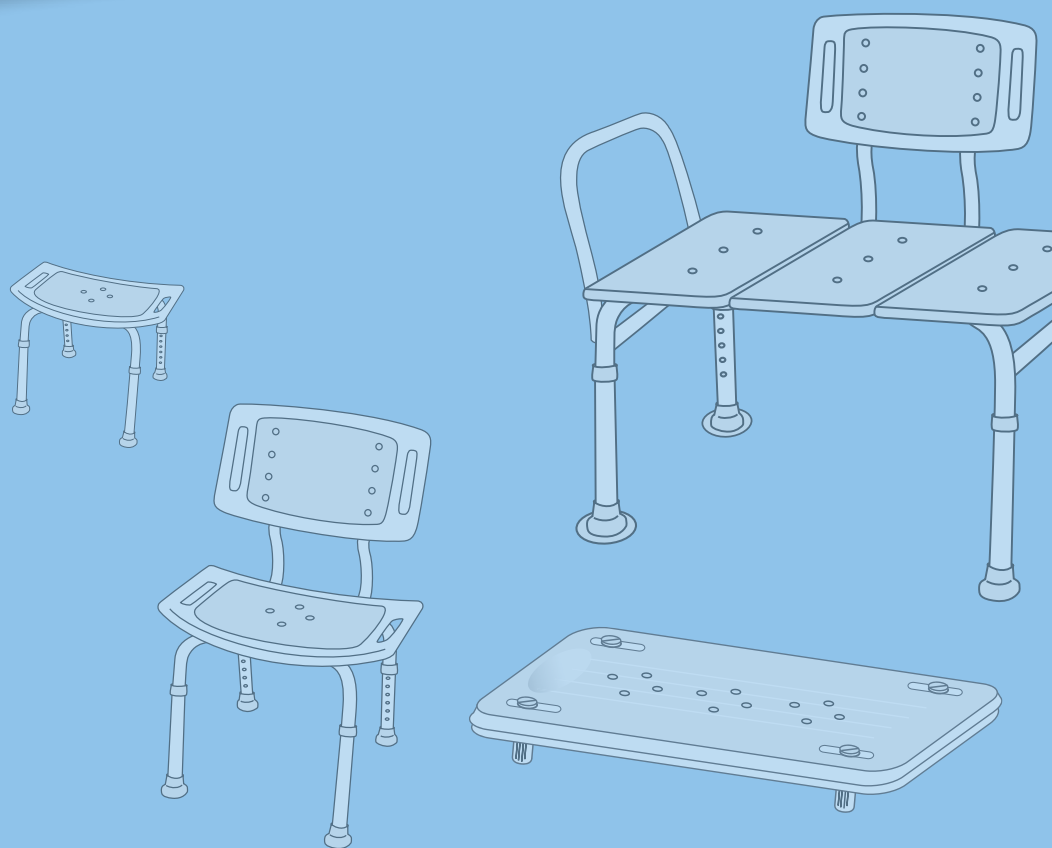


Manuel de référence de l'Algo

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

Algorithme clinique pour
la sélection de l'équipement au bain



Version juin 2024

Guay, M., Desrosiers, J., Dubois, M.-F. et Robitaille, J. (Août 2012)
Attribution - Pas d'utilisation commerciale -
Pas de modification - 4.0 International
CC BY-NC-ND 4.0

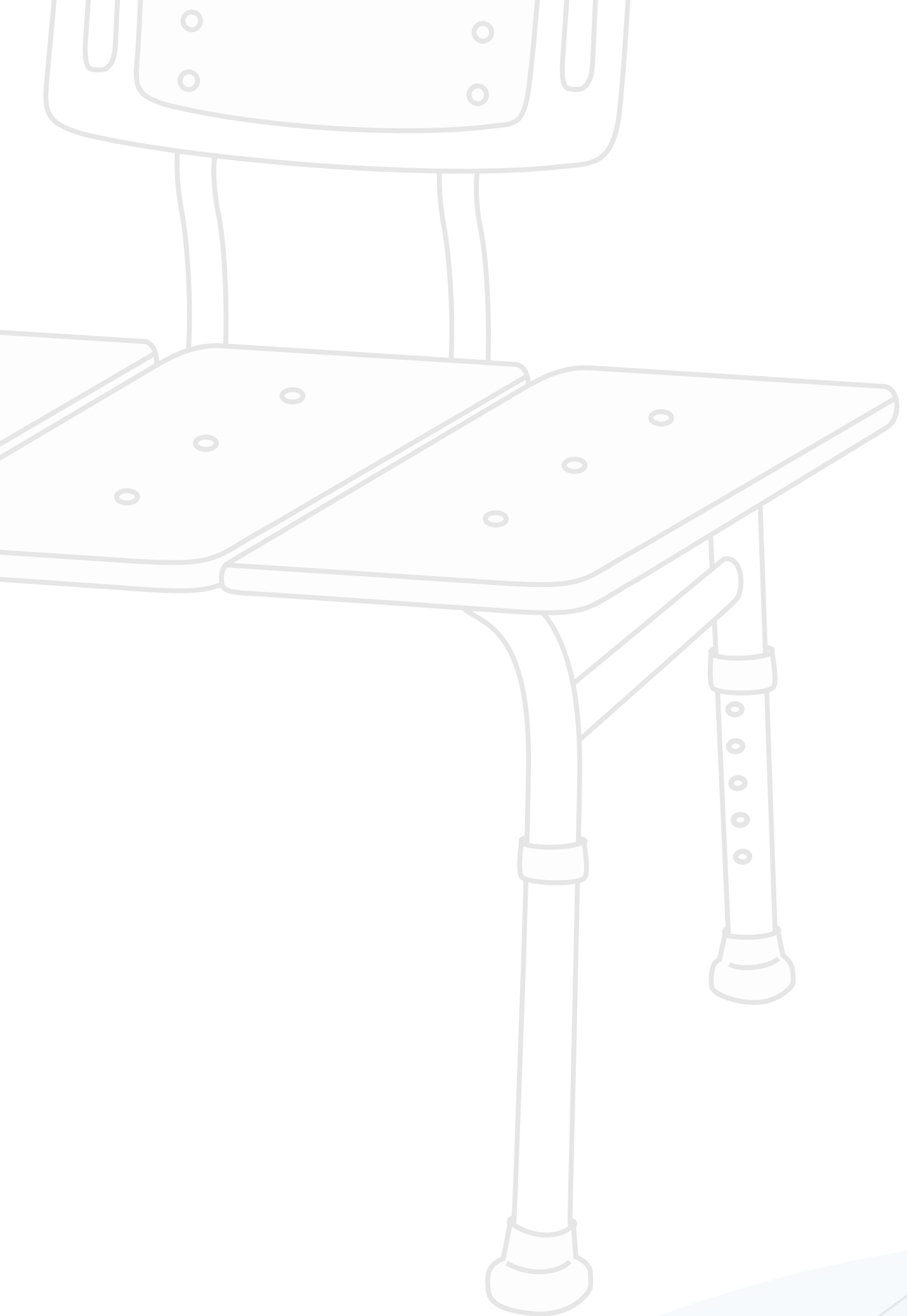
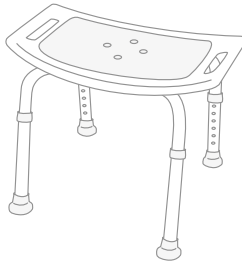


Table des matières

- Le préambule.....3
- La section 1 : La clientèle**6
 - Occupation6
 - 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 remerciements13



Note : Afin de faciliter la lecture du texte, un seul genre a été retenu pour indiquer le féminin et le masculin.

Guay, M., Desrosiers, J., Dubois, M.-F. et Robitaille, J. (Août 2012)
Attribution - Pas d'utilisation commerciale -
Pas de modification - 4.0 International
CC BY-NC-ND 4.0

Version juin 2024





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 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.

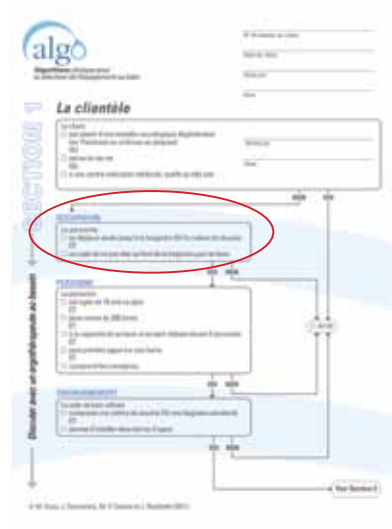
Selon l'OEQ, l'assignation de la détermination du besoin d'équipement pour l'hygiène à du personnel non-ergothérapeute ne devrait pas se faire lorsque la personne présente une condition instable ou pour laquelle des habiletés approfondies ou un suivi rapproché sont nécessaires [1]. Par conséquent, le 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.

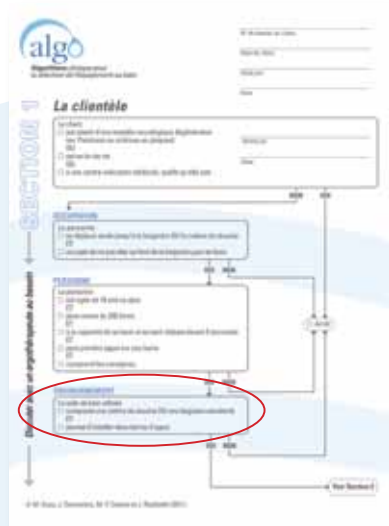
La personne comprend les consignes.

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.

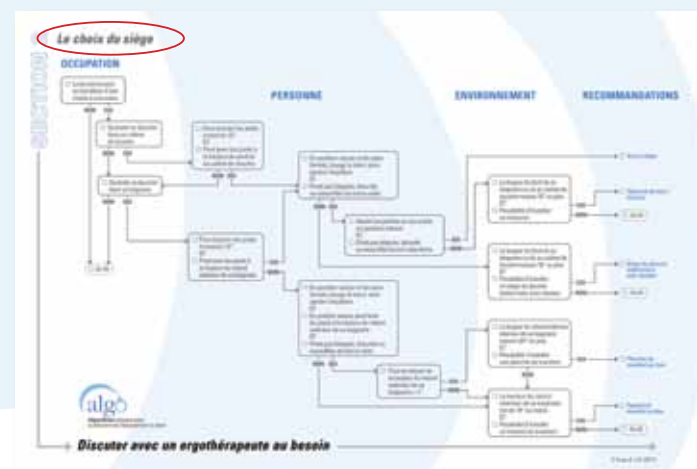
L'ajout de barres d'appui murales est une mesure de prévention des chutes efficace, peu importe le fonctionnement de la personne à domicile [13, 14]. Le personnel non-ergothérapeute doit donc recommander l'ajout de deux barres antidérapantes d'au moins 24 pouces (voir section 3 de l'Algo pour les informations 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.

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

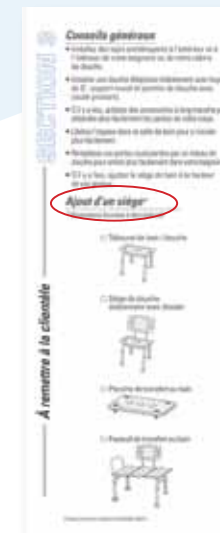
Aspects	Indicateurs	Tâches pour opérationnaliser l'indicateur	Conséquences
Occupation	Mobilité fonctionnelle	La personne peut se transférer d'une chaise à une autre.	Complexité du cas : besoin d'aide physique lors du transfert
	Choix du client	Souhaite se doucher dans sa cabine de douche. Souhaite se 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 essouffée 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 essouffée 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. La hauteur du rebord extérieur de sa baignoire est de 19" ou moins.	Possibilité d'installer une planche de transfert au bain Possibilité d'installer un fauteuil de transfert au bain

SECTION 3

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.

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

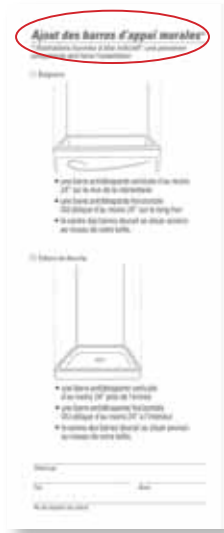


Les conseils généraux sont implicites pour tous les clients et ne font pas partie des choix que le personnel non-ergothérapeute doit faire. Il s'agit de recommandations applicables à la population dans le cadre de la promotion de la santé et de la prévention des chutes à domicile.

« 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

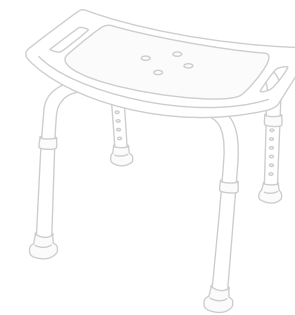
Afin de favoriser une compréhension commune des équipements, la terminologie de la classification des aides techniques du Centre régional d'information de démonstration et d'évaluation des aides techniques (CRIDÉAT) est utilisée [19]. Cette classification est un langage commun, intégré au Répertoire 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



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.

