dans sa flotte et les politiques et procédures prévues dans son établissement. Aussi, l'ergothérapeute pourrait souhaiter connaître la largeur du bassin de Mme Tremblay afin de s'assurer qu'un siège étroit répond à ses besoins. Un ergothérapeute qui formule un conseil pour un client spécifique a effectué une intervention en ergothérapie et doit en rendre compte dans sa tenue de dossier.



Travail préparatoire

Afin de vous préparer à la formation sur l'Algo, veuillez répondre individuellement aux questions suivantes :

1. Selon vous, qu'est-ce que l'Algo ?

- a. Un arbre de décision
- b. Une évaluation
- c. Une brochure d'information
- d. Un ensemble de politiques et procédures

2. L'Algo a été développé pour être utilisé par :

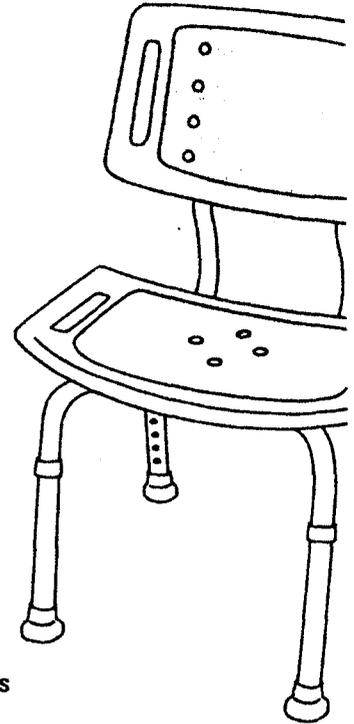
- a. Le personnel non-ergothérapeute
- b. Les auxiliaires
- c. Les ergothérapeutes
- d. Les gestionnaires
- e. Les clients

3. Mes attentes pour cette formation (ce que j'aimerais apprendre, ce que j'aimerais comprendre, ce que je voudrais clarifier) sont :

Vous devez acheminer ce document complété au moins une semaine avant la formation à l'adresse suivante :

au moins une semaine avant la formation.

Au plaisir de vous rencontrer !



Mini-test

1. Le personnel non-ergothérapeute qui utilise l'Algo apporte à domicile :

- Un crayon
- Le guide d'utilisation.
- Un ruban à mesurer
- Une copie de l'Algo
- L'ensemble de ces réponses

2. Le modèle de pratique qui a été retenu lors du développement de l'Algo est :

- L'Approche globale de la situation de travail de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS)
- Le Modèle canadien de rendement occupationnel et de participation (MCRO-P)

3. Vrai ou faux :

- Le personnel non-ergothérapeute peut utiliser l'Algo avec un adolescent pour choisir un équipement à installer dans la baignoire. Vrai Faux
- La section 1 de l'Algo est complétée exclusivement au domicile du client. Vrai Faux
- Dans la section 2 de l'Algo, le personnel non-ergothérapeute doit, s'il y a lieu, tenir compte de l'équipement utilisé par la personne. Vrai Faux
- La section 4 de l'Algo est disponible pour l'ergothérapeute afin qu'il rédige son rapport d'évaluation. Vrai Faux

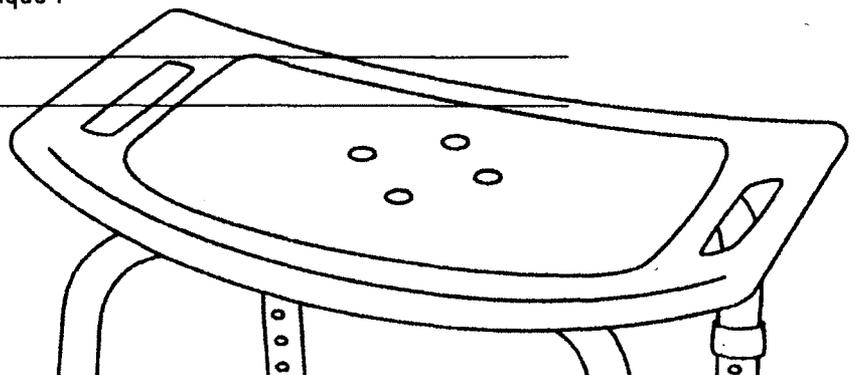
4. Dans la section 3 de l'Algo, le personnel non-ergothérapeute devrait (cochez toutes les bonnes réponses) :

- Toujours encercler un siège de bain
- Illustrer l'emplacement exact des barres d'appui murales
- Inscrire le numéro de dossier du client, et son propre nom et ses coordonnées au travail

5. Un client refuse de faire une des tâches prévues à la section 2.

Que devrait faire le personnel non-ergothérapeute ?

6. Que devrait faire le personnel non-ergothérapeute qui rencontre un client avec une déformation musculo-squelettique ?



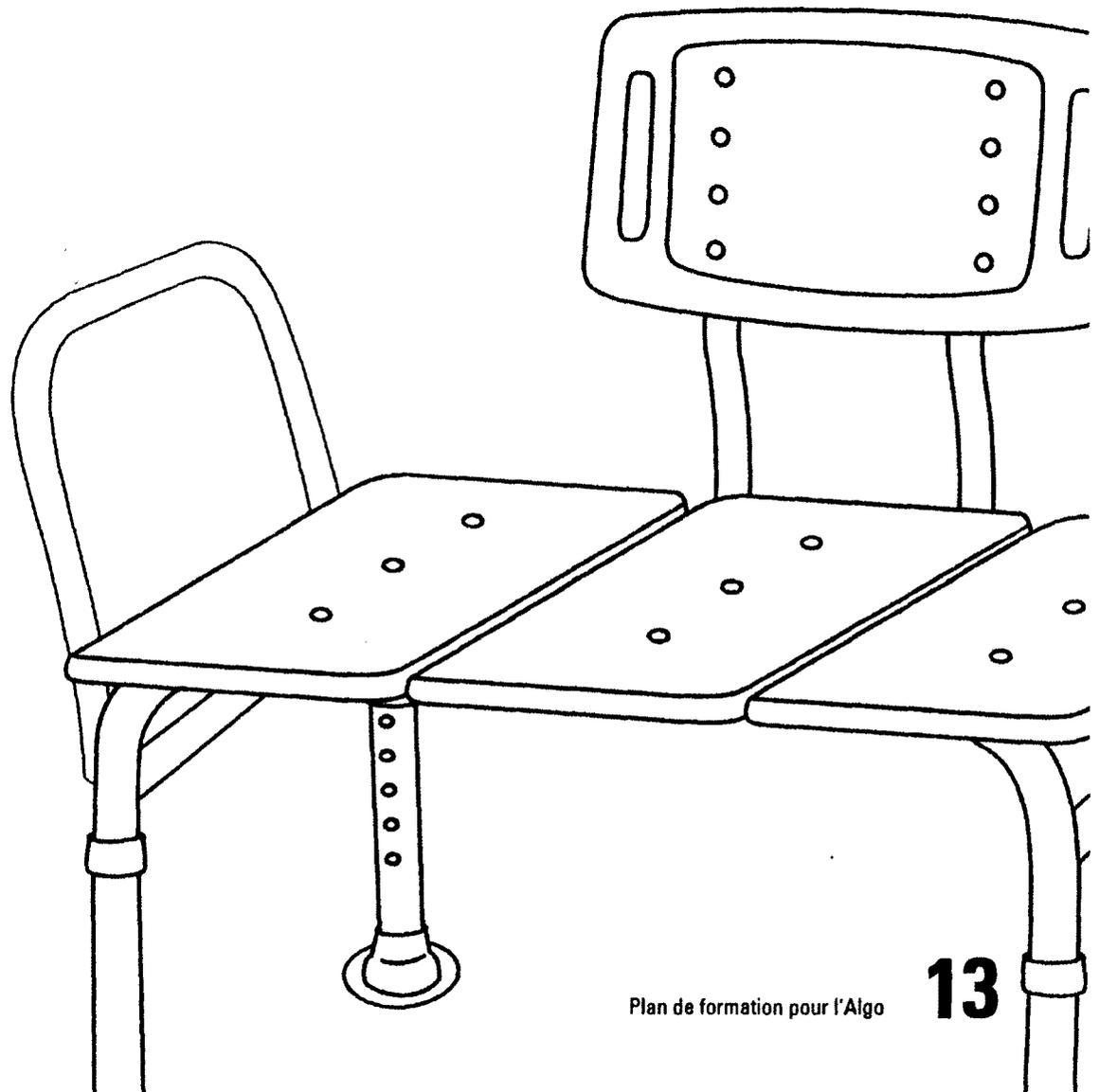
Réflexion sur les apprentissages

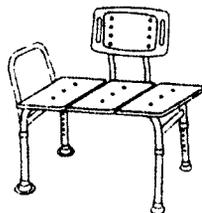
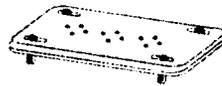
Répondez brièvement aux questions suivantes (1-2 mots, une expression) :

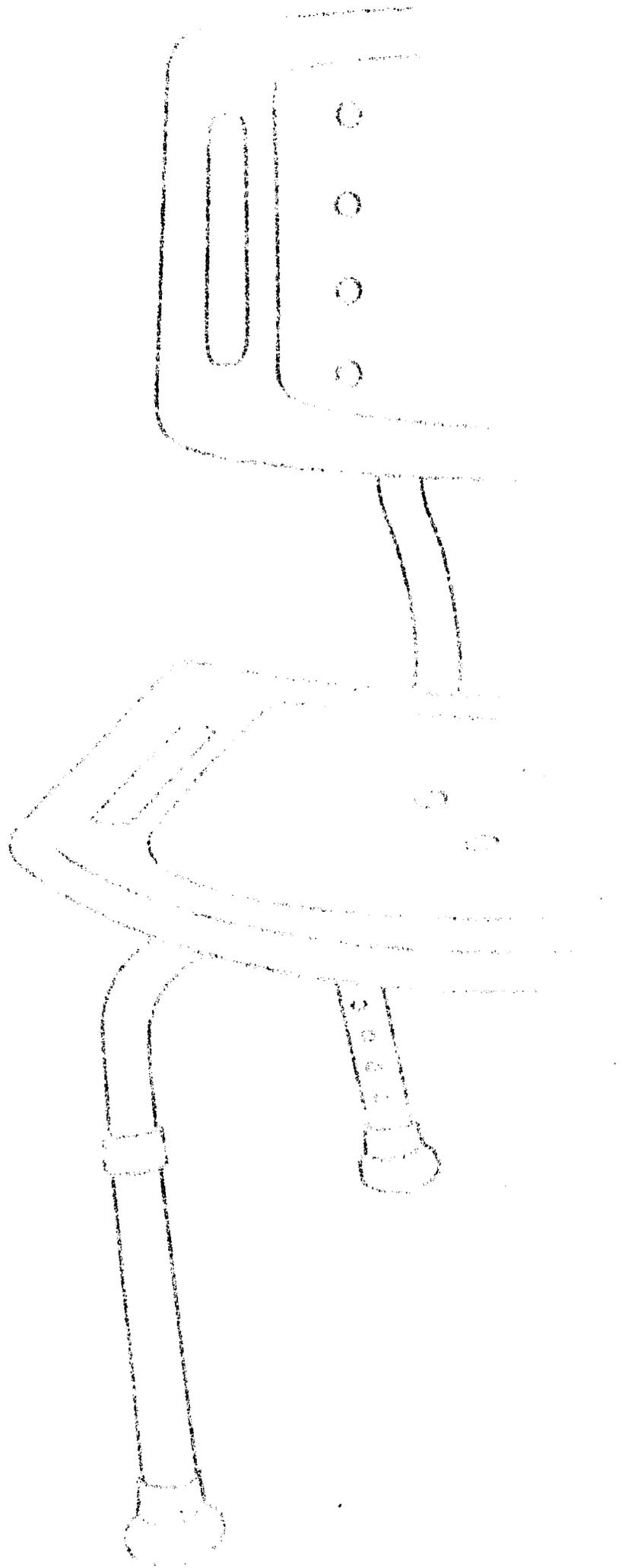
1. Ce que je retiens le plus de cette formation :

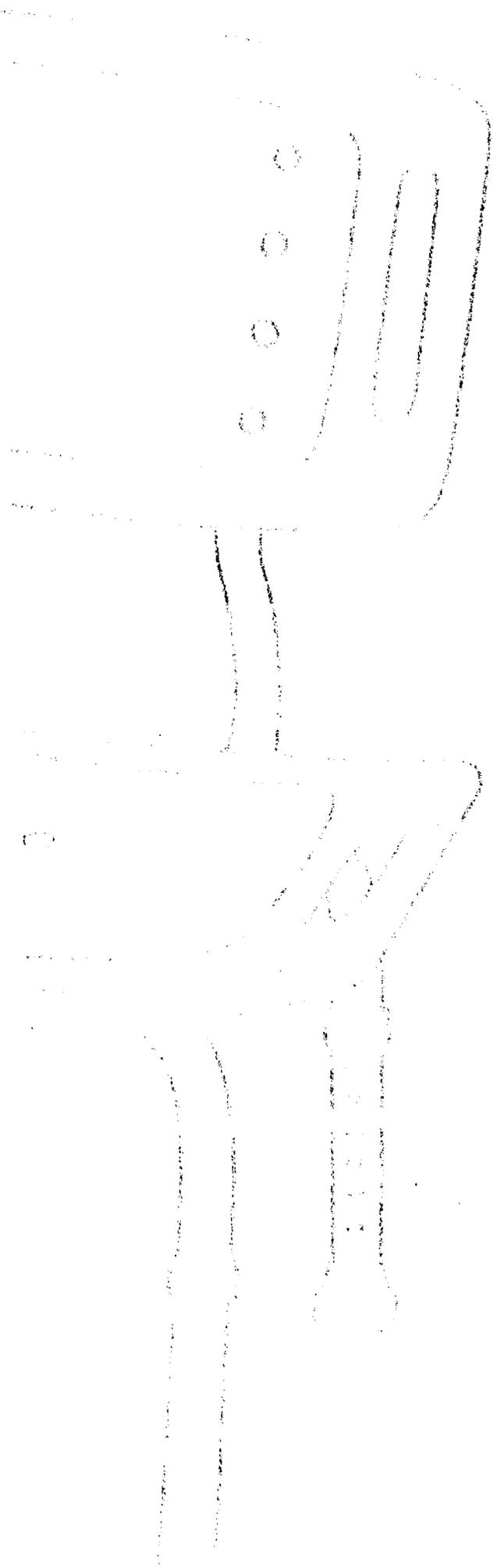
2. Un élément qui m'a surpris :

3. Je devrai poursuivre mes apprentissages ou revoir le(s) élément(s) suivant(s) :



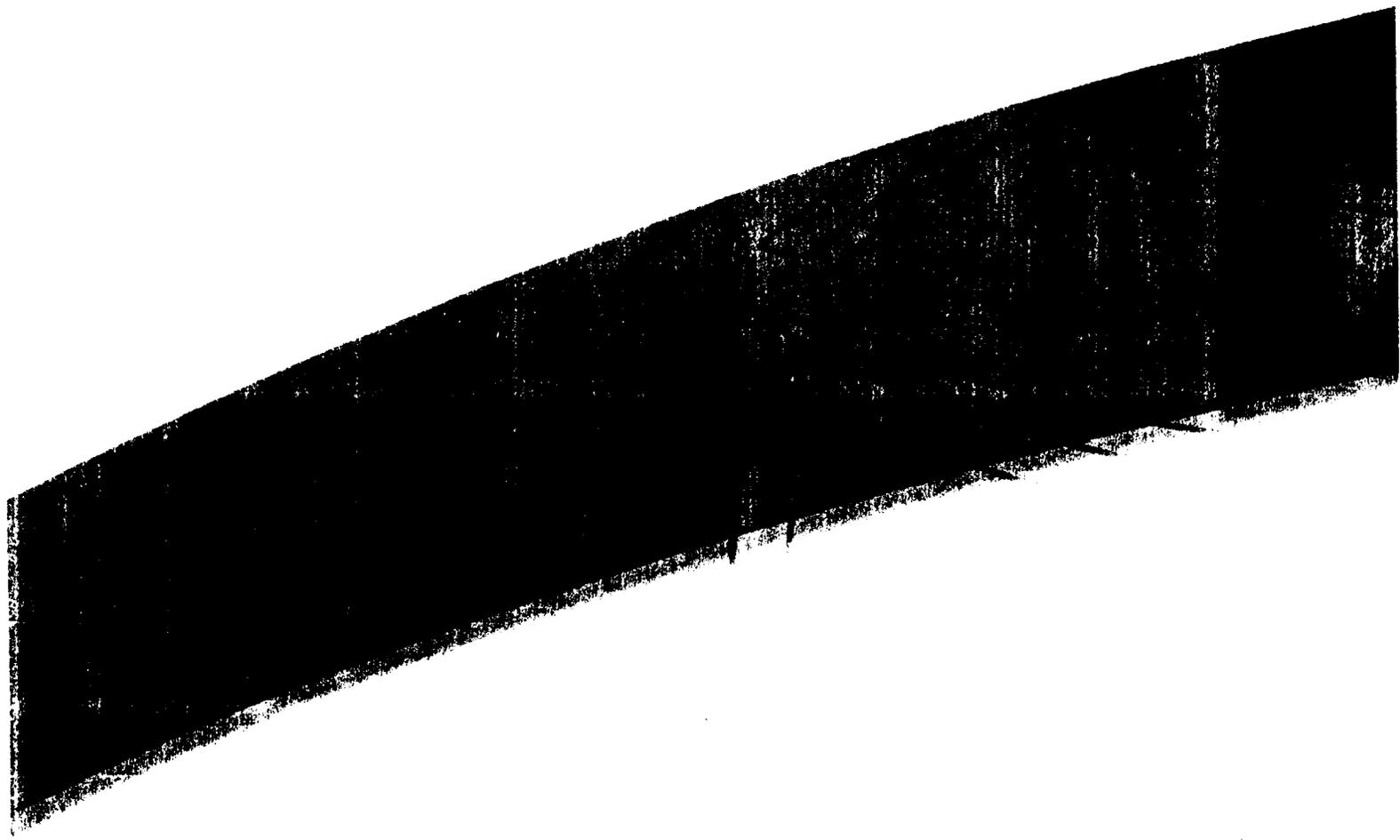








Algorithme clinique pour
la sélection de l'équipement au bain

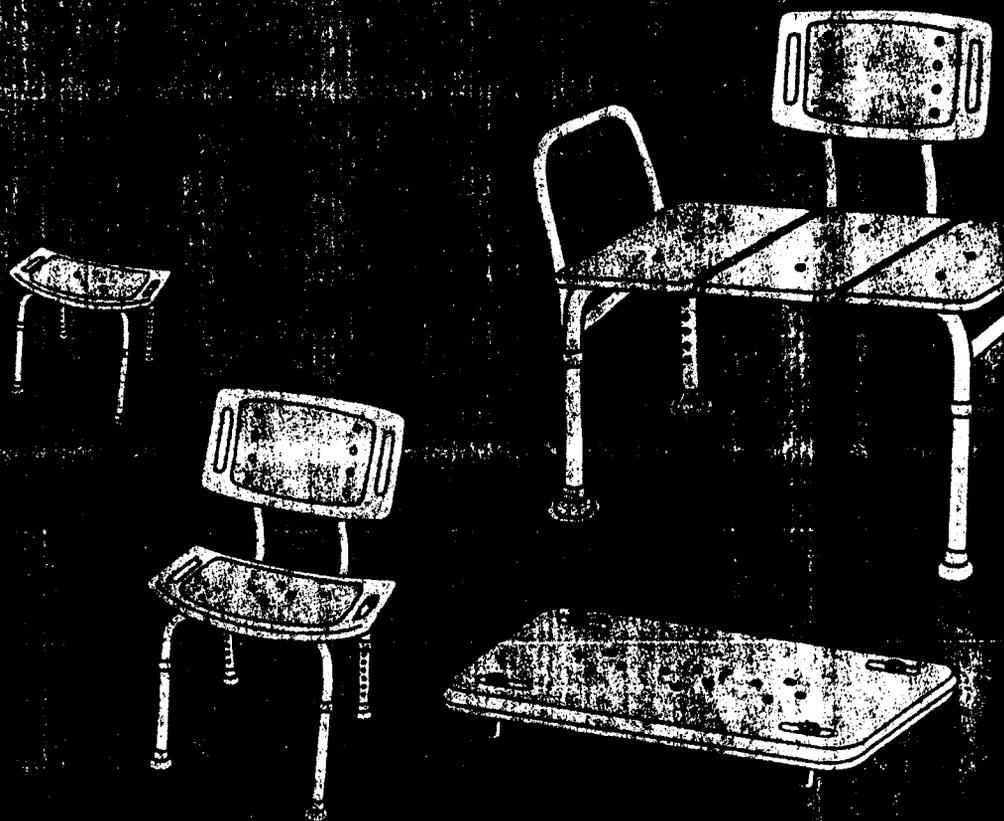


 UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

Faculté de médecine
et des sciences de la santé

© M. Guay, J. Desrosiers, M.-F. Dubois et J. Robitaille (2011)

Conçu à l'intention de l'évaluateur qui soutient le personnel non-ergothérapeute engagé dans la détermination du besoin de l'équipement pour l'hygiène de la personne qui a de la difficulté à se laver à son domicile.



algo

Algorithme clinique pour
la sélection de l'équipement au bain

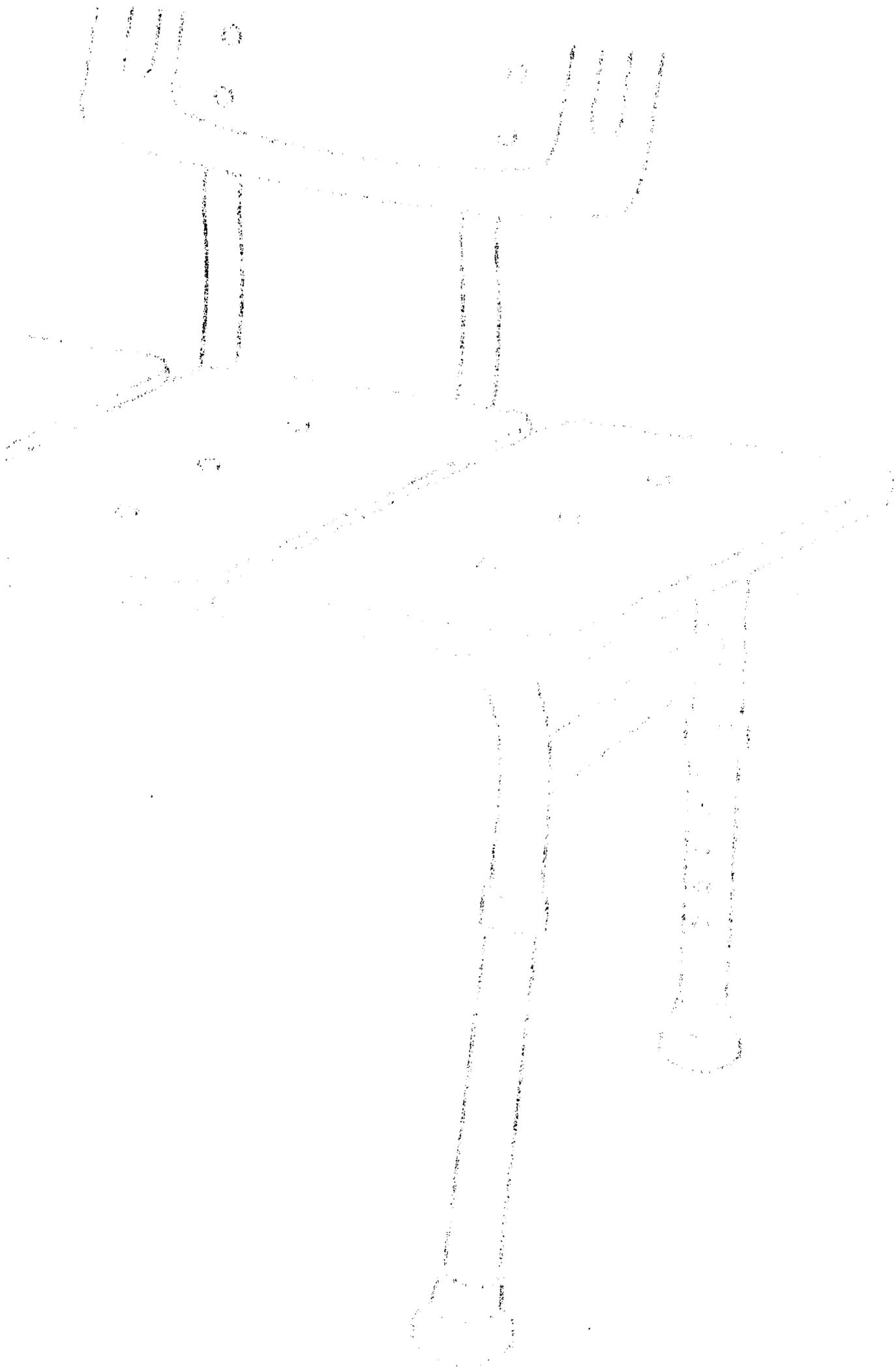
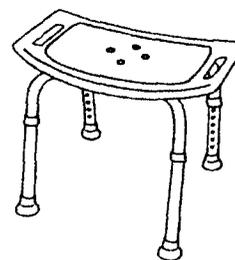
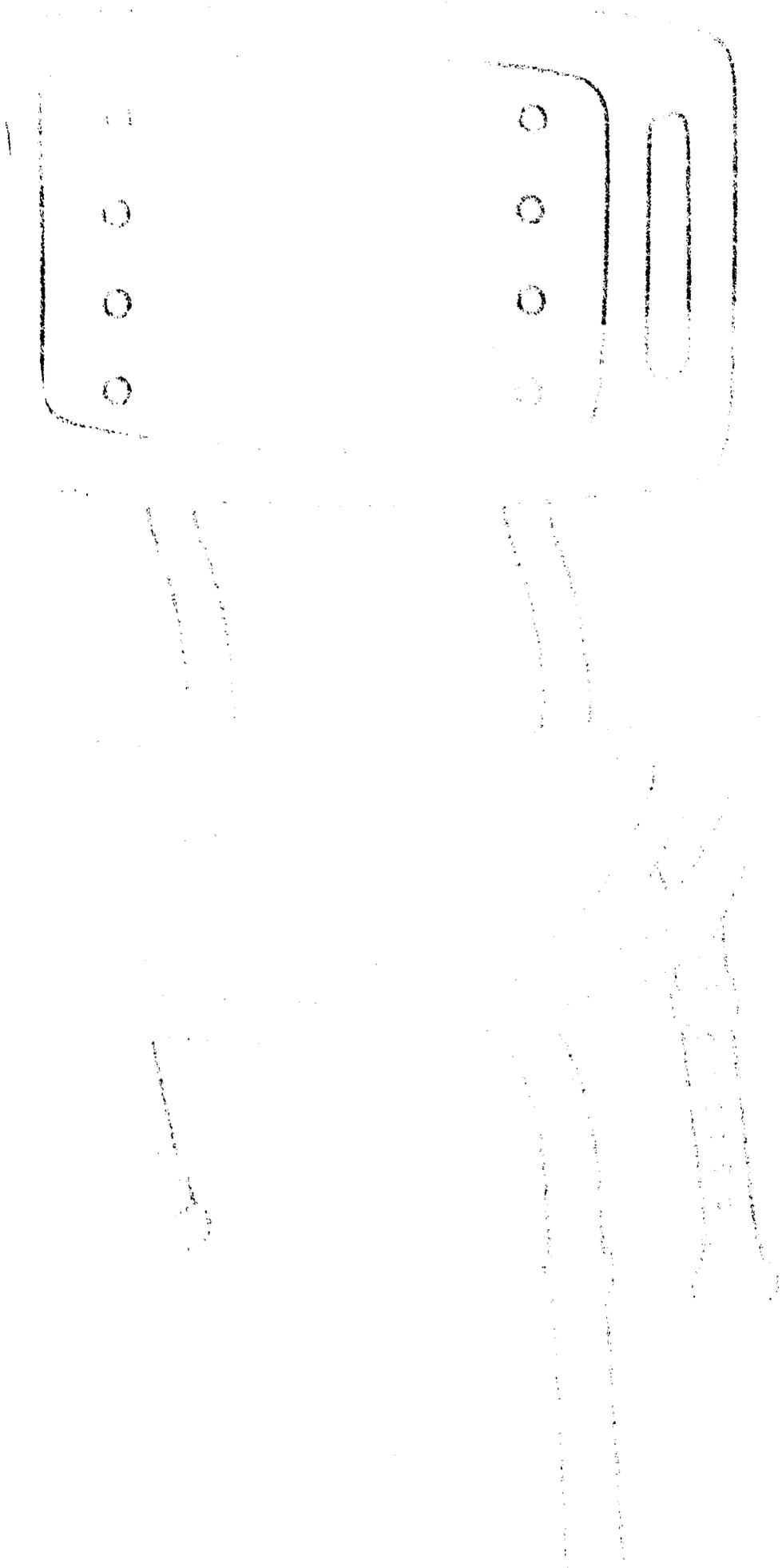


Table des matières

Le préambule.....	3
La section 1 : La clientèle.....	6
Occupation.....	6
Personne.....	7
Environnement.....	8
La section 2 : Le choix du siège.....	9
La section 3 : Les recommandations à remettre à la clientèle.....	11
La section 4 : Les notes.....	13
Les remerciements.....	13



Note : Afin de faciliter la lecture du texte, un seul genre a été retenu pour indiquer le féminin et le masculin.
© M. Guay, J. Desrosiers, M.-F. Dubois et J. Robitaille (2011)



Le préambule

Pour répondre à la demande croissante de services en ergothérapie dans un contexte de rareté de main-d'œuvre, l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ) [1] et l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) [2] reconnaissent l'apport potentiel du personnel auxiliaire (nommé au Québec personnel non-ergothérapeute) à la prestation des services en ergothérapie. L'ergothérapeute doit exercer son jugement professionnel pour assigner, lorsque pertinent, une composante de ses activités cliniques à un non-ergothérapeute, par exemple la détermination du besoin d'équipements lors de l'hygiène pour les situations cliniques simples. L'ergothérapeute demeure alors responsable des services rendus et doit offrir un soutien, tel que de la supervision et de la formation, au personnel non-ergothérapeute.

De plus, l'OEQ reconnaît qu'un gestionnaire d'un établissement de santé peut établir que du personnel non-ergothérapeute est responsable de la prestation de certains services traditionnellement offerts à la population par l'ergothérapeute, telle que la détermination du besoin d'équipements lors de l'hygiène [1]. L'OEQ encourage alors les ergothérapeutes québécois à collaborer avec les gestionnaires, par exemple en participant à l'élaboration de protocoles de prestation des services et en formant le personnel non-ergothérapeute à la réalisation d'activités cliniques.

Dans ces deux contextes, le personnel non-ergothérapeute engagé dans la détermination du besoin d'équipements lors de l'hygiène devrait disposer d'un outil d'aide à la décision (c.-à-d. des grilles d'observation et des organigrammes décisionnels) [1, 3]. En 2008, Mme Manon Guay, alors ergothérapeute au CSSS Memphrémagog, a sollicité la collaboration de la Pre Johanne Desrosiers, erg., Ph. D., et de la Pre Marie-France Dubois, Ph. D., de la Faculté de médecine et des sciences de la santé et chercheuses au Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, pour développer un tel outil, puis en mesurer certaines qualités métrologiques.

L'objectif de l'Algo

L'Algo soutient le personnel non-ergothérapeute pour déterminer si le client a besoin d'un siège de bain et identifier lequel répond à ses besoins. Ainsi, il n'abordera pas les interventions connexes telles que la détermination du besoin d'aide humaine lors de l'hygiène, l'enseignement des techniques de transfert à la baignoire ou à la cabine de douche, l'obtention d'une aide financière pour l'achat des équipements recommandés, l'organisation du prêt d'équipements par un CSSS, ou la tenue des dossiers professionnels dans un contexte d'assignation d'une activité clinique à du personnel non-ergothérapeute. En outre, l'utilisation de l'Algo dans un établissement de santé devrait s'accompagner d'une formation adaptée au contexte local, dispensée par un ergothérapeute, ainsi que de politiques et de procédures qui encadrent le recours au personnel non-ergothérapeute dans la détermination du besoin d'équipements lors de l'hygiène.

L'Algo a été construit à l'aide de 1) l'analyse documentaire de 53 outils « maison » utilisés dans les CSSS québécois et de leurs politiques et procédures, 2) la consultation d'ergothérapeutes et d'auxiliaires aux services de santé et sociaux ayant une pratique dans ce domaine et 3) la recension des écrits scientifiques et professionnels sur le recours au personnel auxiliaire en ergothérapie [3-7]. Trois ergothérapeutes, mesdames Judith Robitaille, Joëlle Charest et Sophie Turgeon-Londei, ont étroitement collaboré au développement de l'Algo durant le projet de recherche BATH (Besoin d'Aides Techniques lors de l'Hygiène) réalisé grâce à l'appui de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie.

L'Algo est un algorithme clinique, c.-à-d. une carte graphique des étapes logiques à suivre pour résoudre un problème clinique [8]. Il comporte une suite de questions, regroupées selon les catégories proposées par le **MCRO-P**. L'administrateur de l'Algo doit exercer son jugement, c.-à-d. sa « capacité de réfléchir avec discernement, perspicacité, finesse et bon sens, sur des choses qui ne font pas l'objet d'une connaissance immédiate certaine, ni d'une démonstration rigoureuse » (p. 3, OEQ, 2005), pour répondre par *oui* ou *non* aux questions incluses dans l'Algo.

Le modèle théorique retenu pour l'élaboration de l'Algo

Le Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P) [9], issu des paradigmes de la profession d'ergothérapeute, a guidé l'élaboration de l'Algo. Ce modèle théorique a été retenu puisqu'il définit les trois construits fondamentaux du fonctionnement humain, c.-à-d. l'occupation, la personne et l'environnement. Selon le MCRO-P, l'occupation est une passerelle qui relie la personne à son environnement, indiquant que les individus agissent dans l'environnement par le biais de l'occupation. La personne présente des composantes cognitive, affective et physique qui sont transcendées par sa spiritualité. Chaque individu vit à l'intérieur d'un contexte environnemental unique, soit culturel, institutionnel, physique et social, qui offre des possibilités occupationnelles. Le MCRO-P est compatible avec les compétences proposées par l'ACE [2] pour le personnel auxiliaire en ergothérapie. Ainsi, l'Algo promeut l'engagement occupationnel de la personne qui a de la difficulté à se laver et favorise le respect des responsabilités professionnelles de l'ergothérapeute qui soutient l'utilisateur de l'Algo.

La clientèle de l'ergothérapeute

L'ergothérapeute en communautaire pratique l'art et la science de faciliter la participation à la vie quotidienne, et ce, à travers l'occupation [9]. L'ergothérapeute est un professionnel de la santé qui a reçu une formation avancée lui permettant d'aborder des défis occupationnels afin de favoriser la santé et le bien-être de la personne et de promouvoir une société juste [9]. Ainsi, tous les clients qui ont de la difficulté à se laver pourraient être visités par l'ergothérapeute étant donné que cette activité relève de son domaine d'expertise. Par conséquent, l'Algo ne vise pas à dépister la personne qui bénéficierait d'une évaluation en ergothérapie, mais à cibler le client qui peut être visité par le personnel non-ergothérapeute.

Pour chaque demande de services en ergothérapie, l'ergothérapeute a l'autorité pour déterminer s'il est approprié d'assigner des activités cliniques reliées au processus d'intervention ergothérapique à du personnel non-ergothérapeute [1]. Ainsi, un ergothérapeute pourrait juger nécessaire d'intervenir lui-même auprès d'une personne qui rencontre les caractéristiques de la clientèle visée par l'Algo ou encore, solliciter la collaboration du personnel non-ergothérapeute pour une personne qui ne les rencontre pas.

La détermination du besoin d'équipements pour l'hygiène par le personnel non-ergothérapeute n'élimine pas la pertinence, dans certaines situations, de diriger le client vers un ergothérapeute, par exemple lorsqu'il éprouve des difficultés dans la réalisation de ses activités de la vie quotidienne ou lorsqu'il rencontre des barrières architecturales dans son domicile.

En tout temps, surtout en cas de doute ou de situations non familières, le personnel non-ergothérapeute doit pouvoir se référer à un **ergothérapeute** de son équipe interdisciplinaire pour discuter de ses observations et établir la conduite à tenir. En outre, le personnel non-ergothérapeute a besoin du soutien d'un ergothérapeute, identifié préalablement, pour s'engager dans le choix de l'équipement au bain [7]. En effet, l'ergothérapeute devrait superviser le personnel non-ergothérapeute, répondre à ses questions et rencontrer les clients avec une situation clinique complexe.

Ce manuel de référence, en complément au guide d'utilisation, explique le raisonnement qui sous-tend les questions incluses dans l'Algo pour informer l'ergothérapeute qui soutient et forme le personnel non-ergothérapeute. Ces précisions seront présentées en suivant les sections de l'Algo.

La clientèle

L'Algo cible les « cas simples », soit les adultes ou les aînés avec une morphologie dans les limites de la norme, qui présentent des difficultés prévisibles de rendement occupationnel lors de leur hygiène à domicile dans une baignoire ou une cabine de douche standards. Ainsi, le personnel non-ergothérapeute doit obtenir les informations pour répondre aux questions de la section 1 afin de déterminer si le client présente les caractéristiques de la clientèle visée par l'Algo. Toutefois, il doit aussi exercer son jugement face à des caractéristiques inhabituelles liées à l'occupation, la personne ou l'environnement, et discuter au besoin avec un ergothérapeute.

**Le client est atteint d'une maladie neurologique dégénérative (ex. Parkinson ou scléroses en plaques).
OU**

Le client est en fin de vie.

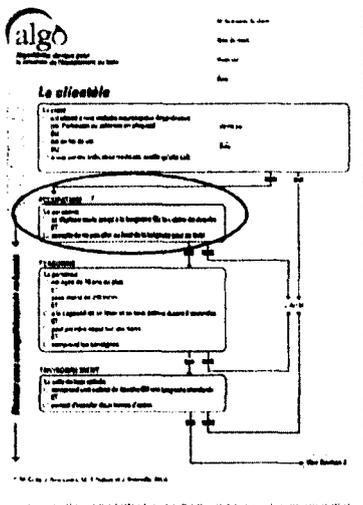
Selon l'OEQ, l'assignation de la détermination du besoin d'équipement pour l'hygiène à du personnel non-ergothérapeute ne devrait pas se faire lorsque la personne présente une condition instable ou pour laquelle des habiletés approfondies ou un suivi rapproché sont nécessaires [1]. Par conséquent, le personnel non-ergothérapeute doit s'abstenir de formuler des recommandations au client en fin de vie ou atteint d'une maladie neurologique dégénérative.

Le client a une contre-indication médicale, quelle qu'elle soit.

L'analyse de l'influence d'une contre-indication médicale sur le choix de l'équipement pour l'hygiène est une activité clinique complexe qui nécessite des connaissances approfondies. Par conséquent, le personnel non-ergothérapeute doit s'abstenir de formuler des recommandations au client avec une contre-indication médicale, quelle qu'elle soit.

À titre d'exemple, d'une part, le personnel non-ergothérapeute ne peut pas rencontrer un client qui doit observer des restrictions d'amplitude de mouvements à la suite d'une chirurgie pour le remplacement total d'une hanche avec une prothèse. D'autre part, le personnel non-ergothérapeute peut visiter un client ayant subi une chirurgie pour le remplacement total du genou qui ne commande pas une restriction de mouvements.

Occupation



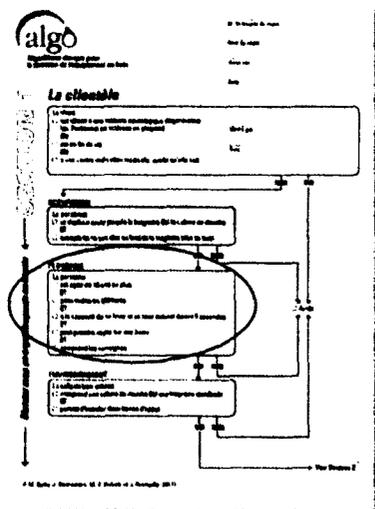
La personne se déplace seule jusqu'à la baignoire ou la cabine de douche.

Il serait préjudiciable de recommander un équipement à la baignoire ou à la cabine de douche sans considérer les déplacements qui précèdent l'utilisation de cet équipement, même si les déplacements n'influencent pas directement le choix de l'équipement pour l'hygiène. Par conséquent, le personnel non-ergothérapeute doit s'abstenir de formuler des recommandations au client qui reçoit de l'assistance physique (aide humaine) pour se déplacer. En effet, ce besoin d'assistance physique illustre une situation clinique complexe qui requiert l'expertise d'un ergothérapeute. Il peut toutefois formuler des recommandations au client qui utilise seulement une aide technique.

La personne accepte de ne pas aller au fond de la baignoire pour se laver.

Le transfert au fond de la baignoire est une composante de l'activité « se laver » qui nécessite l'analyse continue des capacités du client lors d'une mise en situation. En outre, une personne âgée sur sept qui a des difficultés à se relever du fond de sa baignoire y restera coincée au moins à une occasion [10]. Par conséquent, le personnel non-ergothérapeute doit s'abstenir de formuler des recommandations au client qui doit ou souhaite se transférer au fond de la baignoire puisque le risque de préjudice est élevé.

Personne



La personne est âgée de 18 ans ou plus.

La clientèle pédiatrique doit être visitée par l'ergothérapeute puisqu'il faut tenir compte de la croissance physique attendue, du développement normal des capacités, ainsi que de l'impact attendu de la maladie sur leur développement lors du choix de l'équipement. Par conséquent, le personnel non-ergothérapeute doit s'abstenir de formuler des recommandations à cette clientèle.

La personne pèse moins de 250 livres.

Les fabricants de siège de bain indiquent généralement que le poids de la personne doit être inférieur à 250 livres pour une utilisation sécuritaire de l'équipement. Par conséquent, le personnel non-ergothérapeute doit s'abstenir de formuler des recommandations au client qui pèse 250 livres ou plus.

La personne a la capacité de se lever et se tenir debout durant 5 secondes.

Le client doit se lever, avec ou sans appui, et effectuer une mise en charge complète sur au moins un des membres inférieurs durant 5 secondes, avec ou sans appui. Le client qui est incapable d'effectuer cette tâche requiert généralement des équipements spécialisés ou utilise des techniques de transfert complexes (par exemple, à l'aide d'une planche de transfert). Ceci dépasse le niveau de connaissances attendu pour un « cas simple » et nécessite l'expertise de l'ergothérapeute, peu importe la condition médicale qui engendre cette difficulté.

La personne peut prendre appui sur une barre.

Chaque client recevra la recommandation de faire l'ajout de deux barres murales qui peuvent lui permettre de prendre appui lors du transfert ou encore, durant la réalisation de l'hygiène. Ainsi, le personnel non-ergothérapeute doit utiliser son jugement pour établir si le client sera en mesure de prendre appui sur ces barres.

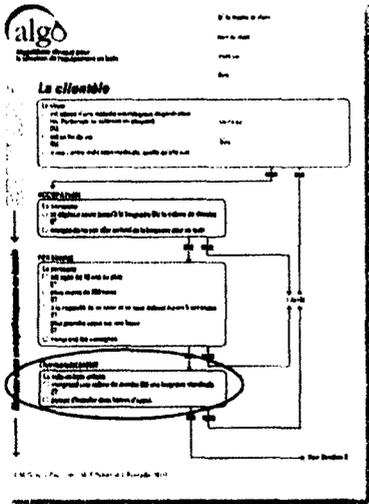
La personne comprend les consignes.

La capacité du client à mémoriser des consignes n'influence pas l'administration de l'Algo et n'a pas d'impact sur le choix de l'équipement. Toutefois, le personnel non-ergothérapeute doit établir si le client est en mesure de collaborer et de comprendre ce qui lui est demandé durant la rencontre.

La taille

L'assise d'un siège de bain s'ajuste à la hauteur des genoux de l'homme ou de la femme en perte d'autonomie vivant à domicile [11, 12]. Par conséquent, la taille du client ne permet pas de discriminer les situations cliniques qui requièrent l'expertise de l'ergothérapeute.

Environnement



La salle de bain utilisée comprend une cabine de douche OU une baignoire standards.

Les modèles de baignoire et de cabine de douche sont nombreux et il n'existe pas de définition qui permet de décrire ce qui est « standard ». Par exemple, la baignoire standard dans les appartements d'un quartier historique peut être différente de celle des maisons unifamiliales construites dans un développement immobilier pour retraités. Ainsi, le personnel non-ergothérapeute doit exercer son jugement pour déterminer si la salle de bain utilisée par le client comprend une cabine de douche OU une baignoire qui permettent l'installation des équipements inclus dans l'Algo. En outre, les bains podium, en angle ou sur pattes ne sont pas considérés standards. En effet, ces baignoires compliquent l'analyse de l'influence de l'environnement sur le transfert à la baignoire et peu d'équipements peuvent s'y installer. De plus, les cabines de douche très petites ne sont pas considérées standards puisque les mouvements du client y sont limités, ce qui pourrait être exacerbé par l'ajout d'un siège de bain. Prendre note que la section 2 de l'Algo invite le personnel non-ergothérapeute à observer certaines caractéristiques de la baignoire ou de la cabine de douche lorsque nécessaire.

La salle de bain utilisée permet d'installer deux barres d'appui.

L'ajout de barres d'appui murales est une mesure de prévention des chutes efficace, peu importe le fonctionnement de la personne à domicile [13, 14]. Le personnel non-ergothérapeute doit donc recommander l'ajout de deux barres antidérapantes d'au moins 24 pouces (voir section 3 de l'Algo pour les informations sur leur emplacement). Lorsque le personnel non-ergothérapeute juge que l'ajout de ces barres est impossible, il doit s'abstenir de formuler des recommandations et solliciter la collaboration d'un ergothérapeute.

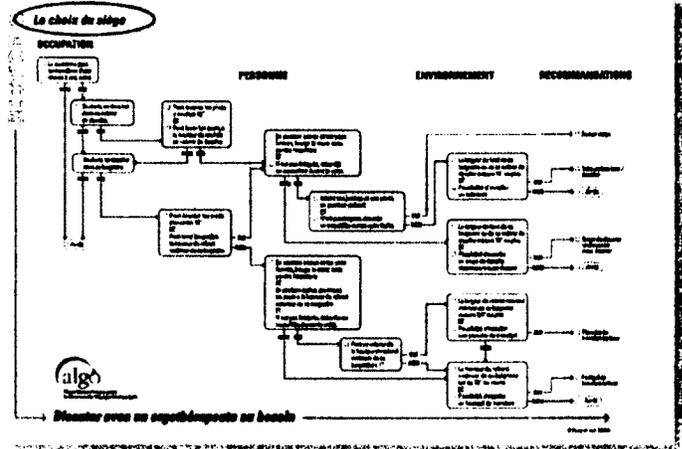
Le contexte de l'utilisation de l'Algo

L'Algo peut être utilisé par du personnel non-ergothérapeute dans le cadre des services en ergothérapie ou encore, à la demande d'un gestionnaire d'un établissement de santé. Ce client peut recevoir, ou non, de l'aide humaine lors des soins d'hygiène. En effet, l'Algo centre l'intervention sur le fonctionnement du client qui a de la difficulté à se laver tout en considérant la présence d'un aidant ou d'un travailleur. Ainsi, l'Algo peut être utilisé dans les situations de mise en place de services de soins d'hygiène par un établissement de santé, mais ne se limite pas au contexte d'adaptation de la situation de travail de l'auxiliaire aux services de santé et sociaux.

SECTION 2

Le choix du siège

La section 2 permet au personnel non-ergothérapeute de déterminer si le client a besoin d'un siège de bain et d'identifier lequel répond à ses besoins. Cette section est construite comme un algorithme clinique, soit « un ensemble de règles qui, si on les suit bien, produiront automatiquement la bonne réponse » (p. 544, Lindsay et Norman, 1980) [15]. Ainsi, elle comprend une suite de questions qui abordent l'occupation, la personne et l'environnement. Seuls les éléments essentiels à la prise de décision pour un « cas simple » et pour les sièges de bain couramment utilisés avec cette clientèle sont inclus.



Lors de la résolution d'un problème (dans notre cas, identifier l'équipement au bain), la formulation de solutions possibles peut s'appuyer sur deux types de tactiques cognitives : heuristique ou algorithmique (Lindsay et Norman, 1980). Avec la tactique heuristique, le solutionneur trouve des analogies entre la situation problématique actuelle et des situations antérieures dont il connaît la solution. Il utilise alors ses habiletés à reconnaître les similitudes et emploie des subterfuges pour identifier les solutions qui se sont avérées efficaces lors des problèmes précédents. Avec une tactique heuristique, qui n'assure pas le succès, le solutionneur peut gaspiller temps et énergie avec des informations qui se révèlent accessoires. Dans les situations cliniques complexes, l'ergothérapeute a recours à des tactiques heuristiques pour résoudre le problème rencontré.

Toutefois, Hagerton (1996) suggère qu'un professionnel de la santé qui rencontre un problème familier et routinier utilise des automatismes pour le résoudre [16]. En d'autres termes, dans un « cas simple » de besoin d'équipements au bain, l'ergothérapeute a recours à une tactique algorithmique pour identifier la bonne recommandation. Le personnel non-ergothérapeute qui dispose d'un algorithme clinique qui reproduit le raisonnement de l'ergothérapeute, n'a pas à rechercher des indices ou encore, des analogies entre la situation problématique actuelle et des situations antérieures. Par exemples, le « niveau d'initiative », la « dominance » et la présence d'un « lavabo sur colonne » sont des éléments que l'ergothérapeute peut prendre en considération avant de recommander un équipement. Cependant, dans une méthode algorithmique, ces informations sont superflues parce qu'elles ne modifient pas systématiquement la recommandation. En effet, la sélection de l'équipement ne sera pas modifiée si le client présente peu ou beaucoup d'initiative, qu'il soit droitier ou gaucher, ou encore que le lavabo soit sur colonne ou dans une vanité. Par contre, des « signes de fatigue » indiquent que le client devra utiliser un siège qui offre un dossier.

Par conséquent, les éléments essentiels au choix du siège, ou indicateurs, ainsi que les questions retenues pour les mesurer sont présentés au tableau 1. Ils sont issus de la synthèse de l'information recueillie lors du recensement des outils québécois et de la consultation d'ergothérapeutes qui ont une pratique régulière dans ce domaine.

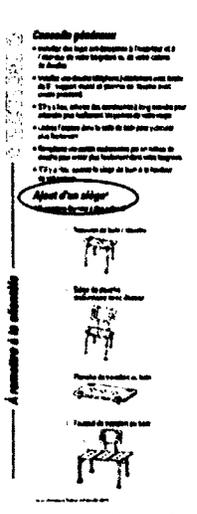
Tableau 1 : Indicateurs retenus pour une tactique algorithmique du choix de l'équipement à la baignoire ou à la cabine de douche

Aspects	Indicateurs	Tâches pour opérationnaliser l'indicateur	Conséquences
Occupation	Mobilité fonctionnelle	La personne peut se transférer d'une chaise à une autre.	Complexité du cas : besoin d'aide physique lors du transfert
	Choix du client	Souhaite se doucher dans sa cabine de douche. Souhaite se doucher dans sa baignoire standard.	Lieu à favoriser
Personne	Équilibre debout	Peut lever les pieds à la hauteur du seuil de sa cabine de douche. Peut lever les pieds à la hauteur du rebord extérieur de sa baignoire. Peut écarter les pieds d'environ 12".	Capacité d'enjamber le seuil de la cabine de douche / le rebord extérieur de la baignoire
	Équilibre assis	En position assise et les yeux fermés, bouge le tronc sans perdre l'équilibre. En position assise, peut lever les pieds à la hauteur du rebord extérieur de sa baignoire.	Capacité de maintenir son équilibre en position assise
	Endurance	N'est pas fatiguée, étourdie ou essoufflée durant la visite.	Nécessité de s'adosser
	Force musculaire et amplitudes articulaires	Atteint ses jambes et ses pieds en position debout. N'est pas fatiguée, étourdie ou essoufflée durant cette tâche. Peut se relever de la hauteur du rebord extérieur de sa baignoire + 1".	Nécessité de s'asseoir Possibilité d'installer une planche de transfert au bain
Environnement	Salle de bain	Possibilité d'installer l'équipement dont le client a besoin.	Complexité du cas : barrières architecturales
	Baignoire et / ou cabine de douche	La largeur du fond de sa baignoire ou de sa cabine de douche mesure 18" ou plus.	Possibilité d'installer un tabouret de bain / douche ou un siège de douche stationnaire avec dossier
		La largeur du rebord intérieur de sa baignoire mesure 3/4" ou plus.	Possibilité d'installer une planche de transfert au bain
		La hauteur du rebord extérieur de sa baignoire est de 19" ou moins.	Possibilité d'installer un fauteuil de transfert au bain

Les recommandations à remettre à la clientèle

La section 3 est complétée par le personnel non-ergothérapeute à la suite de ses observations et remise au client. Les recommandations se regroupent autour de : 1) *Conseils généraux*, 2) *Ajout d'un siège* et 3) *Ajout des barres d'appui murales*.

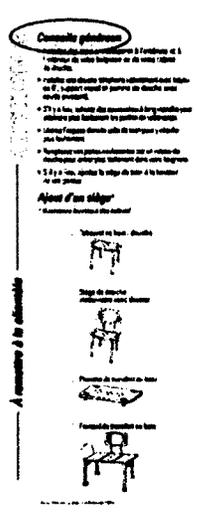
Ajout d'un siège



L'Algo conduit à quatre types de siège de bain généralement disponibles en vente libre dans les pharmacies et les commerces à grandes surfaces. Il s'agit de : 1) *tabouret de bain / douche*, 2) *siège de douche stationnaire avec dossier*, 3) *planche de transfert au bain* et 4) *fauteuil de transfert au bain*. Aucun modèle de sièges n'est spécifié (ex. AMG, Lumex, Drive Médical) puisque la disponibilité et l'évolution des produits sont imprévisibles. Les équipements tels que la planche de bain avec ouverture périnéale, la chaise de douche avec appui-bras, le lève-personne ou le siège hydraulique ne sont pas des issues possibles de l'Algo puisqu'ils sont utilisés dans des situations cliniques qui ne sont pas simples.

Aussi, le tabouret rond n'a pas été inclus dans les équipements de l'Algo étant donné que des indicateurs supplémentaires doivent être considérés lors de la sélection de ce modèle de tabouret. Par exemple, la largeur du bassin du client doit être prise en compte, un indicateur qui n'a toutefois pas été retenu par les ergothérapeutes consultés lors du développement de l'Algo. Selon eux, puisque cette prise de mesure peut être offensante, le personnel non-ergothérapeute devrait plutôt utiliser son jugement et consulter l'ergothérapeute pour discuter de cette alternative.

Conseils généraux

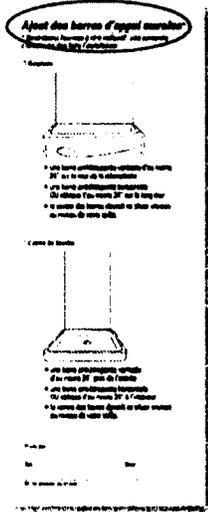


Les conseils généraux sont implicites pour tous les clients et ne font pas partie des choix que le personnel non-ergothérapeute doit faire. Il s'agit de recommandations applicables à la population dans le cadre de la promotion de la santé et de la prévention des chutes à domicile.

« Aucun siège »

L'Algo oriente le personnel non-ergothérapeute vers « aucun siège » lorsque le client peut se transférer à la baignoire ou à la cabine de douche et se laver debout. En outre, il est sécuritaire pour un auxiliaire aux services de santé et sociaux d'offrir de l'assistance physique pour l'hygiène à une personne qui n'utilise pas de siège dans la mesure où cet auxiliaire respecte les principes de positionnement, de prises et de mouvements dans l'environnement restreint que représente une salle de bain à domicile [17]. Par exemple, un client qui a une déficience intellectuelle, des troubles cognitifs ou un problème de santé mentale pourrait recevoir l'assistance d'un auxiliaire pour se laver les cheveux ou pour guider ses mouvements lors de l'hygiène sans qu'il utilise un siège de bain, dans sa baignoire ou sa cabine de douche [18].

Ajout des barres d'appui murales



L'ajout de barres d'appui murales est une modalité de prévention des chutes reconnue et une configuration unique permet de répondre à la très grande majorité des besoins des clients [13, 14]. Par conséquent, afin de minimiser les risques d'erreurs de la part du personnel non-ergothérapeute et de promouvoir la sécurité des clients à risque de chuter, le personnel non-ergothérapeute recommande l'ajout de deux barres d'appui murales, d'au moins 24 pouces, à tous les clients.

La première barre d'appui s'installe en position verticale, sur le mur de la robinetterie de la baignoire ou alors, sur le mur près de l'entrée de la cabine de douche. L'objectif principal de cette barre est de permettre au client de se tenir lorsqu'il enjambe le rebord extérieur de la baignoire ou le seuil de la cabine de douche.

La deuxième barre d'appui s'installe sur le long mur de la baignoire ou alors, à l'intérieur de la cabine de douche. L'objectif de cette

barre est de permettre au client de se tenir 1) durant son hygiène et 2) lorsqu'il s'assoit et se relève d'un siège de bain. Cette deuxième barre peut être horizontale ou oblique, selon la préférence du client et les éléments de l'environnement. Lorsque la position oblique est retenue, la partie haute est du côté de la robinetterie [13].

La position exacte des barres d'appui est influencée par l'emplacement des colombages dans les murs, ce qui n'a pas à être vérifié par le personnel non-ergothérapeute. Ainsi, les recommandations du personnel non-ergothérapeute sont données à titre indicatif et l'installation des barres devrait se faire par une personne compétente. Aussi, des fixations murales sont disponibles sur le marché afin de permettre l'installation de barres d'appui dans les cabines de douche moulées déjà en place [18]. Enfin, la barre fixée à la baignoire n'est pas une issue possible de l'Algo parce que des facteurs du client et de l'environnement, ainsi que des composantes de l'activité, compliquent le choix de la barre fixée à la baignoire [5].

Terminologie

Afin de favoriser une compréhension commune des équipements, la terminologie de la classification des aides techniques du Centre régional d'information de démonstration et d'évaluation des aides techniques (CRIDÉAT) est utilisée [19]. Cette classification est un langage commun, intégré au Répertoire électronique des aides techniques du CLSC Pierrefonds, ainsi qu'au logiciel ICLSC en usage dans les CSSS.



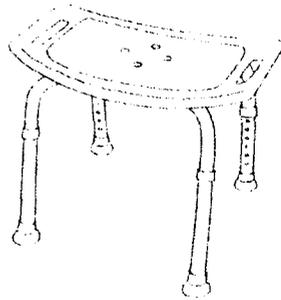
SECTION 4

Les notes

La section 4 est un aide-mémoire pour le personnel non-ergothérapeute. En effet, elle permet de noter des questions, documenter la configuration de la salle de bain, inscrire des commentaires sur les interventions, etc. [7] Les informations rassemblées peuvent soutenir les communications éventuelles avec le client ou les membres de l'équipe interdisciplinaire, dont l'ergothérapeute. Toutefois, cet espace n'a pas été conçu pour l'application des politiques de tenue de dossier des clients, mais plutôt pour répondre aux besoins de soutien du personnel non-ergothérapeute.

Les notes

Notes



Les remerciements

Porté par la conviction que les milieux cliniques ont des initiatives prometteuses, l'Algo est le résultat du travail d'une équipe de recherche nourrie par les idées des intervenants québécois. Nous tenons à remercier Mme Danielle Desnoyers, les cliniciens ainsi que les gestionnaires qui ont étroitement collaboré à ce projet. Leurs idées novatrices, leur expertise et leurs commentaires justes et pertinents font de l'Algo un outil enraciné à la fois dans la réalité clinique et les données probantes. Nos remerciements vont également aux organismes qui ont soutenu financièrement le développement et la validation de l'Algo : Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Instituts de recherche en santé du Canada, Fonds de recherche en santé du Québec, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail, Association canadienne des ergothérapeutes et Microprogramme de 3^e cycle en analyse et évaluation des interventions en santé de l'Université de Montréal.

Les références

1. Ordre des ergothérapeutes du Québec. Participation du personnel non-ergothérapeute à la prestation des services d'ergothérapie: lignes directrices, 2005. Ordre des ergothérapeutes du Québec: Montréal (Québec). 34 pages.
2. Association canadienne des ergothérapeutes. Profil de la pratique du personnel auxiliaire en ergothérapie, 2009. Ottawa (Ontario): CAOT Publications ACE. 18 pages.
3. Guay, M. Enjeux entourant le recours au personnel auxiliaire en ergothérapie communautaire au Québec. *Canadian Journal of Occupational Therapy - Revue canadienne d'ergothérapie*, soumis.
4. Guay, M., Dubois, M.-F., Robitaille, J. et Charest, J. The use of skill mix in homecare occupational therapy with patients with bathing difficulties. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 2010. 17(6): p. 300-308.
5. Guay, M., J. Desrosiers et M.-F. Dubois. Criterion validity of a home health aide's algorithm for recommending bathroom equipment. *Canadian Journal of Occupational Therapy - Revue canadienne d'ergothérapie*, 2009. 76(Influencing Policy Special Issue): p. 246-256.
6. Guay, M., J. Desrosiers et M.-F. Dubois. Does the clinical context affect the validity of bathroom recommendations made by home health aides? *International Journal of Industrial Ergonomics*, 2010. 40(1): p. 82-89.
7. Guay, M., Levasseur, M., Turgeon-Londei, S., Dubois, M.-F. et Desrosiers, J. Besoins de soutien de l'auxiliaire aux services de santé et sociaux engagé dans le choix d'équipements au bain pour l'aîné vivant à domicile: une recherche clinique qualitative. 79^e congrès de l'ACFAS, 2011: Sherbrooke (Canada).
8. Miller, T.W., Ryan, M. et York, C. Utilizing algorithms and pathways of care in allied health practice. *Internet Journal of Allied Health Sciences & Practice*, 2005. 3(2): p. 18.
9. Townsend, E.A. et Polatajko, H. J. Faciliter l'occupation: L'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation, 2008. Ottawa: CAOT Publications ACE.
10. Gooptu, C. et Mulley, G. P. Survey of elderly people who get stuck in the bath. *British Medical Journal*, 1994. 308(6931): p. 762.
11. Boutier, V. Validité du poids et de la taille obtenus de mémoire chez des personnes âgées en perte d'autonomie, Faculté de médecine et des sciences de la santé, 1995. Université de Sherbrooke: Sherbrooke. 63 pages.
12. Janssen, W., Bussmann, H. et Stam, H. Determinants of the sit-to stand movement. A review. *Physical Therapy*, 2002. 82(9): p. 866-879.
13. Sveistrup, H. Lockett, D., Edwards, N. et Aminzadeh, F. Evaluation of bath grab bar placement for older adults. *Technology & Disability*, 2006. 18(2): p. 45-55.
14. Guitard, P., Sveistrup, H., Edwards, N. et Lockett, D. Dans quelle mesure les barres d'appui pour les baignoires sont-elles efficaces pour prévenir une chute lors d'une perte d'équilibre?, 2007. Société canadienne d'hypothèques et de logement: Ottawa. 8 pages.
15. Lindsay, P.H. and D.A. Norman. Traitement de l'information et comportement humain: une introduction à la psychologie, 1980. Montréal: Éditions Études Vivantes.
16. Hagedorn, R. Clinical decision making in familiar cases: a model of the process and implications for practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 1996. 59(5): p. 217-222.
17. Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales, Principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires: cahier du participant, 2009. Montréal: Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales. 156 pages.
18. Proteau, R.-A. Soins d'hygiène et cabine de douche: un avantage ! Objectif prévention, 2005. 28(5): p. 15-17.
19. Centre régional d'information de démonstration et d'évaluation des aides techniques (CRIDÉAT). Classification des aides techniques, 2002. http://www.irglm.qc.ca/files/Classification_Aides_techniques_CRIDEAT.pdf.