

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE  
Faculté de médecine et des sciences de la santé  
École de réadaptation

**Favoriser le maintien à domicile de la clientèle âgée par la participation d'un tiers  
dans la supervision des programmes d'exercices :  
Recommandations pour la pratique.**

Par  
Catherine Le Page, pht

Présenté à  
Marie-José Durand, Ph.D, erg.  
Chantal Sylvain, Ph.D, erg.  
Marie Beauséjour, Ph.D

Faculté de médecine et des sciences de la santé – École de réadaptation  
En vue de l'obtention du grade de maîtrise en pratique de la réadaptation

Juin 2015 ©



## **Résumé**

### **Problématique**

Avec le vieillissement de la population, le nombre de personnes âgées nécessitant des services à domicile augmente et le territoire du CSSS de la Montagne est particulièrement touché par ce phénomène. La physiothérapie est une discipline sollicitée dans le but de maintenir l'autonomie des personnes âgées à domicile. Par contre, les ressources humaines sont limitées en comparaison à l'ampleur de besoins populationnels créant un déséquilibre besoins/ressources. Dans le but d'aider la personne âgée à maintenir son autonomie fonctionnelle, le questionnement s'est tourné vers la possibilité de superviser les programmes d'exercices donnés par l'équipe de physiothérapie, par un tiers soit l'auxiliaire en réadaptation (AER).

### **Objectifs**

L'objectif principal a été de préserver l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées à domicile par la supervision de programmes d'exercices fait par un tiers. Pour ce faire, les objectifs spécifiques ont été de déterminer les clientèles pouvant recevoir un programme d'exercices supervisés et de déterminer les compétences nécessaires pour l'exécution de nouvelles tâches, les modalités de transfert de connaissances, de contrôle et de suivi de l'équipe de physiothérapie. Le tout a été résumé dans un livrable accessible pour les professionnels de la physiothérapie et les gestionnaires.

### **Méthodologie**

Pour chacun des objectifs, une recherche bibliographique a été faite dans les bases de données, les moteurs de recherche, les publications gouvernementales, les publications de l'OPPQ et dans les documents internes du CSSS de la Montagne. Pour les objectifs concernant l'identification des clientèles pouvant recevoir un programme d'exercices supervisé, une méthode de consensus Delphi modifiée a été utilisée. Deux tours ont été faits auprès de l'ensemble de l'équipe de physiothérapie du CSSS (N=12, 100 % de réponses). Les questionnaires ont porté sur les caractéristiques de l'utilisateur, les facteurs biopsychosociaux, les clientèles pouvant recevoir un programme d'exercices et ceux pouvant être supervisés. Les cotes égales ou supérieures à la moyenne des moyennes ont

été retenues et les cotes avec un écart moyen de 0,6 ou moins ont été utilisées pour le consensus. Les énoncés n'ayant pas fait consensus à la phase I ont été resoumis à la phase II. Pour l'identification des compétences, des modalités de transfert de connaissances, de contrôle et de suivi, une entrevue semi-dirigée a été réalisée auprès d'informateurs clés. Le contenu a été analysé afin d'extraire les points principaux. Une retranscription, une synthèse et une validation de l'entrevue ont été effectuées.

## **Résultats**

Les caractéristiques de l'utilisateur retenues sont : l'autonomie fonctionnelle, le niveau de trouble cognitif/démence, la liste de problèmes lors de l'analyse, les conditions associées, la stabilité de la condition, la complexité de la condition du patient. Pour les facteurs biopsychosociaux, on retrouve : la sécurité, la motivation de l'utilisateur, l'impact du diagnostic de l'utilisateur sur sa fonction, la cognition/niveau de compréhension, le potentiel de l'utilisateur à maintenir la fonction et à obtenir une amélioration de fonction. Les clientèles pouvant être supervisées sont : douleur chronique avec atteintes fonctionnelles modérées/importantes, MPOC avec dyspnée à l'effort modérée, chirurgie générale phase chronique avec impact fonctionnel modéré/important, diminutions d'amplitudes articulaires, de force, d'autonomie aux transferts, d'autonomie à la marche, d'endurance et le maintien de la fonction et des forces. Dans les résultats de la deuxième section, les compétences à développer pour l'AER dans son nouveau rôle de supervision des programmes d'exercices sont principalement au niveau de la sécurité, de l'observation, de la communication surtout au niveau de la motivation/négociation/relationnel. Les modalités de transfert de connaissances les plus appropriées sont les approches dites linéaires pour les notions théoriques et les approches interactives pour les notions pratiques. Les modalités de suivi suggèrent des échanges hebdomadaires entre l'AER et le professionnel de la physiothérapie, et les réévaluations se font au besoin, selon le jugement clinique du physiothérapeute.

## **Discussion**

On peut conclure que les diagnostics participent au jugement clinique des thérapeutes, mais considérés seuls, ils sont insuffisants pour orienter la décision. La liste des diagnostics retenus pour la supervision est relativement courte. La stratification des énoncés

diagnostics avec les caractéristiques de l'utilisateur ainsi que les facteurs biopsychosociaux a permis d'identifier de façon plus précise les clientèles à considérer. Sommairement, il faut donc vérifier si l'impact du diagnostic se trouve à être une perte d'autonomie. De plus, il faut que la condition de l'utilisateur soit stable, en phase chronique, peu complexe et que l'utilisateur puisse bien comprendre les consignes. Il n'y a pas eu de consensus sur le niveau d'autonomie fonctionnelle à envisager, car trois modes de pensée ont été observés chez les répondants soit ceux qui jugeaient appropriée la supervision pour des déficits légers, d'autres pour les déficits sont modérés/importants et ceux pour qui la lourdeur des déficits ne changerait pas leurs décisions. En ce qui concerne les modalités de transfert, il serait envisagé d'avoir un enseignement direct des notions théoriques et une approche interactive pour le développement des compétences et des tâches. La communication doit se faire de façon régulière entre le thérapeute et l'AER, et des notes écrites sont à envisager pour un meilleur suivi.

### **Conclusion et recommandations**

La supervision des programmes d'exercices par un tiers à l'intérieur du CSSS de la Montagne est envisageable si les usagers présentent une perte d'autonomie simple, une condition stable, en phase chronique et qu'ils comprennent bien les consignes. Par contre, le milieu doit soutenir le développement des connaissances et fournir les activités associées. La communication doit être hebdomadaire et l'AER doit remplir un écrit après chaque visite. Les conclusions ne sont pas généralisables à tous les CSSS en lien avec la probabilité d'avoir un équivalent à l'AER et à cause des disparités locales. Par contre, la méthode utilisée ici, adéquate et valide est reproductible ailleurs pour l'identification de clientèles locales.

## Table des matières

<b>Remerciements</b> .....	6
<b>Liste des annexes</b> .....	7
<b>Liste des figures</b> .....	9
<b>Liste des abréviations</b> .....	10
<b>Introduction :</b> .....	11
<b>Chapitre 1 : Mise en contexte</b> .....	12
1.1 Problématique :.....	12
1.2 Questionnement .....	15
1.3 Bilan de la littérature .....	16
1.3.1 Programmes d'exercices :.....	16
1.3.2 Programmes d'exercices supervisés .....	18
1.3.3 Modalités de transfert de connaissances et mesures de contrôle .....	19
1.4 Analyse de la littérature.....	21
<b>Chapitre 2 : Objectifs du projet d'innovation</b> .....	22
<b>Chapitre 3 : Méthodologie et résultats de l'objectif 1</b> .....	24
3.1 Méthodologie.....	24
3.1.1 Recherche documentaire.....	24
3.1.2 Questionnaire sur les clientèles.....	25
3.1.3 Prétest .....	26
3.1.4 Description de la population cible du questionnaire.....	27
3.2 Résultats.....	28
<b>Chapitre 4 : méthodologie et résultats de l'objectif 2</b> .....	30
4.1 Méthodologie.....	30
4.1.1 Élaboration des seuils .....	30
4.1.2 Création du questionnaire phase II .....	31
4.1.3 Prétest .....	31
4.1.4 Envoi du questionnaire .....	31
4.2 Résultats.....	32
4.2.1 Choix des seuils .....	32
4.2.2 Résultats de la resoumissions d'énoncés .....	32
4.2.3 Résultats des énoncés reformulés .....	33

<b>Chapitre 5 : méthodologie et résultats de l'objectif 3</b> .....	35
5.1 Méthodologie.....	35
5.1.1 Choix d'un cadre de référence.....	35
5.1.2 Élaboration d'une liste de tâches et d'une liste de compétences potentielles.....	36
5.1.3 Préparation du guide d'entrevue.....	36
5.1.4 Prétest d'entrevue.....	37
5.1.5 Sélection des répondants et méthodologie d'analyse de l'entrevue.....	37
5.2 Résultats.....	38
<b>Chapitre 6 : méthodologie et résultats de l'objectif 4</b> .....	40
6.1 Méthodologie.....	40
6.2 Résultats.....	40
<b>Chapitre 7 : Méthodologie et résultats de l'objectif 5</b> .....	43
7.1 Méthodologie.....	43
7.2 Résultats.....	43
7.2.1 Modalité de suivi des thérapeutes.....	43
7.2.2 Mesure de contrôle.....	44
<b>Chapitre 8 : Création du livrable</b> .....	45
<b>Chapitre 9 : Discussion des objectifs</b> .....	46
<b>9.1 Discussion</b> .....	46
9.1.1 Clientèles et critères de décision dans la prescription de programme d'exercices supervisés.....	46
9.1.2 Les compétences, les modalités de transfert des connaissances, de suivi et de contrôle .....	50
9.2 Forces et limites.....	53
<b>Chapitre 10 : Conclusion et recommandations</b> .....	56
<b>Bibliographie</b> .....	58
<b>ANNEXES</b> .....	67

## Remerciements

Je voudrais en premier lieu, remercier ma mentore dans ce projet : Marie Beauséjour, pour son accompagnement, ses conseils et nombreuses rencontres qui ont permis de mener à terme cet essai synthèse.

Je voudrais aussi remercier les membres de mon sous-groupe, Guillaume Frigon-Gélinas, Nathalie Langevin et Lisane Pelletier. Sans vos interventions et votre collaboration, ce projet ne serait pas ce qu'il est actuellement. Nous avons vécu des montagnes russes d'émotions. C'est avec plaisir que je partage ce projet avec vous et regret, de ne pas pouvoir travailler avec vous dans un avenir rapproché.

En dernier lieu, je voudrais remercier mes collègues physiothérapeutes et thérapeutes en réadaptation physique du CSSS de la Montagne pour leur participation à ce projet de maîtrise. Merci!



## Liste des annexes

Annexe 1 : Tableau résumé de la recherche bibliographique pour l'objectif 1

Annexe 2 : Tableau de recherche bibliographique sur les programmes d'exercices supervisés

Annexe 3 : Description des intervenants du prétest du questionnaire

Annexe 4 : Questionnaire aux professionnels de la physiothérapie

Annexe 5 : Caractéristique des répondants au questionnaire, N=12

Annexe 6 : Résultats de l'utilisation des programmes d'exercices

Annexe 7 : Résultats en lien avec les caractéristiques du patient

Annexe 8 : Résultats en lien avec les facteurs biopsychosociaux

Annexe 9 : Résultats sur les clientèles pouvant recevoir un programme d'exercices à domicile

Annexe 10 : Résultats sur les clientèles pouvant recevoir un programme d'exercices à domicile supervisé par un AER

Annexe 11 : Questionnaire Delphi phase deux

Annexe 12 : Résultats en lien avec les caractéristiques du patient à la phase deux du Delphi

Annexe 13 : Résultats en lien avec les facteurs biopsychosociaux de la phase deux du Delphi

Annexe 14 : Résultats sur les clientèles pouvant recevoir un programme d'exercices à domicile de la phase deux du Delphi

Annexe 15 : Résultats sur les clientèles pouvant recevoir un programme d'exercices à domicile supervisé par un AER de la phase deux du Delphi

Annexe 16 : Guide d'entrevue avec les gestionnaires supervisant des ASSS/AER

Annexe 17 : Lettre d'autorisation à l'attention des informateurs clés

Annexe 18 : Synthèse de l'entrevue semi-dirigée

Annexe 19 : Livrable aux intervenants et aux gestionnaires

## Liste des figures

Figure 1 : Interaction des concepts dans le développement des compétences

## Liste des abréviations

AER : auxiliaire en réadaptation

ASSS : auxiliaire en santé et services sociaux

AVQ/AVD : activité de la vie quotidienne/domestique

CEDIP : Centre d'évaluation, de documentation et d'innovation pédagogique

CLSC : Centre local de services communautaires

CPO : Collège de physiothérapie de l'Ontario

CSSS : Centre de santé et de services sociaux

DEP : diplôme d'études professionnel

EM : écart moyen

MDM : moyenne des moyennes

MPOC : maladie pulmonaire obstructive chronique

NRC : non retenu consensus

NRNC : non retenu non consensus

OEQ : ordre des ergothérapeutes du Québec

OPPQ : ordre de la physiothérapie du Québec

RC : retenu consensus

RNC : retenu consensus

SAPA : soutien à l'autonomie des personnes âgées

SEP : sclérose en plaques

SLA : sclérose latérale amyotrophique

TRP : thérapeute en réadaptation physique

## **Introduction :**

Dans le cadre du cours REA 106 : essai synthèse, il nous a été demandé de travailler sur une problématique rencontrée dans notre milieu. En regardant ce qui se passe à l'intérieur du CSSS, j'ai décidé de me pencher sur une intégration des auxiliaires en santé et services sociaux (ASSS) à l'intérieur des traitements en physiothérapie, au niveau des programmes d'exercices donnés aux usagers. Ce projet a été en partie motivé par cette tendance du milieu de développer les actes permis, selon la loi 90, aux ASSS, mais aussi, d'aider l'équipe de réadaptation à atteindre le mandat de maintien à domicile que doit combler le CLSC. Le système de santé étant constamment en changement, on se doit innover face aux différentes problématiques rencontrées principalement en ce qui concerne le déséquilibre entre les ressources et les besoins. Il s'agit aussi, dans un contexte de déséquilibre/ressources, de trouver la meilleure façon d'optimiser nos interventions. À l'intérieur de cet essai synthèse sera expliquée la problématique qui a amené à ce projet, la méthodologie utilisée, les résultats ainsi que la discussion et conclusion de ce projet. Une mise en contexte du milieu est d'abord requise pour comprendre l'impact de la problématique.

## Chapitre 1 : Mise en contexte

### 1.1 Problématique :

La population du Québec vieillit rapidement et le nombre de personnes âgées ne cesse d'augmenter. Il y aurait un million de personnes âgées de 65 ans et plus en ce moment et l'espérance de vie a augmenté avec la modernisation des techniques de soin et l'amélioration de la médecine (INSPQ, 2003). Par contre, cette population n'est pas à l'abri de maladies chroniques et du vieillissement normal ainsi que des conséquences que cela entraîne.

La perte d'autonomie fonctionnelle est une des principales difficultés physiques rencontrées avec le vieillissement. L'autonomie fonctionnelle consiste en la capacité de pouvoir faire une action selon notre volonté au moment opportun. Elle peut être définie par deux sous-catégories soit l'autonomie exécutive et l'autonomie décisionnelle. L'autonomie exécutive correspond aux capacités de la personne à entreprendre une action alors que l'autonomie décisionnelle consiste en la capacité de prendre les bonnes décisions en lien avec les actions voulues (Cardol et al., 2002). La perte d'autonomie fonctionnelle peut être due à des maladies chroniques ou dégénératives ou encore faire partie du vieillissement normal. Elle entraîne, généralement, des difficultés dans les activités de la vie quotidienne et domestique (AVQ et AVD), dans les transferts, la marche, des troubles d'équilibre, des chutes. La perte d'autonomie peut également survenir dans un contexte de démence auquel cas les besoins de santé s'avèrent encore plus complexes du fait que ces personnes n'ont pas la capacité cognitive de prendre les décisions adéquates selon leurs besoins. Les conséquences de ces problématiques sont variables, mais peuvent mener à des hospitalisations fréquentes, des blessures incapacitantes (fractures, perte de mobilité, etc.), ou encore à l'hébergement en réseau public.

La population âgée a des besoins et des problèmes qui demandent un suivi à long terme, ce qui exige plusieurs interventions dues à la complexité des conditions associées et à leur autonomie. Dans le but de maintenir les personnes âgées en santé et autonomes le plus longtemps possible, ainsi que de leur permettre de demeurer à domicile, des programmes ont été mis en place dans les établissements de santé. Le programme SAPA (soutien à

l'autonomie de la personne âgée), existe dans tous les CLSC du Québec pour combler les besoins, entre autres, des personnes âgées. Les objectifs généraux du programme consistent à offrir des services et de l'accompagnement par des professionnels et des auxiliaires, dans le but de les garder à domicile et dans la communauté le plus longtemps possible en réduisant les difficultés rencontrées. Chaque CLSC offre ce programme sur des territoires bien définis et ayant chacun des caractéristiques différentes, selon les populations.

Le territoire qui nous intéresse est celui du CLSC Parc-Extension, à Montréal. Le CLSC fait partie du CSSS de la Montagne qui inclut également les CLSC Métro et Côte-des-Neiges. Le CLSC de Parc-Extension est composé de trois sous-territoires soit Parc-Extension (PEX), Outremont (Out) et Mont-Royal (VMR). Le territoire est très varié en matière de population. Une proportion de 15 % du territoire du CSSS de la Montagne est représentée par les personnes âgées, soit approximativement 33 000 personnes, dont la majorité réside sur le territoire du CLSC Parc-Extension. Il s'agit d'une augmentation de 5,5 % de personnes âgées depuis 2001 sur ce sous-territoire. De plus, dans le sous-territoire d'Outremont, il y a eu une augmentation du nombre de résidences pour personnes âgées autonomes dans lesquelles le CLSC est appelé à donner des services. Aussi, 29,1 % de la population de 65 ans et plus vit seule dans l'ensemble des sous-territoires (Paquin C., 2008). Dix-neuf pour cent de la population a plus de 75 ans. On y retrouve aussi 10 % de plus d'immigrants récents, sur l'ensemble du CSSS, comparativement à l'ensemble de Montréal (Couture et al. 2014). Un fait important : Le territoire est un des plus pauvres à Montréal avec des revenus de ménage inférieurs à la moyenne montréalaise (Paquin C., 2008) et 27 % de la population considérée comme grandement défavorisée matériellement (20 % pour l'ensemble de Montréal) (Couture et al., 2014). Cette situation diminue la capacité des personnes âgées à avoir accès à certaines ressources, faute d'argent.

Par conséquent, le territoire est habité par une clientèle âgée à domicile présentant plusieurs problèmes de santé, ce qui occasionne une demande importante de services. Ces services dispensés par des auxiliaires et des professionnels incluent des services de physiothérapie. J'ai pour profession d'administrer ces services de physiothérapie au sein du CSSS de la Montagne, en ce moment au CLSC Parc-Extension.

Plus précisément, les services de physiothérapie sont offerts à la population selon les références reçues. Elles proviennent de l'extérieur (hôpital, centre de réadaptation, résidence de personnes âgées, clinique de cognition, ou par la personne, elle-même, qui constate une augmentation de difficultés fonctionnelles, etc.) ou encore de l'interne, donc provenant d'autres professionnels (travailleurs sociaux, ergothérapeutes, infirmiers, etc.). Les besoins peuvent être aussi variés qu'une réadaptation postopératoire, l'évaluation de la sécurité à domicile, de la marche, de l'équilibre, un suivi pour reconditionnement ou encore un programme d'exercices. Par contre, les temps d'attente pour recevoir ces services sont longs (une moyenne de quatre mois et plus d'attente pour un service non urgent jugé par l'établissement).

Outre les besoins des utilisateurs, différentes contraintes administratives à l'intérieur du CSSS influencent les interventions. L'équipe du CLSC Parc-Extension est composée de deux physiothérapeutes à temps plein et de deux thérapeutes en réadaptation physique (TRP) dont une est à temps partiel. L'ensemble des intervenants en physiothérapie est appelé à couvrir les trois sous-territoires, ce qui augmente les déplacements en distance et en temps. Ces quatre intervenants sont tenus à des interventions de six à huit semaines (principalement dans les cas d'orthopédie), et à un maximum de deux visites par semaine, dans le but de permettre à d'autres de recevoir le service. Les critères sont, par contre, modulables au cas par cas en fonction du jugement clinique du professionnel. Le quota d'interventions à atteindre est de quinze par semaine, par intervenant. Il s'agit principalement de visites à domicile et ce quota est fixé localement par les gestionnaires. Ces balises de traitement ne tiennent pas compte de la complexité des conditions des personnes âgées décrites plus haut, ou des ressources en place. Il n'est pas connu si des contraintes identiques sont appliquées ailleurs. Il n'existe cependant pas de document-cadre de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ) qui régit ces pratiques.

Le mandat du CLSC entourant la pratique de la physiothérapie est se fait sur une base court terme. Les physiothérapeutes sont rarement intervenants pivots ou gestionnaire de cas, dans les dossiers sauf dans les cas d'orthopédie ou encore, dans d'autres dossiers dont la



seule demande est de la physiothérapie. Nous sommes principalement des consultants pour les autres intervenants dans l'objectif commun de maintenir la population à domicile.

Par conséquent, il nous apparaît qu'il existe un déséquilibre entre l'offre de service en physiothérapie et les besoins d'interventions chez les personnes âgées du territoire. Ceci s'illustre par la liste des contraintes administratives, les délais d'attente et les besoins non comblés observés lors des visites (besoin de traitements supplémentaires, besoins non répondus par manque de ressources physiques et humaines, etc.). On peut le supposer également chez les clientèles en attente et non rejointes. Ce déséquilibre peut avoir des impacts importants pour les personnes âgées à domicile. En effet, il est plausible qu'avec l'attente, la perte d'autonomie devienne encore plus grande et que ces personnes puissent vivre plusieurs épisodes d'hospitalisations amenant plus d'incapacités. Il pourrait survenir plusieurs épisodes de chutes avec conséquences variables et/ou, dans le pire des cas, l'hébergement de la personne dû à une perte d'autonomie trop importante. Beaucoup de ces problèmes peuvent être évités par différentes interventions au bon moment. Des interventions appropriées et en temps opportun améliorent l'état de la clientèle âgée et auraient même des répercussions positives sur les coûts pour le système de santé.

## 1.2 Questionnement

Malgré l'ensemble des contraintes du système de santé actuel à l'égard de la physiothérapie dans le CSSS, plus spécifiquement dans le territoire du CLSC Parc-Extension, il est essentiel de se questionner sur les meilleures façons d'optimiser les services de physiothérapie afin de mieux répondre aux besoins de la population âgée et maintenir leur autonomie fonctionnelle.

Il est possible de travailler sur plusieurs aspects en lien avec la problématique. L'option qui a été choisie est l'implication d'un tiers, dans les programmes d'exercices donnés aux patients de la population du CLSC ayant besoin d'un encadrement, d'une supervision ou d'une stimulation. Dans le cadre de ce travail, les tiers sélectionnés sont les auxiliaires en santé et services sociaux (ASSS), qui offrent déjà des services à la clientèle et qui pourraient superviser les programmes d'exercices élaborés par les physiothérapeutes et

TRP. Les ASSS ont un diplôme de niveau professionnel (DEP) et ont développé des connaissances de type savoir, savoir-faire et savoir-être pour travailler avec la clientèle âgée.

Avec les changements associés à la loi 90, les ASSS ont la possibilité de se voir confier des actes délégués en travail social et en soins infirmiers tant et aussi longtemps que l'évaluation et le suivi sont faits par un professionnel. Pour certains actes délégués (l'évaluation de la salle de bain, par exemple), seuls des ASSS qui ont eu une formation approfondie peuvent les effectuer. Ils ont le titre d'auxiliaires-aide en réadaptation (AER). Les AER sont désignés par les chefs de programme en fonction de leurs compétences. Ils semblent être le tiers dont les connaissances seraient les plus adaptées pour le type d'intervention visé par ce projet. Pour la pratique de la physiothérapie, le cadre de référence en physiothérapie permet la délégation de certains actes en lien avec la marche et d'autres activités, mais les balises de ces activités sont inexistantes, à l'intérieur du CSSS. L'OPPQ a déjà créé un document permettant d'encadrer la pratique d'une tierce personne dans les programmes d'exercices (OPPQ, 2013). Ce document aborde les rôles et responsabilités du physiothérapeute et du thérapeute en réadaptation physique, mais peu d'informations sont disponibles sur les clientèles cibles ou encore, au tiers à privilégier. Au sein du CSSS, certains professionnels ont recours à de l'aide pour la supervision des programmes d'exercices, mais cela est fait au cas par cas, sans standardisation.

Compte tenu de ce qui précède, nous avons formulé la question suivante : comment optimiser les interventions en physiothérapie dans le but de préserver l'autonomie fonctionnelle de la clientèle âgée dans un contexte de déséquilibre besoins-ressources, à l'intérieur du CSSS de la Montagne? La question sera explorée sous plusieurs aspects dont en premier lieu, avec les connaissances actuelles sur la problématique.

### 1.3 Bilan de la littérature

#### 1.3.1 Programmes d'exercices :

Les banques de données regorgent d'articles sur différents types d'interventions chez la clientèle âgée. Il a été possible de trouver plusieurs essais cliniques randomisés ainsi que

des revues systématiques. Une des pratiques courantes en soins à domicile est de donner un programme d'exercices aux patients pour qu'ils puissent le faire par eux-mêmes. Les programmes d'exercices ont déjà été démontrés comme efficaces dans le passé, autant pour le renforcement que pour le maintien et l'amélioration de l'équilibre (Vreugdenhil et al., 2012, Campbell et al., 1997, Capodaglio et al. 2002, Atienza, A., 2003). D'autres auteurs affirment que ce type d'intervention a un impact sur la diminution de certains coûts en santé pour cette clientèle (Robertson et al., 2001, Mori et al., 2011). Outre les études sur l'effet des programmes sur l'autonomie ou la réduction des chutes, d'autres recherches ont été réalisées, chez différentes populations et problématiques de santé.

Par exemple, des auteurs ont évalué l'effet des programmes d'exercice sur des populations cardiaques. Les auteurs ont comparé un groupe en réadaptation cardiaque, dans un centre, à un groupe avec un programme à domicile. À la réévaluation (trois mois plus tard), les deux groupes avaient atteint les objectifs entre autres au niveau de la capacité respiratoire ( $VO_2$  max), et de l'endurance (test de 6 minutes de marche) (Oerkild et al., 2010). Certains sujets dans les deux groupes ne se sont pas améliorés. Il a été identifié qu'il s'agit de sujets vivants seuls, étant plus âgé que la moyenne des participants et souffrant de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ou d'autres conditions associées ayant un impact sur leur participation et leurs capacités (Oerkild et al., 2010).

Chez les personnes démentes (principalement la démence d'Alzheimer), les résultats obtenus ont été une amélioration de la force des membres inférieurs, une bonne adhérence au programme, une amélioration des fonctions physiques et une amélioration au niveau des AVQ (Vreugdenhil et al., 2012).

Les programmes d'exercices ont aussi été testés chez une clientèle âgée atteinte d'ostéoporose et ayant eu une fracture vertébrale. Une recherche a voulu comparer si les programmes d'exercices amélioraient la qualité de vie ainsi que la fonction chez les femmes âgées ménopausées. Un groupe de femmes âgées a été divisé en deux groupes, soient exercices et contrôle. Le groupe exercice a vu ses résultats au Osteoporosis Quality of Life (OQOL, test de qualité de vie) améliorés sur six mois alors que le résultat est resté stable dans le groupe contrôle (Papaioannou et al., 2003).

Pour ce qui est de l'équilibre (test maison utilisé par les auteurs), il y a aussi eu une amélioration dans le groupe exercice comparé au groupe contrôle (Papaioannou et al., 2003). Des gains ont été obtenus autant chez les personnes âgées fragiles, ostéoporotiques, cardiaques ou démentes, principalement au niveau des forces et de l'endurance, mais aussi au niveau de la fonction selon le type de recherche.

### 1.3.2 Programmes d'exercices supervisés

Ceci étant dit, peu d'auteurs se sont intéressés à l'implication d'un tiers dans l'application de programme d'exercices. Cinq articles discutent de l'implication et de la formation de tiers, pour superviser les programmes d'exercices soit Stolee et al., (2012), Steinberg et al., (2009), Bonnefoy et al., (2012) et Johnston et al., (2013), Vreugdenhil et al., (2011). Parmi ces articles, trois d'entre eux sont des essais cliniques randomisés, ce qui augmentent leurs valeurs dans ce projet. Les auteurs ont tous conclu au bénéfice de l'implication d'une tierce personne dans l'application des programmes d'exercices pour l'atteinte des objectifs.

Eu égard à ce qui précède, Steinberg et al., (2009) a choisi les aidants naturels pour superviser les programmes d'exercices pour des personnes avec la maladie d'Alzheimer. Les aidants naturels ont été formés sur trois séances. Les avantages observés ont été une augmentation de la force des membres inférieurs, une bonne adhérence au programme et une amélioration des fonctions physiques.

Johnson et al., (2003) a choisi de faire exécuter dix exercices à des personnes âgées en perte d'autonomie par des auxiliaires (Home Helpers). Au bout de quatre mois, les résultats de certains tests comme le Time Up and Go, sit-to-stance, 6 Minutes de marche ont été significativement améliorées et l'adhérence au programme a été bonne.

D'autre part, Stolle et al., (2012), quant à lui, a choisi des volontaires pour superviser les programmes d'exercices. Les volontaires avaient des connaissances dans le domaine de la santé ou dans l'entraînement. La population était composée des personnes âgées, isolées, fragiles, avec des problèmes de santé multiples et de mobilité. Les résultats observés après

huit mois ont été concluants au niveau des tests physiques tels le Standing-Chair, le Reaching Test et l'échelle de confiance en l'équilibre.

Vreugdenhil et al., (2011) ont utilisé les aidants naturels pour faire exécuter un programme d'exercices et de la marche quotidienne à des usagers atteints de démence. Les antécédents des volontaires n'ont pas été expliqués. Les résultats ont été une amélioration de la cognition, de la fonction physique et d'indépendance aux AVQ sur quatre mois.

Finalement, l'étude de Bonnefoy et al., (2012) a évalué l'impact des exercices supervisés par des auxiliaires sur la sédentarité et le risque de chute de femmes âgées vivant à domicile. Seulement 44 % des personnes choisies ont été considérées comme ayant une bonne adhérence. Par contre, les résultats sont relativement similaires à d'autres articles cités par l'auteur. Dans les gains obtenus, il y a eu préservation des capacités aux AVQ dus à l'augmentation d'endurance par rapport au groupe contrôle. D'autre part, les changements dans les forces et les capacités aérobiques n'ont pas été significatifs. En conclusion, l'ensemble des interventions a été bénéfique pour la clientèle qui a été supervisée.

### 1.3.3 Modalités de transfert de connaissances et mesures de contrôle

De façon à bien encadrer leurs programmes, chacun des auteurs a utilisé différentes modalités de transfert de connaissances et méthodes pédagogiques. Par exemple, dans l'article de Johnston (2013), une formation de base a été donnée aux volontaires ainsi qu'un séminaire pour permettre aux intervenants de pratiquer les exercices entre eux, ainsi que d'avoir une discussion sur l'aspect motivationnel et sur la sécurité. Ce séminaire était de quatre heures apprécié des volontaires. Chaque volontaire a travaillé avec les usagers pendant quatre mois. Il devait faire exécuter les exercices, noter les progrès, modifier les exercices au besoin et aider l'utilisateur avec son calendrier personnel. Il leur était aussi demandé de se rapporter aux responsables une fois par semaine.

Stolee et al., (2012) a sélectionné des volontaires qui avaient déjà de l'expérience dans le domaine de la santé et de l'éducation physique. Il a convoqué les volontaires à une

formation d'une journée et demie dans laquelle plusieurs volets d'informations ont été enseignés par capsule tels la santé des personnes âgées, les exercices, la sécurité, etc. L'intervention s'est échelonnée sur douze semaines. Les volontaires ont été accompagnés lors de la première visite par des coordonnateurs. La fréquence à laquelle les volontaires devaient se rapporter auprès des coordonnateurs n'a pas été précisée.

Steinberg (2009) a quant à lui fait de l'enseignement auprès des aidants naturels, mais la durée de l'enseignement n'a pas été indiquée. L'enseignement a porté sur les exercices d'équilibre, aérobiques et de renforcement. Au total, trois visites ont été faites pour évaluer le domicile et les risques et aider les aidants avant l'intervention. Il était demandé aux participants de remplir un journal des activités et des séances d'exercices sur une période de douze semaines. Les usagers étaient réévalués à six et douze semaines.

Bonnefoy (2012) a formé des auxiliaires (Home Helper) sur deux séances de deux heures dans lesquelles les exercices ont été enseignés et pratiqués par des activités de jeux de rôle. Il s'agissait de treize exercices identiques pour tous les participants. Il leur a aussi été enseigné des façons d'interagir avec les patients et de les encourager. La fréquence des suivis n'a pas été spécifiquement indiquée, mais il est noté que chaque auxiliaire devait se rapporter durant certaines rencontres ou avait des suivis téléphoniques à faire. Chaque auxiliaire devait remplir un journal à chaque visite.

Vreugdenhil (2011) n'a pas été précis sur les modalités de transfert de connaissances apportées aux aidants naturels.

En conclusion, différentes méthodes de transfert de connaissances et de suivi ont été choisies et appliquées. Dans la plupart des interventions, une formation préalable de durée variable a été faite avec différents objectifs. Dans le cas des auxiliaires, la formation a davantage porté sur l'exécution adéquate des exercices et le développement des habiletés d'interaction avec les patients dans ses fonctions. Les suivis des interventions variaient selon l'article, mais le minimum noté était hebdomadaire.

#### 1.4 Analyse de la littérature

En bref, les articles trouvés dans les bases de données ont montré l'efficacité des programmes d'exercices pour la majorité des clientèles âgées à domicile. Les gains étaient sur les forces des membres inférieurs (Steinberg et al., 2009, Atienza A., 2003), les capacités aérobies (Oerkild et al., 2010, Johnson et al., 2003, Atienza, A., 2003), l'équilibre (Papaioannou et al., 2003 Vreugdenhil et al., 2012, Cambell et al., 1997, Capodaglio et al. 2002) ainsi que sur les capacités fonctionnelles (Steinberg et al., 2009, Vreugdenhil et al., 2012, Bonnefoy et al., 2012). Les programmes identifiés avec l'aide d'un tiers ont aussi été démontrés efficaces, ont eu le même type d'amélioration et ont démontré une bonne adhérence des patients. L'ensemble des auteurs cités ici suggère de poursuivre la recherche sur l'implication d'un tiers, car elle peut offrir des bénéfices clairs pour les personnes âgées à domicile en perte d'autonomie. C'est à partir de ces conclusions que les objectifs amenant au projet ont été identifiés.

## **Chapitre 2 : Objectifs du projet d'innovation**

En fonction de la description de la problématique et de l'état des connaissances, ainsi que dans le but de mieux couvrir les besoins de service, auprès de la clientèle âgée, dans un contexte de déséquilibre ressources-besoins, ce projet propose de collaborer davantage avec les AER, de baliser leurs pratiques pour uniformiser l'application de programmes d'exercices dans les sous-territoires et, éventuelle, dans l'ensemble du CSSS de la Montagne. Pour ce faire, les objectifs suivants ont été identifiés pour permettre l'obtention du but.

### **Objectif général**

Préserver l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées à domicile, par l'exécution de programmes d'exercices supervisés par un tiers.

### **Objectifs spécifiques :**

1. Définir la clientèle pouvant bénéficier d'un programme d'exercices supervisé par un tiers.
2. Définir, de façon consensuelle, les critères de décision déterminant l'implication d'une tierce personne.
3. Identifier les compétences nécessaires des AER à la supervision des programmes d'exercices.
4. Définir les modalités de formation/transfert de connaissances de cette tierce personne dans les programmes d'exercices.
5. Déterminer les modalités de suivi et de contrôle de l'équipe de physiothérapie en lien avec les programmes d'exercices supervisés.
6. Créer un guide livrable du projet avec l'ensemble de l'information obtenue des différents objectifs et le faire valider par le milieu.

Les objectifs spécifiques ont été développés dans le but de formuler des recommandations pour la pratique clinique dans un contexte de soins à domicile.

Ce projet sera soutenu par les données probantes, les documents de l'OPPQ, principalement le suivant : *Participation d'une tierce personne à la prestation d'activités*



*dans le cadre d'un plan de traitement en physiothérapie (2014), et par la concertation entre les professionnels de la physiothérapie et les gestionnaires.*

## Chapitre 3 : Méthodologie et résultats de l'objectif 1

### **Objectif 1 : Définir la clientèle pouvant bénéficier d'un programme d'exercices supervisé par un tiers.**

Cet objectif a pour but de définir les clientèles les plus propices à obtenir un programme d'exercices supervisé par un tiers. Un questionnaire aux intervenants a été élaboré après une recherche dans la littérature.

#### 3.1 Méthodologie

##### 3.1.1 Recherche documentaire

La première étape de cet objectif a été de faire une recherche dans les bases de données concernant les clientèles pouvant bénéficier d'un programme d'exercice. Différents mots clés ont été choisis pour trouver les articles de référence (voir Annexe 1). Le choix des mots-clés a majoritairement porté sur des concepts en lien avec la gériatrie. Les articles devaient être principalement des devis expérimentaux ou encore des revues systématiques. Les critères d'inclusion des articles étaient : parus entre 1999 et 2014, être en lien avec les personnes âgées (c.-à-d. 65 ans et plus), porter sur un programme effectué à domicile, les articles devaient avoir un lien avec l'autonomie fonctionnelle et être accessibles dans leur entièreté en format PDF. Les articles étaient exclus s'ils ne satisfaisaient pas les critères d'inclusion. Une exception a été faite pour des articles ayant été cités par d'autres auteurs comme prémisse à leurs recherches. La sélection d'articles finale a été faite suite à la lecture des résumés et selon la disponibilité via les banques de données de l'Université de Sherbrooke.

En faisant une première recherche, l'article de Johnson et al. (2003) a été un des premiers articles identifiés utilisant les *Home Helpers* pour la supervision des programmes d'exercices. Nous avons fait une deuxième recherche bibliographique plus spécifique pour déterminer une littérature avec des programmes supervisés à domicile. Le même processus a été répété avec des mots-clés tirés de l'article de Johnson 2013 (voir Annexe 2). Seuls cinq articles étaient disponibles par le biais de l'Université de Sherbrooke.

L'autre partie de la recherche a été faite directement avec la liste d'attente en physiothérapie. Un inventaire exhaustif a été dressé et inclut : le déconditionnement, les chutes, les problèmes cardiaques, la maladie de Parkinson, les fractures, le suivi posthospitalisation, la démence, la sclérose en plaques, la douleur multiple, la sécurité à domicile, le besoin d'une aide technique, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), etc. Ce registre a été la base de la liste de clientèles potentielles. De plus, à partir de ces demandes, des informations complémentaires sur les caractéristiques des patients et facteurs biopsychosociaux ont été retenues.

De ces deux sources combinées est né le questionnaire sur les clientèles, qui servira également à la phase I de la méthode Delphi modifiée pour répondre à l'objectif 2 (chapitre suivant).

### 3.1.2 Questionnaire sur les clientèles

Ce questionnaire exploratoire a pour but de recueillir la perception des professionnels de la physiothérapie du CSSS, relativement à l'identification des clientèles pouvant bénéficier d'un programme d'exercices supervisé. Le questionnaire a été divisé en trois sections que nous présentons ici accompagnées d'une argumentation relative à la validité de contenu ou à la validité apparente de sa construction.

La première section concernait la pertinence des programmes d'exercices. Les questions ont abordé les caractéristiques du patient et les facteurs biopsychosociaux pris en considération lors du choix de cette modalité ainsi que l'utilisation des programmes d'exercices dans la pratique courante. La littérature, l'expérience professionnelle des pairs ainsi que l'expertise de professionnels en projets en lien avec le maintien à domicile ont aussi été prises en considération dans le choix des différentes caractéristiques et facteurs.

La deuxième partie du questionnaire concernait l'ensemble des diagnostics pour lesquels les programmes d'exercices seraient potentiellement une modalité de traitement. Le même processus a été fait que pour la première partie du questionnaire soit le recours à la littérature et à l'expérience professionnelle des pairs lors de la conception. Le tableau a été lu par la gestionnaire de projet SAPA qui a pu donner son appréciation et faire des recommandations.

La dernière section concerne des questions nous permettant de caractériser les professionnels du CSSS de la Montagne, leur expérience avec la clientèle âgée et ce type de modalité.

L'ensemble du questionnaire a été évalué par une chercheuse en organisation des services avant le prétest dans le but d'en vérifier la validité de contenu ainsi que la pertinence. Une fois approuvée, cette version a été utilisée pour le prétest.

### 3.1.3 Prétest

Un prétest a été fait avec deux professionnels en physiothérapie du CSSS Haut-Richelieu-Rouville travaillant en soins à domicile (voir annexe 3). Il leur était demandé de répondre au questionnaire (voir Annexe 4) ainsi qu'à une grille de questions portant sur la pertinence, la clarté, la compréhension et la précision des questions, de même que sur la facilité à répondre et la qualité de la langue.

L'administration du prétest a été jugée moyennement facile, ce qui nous permet de penser que le niveau de difficulté du questionnaire est approprié pour notre groupe cible de répondant et a duré moins de 25 minutes. Les questions de la section 1 n'ont pas posé problème sauf les tableaux 1.5 et 1.7. Ils ont été modifiés pour que le répondant puisse coter le niveau d'importance de chaque caractéristique et de chaque facteur individuellement. La question 1.4 a été modifiée et revalidée avec un répondant, car les répondants étaient portés à choisir deux réponses dans les choix proposés.

Au niveau de la section 2 du questionnaire, le problème mentionné se rapportait à la mise en page et l'échelle. Seul un diagnostic a été ajouté après le prétest. Il s'agit du diagnostic de démence qui a été mis sous la catégorie neurologie. Aucun autre diagnostic n'a été proposé par la gestionnaire SAPA, après l'envoi de la section 2.

La section 3 n'a pas été problématique puisqu'il s'agissait de la section permettant d'identifier le type de répondant. Aucune modification n'a été faite.

Bref, les changements ont été faits aux questions 1.5, 1.7, 2.1 et 2.3 en modifiant principalement la mise en page et l'échelle, dans le but de faciliter la compréhension. La question 1.4 qui a été reformulée pour alléger la compréhension. Ces modifications

mineures n'ont pas affecté la signification des questions. Une version modifiée à la suite du prétest a été envoyée à une physiothérapeute du CSSS de la Montagne travaillant principalement à la liaison. N'étant plus clinicienne actuellement, elle a été exclue de l'échantillonnage pour ce projet, mais restait une bonne candidate pour effectuer le second prétest.

Pour permettre d'utiliser notre questionnaire sur les clientèles comme outil pour le Delphi modifié (chapitre suivant), et ainsi alléger le processus de mesure pour les répondants, nous avons jugé préférable de bonifier immédiatement les échelles de réponses utilisées au niveau des tableaux afin de permettre une compilation numérique de cotes aux énoncés. Il a été convenu d'utiliser une échelle de type Likert en cinq points, en conformité avec les échelles ordinales initialement proposées pour les tableaux 1.5, 1.7, 2.1 et 2.2. L'échelle de Likert consiste en une échelle de jugement ce qui était en adéquation avec le type d'information recherché. La correspondance entre les réponses et les cotes était la suivante : 1= pas important, 2= peu important, 3= assez important, 4= important et 5= très important pour les questions 1.5 et 1.7. Le même type a été utilisé pour les questions 2.1 et 2.2, mais avec une échelle de probabilité dont les cotes étaient 1= pas du tout, 2= peu probable, 3= assez probable, 4= très probable et 5= certain. Après cette modification, les sections du questionnaire contenant ces échelles ont été renvoyées pour un prétest aux mêmes répondants que précédemment. Les répondants ont tous validé que les tableaux se remplissent facilement et qu'ils n'aient pas modifié leurs réponses en comparaison à la version préalablement fournie. Le questionnaire a donc été envoyé dans le milieu.

#### 3.1.4 Description de la population cible du questionnaire

La population cible pour l'administration du questionnaire est l'ensemble des physiothérapeutes et les thérapeutes en réadaptation physique du CSSS de la Montagne prodiguant des services à domicile auprès de la population du territoire. L'échantillon inclut douze professionnels de la physiothérapie soit tous ceux travaillant en soins à domicile sur le territoire du CSSS. Dans ce projet, ceux-ci sont considérés comme experts de contenu. Nous voulions cet échantillon très inclusif afin d'aller chercher un maximum de perceptions chez ces professionnels.

### 3.2 Résultats

L'ensemble des résultats a été compilé par section (voir Annexe 6, 7, 8, 9 et 10). La section 1 portait sur l'utilisation des programmes d'exercices et la clientèle. Tous les répondants travaillent avec une clientèle de 65 ans et plus, à plus de 75 % du temps. Ils donnent des programmes d'exercices dans plus de 75 % du temps. La majorité des répondants donne un programme en début de suivi, deux répondants le donnent entre les visites du thérapeute et un répondant le donne en fin de suivi (voir Annexe 6).

Pour évaluer les différents résultats, la moyenne et écart-type de l'ensemble des cotes de Likert à travers les répondants a été pris en considération. En ce qui concerne l'importance des différentes caractéristiques en lien avec le patient, les cotes moyennes données étaient supérieures à 4,1 (4 sur l'échelle de Likert correspondait à important) sauf la cote ISO-SMAF qui était à 3,4 (3 sur l'échelle de Likert correspondait à assez important). Au niveau des facteurs biopsychosociaux, cinq éléments avaient une cote inférieure à 4 (important sur l'échelle de Likert) soit l'impact sur l'aidant naturel, la pression (positive ou négative) de l'aidant et la présence d'un réseau social adéquat, la disponibilité du professionnel pour faire le suivi et l'environnement physique de l'utilisateur. Trois cotes étaient entre 4 et 4,5 soit le potentiel de l'utilisateur à obtenir un gain de fonction, le potentiel de maintenir les acquis et l'impact du diagnostic sur l'utilisateur. Les autres éléments ont présenté des cotes supérieures à 4,5 comme le diagnostic du patient, le niveau de cognition et la liste de problèmes lors de l'analyse en physiothérapie. (Voir Annexe 7 et 8)

Dans la section deux, pour ce qui est des diagnostics de l'utilisateur jugés favorables à la prescription d'un programme d'exercices (section 2.1), les réponses étaient généralement cotées autour de 4,0 pour ce qui est des maladies musculo-squelettiques, des maladies neurologiques et problèmes physiothérapeutiques. Les cotes étaient faibles en ce qui concerne les maladies cardiaques et pulmonaires (majoritairement sous le 3, soit assez probable). En ce qui concerne les chirurgies, les cotes étaient autour de 3,0 lors de la phase aiguë et supérieure à 4 lors de la phase chronique. Onze des diagnostics avaient des écarts-types supérieurs à 1,0 (voir Annexe 9). L'écart-type le plus élevé était pour l'AVC phase aiguë et la fracture non opérée phase aiguë qui était de 1,5.

Dans la section 2.2, concernant les programmes d'exercices supervisés par un AER, la majorité des réponses perdaient approximativement un point dans chacune des catégories par rapport au tableau 2.1. Quatre énoncés ont eu une cote supérieure à 3,0 soit arthrose/ostéoporose, arthrite, perte d'autonomie et douleur chronique. Les maladies cardiaques avaient toutes des cotes inférieures à 2,3 dont plus de la moitié étaient inférieures à 2,0. Pour les maladies respiratoires, seule la MPOC en phase chronique a eu une cote de 2,5. Les autres étaient inférieures ou égales à 2,0. Dans le contexte des chirurgies, les deux éléments en phase chronique ont coté 2,5. Les autres étaient inférieurs à 2. Au niveau des diagnostics neurologiques, la majorité était inférieure à 2,9 et l'AVC récent a eu une cote de 1,6. Au niveau des éléments physiothérapeutiques, diminution d'autonomie à la marche, diminution d'endurance, maintien de la fonction et des forces avaient des cotes supérieures à 3,0. Les autres étaient supérieures à 2,0 dans l'ensemble. Dans cette section, il y a eu beaucoup plus de variabilité dans les réponses, démontrées par un grand nombre d'écart-types supérieurs à 1. Au total, vingt et un diagnostics avaient un écart-type supérieur à 1,0 dont les plus hauts étaient de 1,2 pour la fracture non opérée ainsi que la douleur chronique. (voir Annexe 10)

Certaines données ont dû être compilées avec moins de réponses, car certains répondants avaient omis d'encercler des réponses. Cela représentait 1.6 % des réponses dans la section 1.5, 0.83 % dans la section 1.7, 0.46 % dans les sections 2.1 et 2.2. Comme les questionnaires étaient anonymes, il n'a pas été possible de renvoyer les questionnaires pour faire la compilation. Par contre, malgré ces omissions, il ne semble pas qu'il y aurait eu impact important sur la cotation finale.

Enfin, un répondant n'augmenterait pas du tout l'intensité du programme d'exercice s'ils étaient supervisés, trois ont répondu qu'il serait très peu probable qu'ils ajustent l'intensité, huit ont répondu qu'ils l'ajusteraient assez probablement et un seul l'augmenterait très probablement.

La section trois correspondait aux caractéristiques des répondants et a été répertoriée en annexe (voir Annexe 5). La moitié des répondants avaient plus de dix ans d'expérience alors que l'autre moitié avait moins de cinq ans d'expérience. Par contre, leur expérience en gériatrie était proportionnelle à leurs nombres d'années de travail.

## Chapitre 4 : méthodologie et résultats de l'objectif 2

### **Définir, de façon consensuelle, les critères de décision déterminant l'implication d'une tierce personne.**

Pour cet objectif, une sélection des énoncés du questionnaire sur les clientèles, en fonction des cotes obtenues et un deuxième questionnaire a été élaboré selon la méthode Delphi, pour permettre d'obtenir un consensus sur les critères de décision déterminant l'implication d'une tierce personne en lien avec les caractéristiques de l'utilisateur, les facteurs biopsychosociaux et les diagnostics pouvant recevoir un programme d'exercices supervisés ou non.

#### 4.1 Méthodologie

##### 4.1.1 Élaboration des seuils

Pour répondre à cet objectif, nous avons passé à la phase II de la méthode Delphi. Il y a eu collecte et analyse des résultats du questionnaire sur les clientèles. En fonction des résultats, il y a eu décision du choix des seuils pour retenir ou exclure les énoncés. Les deux critères sélectionnés pour définir un seuil ont été la moyenne des cotes moyennes (MDM) pour chacune des catégories d'énoncés et l'écart moyen (EM) pour chaque énoncé. Pour le choix des éléments étant retenus, ceux-ci devaient avoir une cote supérieure ou égale à la MDM. Par contre, si cette cote était inférieure à 2,5, l'énoncé n'était pas retenu étant donnée la signification des échelons 2 et 3 sur l'échelle de réponses (2= peu probable, 3= assez probable). Le consensus était considéré atteint si l'EM de l'énoncé était petit, soit inférieur ou égal à un seuil de 0,6. Le choix de 0,6 a été fait en partie puisqu'il a été décidé d'arrondir les valeurs à une décimale. Avec ces deux critères, il était possible d'obtenir quatre types de classement pour chaque énoncé soit : retenu avec consensus (RC), retenu non consensus (RNC), non retenu avec consensus (NRC) ou encore non retenu non consensus (NRNC). Les énoncés RC ont été retenus d'emblée, les énoncés NRC ont été exclus d'emblée, et les énoncés RNC et NRNC ont été ceux choisis pour inclusion dans le deuxième questionnaire (Delphi modifié phase II).



#### 4.1.2 Création du questionnaire phase II

Les énoncés RNC et NRNC des sections 1.5 1.7, et 2.1 ont été sélectionnés pour être repris dans la deuxième partie du Delphi. Pour la majorité, ils ont été resoumis tels quels, avec la moyenne et l'écart-type obtenus lors de la phase I. Quatre éléments ont été resoumis dans la question 1.5 sur les caractéristiques des patients, cinq sur les facteurs biopsychosociaux de la question 1.7, et vingt-cinq pour la section 2.1. La deuxième partie du questionnaire concerne la reprise du tableau 2.2. Pour ce faire, chaque énoncé RNC et NRNC a été reformulé de façon à combiner un diagnostic avec une caractéristique ou un facteur, à partir des tableaux 1.5 et 1.7, déjà retenus par consensus au niveau du premier questionnaire. Ces énoncés ont été créés afin de préciser davantage les critères (en stratifiant les diagnostics selon une caractéristique ou un facteur reconnu important dans la prise de décision) et ainsi faciliter le consensus auprès des répondants. De même, une clarification de la mise en situation a été ajoutée au questionnaire afin de mieux informer le répondant. Elle précise que les AER recevraient une formation adéquate avant d'assumer le rôle de supervision et que la planification du programme d'exercices relèverait toujours du professionnel de la physiothérapie. Une section commentaire a été mise à la fin de chaque question pour permettre au répondant de discuter ses réponses. Le questionnaire a été revérifié et approuvé par une chercheure en organisation de services. (voir Annexe 11)

#### 4.1.3 Prétest

Le questionnaire a été envoyé à une physiothérapeute du CSSS Haut-Richelieu-Rouville ayant participé au premier prétest de questionnaire. Ces commentaires ont été qu'il était clair, facile à répondre et en continuité avec le premier questionnaire.

#### 4.1.4 Envoi du questionnaire

L'envoi a été fait à tous les intervenants en physiothérapie du CSSS de la Montagne ayant répondu au premier questionnaire, soit 12 personnes. Une fois reçus, certains répondants avaient omis des réponses. On compte 8,3 % de données manquantes pour les caractéristiques de l'utilisateur et des facteurs biopsychosociaux, 8,7 % pour les clientèles

pouvant recevoir un programme d'exercices, mais seulement 1,6 % des données sont manquantes pour les programmes d'exercices supervisés. Il s'agit d'un répondant qui a omis de répondre à plusieurs questions et comme les questionnaires étaient anonymes, il n'a pas été possible de retourner le document.

## 4.2 Résultats

### 4.2.1 Choix des seuils

L'examen des questionnaires a confirmé la pertinence du choix des seuils pour la phase II du Delphi modifié soit que l'énoncé était automatiquement rejeté si inférieur à 2,5 même s'il était supérieur à la moyenne des moyennes. Le consensus a été établi avec l'écart moyen égal ou inférieur à 0,6, comme à la phase I.

### 4.2.2 Résultats de la resoumissions d'énoncés

Quatre caractéristiques en lien avec l'utilisateur ont été resoumises. Une seule a été rejetée, mais sans consensus (NRNC) soit la cote ISO-SMAF. Les trois autres soit la stabilité de la condition, la complexité de la condition du patient et les conditions associées ont été retenus avec consensus (RC). (voir Annexe 12)

Dans les facteurs biopsychosociaux, cinq énoncés ont été resoumis. Deux d'entre eux ont été retenus avec consensus (RC), soit, la présence d'un réseau social adéquat et l'impact sur l'aidant naturel. La pression sur l'aidant a été rejetée avec consensus (NRC). Les deux autres énoncés se sont avérés non retenus et sans consensus (NRNC). (Voir Annexe 13)

En ce qui concerne les diagnostics musculosquelettiques possibles pour la prescription d'un programme d'exercices, seules l'arthrose et la fracture non opérée phase chronique ont été retenus sous consensus (RC). La douleur chronique a été retenue, mais sans consensus (RNC). Tandis que la fracture phase aiguë/subaiguë a été non retenue sans consensus (NRNC).

Au niveau des maladies cardiaques, seuls deux énoncés ont été retenus avec consensus (RC) soit les maladies ischémiques phase chronique et l'insuffisance cardiaque phase

chronique. Pour les autres diagnostics, soit le consensus n'a pas été atteint ou l'énoncé n'a pas été retenu.

Au niveau des maladies pulmonaires, la MPOC avec décompensation phase chronique a été retenue sans consensus (RNC). Alors que les deux autres éléments ont été d'emblée rejetés, car sous le 2,5 de seuil. En chirurgie, seule la chirurgie générale a fait consensus (RC). Les autres éléments n'ont pas fait consensus.

Au niveau de la neurologie, seule la démence a été non retenue avec consensus (NRC) alors qu'aucun autre élément n'a fait consensus. Par contre, l'AVC ancien, la sclérose en plaques (SEP), la sclérose latérale amyotrophique (SLA), et l'hémiplégie/parésie ont été retenus, mais sans consensus (RNC).

Au niveau de la physiothérapie, les deux éléments resoumis soit le maintien de la fonction et le maintien de la force ont été retenus avec consensus (RC). (Voir annexe 14)

#### 4.2.3 Résultats des énoncés reformulés

Cette section du questionnaire a été resoumise en précisant les différents diagnostics avec une caractéristique du patient ou un facteur biopsychosocial. Les éléments retenus (RC) pour les diagnostics musculosquelettiques ont été « un usager avec douleur chronique ayant une diminution d'autonomie fonctionnelle modérée/importante » ainsi que l'« usager ayant une perte d'autonomie fonctionnelle importante ». Quatre énoncés ont été retenus, mais sans consensus (RNC) et les quatre autres ont été non retenus non consensus (NRNC).

Pour la section des maladies pulmonaires, la « MPOC avec atteintes fonctionnelles importantes » a été rejetée, car sa cote était inférieure au seuil de 2,5. La « MPOC avec atteintes modérées » a été retenue avec consensus (RC). La « MPOC avec atteintes fonctionnelles légères » a été retenue sans consensus (RNC).

Au niveau des chirurgies, seule la « chirurgie générale avec atteintes fonctionnelles modérées/importantes » a été retenue avec consensus (RC). L'« usager ayant eu une chirurgie orthopédique et ayant plusieurs atteintes » a été rejeté avec consensus (NRC). Les deux autres énoncés ont été retenus, mais sans consensus (RNC).

Dans les diagnostics neurologiques, seul « l'AVC avec atteintes fonctionnelles modérées/importantes » a été rejeté avec consensus (NRC). La majorité des éléments ont été retenus, mais sans consensus alors que deux n'ont pas été retenus et n'avaient pas le consensus (NRNC).

Pour les problèmes physiothérapeutiques, deux ont été retenus avec consensus (RC) soit « diminution de ROM et avec diminution d'autonomie fonctionnelle modérée/importante » et « diminution d'autonomie aux transferts avec aide ». Deux ont été non retenus avec consensus (NRC) soit « trouble d'équilibre et chute » ainsi qu'« œdème aux membres inférieurs et diminution d'autonomie fonctionnelle modérée/importante ». Les autres ont été retenus, mais sans le consensus (RNC). (voir Annexe 15)

## Chapitre 5 : méthodologie et résultats de l'objectif 3

### **Identifier les compétences nécessaires des AER à la supervision des programmes d'exercices**

Pour déterminer les compétences, nous avons fait une entrevue semi-dirigée avec deux interlocuteurs clés. Le guide d'entrevue a été bâti à partir des cadres de référence sur les compétences. Les deux personnes retenues pour l'entrevue travaillaient en lien avec les AER dans leur quotidien. L'entrevue a été enregistrée et les interlocuteurs ont signé un consentement.

#### 5.1 Méthodologie

##### 5.1.1 Choix d'un cadre de référence

Une recherche préalable était nécessaire sur les cadres de référence reliant les tâches et les compétences professionnelles pour s'assurer de la validité de contenu du guide d'entrevue. Une entrevue téléphonique a été faite avec une responsable des ressources humaines pour permettre d'orienter la recherche de cadres de référence. Selon cette source, il est pertinent d'abord définir les tâches pour permettre d'identifier un profil de personne pouvant effectuer ces tâches puis, de définir en conséquence, les compétences nécessaires pour effectuer le travail demandé. Une recherche bibliographique a confirmé cette démarche hiérarchique entre définition de tâches et compétences. Ainsi, le Centre d'évaluation, de documentation et d'innovation pédagogique (CEDIP) propose de partir du principe de la tâche pour obtenir le résultat escompté et définir la compétence en lien avec ce qui est attendu comme résultat (CEDIP, 2013). L'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ) a utilisé un référentiel similaire lors de l'élaboration des compétences des ergothérapeutes au Québec, en se basant sur un modèle de référence européen (OEQ, 2010). L'Ordre suggère d'utiliser le principe des résultats attendus à la suite d'une activité pour permettre de déterminer la compétence nécessaire associée. À partir de ces informations, l'orientation générale du guide d'entrevue a été faite.

### 5.1.2 Élaboration d'une liste de tâches et d'une liste de compétences potentielles

L'élaboration d'une liste potentielle de tâches a été faite à partir de mon expérience personnelle, d'observation de stagiaire lors de leurs interventions, discussion entre thérapeutes, et de documents internes sur le projet concernant les AER et l'adaptation de salle de bain.

Pour élaborer une liste exhaustive de compétences potentielles des AER en soutien à l'entrevue, une recherche de documents internes sur les AER a d'abord été faite dans les ressources du CSSS. Les documents identifiés ont été ceux qui ont servi, dans le passé, à débiter le projet AER et d'évaluation de la salle de bain incluant la liste d'habiletés nécessaires (liste des habiletés présentées dans l'annexe 10).

Deuxièmement, nous avons cherché à déterminer les grandes thématiques de compétences dans le domaine de la réadaptation. À partir du matériel du cours REA 215 : Coopération interprofessionnelle 1, donné à l'Université de Sherbrooke à l'été 2013, nous avons identifié cinq types de compétences : le savoir, le savoir-le faire, savoir-être, la communication et l'agir (voir annexe 5 pour la liste). Sur cette base, nous avons défini une liste de compétences potentielles supplémentaires et spécifiquement reliées au travail des AER dans la supervision des programmes d'exercices.

### 5.1.3 Préparation du guide d'entrevue

La première partie du guide d'entrevue porte sur des questions générales concernant le rôle des gestionnaires dans l'organisation ainsi que leurs liens avec le travail des AER.

La deuxième partie comporte des questions dont le but est de déterminer les compétences et habiletés générales dont les AER ont besoin pour remplir cette fonction générale. En particulier, nous amenons le répondant à exprimer son opinion sur le document des habiletés/compétences déjà préparé par le CSSS.

La troisième partie portait spécifiquement sur les tâches suivi des habiletés et compétences de base ou supplémentaires, pertinentes au nouveau rôle des AER dans la supervision des programmes d'exercices.

Enfin, une question a été posée sur le changement possible au niveau des interactions entre AER et professionnelles et sur l'aspect de communication.

#### 5.1.4 Prétest d'entrevue

Une entrevue préparatoire a été faite, avec la même professionnelle de ressources humaines que précédemment consultée dans le volet de préparation des contenus, dans le but ici de vérifier la pertinence, la compréhension et la clarté des questions de l'entrevue.

#### 5.1.5 Sélection des répondants et méthodologie d'analyse de l'entrevue

Parmi l'ensemble des interlocuteurs clés disponibles, deux ont été sélectionnés sur suggestion de la chargée de projet SAPA et en fonction de leur travail avec les AER : supervision, sélection ou implication aux projets AER dans le CSSS. Dans un but d'efficacité et pour permettre d'obtenir le plus d'informations à partir de l'entrevue, le choix a été de rencontrer les deux interlocuteurs clés ensemble. Une lettre de consentement à l'entrevue a été envoyée avec une explication du but de l'entrevue et le contexte dans lequel les informations seront utilisées (voir annexe 17).

Une synthèse de l'entrevue a été rédigée grâce à une première écoute de l'enregistrement et des notes prises lors de l'entrevue. Une seconde écoute a été faite de façon indépendante par une chercheuse en organisation de services pour une meilleure validité. Le contenu de la synthèse de chacun des deux auditeurs a été comparé et un accord a été obtenu pour l'identification des thèmes (voir annexe 11). La synthèse consensuelle a été envoyée aux deux interlocuteurs qui en ont approuvé le contenu en postentrevue.

## 5.2 Résultats

L'entrevue a duré quarante minutes et s'est déroulée dans un local fermé du CLSC avec les deux interlocuteurs clés sélectionnés. L'entrevue a d'abord clarifié le rôle professionnel de chacun : un premier travaillait en lien plus étroit avec les AER au point de vue administratif, donc pour accorder les services; l'autre travaillait au niveau du maintien à domicile et participait à la sélection des AER, mais ne les supervisait pas et n'était pas leur chef direct. Ils ont précisé que le choix des AER se fait par un appel à tous et une entrevue de sélection.

Les habiletés et compétences des AER identifiées comme étant importantes, selon eux, sont la capacité de travailler de façon multidisciplinaire, d'aller chercher de l'aide lorsqu'un événement arrive : « *On veut qu'il soit (L'AER) capable de travailler en équipe... et de ne pas rester pris avec ces problèmes* » d'avoir une bonne organisation du travail : « *plusieurs aptitudes sont importantes... dont l'organisation du travail* », un bon jugement, un bon sens de l'observation, de connaître ses limites.

Un profil de personnalité a aussi été identifié. Les caractéristiques suivantes sont recherchées principalement : responsabilité, sérieux dans la démarche, bonne capacité de communication, bonne habileté de négociation, bonne relation interpersonnelle avec la famille et le client : « *On peut faire face à toutes sortes de famille... il doit être capable d'entretenir de bonnes relations interpersonnelles* », bonne tolérance à l'inconnu, bonne capacité d'adaptation. Le type de personnalité à éviter concerne les personnes dites : « *rigides* » ou celles qui sont centrées sur l'accomplissement d'une tâche sans se soucier du client ou de la famille.

Parmi les nouvelles tâches que les AER pourraient effectuer en lien avec la supervision des programmes d'exercices, il a été nommé de bien observer le milieu, de sensibiliser la personne à l'importance des exercices, de noter une progression et de bien expliquer son rôle professionnel aux membres de la famille.

Au niveau des changements de rôle, les informateurs clés interrogés ne pensent pas qu'il y aurait des changements relationnels entre les AER et les chefs de programme. Par contre, ils voient une augmentation de proximité entre les AER et l'équipe de physiothérapie.



Principalement par l'augmentation de la fréquence de communication et du devoir des AER de se rapporter régulièrement au physiothérapeute/TRP.

Au niveau de la communication, il en ressort qu'il était préférable de prévoir une communication écrite à toutes les interventions pour laisser une trace même s'il n'y a pas eu de nouvelles observations entre les séances. La modalité n'a pas été définie, mais il a été suggéré d'opter pour une grille ou une feuille de consigne. Cette suggestion a été amenée pour éviter les cas litigieux et pour rendre l'intervention plus sécurisante pour les intervenants. Une communication verbale avec l'équipe de physiothérapie est suggérée sur une base hebdomadaire pour bien suivre l'évolution de l'utilisateur.

## Chapitre 6 : méthodologie et résultats de l'objectif 4

### **Définir les modalités de formation/transfert de connaissances de cette tierce personne dans les programmes d'exercices**

Pour atteindre cet objectif, nous nous sommes basés sur des synthèses d'articles sur le transfert de connaissance, ainsi que des publications ministérielles sur le sujet.

#### 6.1 Méthodologie

Pour commencer cet objectif, il était important de répertorier des cadres de référence sur le transfert de connaissances et des outils de formation. Une première recherche documentaire exploratoire dans les bases de données a conduit à des centaines de références, mais considérées toutes très théoriques. Elles ont cependant permis l'identification de mots-clés plus ciblés. Les mots : *cadre de référence*, *transfert de connaissances*, *types de formation*, *modalités de transfert de connaissances*, *référentiel de compétences* et *développements de compétences* ont été utilisés. La recherche s'est aussi recentrée sur des documents utilisés dans les organisations comparables à celle du CSSS, dans les moteurs de recherche, et principalement autour de cadres cliniques. Les publications gouvernementales québécoises, celles provenant d'autres CSSS ou encore d'autres centres d'activités, dont les informations, pouvant être directement transférables ont été privilégiés. Les articles scientifiques sur la supervision des programmes d'exercices par des volontaires/auxiliaires ont aussi été utilisés dans ce contexte.

#### 6.2 Résultats

De nos lectures, le premier élément rapporté comme important dans les modalités de transfert, a été le type d'enseignement et de transfert d'informations. On distingue d'abord l'approche linéaire, qui repose sur un producteur d'informations qui a les capacités nécessaires pour les communiquer à un utilisateur. Cette méthode demande du temps et de l'intérêt de la part des producteurs d'informations pour enseigner, et aussi un intérêt du récepteur à recevoir cette information. Cette méthode peut amener une certaine passivité au niveau du récepteur et ne prend pas nécessairement en compte les besoins ni l'expérience de la personne formée. La méthode basée sur la résolution de problème quant

à elle consiste à bâtir autour des besoins des utilisateurs. Par contre, certains éléments pourtant importants pourraient être omis puisqu'ils ne seraient pas considérés comme tels par les récepteurs. Puis l'approche interactive consiste en des allers-retours entre les producteurs d'informations et les utilisateurs. Elle fonctionne beaucoup plus dans l'interactivité par des questions, de la collaboration entre les producteurs et récepteurs d'informations. Dans la même lignée, la méthode en spirale, dérivée de l'approche interactive, amène le savoir et le vécu des utilisateurs dans le transfert des connaissances. Cette méthode permet de bonifier l'apprentissage en y ajoutant l'expérience des récepteurs d'informations. En dernier lieu, la méthode basée sur l'interaction sociale permet d'échanger du contenu et des connaissances entre les différents niveaux hiérarchiques d'une organisation (professionnels, gestionnaires, etc.). Les connaissances proviennent de tous les acteurs et permettent des échanges et du transfert de connaissances selon les besoins exprimés (Universités, milieu de travail, etc.). (INSPQ, 2009, Gervais et al., 2012).

Les différents types de savoir sont aussi à prendre en considération, car la réussite d'une nouvelle activité dépend en effet de l'interrelation entre les types de savoir. On en identifie quatre, soit : le savoir théorique (les connaissances), le savoir procédural (la technique), le savoir pratique (expérience) et le savoir-faire (applicabilité dans l'action). L'interaction favorable entre ces quatre savoirs permet le développement de compétences pour de nouvelles tâches. (AER, 2013)

Ensuite, différents types de soutien sont nécessaires pour faciliter ce transfert de connaissances dans une organisation. On parle ici de trois types principaux. En premier lieu, on retrouve le soutien clinique, qui consiste à obtenir l'aide et la collaboration nécessaires à l'application de leurs nouvelles tâches et responsabilités. Ce serait par l'appui et la communication qu'il y aurait un meilleur développement des compétences. Le soutien de l'équipe est aussi à prendre en considération, car lorsque les rôles et l'implication de chacun sont bien définis, la communication devient plus efficace et le fonctionnement global mieux établi. Le dernier type de soutien rapporté est le soutien systémique qui consiste en l'ensemble des éléments externes au bon fonctionnement de l'intégration des compétences. Ce soutien systémique se traduit par la compréhension des rôles dans la prise

de décision par les décideurs. Il faut également que les institutions reconnaissent l'apport de ces nouveaux professionnels et leurs nouvelles tâches (IPSPL, 2014)

D'autres facilitateurs doivent être pris en considération. Le choix des thématiques de transfert doit avoir une signification pour ceux qui reçoivent la formation. La provenance des connaissances a aussi un impact. Les connaissances provenant d'une source externe peuvent être difficilement applicables étant donné la différence entre les milieux et les connaissances internes sont parfois plus proches des nouvelles tâches à accomplir. D'autres facilitateurs en lien avec l'organisation sont aussi importants dans le cheminement du transfert des connaissances. L'obligation de participer à une formation permet de s'assurer que tous reçoivent la même information au bon moment. La disponibilité des intervenants sur le site de travail est importante. Il s'agit alors d'une source rapide d'information qui permet de répondre à des questions plus pratiques en lien avec le milieu, et de diminuer les déplacements non nécessaires. L'accès à un support informatique est aussi un facilitant pour pouvoir consulter les informations rapidement (Gervais et al., 2012).

Enfin, le choix des activités de transfert de connaissances est aussi à considérer étant donné que celles-ci existent en grand nombre. Parmi celles qui ont été utilisées dans des projets similaires à notre projet d'application, on note : une formation théorique sous forme de séminaire (Johnston et al., 2013, Stolee et al., 2012, Steinberg et al., 2009), de l'accompagnement individuel (Stolee et al., 2012, Steinberg et al., 2009), des séances de jeux de rôle et autres modalités interactives (Bonney et al., 2012).

En bref, le transfert des connaissances part directement de l'information et de la communication entre le formateur et le formé, doit être soutenu par l'organisation et prendre en considération des facilitateurs locaux, en lien avec le type de milieu.

## Chapitre 7 : Méthodologie et résultats de l'objectif 5

### **Déterminer les modalités de suivi et de contrôle de l'équipe de physiothérapie en lien avec les programmes d'exercices supervisés**

Cet objectif consiste à définir les mesures de suivi pour le professionnel de la physiothérapie (soit le suivi avec l'AER et la réévaluation du patient) de même que les mesures de contrôle (lesquelles concernent surtout les éléments rapportés par les AER sur les interventions avec l'utilisateur). Le travail repose essentiellement sur une recherche documentaire pour identifier les meilleures pratiques.

#### 7.1 Méthodologie

Une recherche documentaire a été faite concernant les meilleures pratiques en termes de suivi et de réévaluation incluant une recherche sur le site de l'OPPQ, des livres universitaires et des articles trouvés à partir des moteurs de recherche. Les quatre articles sur les programmes d'exercices supervisés ont aussi été utilisés (voir section 1.3). Certains éléments de l'entrevue semi-dirigée (voir objectif 3) ont été inclus dans ce chapitre. Une observation des pratiques du milieu et une prise en considération du mandat du CSSS en physiothérapie ont aussi guidé le travail sur cet objectif.

#### 7.2 Résultats

##### 7.2.1 Modalité de suivi des thérapeutes

Dans les documents repérés, nous n'avons pas identifié de critères définis pour justifier une réévaluation du professionnel de la physiothérapie après plusieurs interventions auprès du patient. Le choix de conduire une réévaluation demeure selon le jugement du clinicien. Celui-ci doit se baser sur l'évolution de l'utilisateur, le changement de condition ou tout élément demandant un approfondissement (OPPQ, 2014, CPO, 2010). Les documents universitaires confirment cette position.

Même si le personnel de soutien collecte des informations, cela ne peut être considéré comme une forme de réévaluation. Par contre, ces informations peuvent guider le

professionnel dans sa décision ou non de réévaluer l'usager et du moment pour le faire (CPO, 2010)

Dans les articles identifiés sur les programmes d'exercices, deux ont fait une réévaluation à quatre mois (Bonney et al., 2012, Johnson et al., 2013), un après douze semaines (Stolee et al., 2012) et le dernier a fait deux réévaluations, soit après six et douze semaines (Steinberg et al., 2009).

Chez les cliniciens du CSSS de la Montagne, cela reste à la discrétion de chacun, il s'agit d'une gestion au cas par cas, sans directive standardisée.

Il est à noter que le mandat en physiothérapie du CSSS consiste en des interventions à court terme. Les interventions des cliniciens sont donc basées en ce sens et dépassent peu les trois mois, sauf si les indications cliniques le justifient.

### 7.2.2 Mesure de contrôle

En ce qui concerne les mesures de contrôle, certains éléments de l'entrevue supportent la production d'un écrit après chaque intervention réalisée par l'AER : « *Doit-il écrire à toutes les visites... mêmes si rien à noter... Moi je pense que oui... il [l'AER] s'est présenté telle date, a donné le service, aucune douleur... L'AER ramasse la feuille de consignes et la met au dossier.* » Dans le même ordre d'idée, il a été proposé que l'AER communique toutes les semaines avec le physiothérapeute pour faire un suivi : « *On demande une proximité entre l'AER et le physiothérapeute.* »

Les articles scientifiques vont aussi dans le même sens. Les volontaires de certains projets avaient des documents à remplir dont, dans certains cas, après chaque visite (Steinberg et al., 2009 et Bonney et al., 2012). Le Collège de physiothérapie de l'Ontario recommande de mettre les informations du personnel de soutien au dossier et indique qu'il est du devoir du professionnel de la physiothérapie de s'assurer que les informations qui sont obligatoires au dossier soient présentes et d'en faire le suivi.

## Chapitre 8 : Création du livrable

**Créer un guide livrable du projet avec l'ensemble de l'information obtenue des différents objectifs et le faire valider par le milieu.**

Pour cet objectif, l'ensemble des éléments des résultats et de la discussion ont été mis en commun pour guider le choix des clientèles lors de la supervision des programmes d'exercices ainsi que des modalités différentes de transfert et de suivi nécessaires sous forme de recommandations. (Voir Annexe 19) Le livrable a été créé pour répondre aux questionnements des intervenants en physiothérapie ainsi qu'aux chefs de programme dans le but de soutenir une possible implantation.

## Chapitre 9 : Discussion des objectifs

Ce projet consistait à développer des recommandations dans le but d'encadrer la pratique des AER dans la supervision des programmes d'exercices à domicile avec la clientèle âgée. Il comportait six objectifs spécifiques qui seront discutés en deux sections. Ce chapitre se terminera par les forces et limites du projet.

### 9.1 Discussion

#### 9.1.1 Clientèles et critères de décision dans la prescription de programme d'exercices supervisés

Après avoir analysé les questionnaires, les caractéristiques des usagers retenues sont le diagnostic médical/physiothérapique, les facteurs personnels du patient, l'autonomie fonctionnelle, le niveau de trouble cognitif/démence, la liste de problèmes lors de l'analyse, les conditions associées, la stabilité de la condition et la complexité de la condition du patient. Pour les facteurs biopsychosociaux, les éléments retenus sont la sécurité, la motivation de l'utilisateur, l'impact du diagnostic de l'utilisateur sur sa fonction, la cognition/niveau de compréhension, le potentiel de l'utilisateur à maintenir la fonction, à obtenir une amélioration de fonction, les conditions associées, la complexité de la condition du patient et la stabilité de la condition.

On constate un grand nombre de caractéristiques intrinsèques choisies directement en lien avec l'utilisateur. Elles ont été privilégiées par rapport à celles sur la fonction. Il semblerait que les modalités de traitements autonomes sont choisies en fonction d'un nombre de caractéristiques minimales que l'utilisateur doit posséder. C'est donc avec son jugement clinique que le thérapeute évalue si l'utilisateur rencontre suffisamment de caractéristiques plus haut mentionnées pour envisager cette modalité. À noter que deux facteurs sur trois entourant l'aidant naturel n'ont pas été retenus. Cela pourrait avoir un lien avec la possibilité de rendre le patient autonome ou encore, de ne pas surcharger l'aidant avec de nouvelles tâches.



Les diagnostics identifiés comme pertinents pour la prescription d'un programme d'exercices sont l'arthrose/ostéoporose, l'arthrite, fracture non opérée phase chronique, la perte d'autonomie, les maladies cardiaques ischémiques phase chronique, l'insuffisance cardiaque phase chronique, chirurgie orthopédique récente et chronique, chirurgie générale phase chronique, maladie de Parkinson et la présence des problèmes suivants : diminutions d'amplitudes articulaires, de force, d'autonomie aux transferts et à la marche, d'endurance, ainsi que pour le maintien de la fonction et des forces.

Certains de ces diagnostics choisis pour recevoir un programme d'exercices à domicile corroborent ceux identifiés la littérature tels que certaines maladies cardiaques chroniques (Oerkild et al., 2010) et l'arthrose/ostéoporose (Papaioannou et al., 2003). Les difficultés fonctionnelles rencontrées corroborent celles qui ont été soulevées dans la littérature dans les cas de renforcement et maintien des forces (Vreugdenhil et al., 2012, Campbell et al., 1997, Capodaglio et al. 2002). Mais d'autres diagnostics n'ont pas été choisis malgré des études dans la littérature prouvant l'efficacité comme dans les cas de démence ou de chutes. Cela pourrait être en lien avec le manque d'autonomie perçu pour exécuter ces programmes, les risques pour la sécurité (deux facteurs centraux identifiés dans la prise de décision) ou encore, que l'équipe de physiothérapie en voit moins la pertinence et la faisabilité en pratique clinique.

En juxtaposant les réponses des tableaux 2.1 (diagnostics pertinents pour la prescription de programmes d'exercices) et 2.2 (diagnostics pertinents pour la prescription de programmes supervisés), on observe que certains diagnostics ont coté bas et ont eu des écarts-types élevés dans les deux tableaux. Il apparaît clair que les diagnostics cardiaques de même que tous les diagnostics en phase aiguë ont été jugés peu favorables à recevoir des programmes d'exercices, qu'ils soient supervisés ou non. Par le besoin de réévaluation sur une base régulière, ces patients sont réputés relever de l'équipe de physiothérapie. De plus, ces patients peuvent nécessiter une surveillance de signes vitaux, peuvent manifester des changements rapides d'état ou encore requérir une gestion de signes et symptômes plus élaborée. Enfin, l'enseignement au patient qui y est associé peut être difficile et le programme ne sera pas à envisager si l'utilisateur ne peut s'autogérer.

Pour les programmes d'exercices supervisés, les clientèles retenues sont : lorsqu'un usager a de la douleur chronique avec atteintes fonctionnelles modérées/importantes, a la MPOC avec dyspnée à l'effort modéré, et en phase chronique d'une chirurgie générale avec impact modéré/important sur la fonction, de même que lorsque l'utilisateur démontre une diminution d'amplitude articulaire ou de force, des difficultés aux transferts, à la marche, à l'endurance, principalement lorsque l'impact sur la fonction est modéré/important, ainsi que lorsqu'un maintien des forces et de la fonction sont visés. D'autres éléments ont obtenu des moyennes supérieures au seuil de rétention, mais n'ont pas atteint le consensus, ce qui illustre la complexité du jugement clinique au sein du CSSS. On peut l'expliquer entre autres par les deux types de profession consultés et la variabilité de l'expérience entre les thérapeutes.

Plusieurs clientèles n'ont pas été retenues pour des programmes d'exercices supervisés, principalement les clientèles aiguës ou instables. On peut donc conclure que les thérapeutes jugent que ces clientèles nécessitent une supervision et un suivi plus approfondis et qu'il ne serait pas adéquat de les faire superviser par un AER. Parmi ces clientèles, on retrouve les problèmes cardiaques, les AVC, les conditions neurologiques ou postopératoires autant en chirurgie générale que orthopédique. On retrouve aussi les troubles d'équilibre et les chutes.

Un examen des diagnostics retenus avec consensus après les deux phases du Delphi nous amène à constater qu'on y retrouve beaucoup de problèmes physiothérapeutiques ainsi que des problèmes musculosquelettiques. Les problèmes cardiaques, pulmonaires, postopératoires ont été retenus lorsqu'ils ont été remaniés et resoumis en énoncés stratifiés avec une notion fonctionnelle. Avec ces résultats, il est possible de penser que **le diagnostic seul est insuffisant** dans la prise de décision. On peut dire que la notion **d'autonomie fonctionnelle est un élément clé et discriminant** pour identifier si l'utilisateur peut recevoir un programme supervisé par un AER. Le diagnostic se retrouve à être un critère de décision pour que l'intervention soit jugée faisable et sécuritaire et le choix de recourir ou non à la supervision dépend de l'évaluation des difficultés fonctionnelles de l'utilisateur. En d'autres termes, on peut comprendre que pour que le programme soit supervisé, il faut que le problème principal se trouve à être une perte d'autonomie à

l'intérieur des diagnostics identifiés. On peut le voir, dans les résultats, lorsqu'un énoncé avec perte d'autonomie fonctionnelle modérée/importante avait été retenu avec consensus et que le même énoncé avec perte d'autonomie fonctionnelle légère était retenu, mais sans consensus.

Ces dernières constatations nous permettent de reconnaître trois modes de pensée chez les répondants. Il y a d'abord ceux qui préfèrent que les AER supervisent des usagers avec peu de déficits et que le professionnel de la physiothérapie s'occupe des profils plus complexes alors que d'autres opteraient pour l'inverse soient : obtenir de l'aide pour les usagers qui ont des déficits fonctionnels plus importants. On observe cette façon de penser lorsqu'il y avait rétention d'un énoncé autant avec faible déficit que déficit modéré/important, mais que le consensus était donné seulement sur l'énoncé dont l'utilisateur présentait un déficit modéré/important. Le troisième mode de pensée s'exprime chez ceux pour qui le niveau d'atteinte ne change pas la décision. S'ils jugent pertinent de faire superviser un programme d'exercice, ils prendront la décision de le faire.

Ces résultats vont dans le même sens que les clientèles des travaux de Stolee, 2012, et Johnson, 2013. Dans les deux recherches, leurs clientèles étaient des personnes âgées en perte d'autonomie. Bonnefoy, 2012, a utilisé un groupe étant à risque élevé de devenir frêle et fragile, mais non caractérisé comme étant en perte d'autonomie. Par contre, il a exclu dans son projet les personnes ayant fait un épisode cardiaque récent, ayant un antécédent de fracture, de démence ou une condition instable, ce qui corrobore avec les clientèles non retenues par l'équipe de physiothérapie. Enfin, Steinberg, 2009 a travaillé exclusivement avec des usagers présentant de la démence, soit un diagnostic non retenu par l'équipe de physiothérapie du CSSS.

Avec le nombre de non-consensus atteint, on peut soutenir le fait que le jugement du professionnel de la physiothérapie prime avant tout et que le professionnel prendra sa décision si certains éléments primordiaux, selon lui, sont présents de façon à assurer au mieux la qualité de l'intervention et la sécurité de l'utilisateur.

### 9.1.2 Les compétences, les modalités de transfert des connaissances, de suivi et de contrôle

En regard des nouvelles tâches qui seraient confiées aux AER dans la supervision des programmes d'exercices, l'entrevue avec les chefs a confirmé la pertinence de la liste des habiletés déjà déterminées dans le milieu pour les AER. De plus, de nouvelles compétences ont été identifiées comme importantes, principalement des compétences d'observation, de capacité interrelationnelle avec la famille et l'utilisateur, de capacité de négociation, de capacité d'identifier des éléments de sécurité et de sensibiliser la personne à l'importance des exercices.

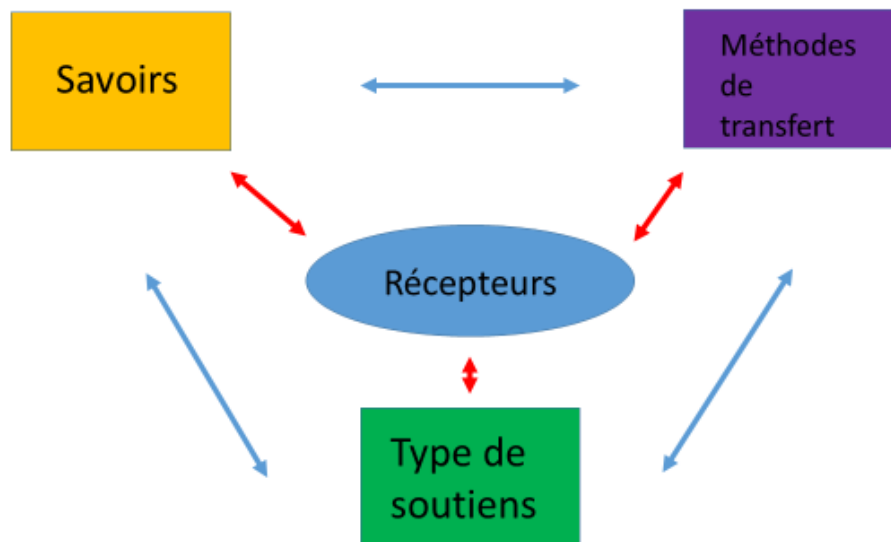
Les nouvelles compétences à développer se trouvent donc principalement au niveau d'éléments interrelationnels, de l'observation et, par le fait même, le jugement. Il faut développer des habiletés en lien avec la patience, la motivation, la négociation et l'encadrement. De ce fait, les relations interpersonnelles doivent donc être plus proactives et obligent une certaine proximité avec le patient et les proches aidants. Avant même de développer ces compétences, il faut un profil de personne avec des notions de savoir-être forts et ayant aussi une volonté de créer une proximité accrue avec le patient.

Les autres compétences à développer sont au niveau de l'agir et du savoir-faire. Les compétences d'observation et de sécurité doivent être développées. Pour se faire, il faut que l'AER se mobilise dans la tâche et utilise son savoir-faire pour mettre en application ce qu'il aura appris.

Les dernières compétences à développer sont au niveau de la communication avec l'utilisateur, sa famille, mais aussi avec le thérapeute responsable. La communication avec l'utilisateur est importante, mais surtout au niveau de la motivation, l'encouragement et l'encadrement. Avec la famille, il s'agit beaucoup de compétence de communication en lien avec l'explication, l'importance du programme d'exercices, mais aussi, de négociation, au besoin. Avec le thérapeute, la communication doit être efficace. Il s'agit donc d'avoir un esprit de synthèse et factuel pour permettre au thérapeute de bien évaluer la situation. La communication devra être fréquente, et précise.

Plusieurs de ces compétences peuvent être acquises par l'expérience, mais dans certaines situations, un transfert de connaissances est nécessaire pour permettre de les développer. De notre synthèse de littérature effectuée, il nous apparaît clair que le transfert de connaissances se fait en y intégrant plusieurs concepts soit les savoirs, les méthodes de transfert et les différents soutiens offerts aux récepteurs de ces connaissances. Nous proposons le modèle intégrateur suivant, plaçant les récepteurs au centre avec une interrelation entre les trois concepts.

Figure 1 : Interrelation des concepts dans le développement des compétences



Pour que le transfert soit efficace, il faut répondre au besoin des AER tout en respectant les notions qui doivent être transférées selon l'avis des producteurs, soit l'équipe de physiothérapie. En fonction des types de transfert, ils seraient plus avantageux d'utiliser à la fois une méthode linéaire et une méthode interactive. Les notions théoriques pourront être enseignées de façon linéaire alors que l'application devrait être plus interactive, ce qui permettra d'optimiser encore mieux le transfert de connaissances en les rendant plus concrètes vu l'expérience déjà acquise par les AER. Trois des auteurs sur quatre, dont Johnson 2013, Stolee 2012 et Steinberg 2009, ayant utilisé des volontaires pour la supervision de programmes, ont opté pour la méthode linéaire, soit un enseignement direct, en organisant des séminaires et des séances d'informations. Les autres types de savoir

(procédural, pratique et le savoir-faire) seront beaucoup plus faciles à enseigner dans l'action, via une méthode interactive. Deux auteurs, dont Bonnefoy 2012 et Johnson 2013, ont aussi été dans ce sens en offrant de l'accompagnement individuel et de la supervision.

Lorsque l'on regarde le soutien aux AER pour mobiliser ces connaissances, il faut considérer qu'un soutien clinique est nécessaire par la formation qu'il faut leur donner. Il faut donc que le milieu de travail mette en place du temps pour la formation. L'équipe de physiothérapie doit se rendre disponible et souhaiter aider les AER dans leurs nouvelles tâches. Sans leur collaboration, les AER ne seraient pas en mesure de partager leurs expériences et leurs inquiétudes en cas de problème. Dans les articles identifiés, Johnson 2013 discutait chaque semaine avec les volontaires pour faire des suivis, ce qui permettait au volontaire de poser des questions.

En dernier lieu, le rôle et les tâches doivent être bien définis pour permettre aux AER de comprendre leurs limites dans la supervision de programme d'exercices. En comprenant bien leurs rôles et en ayant un bon soutien de l'équipe, ceux-ci pourront être en mesure de mieux discuter des problématiques pouvant être rencontrées. Pour que le nouveau rôle soit implanté au niveau de l'organisation, il est aussi de la responsabilité du milieu et du gestionnaire de mettre en place les outils nécessaires pour permettre de bien entourer les nouvelles tâches (OPPQ, 2013).

En fonction de ce qui a été soulevé lors de l'entrevue semi-dirigée, la communication entre les AER et l'équipe de physiothérapie doit se faire sur une base hebdomadaire pour permettre de faire un suivi. Il n'y a pas de données précises pour juger du moment opportun pour une réévaluation en physiothérapie. Il sera de la responsabilité du thérapeute, de choisir le moment de la réévaluation. Celui-ci pourra se servir des informations de l'AER pour juger du moment, mais ne peut utiliser les données recueillies par l'AER pour remplacer une réévaluation.

En bref, l'élaboration du nouveau rôle des AER dans la supervision des programmes d'exercices demande le développement de compétences additionnelles dans trois sphères soit le savoir-être, les capacités d'observation et de sécurité, ainsi que les compétences de communication. Ces notions seront développées par différents types de méthode de

transfert, et nous recommandons principalement la combinaison d'une méthode linéaire et d'une méthode interactive, en respectant les besoins et l'expérience des AER.

## 9.2 Forces et limites

Afin de mieux cerner la portée des résultats de ce projet, nous en discutons ici les forces et les limites à différents niveaux de la méthodologie.

D'abord, il convient de rappeler que chaque étape de la méthodologie a été basée sur un examen approfondi de la littérature scientifique et clinique ainsi que des cadres de référence pertinents. Il a été possible de trouver des revues systématiques ainsi que des essais cliniques randomisés, ce qui augmente la valeur de notre recherche. Cette recherche a permis de bien cibler les thèmes à aborder lors de la préparation du guide d'entrevue et la création des sections et des énoncés des questionnaires Delphi. À chaque étape du processus, un prétest a été fait avec des répondants similaires à ceux qui ont été sélectionnés. Ceci a représenté une force dans notre démarche, nous confirmant que nous avions une bonne validité de contenu.

Bien que l'entrevue se soit bien déroulée, il s'agissait de ma première expérience de la sorte. Mon manque de connaissance dans les techniques de communication peut représenter une limite au niveau de l'efficacité de la conduite de l'entrevue. Par contre, il y avait une bonne ambiance favorable aux échanges. Le fait que les chefs me connaissaient, que j'avais une connaissance approfondie du sujet et qu'il y avait une assurance que les données resteraient confidentielles est des éléments qui soutiennent la validité de l'entrevue.

Nous devons toutefois rapporter des bris de confidentialité au niveau des questionnaires. Par exemple, une personne avait écrit son nom sur le questionnaire avant de le retourner et deux répondants ont préféré me retourner le questionnaire par courriel. Les bris de confidentialité n'ont toutefois pas eu d'impact sur les résultats, car l'analyse reposait sur la compilation de cotes numériques.

Durant les deux phases du Delphi, il y a eu plusieurs réponses omises. Pour la plupart, il s'agissait du même répondant ayant mal rempli plusieurs questions. Les cotes ont dû être

compilées avec un répondant de moins pour certains énoncés. Ceci aurait pu modifier un nombre très réduit de consensus. Toutefois, aucun répondant n'a été perdu entre les phases I et II du Delphi, ce qui est exceptionnel dans un tel projet. Puisque les données omises ne dépassent pas 10 %, il n'a pas été jugé nécessaire de recourir à des méthodes d'imputation (Tabachnick et Fidell 2007).

La reformulation des énoncés, dans le Delphi II, s'est avérée un choix méthodologique judicieux, qui nous a permis d'approfondir les critères de décision au lieu de resoumettre les énoncés comme tels. D'un autre point de vue, la stratification des énoncés a pu être limitante. En effet, à la suite du premier tour, le nombre de caractéristiques et facteurs ayant eu consensus s'est avéré faible, ce qui nous a limités dans les possibilités de stratification des énoncés. Cette situation ne nous a pas permis de raffiner les énoncés aussi en profondeur que voulut, et a limitée notre capacité à explorer la complexité de la prise de décision.

On peut dire que le choix du Delphi, comme devis, a été une force dans ce projet. Comme les questionnaires étaient anonymes, les répondants pouvaient exprimer leurs idées comme ils le pensaient. Cela permettait de diminuer le biais de désirabilité sociale qu'une intervention en grand groupe aurait pu créer. Aussi, pour rencontrer des contraintes administratives, le Delphi a représenté un avantage en soi. Les questionnaires pouvant être remplis selon la disponibilité du répondant, peu importe le site de travail. Cela évitait des demandes de libération et des déplacements intersites, ce qui aurait pu impliquer une plus faible participation. Par contre, l'absence de contact en vis-à-vis avec les répondants peut être une limite associée au choix du devis puisqu'il n'a pas été possible de demander aux intervenants de préciser leurs pensées au-delà de leurs réponses fermées aux questionnaires.

La crédibilité des résultats nous semble bonne aussi parce que nous avons eu recours à la double validation des données lors de la compilation des scores et dans la production de la synthèse de l'entrevue semi-dirigée. Ceci a permis de diminuer le risque d'erreurs et d'obtenir une meilleure analyse des résultats.

Notons également que nous avons impliqué la totalité des professionnels de la physiothérapie du CSSS de la Montagne dans ce projet. En effet, notre échantillon de



répondants du Delphi est en fait toute la population cible. Tous les professionnels de la physiothérapie du CSSS ont été considérés comme des experts et ils ont tous pris part à la prise de décision qui les concerne.

## Chapitre 10 : Conclusion et recommandations

À la suite de ce projet, nous pouvons dire que nous avons atteint les objectifs. Nous avons réussi à qualifier le type de clientèle pouvant bénéficier de programme d'exercices supervisés, soit les clientèles dont les difficultés sont en lien direct avec une perte d'autonomie. Nous avons aussi déterminé les modalités de transfert, de contrôle et suivi, ainsi que les compétences nécessaires aux AER pour pouvoir superviser les programmes adéquatement. Par contre, même en ayant identifié les clientèles, il reste au thérapeute à utiliser son jugement clinique pour vérifier si la supervision est adéquate pour l'utilisateur. Le projet comme tel ne nous permettait pas d'évaluer l'ensemble des caractéristiques pouvant intervenir dans le jugement clinique lors de la prise de décision de faire superviser un programme d'exercices. Dans ce projet, nous avons considéré trois éléments entrant dans la prise de décision du thérapeute soit les caractéristiques de l'utilisateur, les facteurs biopsychosociaux et les diagnostics. Il reste donc des questions en suspens ne pouvant pas être répondues avec ce projet. Malgré tout, cette méthode pourrait aider l'équipe de réadaptation dans l'objectif du SAPA qui est le maintien à domicile des personnes âgées en ayant la possibilité de faire superviser un programme d'exercice à une clientèle en perte d'autonomie peu complexe, avec une condition stable, en phase chronique et pouvant bien comprendre les consignes. Le CSSS doit mettre en place les activités de formation permettant l'acquisition des compétences pour permettre une supervision adéquate ainsi que les outils de communication nécessaire pour colliger de l'information et permettre un suivi hebdomadaire entre le thérapeute et l'AER. Le livrable donne au milieu une base de travail pour guider la réflexion et une éventuelle implantation du mécanisme de prise de décision, notamment avec les recommandations tout en respectant les critères énoncés par l'OPPQ sur les activités confiées tels la sélection de la clientèle, la formation nécessaire pour la tierce personne ou encore la définition des modalités de suivi et de communication. L'ensemble des résultats n'est pas généralisable à tous les CSSS étant donné les particularités de chacun telles la localisation, la clientèle desservie, la quantité de services offerts, la présence et la disponibilité de l'équipe de physiothérapie ou encore la présence d'un tiers équivalent à l'AER. Par ailleurs, la méthodologie utilisée, jugée valide et efficace, pourrait être répliquée dans d'autres organisations pour leur permettre d'adapter

ce projet à leur réalité. L'exploration plus approfondie d'autres aspects en lien avec la prise de décision avec les éléments entrant dans le jugement clinique du thérapeute ainsi qu'en lien avec les caractéristiques des clientèles pourrait se poursuivre à la suite de ce projet.

### **Recommandations**

- La supervision est jugée appropriée dans le cas d'une perte d'autonomie à l'intérieur des diagnostics identifiés
- La condition de l'utilisateur doit être stable, peu complexe et en phase chronique, et l'utilisateur doit être capable de comprendre les consignes
- Le jugement clinique du thérapeute prime avant tout
- Le milieu doit soutenir les AER dans leurs nouvelles compétences
- Le milieu doit mettre en œuvre les activités nécessaires pour transférer les connaissances
- La communication doit être faite de façon hebdomadaire entre l'AER et le physiothérapeute
- Un suivi écrit pouvant être colligé pour le dossier est recommandé après chaque intervention

## Bibliographie

Sur la population

Christian Paquin, Profil statistique de la population du territoire du CSSS de la Montagne 2006, aout 2008, consulté le 1er septembre 2014

Christian Paquin, Profil de la population du territoire de Parc-Extension, aout 2008, consulté le 1er septembre 2014

Dupont M., Gratton J, Massie J.; Description du milieu socioéconomique et déterminant de l'état de santé, octobre 2006, consulté le 1er septembre 2014

Donnée de statistique Canada, compilé comme : PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE Arrondissement de Villeray–Saint-Michel–Parc-Extension, 2014

[http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/PAGE/MTL\\_STATS\\_FR/MEDIA/DOCUMENTS/PROFIL\\_SOCIOD%20MO\\_VILLERAY.PDF](http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/PAGE/MTL_STATS_FR/MEDIA/DOCUMENTS/PROFIL_SOCIOD%20MO_VILLERAY.PDF)

Consulté le 5 novembre 2014

Institut national de santé publique du Québec,  
[http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/180\\_PortraitSantePersonnesAgees.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/180_PortraitSantePersonnesAgees.pdf)

Consulté le 4 octobre 2014

[Outil pour soutenir l'élaboration d'un plan de transfert des connaissances,  
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/outil\\_pour\\_soutenir\\_l\\_elaboration\\_d\\_un\\_plan\\_d\\_e\\_transfert\\_des\\_connaissances.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/outil_pour_soutenir_l_elaboration_d_un_plan_d_e_transfert_des_connaissances.pdf)

[Consulté le 9 octobre 2014](#)

[Participation d'une tierce personne à la prestation d'activités dans le cadre d'un plan de traitement en physiothérapie, OPPQ, 2014](#)

[http://oppq.qc.ca/wp-content/uploads/2013/02/OPPQ\\_Tierce\\_personne.pdf](http://oppq.qc.ca/wp-content/uploads/2013/02/OPPQ_Tierce_personne.pdf)

Consulté le 11 octobre 2014

Couture A., Pineault R., Poirier L., Provost S.; Portrait de la population, de l'organisation et de l'utilisation des services médicaux de 1re ligne, CSSS de la Montagne

[http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx\\_asssmpublications/CSSS\\_La\\_Montagne\\_revise15mai2014.pdf](http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/CSSS_La_Montagne_revise15mai2014.pdf)

Consulté le 15 novembre 2014

Articles scientifiques et livres de référence

Atienza, A : Home-Based Physical Activity Program for Middle-Aged and Older Adults : Summary of Empirical Research, *Journal of Aging and Physical Activity*, vol. 9, 2001, S38-S58

Baillette, P., Fallery, B., Girard, A.; La méthode Delphi pour définir les accords et les controverses : applications à l'innovation dans la tracibilité et dans le e-recrutement. 18\_eme Colloque de l'Association Information et Management (AIM), 2013, Lyon, France. pp.1-22.

Brahimi, C.; L'approche par compétences : Un levier de changement des pratiques en santé publique au Québec, INSPQ, février 2011

Bonnefoy, M., Boutitie, F., Mercier, C., Gueyffier, F., Carre, C., Guetemme, G., Cornu, C. (2012). Efficacy of a home-based intervention programme on the physical activity level and functional ability of older people using domestic services: A randomised study. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 16(4), 370-377.

Campbell, A. J., Robertson, M. C., Gardner, M. M., Norton, R. N., & et al. (1997). Randomised controlled trial of a general practice programme of home based exercise to prevent falls in elderly women. *British Medical Journal*, 315(7115), 1065-9.

Capodaglio, P., Facioli, M., Burrioni, E., Giordano, A., Ferri, A., & Scaglioni, G. (2002). Effectiveness of a home-based strengthening program for elderly males in Italy. A preliminary study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 14(1), 28-34.

Cardol M., de Jong BA., Ward CD.; On autonomy and participation in rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, vol 24 (18), 2002, pp. 970 – 974.

Carmeli, E., Sheklow, S. L., & Coleman, R. (2006). A comparative study of organized class-based exercise programs versus individual home-based exercise programs for elderly patients following hip surgery. *Disability and Rehabilitation*, 28(16), 997-1005.

Centre d'Évaluation, de Documentation et d'Innovation Pédagogiques : <http://www.cedip.equipement.gouv.fr/spip.php?page=sommaire>, Consulté le 30 avril 2015

Cerga-Pashoja, A., Lowery, D., Bhattacharya, R., Griffin, M., Iliffe, S., Lee, J., Warner, J. (2010). Evaluation of exercise on individuals with dementia and their carers: A randomised controlled trial. *Trials*, 11, 53-53.

Clegg, A., Barber, S., Young, J., Forster, A., & Iliffe, S. (2011). The home-based older people's exercise (HOPE) trial: Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 12, 143-143.

Cornu, C., Carré, C., Guetemme, G., Ravis, B., Théron, S., Gueyffier, F., & Bonnefoy, M. (2003). [Preventing dependency in elderly persons: Randomized study in the community]. *Thérapie*, 58(5), 451-456.

Courtney, M., Edwards, H., Chang, A., Parker, A., Finlayson, K., & Hamilton, K. (2009). Fewer emergency readmissions and better quality of life for older adults at risk of hospital readmission: A randomized controlled trial to determine the effectiveness of a 24-week

exercise and telephone follow-up program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(3), 395-402.

de Bruijn, R.,F.A.G., Schrijvers, E. M. C., de Groot, K.,A., Witteman, J. C. M., Hofman, A., Franco, O. H., Ikram, M. A. (2013). The association between physical activity and dementia in an elderly population: The rotterdam study. *European Journal of Epidemiology*, 28(3), 277-283.

Dictionnaire Larousse, édition Larousse, 2014

Fleuren, M. A. H., Vrijkotte, S., Jans, M. P., Pin, R., van Hespén, A., van Meeteren, N.,L.U., & Siemonsma, P. C. (2012). The implementation of the functional task exercise programme for elderly people living at home. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 13, 128-128.

Gervais, M., Proulx, R., Chagnon, F.; Soutien à la structuration du transfert des connaissances en CRDITED :Rapport final, CRDITED Montréal, 2012

Gervais, M., Pépin, G., Carrière M., (2000). Triage ou comment adapter une technique de recherche à l'intervention clinique en ergothérapie. *Revue Québécoise d'ergothérapie*, 9(1), 11-15

Giné-Garriga, M., Roqué-Fíguls, M., Coll-Planas, L., Sitjà-Rabert, M., & Salvà, A. (2014). Physical exercise interventions for improving performance-based measures of physical function in community-dwelling, frail older adults: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 95(4), 753-769.e3.

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

Groupe d'auteurs: Physiotherapists Working with Physiotherapist Support Personnel  
Guide to the Standards for Professional Practice, Collège de physiothérapie de l'Ontario, 2010

Groupe d'auteurs : Référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession d'ergothérapeute au Québec, OEQ, décembre 2010

Hinrichs, T., Bucchi, C., Brach, M., Wilm, S., Endres, H. G., Burghaus, I., Platen, P. (2009). Feasibility of a multidimensional home-based exercise programme for the elderly with structured support given by the general practitioner's surgery: Study protocol of a single arm trial preparing an RCT [ISRCTN58562962]. *BMC Geriatrics*, 9, 37-37.

Johnson C., Myers A., Scholey L., Cyarto E., Ecclestone A.; Outcome Evaluation of the Canadian Centre for Activity and Aging's Home Support Exercise Program for Frail Older Adults, *Journal of Aging and Physical Activity*, 2003, 11, 408-424

Jung, D., Lee, J., & Lee, S. (2009). A meta-analysis of fear of falling treatment programs for the elderly. *Western Journal of Nursing Research*, 31(1), 6-16.

Kemmler, W., & von Stengel, S. (2013). Exercise frequency, health risk factors, and diseases of the elderly. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94(11), 2046-2053.



Laybourne, A. H., Biggs, S., & Martin, F. C. (2008). Falls exercise interventions and reduced falls rate: Always in the patient's interest? *Age and Ageing*, 37(1), 10-13. doi:10.1093/ageing/afm190

Lemire, N., Souffez, K., Laurendeau, M. ; Animer un processus de transfert des connaissances : bilan des connaissances et outil d'animation, INSPQ, octobre 2009

Luukinen, H., Lehtola, S., Jokelainen, J., Väänänen-Sainio, R., Lotvonen, S., & Koistinen, P. (2007). Pragmatic exercise-oriented prevention of falls among the elderly: A population-based, randomized, controlled trial. *Preventive Medicine*, 44(3), 265-271.

Matsuda, P. N., Shumway-Cook, A., & Ciol, M. A. (2010). The effects of a home-based exercise program on physical function in frail older adults. *Journal of Geriatric Physical Therapy* (2001), 33(2), 78-84.

Martin, C., Penso, A.; Référentiel pour votre pratique Activités et compétences pour l'accompagnement en gérontologie des professionnels de niveau V, ARS Rhône-Alpes, novembre 2013

Miller, K. L., Magel, J. R., & Hayes, J. G. (2010). The effects of a home-based exercise program on balance confidence, balance performance, and gait in debilitated, ambulatory community-dwelling older adults: A pilot study. *Journal of Geriatric Physical Therapy* (2001), 33(2), 85-91.

Mori, Y., Tobina, T., Shirasaya, K., Kiyonaga, A., Shindo, M., & Tanaka, H. (2011). Long-term effects of home-based bench-stepping exercise training on healthcare expenditure for elderly Japanese. *Journal of Epidemiology / Japan Epidemiological Association*, 21(5), 363-369. doi:10.2188/jea.JE20100103

New York Hart Association : mMRC breathlessness scale

Orchard, C., Bainbridge, L.; Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme, Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé, février 2011

Oerkild, B., Frederiksen, M., Hansen, J. F., Simonsen, L., Skovgaard, L. T., & Prescott, E. (2011). Home-based cardiac rehabilitation is as effective as centre-based cardiac rehabilitation among elderly with coronary heart disease: Results from a randomised clinical trial. *Age and Ageing*, 40(1), 78-85. doi:10.1093/ageing/afq122

Olson, S. L., Chen, S., & Wang, C. (2011). Effect of a home exercise program on dynamic balance in elderly with a history of falls. *Journal of Aging and Physical Activity*, 19(4), 291-305.

Papaioannou, A., Adachi, J. D., Winegard, K., Ferko, N., Parkinson, W., Cook, R. J., McCartney, N. (2003). Efficacy of home-based exercise for improving quality of life among elderly women with symptomatic osteoporosis-related vertebral fractures. *Osteoporosis International: A Journal Established as Result of Cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA*, 14(8), 677-682.

Robertson, M. C., Gardner, M. M., Devlin, N., McGee, R., & Campbell, A. J. (2001). Effectiveness and economic evaluation of a nurse delivered home exercise programme to prevent falls. 2 : Controlled trial in multiple centres. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 322(7288), 701-704.

Schaller, G., Fournier, P.; Méthode DELPHI, Dossier documentaire, ORSAS – Lorraine, 19 février 2009

Stalker, S., Weir, E., Vessel, S., Mikail, J., Planning a Coordinated Local Health Care System Response to a Pandemic Using an Accelerated Delphi Technique: Phase 1, *Canadian Journal of Public Health*, vol. 100, no.1, 2009, pp. 65-69.

Day, J., Bobeva, M.; A Generic Toolkit for the Successful Management of Delphi Studies: *The Electronic Journal of Business Research Methodology* Vol. 3, no. 2, 2005, pp. 103-116

Steinberg, M., Leoutsakos, J., Podewils, L. J., & Lyketsos, C. G. (2009). Evaluation of a home-based exercise program in the treatment of alzheimer's disease: The maximizing independence in dementia (MIND) study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(7), 680-685. doi:10.1002/gps.2175

Stolee, P., Zaza, C., & Schuehle, S. (2012). Evaluation of a volunteer-led in-home exercise program for home-bound older adults. *Work (Reading, Mass.)*, 41(3), 339-354.

Tinetti, M. E., Baker, D. I., McAvay, G., Claus, E. B., Garrett, P., Gottschalk, M., Horwitz, R. I. (1994). A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. *The New England Journal of Medicine*, 331(13), 821-827.

Van Roie, E., Delecluse, C., Opdenacker, J., De Bock, K., Kennis, E., & Boen, F. (2010). Effectiveness of a lifestyle physical activity versus a structured exercise intervention in older adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 18(3), 335-352.

Vestergaard, S., Kronborg, C., & Puggaard, L. (2008). Home-based video exercise intervention for community-dwelling frail older women: A randomized controlled trial. *Aging Clinical and Experimental Research*, 20(5), 479-486.

Vreugdenhil, A., Cannell, J., Davies, A., & Razay, G. (2012). A community-based exercise programme to improve functional ability in people with Alzheimer's disease: A randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), 12-19.

# ANNEXES

Annexe 1 : Tableau résumé de la recherche bibliographique pour l'objectif 1

Base de données : Medline

Exercise/Elderly	5037 résultats
Exercise/Elderly/Home care	96 résultats
Exercises/Elderly/program	956 résultats
Home/Elderly/Program	969 résultats
Home Care/Elderly/Program	438 résultats
Home Care/Elderly/Function	178 résultats
Home Care/Exercises	796 résultats

Base de données : CINAHL

Exercise/Elderly	2745 résultats
Exercise/Elderly/Home care	62 résultats
Exercises/Elderly/program	523 résultats
Home/Elderly/Program	790 résultats
Home Care/Elderly/Program	351 résultats
Home Care/Elderly/Function	95 résultats
Home Care/Exercises	139 résultats

Base de donnée : Sportdiscus

Exercise/Elderly	2743 résultats
Exercise/Elderly/Home care	22 résultats
Exercises/Elderly/program	818 résultats
Home/Elderly/Program	165 résultats
Home Care/Elderly/Program	31 résultats
Home Care/Elderly/Function	16 résultats
Home Care/Exercises	228 résultats

Annexe 2 : Tableau de recherche bibliographique sur les programmes d'exercices supervisés

Tableau 1 : Medline

Home Helper/ Exercise	0 résultats
Home Worker/ Exercise	3 résultats
Volunteer/ Exercise	589 résultats
Volunteer/ Exercise/ Elderly	0 résultats
Home Support Worker/ Exercise	0 résultats
Home Aids/Elderly	11 résultats

Tableau 2 : CINAHL

Home Helper/ Exercise	0 résultats
Home Worker/ Exercise	2 résultats
Volunteer/ Exercise	292 résultats
Volunteer/ Exercise/ Elderly	15 résultats
Home Support Worker/ Exercise	0 résultats
Home Aids/Elderly	4 résultats

Tableau 3 : Sportdiscus

Home Helper/ Exercise	0 résultats
Home Worker/ Exercise	7 résultats
Volunteer/ Exercise	2226 résultats
Volunteer/ Exercise/ Elderly	94 résultats
Home Support Worker/ Exercise	0 résultats
Home Aids/Elderly	0 résultats

Annexe 3 : description des intervenants du prétest du questionnaire

	Pré-test 1	Pré-test 2	Pré-test 3
Sexe	Femme	Homme	Femme
Profession	Physiothérapeute	Thérapeute en réadaptation physique	Physiothérapeute
Année d'expérience en gériatrie	15 et plus	Moins de 2	2 à 5 ans
Année d'expérience en CLSC	15 et plus	Moins de 2	2 à 5 ans
Année d'expérience dans la profession	15 et plus	Moins de 2	2 à 5 ans



Annexe 4 : Questionnaire aux professionnels de la physiothérapie

Les clientèles des programmes d'exercices à domicile : questionnaire aux professionnels  
de la physiothérapie

Par

Catherine Le Page, pht

Étudiante de maîtrise en pratique de la réadaptation

REA106 : Essai synthèse

Université de Sherbrooke

février 2015

Merci de participer à ce projet de recherche qui s'inscrit dans la maîtrise en pratique de la réadaptation de l'Université de Sherbrooke. S'il vous plaît, répondre à ce questionnaire au meilleur de vos connaissances et en fonction de votre contexte clinique actuel. Le questionnaire est anonyme et confidentiel. Les réponses de celui-ci ne serviront qu'au projet de maîtrise et ne seront pas distribuées à l'extérieur de ce contexte.

#### Contexte du projet

Les programmes d'exercices sont une modalité de traitement pour plusieurs clientèles vues dans le cadre du maintien à domicile. Par contre, l'utilisation de cette modalité diffère en fonction des intervenants et des diagnostics/difficultés de l'utilisateur. Ce questionnaire a pour but d'identifier les clientèles et les raisons cliniques qui justifient cette modalité, selon vous.

#### Instructions :

- Il est important de répondre à toutes les questions.
- Encerclez la lettre correspondant à votre réponse. Si vous hésitez entre deux possibilités, choisir celle qui se rapproche le plus de votre réalité clinique.
- À moins d'avis contraires, choisir une seule réponse par question.
- Répondez, au questionnaire avec un crayon bleu, et me le retourner par courrier interne au SAPA-PEX ou par fax au 514-273-8363

## 1.0 Programmes d'exercices

### 1.1 Êtes-vous?

- a) Physiothérapeute
- b) Thérapeute en réadaptation physique

### 1.2 Dans la dernière année, à combien estimez-vous le pourcentage de vos usagers âgés de plus de 65 ans?

- a) 0 %
- b) Moins de 25 %
- c) Entre 25-50 %
- d) Entre 50-75 %
- e) Plus de 75 %
- f) 100 %

### 1.3 Dans la dernière année, à quel pourcentage de vos usagers, avez-vous donné un programme d'exercices à domicile?

- g) 0 %
- h) Moins de 25 %
- i) Entre 25-50 %
- j) Entre 50-75 %
- k) Plus de 75 %
- l) 100 %

1.4 Dans quelle circonstance, à travers l'épisode de soins, donnez-vous des programmes d'exercices à vos patients? Répondez en fonction de ce que vous faites le plus souvent.

- a) En début de suivi
- b) En milieu de suivi
- c) En fin de suivi
- d) Comme traitement sans autre intervention
- e) Comme traitement entre les visites du thérapeute

1.5 Quelle importance accordez-vous aux caractéristiques suivantes de l'utilisateur dans la préparation d'un programme d'exercices? Veuillez encrer le numéro correspondant à votre réponse (1= pas du tout important, 2= peu important, 3= assez important, 4= important et 5 = très important). Encrer un seul numéro par caractéristique. Le même numéro peut être utilisé pour plusieurs réponses.

Caractéristiques	Pas du tout important	Peu important	Assez important	Important	Très important
Le diagnostic médical/physiothérapeutique	1	2	3	4	5
Les facteurs personnels du patient (âge, sexe, morphologie, etc.)	1	2	3	4	5
Les conditions associées	1	2	3	4	5
La cote ISO-SMAF	1	2	3	4	5
L'autonomie fonctionnelle de la personne	1	2	3	4	5

Le niveau de trouble cognitif/démence	1	2	3	4	5
Les résultats de tests spécifiques (Berg, TUG, sit-to-stand etc.)	1	2	3	4	5
La complexité de la condition du patient	1	2	3	4	5
La liste de problèmes lors de l'analyse	1	2	3	4	5
La stabilité de la condition	1	2	3	4	5

1.6 Dans l'éventualité où certaines caractéristiques de l'utilisateur, que vous prenez en considération dans la préparation d'un programme d'exercice comme modalité de traitement, n'ont pas été nommées, inscrivez-les ici-bas et indiquez le numéro correspondant au niveau d'importance que vous lui donneriez (1= pas du tout important, 2= peu important, 3= assez important, 4= important et 5= très important).

---



---



---



---

1.7 Quelle importance accordez-vous aux facteurs biopsychosociaux suivants relatifs aux usagers, dans la préparation d'un programme d'exercices? Veuillez encircler le numéro correspondant à votre réponse (1= pas du tout important, 2= peu important, 3= assez important, 4= important et 5= très important). Encerclez un seul numéro par facteur. Le même numéro peut être utilisé pour plusieurs réponses.

Facteurs	Pas du tout important	Peu important	Assez important	Important	Très important
La sécurité pour l'utilisateur	1	2	3	4	5
La motivation de l'utilisateur	1	2	3	4	5
L'impact du diagnostic de l'utilisateur sur sa fonction	1	2	3	4	5
L'autonomie fonctionnelle de l'utilisateur	1	2	3	4	5
La cognition/niveau de compréhension du patient	1	2	3	4	5
Le potentiel de l'utilisateur à maintenir la fonction	1	2	3	4	5
Le potentiel de l'utilisateur à obtenir une amélioration de fonction	1	2	3	4	5
L'impact sur l'aidant naturel/famille immédiate	1	2	3	4	5

La disponibilité du professionnel pour suivre le traitement	1	2	3	4	5
L'environnement physique de l'utilisateur	1	2	3	4	5
La présence d'un réseau social adéquat	1	2	3	4	5
La pression (positive ou négative) du réseau social immédiat	1	2	3	4	5

1.8 Dans l'éventualité où certains facteurs biopsychosociaux relatifs aux usagers, que vous prenez en considération dans la préparation d'un programme d'exercices, comme modalité de traitement, n'ont pas été nommés, inscrivez-les ici-bas et indiquez le numéro correspondant au niveau d'importance que vous lui donneriez (1= pas du tout important, 2= peu important, 3= assez important, 4= important et 5= très important).

---



---



---



---

## 2.0 Clientèles

2.1 Pour chacun des diagnostics médicaux et problèmes physiothérapeutiques suivants, encerclez le numéro correspondant à la probabilité que vous donniez un programme d'exercice à cet usager (1= pas du tout probable, 2= peu probable, 3= assez probable, 4= très probable et 5= certain)? Considérez les diagnostics suivants comme étant la raison de consultation et non des conditions associées. Encerclez un seul numéro par diagnostic. Le même numéro peut être utilisé pour plusieurs réponses.

Maladies musculo-squelettiques					
Diagnostiques	Pas du tout	Peu probable	Assez probable	Très probable	Certain
Arthrose/Ostéoporose	1	2	3	4	5
Arthrite	1	2	3	4	5
Chute récente ou multiple	1	2	3	4	5
Fracture non opérée : phase aiguë/subaiguë	1	2	3	4	5
Fracture non opérée : phase chronique	1	2	3	4	5
Perte d'autonomie/déconditionnement	1	2	3	4	5
Douleur chronique	1	2	3	4	5
Maladies cardiaques					
Diagnostiques	Pas du tout	Peu probable	Assez probable	Très probable	Certain



Maladie cardiaque ischémique récente	1	2	3	4	5
Maladie cardiaque ischémique : phase chronique	1	2	3	4	5
Trouble du rythme (arythmie, tachycardie, fibrillation auriculaire, etc.) : épisode récent	1	2	3	4	5
Trouble du rythme (arythmie, tachycardie, fibrillation auriculaire, etc.) : épisode chronique	1	2	3	4	5
Insuffisance cardiaque avec épisode récent	1	2	3	4	5
Insuffisance cardiaque phase chronique	1	2	3	4	5
Maladies respiratoires					
Diagnostics	Pas du tout	Peu probable	Assez probable	Très probable	Certains
MPOC avec décompensation récente	1	2	3	4	5
MPOC avec décompensation phase chronique	1	2	3	4	5

Autres maladies respiratoires (ex. : pneumonie)	1	2	3	4	5
Chirurgie					
Diagnostics	Pas du tout	Peu probable	Assez probable	Très probable	Certain
Chirurgie générale récente	1	2	3	4	5
Chirurgie générale phase chronique	1	2	3	4	5
Chirurgie orthopédique récente	1	2	3	4	5
Chirurgie orthopédique : phase chronique	1	2	3	4	5
Neurologie					
Diagnostics	Pas du tout	Peu probable	Assez probable	Très probable	Certain
Maladie de Parkinson	1	2	3	4	5
Démence	1	2	3	4	5
AVC récent	1	2	3	4	5
AVC ancien	1	2	3	4	5
Sclérose en plaques	1	2	3	4	5
Sclérose latérale amyotrophique	1	2	3	4	5

Hémi-parésie/hémiplégie	1	2	3	4	5
Physiothérapie					
Diagnostics	Pas du tout	Peu probable	Assez probable	Très probable	Certain
Œdème des membres inférieurs	1	2	3	4	5
Diminution de ROM	1	2	3	4	5
Diminution de force	1	2	3	4	5
Trouble d'équilibre	1	2	3	4	5
Diminution d'autonomie aux transferts	1	2	3	4	5
Diminution d'autonomie à la marche	1	2	3	4	5
Diminution d'endurance	1	2	3	4	5
Maintien de la fonction	1	2	3	4	5
Maintien des forces	1	2	3	4	5
Autres : S'il vous plaît, préciser.	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

2.2 Pour chacun des mêmes diagnostics précédemment cités, encerclez le numéro correspondant à la probabilité que vous jugiez approprié de donner un programme d'exercice à cet usager, préparé par le physiothérapeute et supervisé par un auxiliaire aide en réadaptation (AER) du CLSC (1= pas du tout probable, 2= peu probable, 3= assez probable, 4= très probable et 5 =certain)? Considérez les diagnostics suivants comme étant la raison de consultation et non comme des conditions associées. Encerclez un seul numéro par diagnostic. Le même numéro peut être utilisé pour plusieurs réponses.

Maladies musculo-squelettiques					
Diagnostics	Pas du tout	Peu probable	Assez probable	Très probable	Certain
Arthrose/Ostéoporose	1	2	3	4	5
Arthrite	1	2	3	4	5
Chute récente ou multiple	1	2	3	4	5
Fracture non opérée : phase aigüe/subaigüe	1	2	3	4	5
Fracture non opérée : phase chronique	1	2	3	4	5
Perte d'autonomie/déconditionnement	1	2	3	4	5
Douleur chronique	1	2	3	4	5
Maladies cardiaques					
Diagnostics	Pas du tout	Peu probable	Assez probable	Très probable	Certain

Maladie cardiaque ischémique récente	1	2	3	4	5
Maladie cardiaque ischémique : phase chronique	1	2	3	4	5
Trouble du rythme (arythmie, tachycardie, fibrillation auriculaire, etc.) : épisode récent	1	2	3	4	5
Trouble du rythme (arythmie, tachycardie, fibrillation auriculaire, etc.) : épisode chronique	1	2	3	4	5
Insuffisance cardiaque avec épisode récent	1	2	3	4	5
Insuffisance cardiaque phase chronique	1	2	3	4	5
Maladies respiratoires					
Diagnostics	Pas du tout	Peu probable	Assez probable	Très probable	Certains
MPOC avec décompensation récente	1	2	3	4	5
MPOC avec décompensation phase chronique	1	2	3	4	5

Autres maladies respiratoires (ex. : pneumonie)	1	2	3	4	5
Chirurgie					
Diagnostics	Pas du tout	Peu probable	Assez probable	Très probable	Certain
Chirurgie générale récente	1	2	3	4	5
Chirurgie générale phase chronique	1	2	3	4	5
Chirurgie orthopédique récente	1	2	3	4	5
Chirurgie orthopédique : phase chronique	1	2	3	4	5
Neurologie					
Diagnostics	Pas du tout	Peu probable	Assez probable	Très probable	Certain
Maladie de Parkinson	1	2	3	4	5
Démence	1	2	3	4	5
AVC récent	1	2	3	4	5
AVC ancien	1	2	3	4	5
Sclérose en plaques	1	2	3	4	5
Sclérose latérale amyotrophique	1	2	3	4	5

Hémi-parésie/hémiplégie	1	2	3	4	5
Physiothérapie					
Diagnostics	Pas du tout	Peu probable	Assez probable	Très probable	Certain
Œdème des membres inférieurs	1	2	3	4	5
Diminution de ROM	1	2	3	4	5
Diminution de force	1	2	3	4	5
Trouble d'équilibre	1	2	3	4	5
Diminution d'autonomie aux transferts	1	2	3	4	5
Diminution d'autonomie à la marche	1	2	3	4	5
Diminution d'endurance	1	2	3	4	5
Maintien de la fonction	1	2	3	4	5
Maintien des forces	1	2	3	4	5
Autres : S'il vous plaît, préciser.	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

2.3 En sachant que l'utilisateur serait supervisé par un auxiliaire aide en réadaptation (AER), modifieriez-vous l'intensité du programme d'exercice?

- a) Pas du tout probable
- b) Peu probable
- c) Assez probable
- d) Très probable
- e) Certain

2.4 S'il vous plaît, commenter votre réponse précédente?

---

---

---

### **3.0 Caractéristiques générales des intervenants**

3.1 Êtes-vous un/une?

- a) Homme
- b) Femme

3.2 Combien d'années d'expérience avez-vous dans votre profession?

- a) Moins de 1 an
- b) 1-2 ans
- c) 2-5 ans
- d) 5-10 ans
- e) 10-15 ans
- f) 15 ans et plus



3.3 Combien d'années d'expérience avez-vous en CLSC au maintien à domicile?

- a) Moins de 1 an
- b) 1-2 ans
- c) 2-5 ans
- d) 5-10 ans
- e) 10-15 ans
- f) 15 ans et plus

3.4 Combien d'années d'expérience avez-vous avec la clientèle de 65 ans et plus?

- a) Moins de 1 an
- b) 1-2 ans
- c) 2-5 ans
- d) 5-10 ans
- e) 10-15 ans
- f) 15 ans et plus

Merci d'avoir répondu à l'ensemble des questions du questionnaire!

Annexe 5 : Caractéristique des répondants au questionnaire, N=12

Répondant	Profession	Sexe	Année(s) d'expériences dans la profession	Année(s) d'expérience en CLSC	Année(s) d'expérience avec la clientèle 65 ans et plus
1	TRP	Femme	2-5 ans	1-2 ans	1-2 ans
2	PHT	Femme	10-15 ans	2-5 ans	10-15 ans
3	PHT	Femme	15 ans et plus	10-15 ans	10-15 ans
4	PHT	Femme	2-5 ans	2-5 ans	2-5 ans
5	TRP	Femme	2-5 ans	Moins de 1 an	Moins de 1 an
6	PHT	Homme	15 ans et plus	15 ans et plus	15 ans et plus
7	TRP	Femme	1-2 ans	1-2 ans	1-2 ans
8	PHT	Femme	15 ans et plus	15 ans et plus	15 ans et plus
9	TRP	Homme	15 ans et plus	5-10 ans	15 ans et plus
10	TRP	Femme	10-15 ans	2-5 ans	10-15 ans
11	PHT	Homme	1-2 ans	1-2 ans	1-2 ans
12	PHT	Femme	2-5 ans	1-2 ans	2-5 ans

Annexe 6 : Résultats de l'utilisation des programmes d'exercices

Question 1.2 : Dans la dernière année, à combien estimez-vous le pourcentage de vos usagers âgés de plus de 65 ans?

	0 %	Moins de 25 %	Entre 25-50%	Entre 50-75%	Plus de 75 %	100 %
Nombre de réponse	0	0	0	0	12	0

Question 1.3 : Dans la dernière année, à quel pourcentage de vos usagers, avez-vous donné un programme d'exercices à domicile?

	0 %	Moins de 25 %	Entre 25-50%	Entre 50-75%	Plus de 75 %	100 %
Nombre de réponse	0	0	0	1	11	0

Question 1.4 : Dans quelle circonstance, à travers l'épisode de soins, donnez-vous des programmes d'exercices à vos patients? Répondez en fonction de ce que vous faites le plus souvent.

	En début de suivi	En milieu de suivi	En fin de suivi	Comme traitement sans autre intervention	Comme traitement entre les visites du thérapeute
Nombre de réponse	9	0	1	0	2

Question 2.3 : En sachant que l'utilisateur serait supervisé par un auxiliaire aide en réadaptation (AER), modifieriez-vous l'intensité du programme d'exercice?

	Pas du tout probable	Peu probable	Assez probable	Très probable	Certain
Nombre de réponse	1	3	8	1	0

Annexe 7 : Résultats en lien avec les caractéristiques du patient

	Moyenne	Écart-type	Écart moyen	Décision
Diagnostic médical/physiothérapeutique	4,6	0,4	0,6	RC
Les facteurs personnels du patient	4,3	0,7	0,5	RC
Les conditions associées	4,1	0,9	0,6	NRNC
La cote ISO-SMAF	3,4	1,3	1,1	NRNC
L'autonomie fonctionnelle de la personne	4,5	0,7	0,6	RC
Le niveau de trouble cognitif/démence	4,6	0,7	0,6	RC
Les résultats de tests spécifiques (Berg, TUG, sit-to-stand etc.)	4,3	0,6	0,5	NRC
La complexité de la condition du patient	4,3	0,8	0,7	NRNC
La liste de problèmes lors de l'analyse	4,8	0,5	0,4	RC
La stabilité de la condition	4,3	0,9	0,8	NRNC
Moyenne des moyennes : 4,3 Écart moyen : 0,76				

Légende

RC : retenue consensus

RNC : retenue consensus

NRC : non retenu consensus

NRNC : non retenu non consensus

Annexe 8 : Résultats en lien avec les facteurs biopsychosociaux

	Moyenne	Écart-type	Écart moyen	Décision
La sécurité pour l'utilisateur	5	0	0,0	RC
La motivation de l'utilisateur	4,5	0,5	0,5	RC
L'impact du diagnostic de l'utilisateur sur sa fonction	4,4	0,7	0,6	RC
L'autonomie fonctionnelle de l'utilisateur	4,6	0,5	0,5	RC
La cognition/niveau de compréhension du patient	4,5	0,5	0,5	RC
Le potentiel de l'utilisateur à maintenir la fonction	4,4	0,5	0,5	RC
Le potentiel de l'utilisateur à obtenir une amélioration de fonction	4,4	0,6	0,4	RC
L'impact sur l'aidant naturel/famille immédiate	3,7	1,0	0,8	NRNC
La disponibilité du professionnel pour suivre le traitement	3,8	0,8	0,7	NRNC
L'environnement physique de l'utilisateur	3,9	1,1	0,8	NRNC
La présence d'un réseau social adéquat	3,6	0,9	0,7	NRNC
La pression (positive ou négative) du réseau social immédiat	3,3	1,0	0,8	NRNC
Moyenne des moyennes : 4,2 Écart-types : 0,7				

## Légende

RC : retenue consensus

RNC : retenue consensus

NRC : non retenu consensus

NRNC : non retenu non consensus

Annexe 9 : Résultats sur les clientèles pouvant recevoir un programme d'exercices à domicile

Maladies musculo-squelettiques				
Moyenne des moyennes : 4,1				
Écart-types : 0,9				
Diagnostiques	Moyenne	Écart-type	Écart moyen	Décision
Arthrose/Ostéoporose	4,4	0,7	0,6	RNC
Arthrite	4,2	0,7	0,6	RC
Chute récente ou multiple	4,0	0,7	0,5	NRC
Fracture non opérée : phase aiguë/subaiguë	3,4	1,5	1,3	NRNC
Fracture non opérée : phase chronique	4,0	1,1	0,7	NRNC
Perte d'autonomie/déconditionnement	4,8	0,6	0,4	RC
Douleur chronique	4,2	0,8	0,6	RNC
Maladies cardiaques				
Moyenne des moyennes : 3,1				
Écart-type moyen : 1,1				
Diagnostiques	Moyenne	Écart-type	Écart moyen	Décision
Maladie cardiaque ischémique récente	3,0	1,3	0,9	NRNC
Maladie cardiaque ischémique : phase chronique	3,6	0,8	0,7	RNC



Trouble du rythme (arythmie, tachycardie, fibrillation auriculaire, etc.) : épisode récent	2,8	1,2	1,0	NRNC
Trouble du rythme (arythmie, tachycardie, fibrillation auriculaire, etc.) : épisode chronique	3,2	1,0	0,7	RNC
Insuffisance cardiaque avec épisode récent	2,7	1,2	1,0	NRNC
Insuffisance cardiaque phase chronique	3,4	0,9	0,7	RNC
Maladies respiratoires Moyenne des moyennes : 3,3 Écart-type : 1,1				
Diagnostiques	Moyenne	Écart-type	Écart moyen	Décision
MPOC avec décompensation récente	3,0	1,3	1,0	NRNC
MPOC avec décompensation phase chronique	3,8	0,9	0,7	RNC
Autres maladies respiratoires (ex. : pneumonie)	3,2	0,9	0,7	NRNC
Chirurgie Moyenne des moyennes : 3,9 Écart-type : 0,9				

Diagnostiques	Moyenne	Écart-type	Écart moyen	Décision
Chirurgie générale récente	3,4	1,1	0,9	NRNC
Chirurgie générale phase chronique	3,7	0,8	0,7	NRNC
Chirurgie orthopédique récente	4,5	0,7	0,6	RC
Chirurgie orthopédique : phase chronique	4,4	0,8	0,7	RC
Neurologie Moyenne des moyennes : 3,9 Écart-type : 0,9				
Diagnostiques	Moyenne	Écart-type	Écart moyen	Décision
Maladie de Parkinson	4,3	0,6	0,5	RC
Démence	2,8	1,0	0,8	NRNC
AVC récent	3,9	1,5	1,3	RNC
AVC ancien	4,3	0,8	0,6	RNC
Sclérose en plaques	4,3	0,8	0,6	RNC
Sclérose latérale amyotrophique	3,8	1,1	0,9	RNC
Hémi-parésie/hémiplégie	3,9	0,9	0,8	RNC
Physiothérapie Moyenne des moyennes : 4,6 Écart-type : 0,5				
Diagnostiques	Moyenne	Écart-type	Écart moyen	Décision
Œdème des membres inférieurs	4,3	0,6	0,5	NRC

Diminution de ROM	4,8	0,5	0,4	RC
Diminution de force	4,8	0,4	0,3	RC
Trouble d'équilibre	4,3	0,5	0,4	NRC
Diminution d'autonomie aux transferts	4,7	0,5	0,4	RC
Diminution d'autonomie à la marche	4,8	0,5	0,4	RC
Diminution d'endurance	4,7	0,5	0,4	RC
Maintien de la fonction	4,5	0,7	0,6	NRNC
Maintien des forces	4,4	0,8	0,7	NRNC

Légende

RC : retenue consensus

RNC : retenue consensus

NRC : non retenu consensus

NRNC : non retenu non consensus

Annexe 10 : Résultats sur les clientèles pouvant recevoir un programme d'exercices à domicile supervisé par un AER

Maladies musculo-squelettiques				
Moyenne des moyennes : 3,0				
Écart-types : 1,0				
Diagnostiques	Moyenne	Écart-type	Écart moyen	Décision
Arthrose/Ostéoporose	3,5	1,1	0,9	RNC
Arthrite	4,3	1,2	1,0	RNC
Chute récente ou multiple	2,6	1,0	0,8	NRNC
Fracture non opérée : phase aiguë/subaiguë	1,7	0,7	0,6	NRC
Fracture non opérée : phase chronique	2,4	1,2	1,1	NRNC
Perte d'autonomie/déconditionnement	4,0	0,9	0,8	RNC
Douleur chronique	3,4	1,2	1,1	RNC
Maladies cardiaques				
Moyenne des moyennes : 1,8				
Écart-type moyen : 0,7				
Diagnostiques	Moyenne	Écart-type	Écart moyen	Décision
Maladie cardiaque ischémique récente	1,5	0,5	0,5	RNC
Maladie cardiaque ischémique : phase chronique	2,3	1,0	0,8	NRNC

Trouble du rythme (arythmie, tachycardie, fibrillation auriculaire, etc.) : épisode récent	1,4	0,5	0,5	NRC
Trouble du rythme (arythmie, tachycardie, fibrillation auriculaire, etc.) : épisode chronique	2,0	1,0	0,7	NRNC
Insuffisance cardiaque avec épisode récent	1,4	0,5	0,5	NRC
Insuffisance cardiaque phase chronique	2,3	0,9	0,7	NRNC
Maladies respiratoires Moyenne des moyennes : 2,0 Écart-type : 0,8				
Diagnostiques	Moyenne	Écart-type	Écart moyen	Décision
MPOC avec décompensation récente	3,0	1,3	1	NRNC
MPOC avec décompensation phase chronique	3,8	0,9	0,7	RNC
Autres maladies respiratoires (ex. : pneumonie)	3,2	0,9	0,7	NRNC
Chirurgie Moyenne des moyennes : 2,2 Écart-type : 1,0				

Diagnostiques	Moyenne	Écart-type	Écart moyen	Décision
Chirurgie générale récente	1,8	0,9	0,6	NRNC
Chirurgie générale phase chronique	2,6	1,1	0,9	NRNC
Chirurgie orthopédique récente	1,8	0,9	0,7	NRNC
Chirurgie orthopédique : phase chronique	2,5	1,2	1,0	NRNC
Neurologie Moyenne des moyennes : 2,4 Écart-type : 0,9				
Diagnostiques	Moyenne	Écart-type	Écart moyen	Décision
Maladie de Parkinson	2,9	1,2	0,9	NRNC
Démence	2,3	1,1	0,9	NRNC
AVC récent	1,6	0,5	0,5	NRC
AVC ancien	2,8	1,0	0,9	NRNC
Sclérose en plaques	2,6	1,0	0,9	NRNC
Sclérose latérale amyotrophique	2,5	0,9	0,8	NRNC
Hémi-parésie/hémiplégie	2,4	0,8	0,7	NRNC
Physiothérapie Moyenne des moyennes : 3,1 Écart-type : 1,1				
Diagnostiques	Moyenne	Écart-type	Écart moyen	Décision
Œdème des membres inférieurs	2,9	0,6	0,5	NRNC

Diminution de ROM	2,9	0,5	0,4	NRNC
Diminution de force	3,0	0,4	0,3	NRNC
Trouble d'équilibre	2,5	0,5	0,4	NRNC
Diminution d'autonomie aux transferts	3,0	0,5	0,4	NRNC
Diminution d'autonomie à la marche	3,2	0,5	0,4	RC
Diminution d'endurance	3,3	0,5	0,4	RC
Maintien de la fonction	3,8	0,7	0,6	RC
Maintien des forces	3,8	0,8	0,7	RC

#### Légende

RC : retenue consensus

RNC : retenue consensus

NRC : non retenu consensus

NRNC : non retenu non consensus

Annexe 11 : Questionnaire Delphi phase II

Les clientèles des programmes d'exercices à domicile : questionnaire aux professionnels  
de la physiothérapie, phase II

Par

Catherine Le Page, pht

Étudiante de maîtrise en pratique de la réadaptation

REA106 : Essai synthèse

Université de Sherbrooke

Avril 2015



## **Préambule**

Merci de répondre à ce deuxième questionnaire. Le sujet concerne l'implication des AER dans la supervision de programmes d'exercices préparés par l'équipe de physiothérapie. Ce questionnaire vise à obtenir un consensus aux énoncés ne l'ayant pas atteint lors du premier questionnaire.

Les énoncés seront présentés par sous-sections. En annexe du questionnaire, un tableau présente les énoncés retenus et non retenus dont le consensus a été obtenu et dont nous n'avons pas besoin de discuter de nouveau.

## **Quelques définitions utiles**

Moyenne : Mesure de tendance centrale; ce qui est au milieu, entre les extrêmes<sup>1</sup>

Écart-type : Mesure de dispersion des réponses autour de la moyenne<sup>1</sup>

Catherine Le Page, pht

Étudiante à la maîtrise

Université de Sherbrooke

514-273-3800 ext 6546

Fax : 514-273-8363

---

<sup>1</sup> Dictionnaire Larousse 2015

## Section 1

Ci-dessous, les caractéristiques du patient n'ayant pas fait consensus. Il s'agit des énoncés préalablement abordés. La moyenne des réponses de tous les participants et l'écart-type du groupe y sont présentés. Veuillez coter à nouveau les différents énoncés.

1.1 Quelle importance accordez-vous aux caractéristiques suivantes de l'utilisateur dans la préparation d'un programme d'exercices? Veuillez encrer le numéro correspondant à votre réponse (1= pas du tout important, 2= peu important, 3= assez important, 4= important et 5 = très important). Encrer un seul numéro par caractéristique. Le même numéro peut être utilisé pour plusieurs réponses.

Caractéristiques	Pas du tout important	Peu important	Assez important	Important	Très important	Moyenne	Écart-type
Les conditions associées	1	2	3	4	5	<b>4.08</b>	<b>0.90</b>
La cote ISO-SMAF	1	2	3	4	5	<b>3.36</b>	<b>1.28</b>
La complexité de la condition du patient	1	2	3	4	5	<b>4.33</b>	<b>0.77</b>
La stabilité de la condition	1	2	3	4	5	<b>4.25</b>	<b>0.86</b>

1.2 Commentaires sur la question précédente au besoin

---

---

---

Ci-dessous, les facteurs biopsychosociaux n'ayant pas fait consensus. Il s'agit des énoncés préalablement abordés. La moyenne et l'écart-type du groupe vous sont présentés. Veuillez coter les énoncés à nouveau.

1.3 Pour chacun des facteurs biopsychosociaux suivants, indiquer le niveau d'importance que vous accordez, dans la préparation d'un programme d'exercices pour un usager? (1= pas du tout important, 2= peu important, 3= assez important, 4= important et 5 = très important). Encerclez un seul numéro par facteur. Le même numéro peut être utilisé pour plusieurs réponses.

Facteurs	Pas du tout important	Peu important	Assez important	Important	Très important	Moyenne	Écart-type
L'impact sur l'aidant naturel/famille immédiate	1	2	3	4	5	<b>3.66</b>	<b>0.98</b>
La disponibilité du professionnel pour suivre le traitement	1	2	3	4	5	<b>3.83</b>	<b>0.83</b>
L'environnement physique de l'usager	1	2	3	4	5	<b>3.91</b>	<b>1.08</b>
La présence d'un réseau social adéquat	1	2	3	4	5	<b>3.58</b>	<b>0.90</b>
La pression (positive ou négative) du réseau social immédiat	1	2	3	4	5	<b>3.33</b>	<b>0.98</b>

#### 1.4 Commentaires sur la question précédente au besoin

---

---

---

## Section 2

La section suivante concerne l'implication d'un l'auxiliaire aide en réadaptation (AER) du CLSC dans la supervision de programmes d'exercices élaborés par le professionnel en physiothérapie.

S'il-vous-plaît, prenez en considération que l'AER aura suivi une formation interne sur la sécurité du patient, l'exécution des exercices, les signes et symptômes à surveiller, les modalités d'échange et de communication avec le professionnel de la physiothérapie, et qu'il aura reçu les consignes du thérapeute pour faire la supervision.

2.1 Pour chacun des énoncés diagnostics suivants, encerclez le numéro correspondant à la probabilité que vous jugiez approprié de donner un programme d'exercice à cet usager, préparé par le professionnel en physiothérapie et supervisé par un auxiliaire aide en réadaptation (AER) du CLSC dûment formé (1= pas du tout probable, 2= peu probable, 3= assez probable, 4= très probable et 5 =certain)? Considérez les diagnostics suivants comme étant la raison de consultation et non comme des conditions associées. Encerclez un seul numéro par diagnostic. Le même numéro peut être utilisé pour plusieurs réponses.

Prendre note que les énoncés diffèrent légèrement de ceux qui vous ont été présentées dans le premier questionnaire afin de les formuler de façon plus précise/détaillée.

Maladies musculo-squelettiques					
Diagnostics	Pas du tout	Peu probable	Assez probable	Très probable	Certain
Arthrose					
Un usager avec <u>arthrose/ostéoporose</u> et ayant une atteinte fonctionnelle légère	1	2	3	4	5
Un usager avec <u>arthrose/ostéoporose</u> et ayant une	1	2	3	4	5

atteinte fonctionnelle modérée/importante					
Arthrite					
	Pas du tout	Peu probable	Assez probable	Très probable	Certain
Un usager avec <u>arthrite</u> et ayant une atteinte fonctionnelle légère	1	2	3	4	5
Un usager avec <u>arthrite</u> et ayant une atteinte fonctionnelle modérée/importante	1	2	3	4	5
Chute récente					
	Pas du tout	Peu probable	Assez probable	Très probable	Certain
Un usager connu pour <u>chute</u> ayant des atteintes fonctionnelles légères	1	2	3	4	5
Un usager connu pour <u>chute</u> ayant des atteintes fonctionnelles modérées/importantes	1	2	3	4	5
Douleur chronique					
	Pas du tout	Peu probable	Assez probable	Très probable	Certain
Un usager ayant de la <u>douleur chronique</u> avec atteintes fonctionnelles légères	1	2	3	4	5

Un usager ayant de la <u>douleur chronique</u> avec atteintes fonctionnelles modérées/importantes	1	2	3	4	5
Perte d'autonomie					
Un usager ayant une perte d'autonomie fonctionnelle légère	1	2	3	4	5
Un usager ayant une perte d'autonomie fonctionnelle modérée/importante	1	2	3	4	5
Maladies pulmonaires					
Un usager atteint de MPOC phase chronique présentant dyspnée à l'effort important	1	2	3	4	5
Un usager atteint de MPOC phase chronique présentant dyspnée à l'effort modéré	1	2	3	4	5
Un usager atteint de MPOC phase chronique présentant dyspnée à l'effort léger	1	2	3	4	5
Chirurgies générales					
Un usager ayant eu <u>une chirurgie générale</u> en phase chronique, ayant une perte d'autonomie fonctionnelle légère	1	2	3	4	5
Un usager ayant eu une <u>chirurgie générale</u> , en phase chronique,	1	2	3	4	5

ayant une perte d'autonomie fonctionnelle modérée/importante					
Chirurgie orthopédique					
Un usager ayant eu une chirurgie orthopédique, en phase chronique, avec peu d'atteintes fonctionnelles	1	2	3	4	5
Un usager ayant eu une chirurgie orthopédique, en phase chronique, ayant plusieurs atteintes fonctionnelles	1	2	3	4	5
Neurologie					
Diagnostics	Pas du tout	Peu probable	Assez probable	Très probable	Certain
Un usager ayant la <u>maladie de Parkinson</u> avec diminution d'autonomie fonctionnelle légère	1	2	3	4	5
Un usager ayant la <u>maladie de Parkinson</u> avec diminution d'autonomie fonctionnelle modérée/importante	1	2	3	4	5
Un usager ayant eu un AVC ancien avec atteintes fonctionnelles légères	1	2	3	4	5
Un usager ayant eu un AVC ancien avec atteintes	1	2	3	4	5



fonctionnelles modérées/importantes					
Un usager atteint de SEP avec atteintes fonctionnelles légères	1	2	3	4	5
Un usager atteint de SEP avec atteintes fonctionnelles modérées/importantes	1	2	3	4	5
Un usager atteint de SLA avec atteintes fonctionnelles légères	1	2	3	4	5
Un usager atteint de SLA avec atteintes fonctionnelles modérées/importantes	1	2	3	4	5
Physiothérapie					
Problèmes physiothérapeutiques	Pas du tout	Peu probable	Assez probable	Très probable	Certain
Un usager avec <u>œdème des membres inférieurs</u> et diminution d'autonomie fonctionnelle légère	1	2	3	4	5
Un usager avec <u>œdème des membres inférieurs</u> et diminution d'autonomie fonctionnelle modérée/importante	1	2	3	4	5
Un usager avec diminution de <u>ROM</u> et diminution d'autonomie fonctionnelle légère	1	2	3	4	5
Un usager avec diminution de <u>ROM</u> et diminution d'autonomie	1	2	3	4	5

fonctionnelle modérée/importante					
Un usager avec <u>diminution de force</u> et diminution d'autonomie fonctionnelle légère	1	2	3	4	5
Un usager avec <u>diminution de force</u> et diminution d'autonomie fonctionnelle modérée/importante	1	2	3	4	5
Un usager avec <u>trouble d'équilibre</u> n'ayant fait aucune chute	1	2	3	4	5
Un usager avec <u>trouble d'équilibre</u> ayant fait des chutes	1	2	3	4	5
Un usager avec <u>diminution d'autonomie aux transferts</u> demandant supervision	1	2	3	4	5
Un usager avec <u>diminution d'autonomie aux transferts</u> demandant aide	1	2	3	4	5

## 2.2 Commentaires sur la question précédente au besoin

---



---



---



---



---

### Section 3

Ci-dessous, une liste de diagnostics que nous vous demandons d'évaluer en fonction de la pertinence pour l'usager, à recevoir un programme d'exercices n'ayant pas fait consensus lors du premier questionnaire. Il s'agit des mêmes énoncés que préalablement abordés. La moyenne et l'écart-type du groupe vous sont présentés. Veuillez coter les énoncés à nouveau.

3.1 Pour chacun des diagnostics médicaux et diagnostic du physiothérapeute suivants, cochez la case qui représente la probabilité que vous donniez un programme d'exercice à cet usager? Considérez les diagnostics suivants comme étant la raison de consultation et non des conditions associées.

Maladies musculo-squelettiques							
Diagnostics	Jamais	Peu probable	Assez probable	Très probable	Certain	Moyenne	Écart-type
Arthrose/Ostéoporose	1	2	3	4	5	4.41	0.66
Fracture non opérée : phase aigüe/subaigüe	1	2	3	4	5	3.41	1.50
Fracture non opérée : phase chronique	1	2	3	4	5	4	1.12
Douleur chronique	1	2	3	4	5	4.25	0.75
Maladies cardiaques							
Diagnostics	Jamais	Peu probable	Assez probable	Très probable	Certain	Moyenne	Écart-type
Maladie cardiaque ischémique récente	1	2	3	4	5	3	1.27

Maladie cardiaque ischémique : phase chronique	1	2	3	4	5	3.58	0.79
Trouble du rythme (arythmie, tachycardie, fibrillation auriculaire, etc.) : épisode récent	1	2	3	4	5	2.75	1.22
Trouble du rythme (arythmie, tachycardie, fibrillation auriculaire, etc.) : épisode chronique	1	2	3	4	5	3.16	1.02
Insuffisance cardiaque avec épisode récent	1	2	3	4	5	2.66	1.23
Insuffisance cardiaque phase chronique	1	2	3	4	5	3.41	0.90
Maladies respiratoires							
Diagnostiques	Jamais	Peu probable	Assez probable	Très probable	Certains	Moyenne	Écart- type
MPOC avec décompensation récente	1	2	3	4	5	3	1.28

MPOC avec décompensation phase chronique	1	2	3	4	5	3.83	3.16
Autres maladies respiratoires (ex. : pneumonie)	1	2	3	4	5	3.16	0.93
Chirurgie							
Diagnostics	Jamais	Peu probable	Assez probable	Très probable	Certain	Moyenne	Écart-type
Chirurgie générale récente	1	2	3	4	5	3.36	1.12
Chirurgie générale phase chronique	1	2	3	4	5	3.66	0.77
Chirurgie orthopédique : phase chronique	1	2	3	4	5	4.41	0.79
Neurologie							
Diagnostics	Jamais	Peu probable	Assez probable	Très probable	Certain	Moyenne	Écart-type
Démence	1	2	3	4	5	2.75	0.97
AVC récent	1	2	3	4	5	3.91	1.5
AVC ancien	1	2	3	4	5	4.25	0.75
Sclérose en plaques	1	2	3	4	5	4.25	0.73

Sclérose latérale amyotrophique	1	2	3	4	5	3.83	1.11
Hémi-parésie/hémiplégie	1	2	3	4	5	3.91	0.90
Physiothérapie							
Diagnostics	Jamais	Peu probable	Assez probable	Très probable	Certain	Moyenne	Écart-type
Maintien de la fonction	1	2	3	4	5	4.5	0.67
Maintien des forces musculaires	1	2	3	4	5	4.41	0.79

### 3.2 Commentaires sur la question précédente au besoin

---



---



---

## Annexe

Complément à la question 1.1. Ci-dessous, les caractéristiques du patient ayant fait consensus.

### Caractéristiques du patient

<b>Retenue consensus</b>	<b>Non retenue consensus</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Diagnostic médical</li><li>• Facteurs personnels</li><li>• Autonomie fonctionnelle de la personne</li><li>• Niveau d'atteintes cognitives</li><li>• Liste de problèmes lors de l'évaluation</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Résultats aux tests spécifiques</li></ul>

Complément à la question 1.3. Ci-dessous, les facteurs biopsychosociaux ayant fait consensus.

### Facteurs biopsychosociaux

<b>Retenue consensus</b>	<b>Non retenue consensus</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• La sécurité pour l'utilisateur</li><li>• La motivation de l'utilisateur</li><li>• L'impact du diagnostic de l'utilisateur sur sa fonction</li><li>• L'autonomie fonctionnelle de l'utilisateur</li><li>• La cognition/niveau de compréhension du patient</li><li>• Le potentiel de l'utilisateur à maintenir sa fonction</li><li>• Le potentiel de l'utilisateur à obtenir une amélioration de sa fonction</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• aucun</li></ul>

Complément à la question 2.1. Les éléments retenus et non retenus du précédent questionnaire concernant les programmes supervisés par un AER vous sont présentés dans le tableau suivant :

<b>Retenu</b>	<b>Non retenu</b>
<b>Maladie musculo-squelettique</b>	
Aucun	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fracture non opérée : phase aigüe/subaigüe</li> </ul>
<b>Maladie cardiaque</b>	
Aucun	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maladie cardiaque ischémique récente</li> <li>• Maladie cardiaque ischémique phase chronique</li> <li>• Trouble du rythme épisode récent</li> <li>• Trouble du rythme épisode chronique</li> <li>• Insuffisance cardiaque phase aigüe</li> <li>• Insuffisance cardiaque phase chronique</li> </ul>
<b>Maladie pulmonaire</b>	
Aucun	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MPOC avec décompensation récente</li> <li>• Autre maladie pulmonaire</li> </ul>
<b>Chirurgie générale</b>	
Aucun	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chirurgie générale récente</li> <li>• Chirurgie orthopédique récente</li> </ul>
<b>Neurologie</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maladie de Parkinson</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Démence</li> <li>• AVC récent</li> </ul>
<b>Physiothérapie</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminution d'autonomie à la marche</li> <li>• Diminution d'endurance</li> <li>• Maintien de la fonction</li> <li>• Maintien des forces musculaires</li> </ul>	Aucun



Complément à la question 3.1. Le tableau suivant présente les diagnostics ayant été retenu ou non retenus auxquels vous donneriez un programme d'exercice.

<b>Retenu</b>	<b>Non retenu</b>
<b>Maladie musculo-squelettique</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arthrite</li> <li>• Perte d'autonomie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chute récente ou multiple</li> </ul>
<b>Maladie cardiaque</b>	
Aucun	Aucun
<b>Maladie pulmonaire</b>	
Aucun	Aucun
<b>Chirurgie générale</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chirurgie orthopédique récente</li> </ul>	aucun
<b>Neurologie</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maladie de Parkinson</li> </ul>	aucun
<b>Physiothérapie</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminution de ROM</li> <li>• Diminution de force</li> <li>• Diminution d'autonomie aux transferts</li> <li>• Diminution d'autonomie à la marche</li> <li>• Diminution d'endurance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Œdème des membres inférieurs</li> <li>• Trouble d'équilibre</li> </ul>

Merci d'avoir participé à ce questionnaire!

Annexe 12 : Résultats en lien avec les caractéristiques du patient à la phase deux du Delphi

	Moyenne	Écart-type	Écart moyen	Décision
Les conditions associées	4,2	0,6	0,3	RC
La cote ISO-SMAF	3,1	0,5	0,2	NRC
La complexité de la condition du patient	4,4	0,5	0,5	RC
La stabilité de la condition	4,4	0,7	0,6	RC
Moyenne des moyennes : 4,0 Écart-type moyen : 0,6				

Légende

RC : retenue consensus

RNC : retenue consensus

NRC : non retenu consensus

NRNC : non retenu non consensus

Annexe 13 : Résultats en lien avec les facteurs biopsychosociaux de la phase deux du Delphi

	Moyenne	Écart-type	Écart moyen	Décision
L'impact sur l'aidant naturel/famille immédiate	3,5	0,5	0,5	RC
La disponibilité du professionnel pour suivre le traitement	3,5	0,8	0,7	NRNC
L'environnement physique de l'usager	3,4	0,7	0,6	NRC
La présence d'un réseau social adéquat	3,6	0,5	0,5	RC
La pression (positive ou négative) du réseau social immédiat	3,2	0,6	0,6	NRC
Moyenne des moyennes : 3,4 Écart-types moyen : 0,6				

Légende

RC : retenue consensus

RNC : retenue consensus

NRC : non retenu consensus

NRNC : non retenu non consensus

Annexe 14 : Résultats sur les clientèles pouvant recevoir un programme d'exercices à domicile de la phase deux du Delphi

Maladies musculo-squelettiques				
Moyenne des moyennes : 3,5				
Écart-types : 0,9				
Diagnostics	Moyenne	Écart-type	Écart moyen	Décision
Arthrose/Ostéoporose	4,0	0,7	0,4	RC
Fracture non opérée : phase aiguë/subaiguë	2,5	1,1	1,1	NRNC
Fracture non opérée : phase chronique	3,7	0,8	0,6	RC
Douleur chronique	3,8	0,9	0,6	NRNC
Maladies cardiaques				
Moyenne des moyennes : 2,6				
Écart-type moyen : 0,7				
Diagnostics	Moyenne	Écart-type	Écart moyen	Décision
Maladie cardiaque ischémique récente	2,1	0,8	0,7	NRNC
Maladie cardiaque ischémique : phase chronique	3,4	0,7	0,6	RC
Trouble du rythme (arythmie, tachycardie, fibrillation auriculaire, etc.) : épisode récent	1,8	0,8	0,6	NRC

Trouble du rythme (arythmie, tachycardie, fibrillation auriculaire, etc.) : épisode chronique	2,8	0,4	0,6	RC
Insuffisance cardiaque avec épisode récent	2,0	0,9	0,8	NRNC
Insuffisance cardiaque phase chronique	3,1	0,5	0,4	RC
Maladies respiratoires Moyenne des moyennes : 2,7 Écart-type moyen : 0,8				
Diagnostiques	Moyenne	Écart-type	Écart moyen	Décision
MPOC avec décompensation récente	2,3	0,9	0,7	NRNC
MPOC avec décompensation phase chronique	3,4	0,7	0,6	RNC
Autres maladies respiratoires (ex. : pneumonie)	2,5	0,7	0,6	NRC
Chirurgie Moyenne des moyennes : 3,3 Écart-type moyen : 0,8				
Diagnostiques	Moyenne	Écart-type	Écart moyen	Décision
Chirurgie générale récente	2,6	0,9	0,8	NRNC
Chirurgie générale phase chronique	3,5	0,7	0,6	RC

Chirurgie orthopédique : phase chronique	3,9	0,8	0,6	RC
Neurologie Moyenne des moyennes : 3,3 Écart-type moyen : 0,9				
Diagnostics	Moyenne	Écart-type	Écart moyen	Décision
Démence	2,5	0,5	0,5	NRC
AVC récent	3,0	1,5	1,3	NRNC
AVC ancien	3,6	0,8	0,7	RNC
Sclérose en plaques	3,5	0,9	0,8	RNC
Sclérose latérale amyotrophique	3,1	1,0	0,8	RNC
Hémi-parésie/hémiplégie	3,4	0,7	0,6	RC
Physiothérapie Moyenne des moyennes : 4,3 Écart-type : 0,7				
Diagnostics	Moyenne	Écart-type	Écart moyen	Décision
Maintien de la fonction	4,3	0,6	0,5	RC
Maintien des forces	4,3	0,8	0,6	RC

## Légende

RC : retenue consensus

RNC : retenue consensus

NRC : non retenu consensus

NRNC : non retenu non consensus

Annexe 15 : Résultats sur les clientèles pouvant recevoir un programme d'exercices à domicile supervisé par un AER de la phase deux du Delphi

Maladies musculo-squelettiques				
Moyenne : 3,1				
Écart-type moyen : 1,0				
Diagnostiques	Moyenne	Écart-type	Écart moyen	Décision
Un usager avec <u>arthrose/ostéoporose</u> et ayant une atteinte fonctionnelle légère	3,3	1,1	1,0	RNC
Un usager avec <u>arthrose/ostéoporose</u> et ayant une atteinte fonctionnelle modérée/importante	3,2	0,8	0,7	RNC
Un usager avec <u>arthrite</u> et ayant une atteinte fonctionnelle légère	3,1	0,9	0,8	RNC
Un usager avec <u>arthrite</u> et ayant une atteinte fonctionnelle modérée/importante	3,0	0,9	0,8	NRNC
Un usager connu pour <u>chute</u> ayant des atteintes fonctionnelles légères	2,8	0,8	0,6	NRC
Un usager connu pour <u>chute</u> ayant des atteintes	2,6	1,1	0,8	NRNC



fonctionnelles modérées/importantes				
Un usager ayant de la <u>douleur chronique</u> avec atteintes fonctionnelles légères	3,3	1,3	1,1	RNC
Un usager ayant de la <u>douleur chronique</u> avec atteintes fonctionnelles modérées/importantes	3,1	0,9	0,6	RC
Un usager ayant une perte d'autonomie fonctionnelle légère	3,4	1,3	1,1	RNC
Un usager ayant une perte d'autonomie fonctionnelle modérée/importante	3,1	0,7	0,4	RC
Maladies pulmonaires				
Moyenne : 2,7				
Écart-type moyen : 0,9				
	Moyenne	Écart-type	Écart moyen	Décision
Un usager atteint de MPOC phase chronique présentant dyspnée à l'effort léger	2,0	1,0	0,8	NRNC
Un usager atteint de MPOC phase chronique présentant dyspnée à l'effort modérée	2,8	0,8	0,6	RC

Un usager atteint de MPOC phase chronique présentant dyspnée à l'effort important	3,3	1,1	1,1	RNC
Chirurgies				
Moyenne : 2,8				
Écart-type : 0,9				
	Moyenne	Écart-type	Écart moyen	Décision
Un usager ayant eu <u>une chirurgie générale</u> en phase chronique, ayant une perte d'autonomie fonctionnelle légère	2,8	1,0	0,8	NRNC
Un usager ayant eu une <u>chirurgie générale</u> , en phase chronique, ayant une perte d'autonomie fonctionnelle modérée/importante	3,0	0,7	0,5	RC
Un usager ayant eu une chirurgie orthopédique, en phase chronique, avec peu d'atteintes fonctionnelles	3,0	1,3	1,1	RNC
Un usager ayant eu une chirurgie orthopédique, en phase chronique, ayant plusieurs atteintes fonctionnelles	2,6	0,5	0,5	NRC
Neurologie				

Moyenne : 2,5				
Écart-type moyen : 1,0				
	Moyenne	Écart-type	Écart moyen	Décision
Un usager ayant la <u>maladie de Parkinson</u> avec diminution d'autonomie fonctionnelle légère	2,9	1,0	0,8	RNC
Un usager ayant la <u>maladie de Parkinson</u> avec diminution d'autonomie fonctionnelle modérée/importante	2,8	0,8	0,6	RC
Un usager ayant eu un AVC ancien avec atteintes fonctionnelles légères	2,9	1,1	1,0	RNC
Un usager ayant eu un AVC ancien avec atteintes fonctionnelles modérées/importantes	2,2	0,8	0,6	NRC
Un usager atteint de SEP avec atteintes fonctionnelles légères	2,6	1,2	1,0	RNC
Un usager atteint de SEP avec atteintes fonctionnelles modérées/importantes	2,3	0,8	0,9	NRNC

Un usager atteint de SLA avec atteintes fonctionnelles légères	2,4	1,2	0,9	RNC
Un usager atteint de SLA avec atteintes fonctionnelles modérées/importantes	2,2	0,9	0,8	NRNC
Physiothérapie Moyenne : 2,9 Écart-type moyen : 0,8				
	Moyenne	Écart-type	Écart moyen	Décision
Un usager avec <u>œdème des membres inférieurs</u> et diminution d'autonomie fonctionnelle légère	3,0	1,0	0,7	RNC
Un usager avec <u>œdème des membres inférieurs</u> et diminution d'autonomie fonctionnelle modérée/importante	2,7	0,5	0,5	NRC
Un usager avec diminution de <u>ROM</u> et diminution d'autonomie fonctionnelle légère	3,2	1,2	1,1	RNC
Un usager avec diminution de <u>ROM</u> et diminution d'autonomie fonctionnelle modérée/importante	2,8	0,6	0,5	NRC

Un usager avec <u>diminution de force</u> et diminution d'autonomie fonctionnelle légère	3,2	1,2	1,1	RNC
Un usager avec <u>diminution de force</u> et diminution d'autonomie fonctionnelle modérée/importante	2,8	0,6	0,4	NRC
Un usager avec <u>trouble d'équilibre</u> n'ayant fait aucune chute	2,9	1,0	0,9	RNC
Un usager avec <u>trouble d'équilibre</u> ayant fait des chutes	2,3	0,6	0,5	NRC
Un usager avec <u>diminution d'autonomie aux transferts</u> demandant supervision	3,1	0,8	0,6	RC
Un usager avec <u>diminution d'autonomie aux transferts</u> demandant aide	2,8	0,7	0,5	RC

Légende

RC : retenue consensus

RNC : retenue consensus

NRC : non retenu consensus

NRNC : non retenu non consensus

Annexe 16 : Guide d'entrevue avec les gestionnaires supervisant des ASSS/AER

Guide d'entrevue semi-dirigé avec les informateurs clés

Par

Catherine Le Page, pht

Étudiante de maîtrise en pratique de la réadaptation

REA106 : Essai synthèse

Université de Sherbrooke

Mars 2014

Objectif 3 : Identifier les compétences nécessaires des AER à la supervision des programmes d'exercices

But de l'entrevue : Permettre d'identifier des compétences pour les AER dans le nouveau rôle qu'est la supervision de programme d'exercices

Compétences à identifier au niveau du

- Savoir : connaissances à obtenir pour développer les compétences associées
- Savoir-faire : connaissances des moyens qui permettent de développer une tâche
- Savoir-être : produire des actions adaptées avec la personne et l'environnement
- Communication : action de communiquer, d'établir une relation et de transmettre l'information
- Agir : se réfèrent à la capacité de mobiliser, de motiver et de prendre ses responsabilités face à une nouvelle compétence<sup>2</sup>

Type de compétences possibles à développer (exemples à discuter)

- Initiative
- Prudence
- Discernement
- Rigueur
- Écoute
- Motivateur/motivation
- Facilité à communiquer
- Enthousiasme
- Capacité d'enseignement
- Capacité à transmettre les informations adéquates
- Sécurité
- Attention vers le patient

Changements de rôle :

---

<sup>2</sup> Tiré de REA 215 : Coopération Interprofessionnel 1, Université de Sherbrooke, 2014

Auprès du gestionnaire

Auprès du patient

Auprès des autres professionnels

### **Mise en contexte avec les gestionnaires**

Les AER sont appelés à avoir de nouveaux rôles à l'intérieur du CSSS. Ces nouveaux rôles amènent un questionnement sur les compétences (connaissances, habiletés ou attitudes) nécessaires à développer pour bien exécuter les nouvelles tâches. Dans le cas qui nous concerne, nous voulons identifier les compétences pertinentes requises pour les AER qui seraient impliqués dans la supervision de programme d'exercices. Il est entendu que ces programmes seraient élaborés/planifiés par l'équipe de physiothérapie avec une clientèle qui a été préalablement identifiée par elle comme appropriée pour recevoir un tel service.

### **Section 1. Introduction**

- *Pourriez-vous vous présenter et expliquer brièvement votre rôle dans l'organisation?*
- *Pourriez-vous décrire votre rôle en regard aux AER?*

### **Section 2. Compétences générales des AER**

- *En général, lorsque vous sélectionnez un AER, quelles sont les habiletés/compétences que vous recherchez?*
  - *Pouvez-vous me décrire un profil de personne précisément? Quel est-il?*
- *Saviez-vous que le CSSS avait déjà établi une liste d'habiletés pour les AER?*
- *Que connaissez-vous de cette liste? (la liste sera présentée aux gestionnaires après cette question)*

Liste des habiletés des AER



- Motivation – intérêt à assumer ces tâches dans un contexte différent
- Participation volontaire
- Capacité à communiquer en anglais et en français
- Capacité à travailler en équipe, avec les professionnels en général et les ergothérapeutes en particulier dans le respect de l'expertise de chacun
- Esprit d'analyse et bon jugement
- Rigueur dans la démarche, non seulement lors de l'évaluation, mais aussi pour le suivi
- Bon jugement
- Autonomie
- Connaissance et application du PDSB
- Sens de l'organisation
- Flexibilité
- Tolérance au stress<sup>3</sup>
  
- *Trouvez-vous que ces compétences sont suffisantes?*
  - *En ajouteriez-vous d'autres?*

### **Section 3. Compétences spécifiques à la supervision des programmes d'exercices**

- *Pour le nouveau rôle des AER à la supervision des programmes d'exercices, selon vous, pourriez-vous décrire les nouvelles tâches de travail à ajouter?*

Nouvelles tâches pour les AER (exemples à discuter)

- Assurer la sécurité
- Motiver le patient
- Apporter le matériel nécessaire au besoin
- Planifier les rendez-vous

---

<sup>3</sup> Tiré de document interne du CSSS de la Montagne

- Expliquer le programme
  - Consulter le physio responsable lors de difficultés rencontrées
  - Faire un compte-rendu de l'évolution au physiothérapeute selon la fréquence établie
  - Suivre de près les progrès de l'utilisateur
  - Conseiller le patient sur l'exécution
- 
- *En tenant compte des nouvelles tâches de travail pour les AER, trouvez-vous que ces compétences/habilités sont suffisantes? (la liste des compétences préalables sera montrée de nouveau)*
    - *En ajouteriez-vous d'autres?*
  
  - *Prévoyez-vous des changements, dans les interactions avec les professionnels et les gestionnaires avec ce nouveau rôle?*
    - *Si oui, auriez-vous des exemples*
  
  - *Quelles seraient les composantes de la communication indispensables dans ce nouveau rôle, entre les intervenants et les AER? (fréquences, informations à transmettre, communication écrite vs verbale, communication systématique vs au besoin, rétroaction, suivi des progrès...)*
  
  - *Voyez-vous d'autres éléments relatifs aux compétences, aux tâches ou tous autres éléments dont il faudrait tenir compte?*

Merci

Annexe 17 : Lettre d'autorisation à l'attention des informateurs clés

**Essai synthèse en pratique de la réadaptation**

**Université de Sherbrooke**

**Objet : Participation à une entrevue semi-dirigée**

Madame,

Monsieur,

Vous êtes invité à prendre part à cette entrevue semi-dirigée dans le cadre de l'essai synthèse en pratique de la réadaptation. Le projet d'essai synthèse consiste à l'élaboration de nouveaux rôles pour les AER dans la supervision des programmes d'exercices développés par l'équipe de physiothérapie du CSSS de la Montagne. Le but de l'entrevue consiste à définir les compétences et les habiletés à développer dans le cadre de ces nouvelles fonctions. Pour ce faire, votre implication en tant que gestionnaire est sollicitée.

L'entrevue devrait durer approximativement quarante-cinq minutes et sera enregistrée. Tous les éléments provenant de cette entrevue seront anonymisés lors de la rédaction de l'essai synthèse et ne serviront qu'à ce projet. En aucun cas, les informations obtenues ne seront distribuées, prêtées ou utilisées à d'autres fins. Prenez note que le fichier audio sera détruit à la remise de l'essai en juin 2015.

Merci de votre participation et de consentir aux éléments cités plus haut.

Catherine Le Page, pht

Étudiante à la maîtrise, Université de Sherbrooke

---

Nom

---

Date

## Annexe 18 : Synthèse de l'entrevue semi-dirigée

### **Synthèse d'entrevue**

La sélection des AER se fait principalement par entrevue auprès des ASSS intéressés par le projet. Ils sont choisis en fonction d'une grille d'aptitude.

Les habiletés et compétences recherchées sont principalement :

- Capacité de travailler en équipe
- Reconnaître ses limites
- Partager ses inquiétudes dans les moments d'incertitude
- Avoir une bonne organisation du travail
- Bon jugement
- Capacité d'observation

Le profil de personne recherché a les aptitudes suivantes

- Responsable
- Sérieux
- Bonne communication
- Habileté de négociation
- Bonne relation interpersonnelle avec la famille et le client
- Bonne tolérance à l'inconnu
- Bonne capacité d'adaptation

Il n'est pas recommandé d'avoir les types de personne suivants :

- Personne rigide
- Axé sur la tâche et non la personne

Par rapport à la liste d'habiletés du CSSS

Aucune n'a à être ajoutée

Tâches à faire en lien avec la supervision d'exercice

- Superviser les programmes d'exercices/conseiller sur l'exécution

- Sensibiliser à l'importance des exercices
- Vérifier l'environnement/la sécurité
- Noter la progression (tâche d'observation)
- Communication avec la personne responsable en physiothérapie
- Expliquer son rôle : AER et supervise, n'est pas physiothérapeute ou thérapeute en réadaptation physique

En lien avec les tâches soulevées, aucune autre compétence à être soulevée

En ce qui concerne les liens avec les chefs de programme, aucun changement dans les liens de travail. Chef interviendra dans les cas de problème.

Changement à prévoir avec le physiothérapeute, principalement au niveau du changement dans la proximité avec le physiothérapeute.

Communication optimale

Il serait recommandé d'avoir une trace à toutes les visites écrites de la part des AER que ce soit par grille ou note pour retracer ce qui a été fait. Il est plus sécurisant dans les cas litigieux d'avoir des traces écrites. Communication avec le physiothérapeute sur une base régulière, à chaque semaine à privilégier.

Annexe 19 : Livrable aux intervenants et aux gestionnaires

Favoriser le maintien à domicile de la clientèle âgée par la participation d'un tiers dans la supervision des programmes d'exercices – Recommandations pour la pratique

Livrable aux intervenants et gestionnaires

Par

Catherine Le Page  
Physiothérapeute

Avec la collaboration de  
L'équipe de physiothérapie du CSSS de la Montagne

Juin 2015 ©

## **Mise en contexte**

Dans le but de soutenir l'autonomie des personnes âgées vivant à domicile, ce projet vise à encadrer les AER dans la supervision de programme d'exercices à domicile (essai synthèse, 2015). Pour ce faire, ce projet comporte deux objectifs spécifiques soit : 1) d'identifier les clientèles pouvant recevoir un programme d'exercices supervisés et 2) d'identifier les besoins de formation, les compétences des AER pour remplir un nouveau rôle et les modalités de suivi. Ce guide s'adresse aux intervenants et gestionnaires travaillant avec la clientèle âgée en soins à domicile.

## **Sommaire de la méthodologie**

Les clientèles jugées pertinentes pour recevoir un programme d'exercices supervisés ont été identifiées à l'aide d'une méthode de consensus des professionnels de la physiothérapie du CSSS de la Montagne. Le consensus a été obtenu au terme de deux rondes d'un processus Delphi modifié (Schaller et al., 2009). Les questionnaires utilisés dans le Delphi ont été élaborés suite à une recherche bibliographique à l'interne et dans les bases de données documentaires. Pour l'identification des compétences, les modalités de transfert et de suivi, une recherche bibliographique a d'abord été faite, laquelle a été suivie d'une entrevue semi-dirigée auprès d'informateurs-clés du CSSS de la Montagne.

## **Résultats des clientèles pouvant recevoir un programme d'exercices supervisé**

L'identification des clientèles repose sur 4 types d'information soient : les caractéristiques des patients, les facteurs biopsychosociaux, les diagnostics considérés pertinents pour la prescription de programmes d'exercices, et les diagnostics jugés pertinents pour la prescription de programmes supervisés (seuls les énoncés retenus et ayant obtenu consensus sont ici présentés).

### Caractéristiques du patient considérées importantes

- Autonomie fonctionnelle
- Niveau de trouble cognitif/démence
- Liste de problèmes lors de l'analyse
- Conditions associées
- Stabilité de la condition
- Complexité de la condition du patient.

### Facteurs biopsychosociaux

- Sécurité
- Motivation de l'utilisateur
- Impact du diagnostic de l'utilisateur sur sa fonction
- Cognition/niveau de compréhension
- Potentiel de l'utilisateur à maintenir la fonction
- Potentiel de l'utilisateur à obtenir une amélioration de fonction

### Diagnostics pouvant recevoir un programme d'exercices

- Arthrose/ostéoporose
- Arthrite
- Fracture non opérée en phase chronique
- Perte d'autonomie
- Maladies cardiaques ischémiques en phase chronique
- Insuffisance cardiaque phase chronique
- Chirurgie orthopédique récente et chronique
- Chirurgie générale phase chronique
- Maladie de Parkinson
- Problèmes fonctionnels suivants :
  - Diminutions d'amplitudes articulaires
  - Diminution de force
  - Diminution d'autonomie aux transferts



- Diminution d'autonomie à la marche
- Diminution d'endurance
- Maintien de la fonction
- Maintien des forces.

Clientèle pouvant recevoir un programme d'exercices supervisés

- Douleur chronique avec atteintes fonctionnelles modérées/importantes
- MPOC avec dyspnée à l'effort modérée
- Chirurgie générale phase chronique avec impact fonctionnel modéré/important
- Problèmes fonctionnels suivants :
  - Diminutions d'amplitudes articulaires
  - Diminution de force
  - Diminution d'autonomie aux transferts
  - Diminution d'autonomie à la marche
  - Diminution d'endurance
  - Maintien de la fonction
  - Maintien des forces.

En résumé, les clientèles pouvant recevoir un programme d'exercice supervisé doivent ressembler à une perte d'autonomie simple, avec condition stable, peu complexe et en phase chronique.

**Résultats des modalités de transferts de connaissances, modalité de suivi et compétences à développer**

Compétences additionnelles à développer pour les AER dans le nouveau rôle de supervision :

- Communication
- Observation
- Sécurité
- Motivationnel/relationnel/négociation

Modalité de transfert de connaissances

- Méthode linéaire pour la partie théorique
- Méthode interactive pour la pratique et l'acquisition des compétences

Modalité de suivi et de contrôle

- Réévaluation de l'usager selon le jugement clinique du thérapeute
- Note écrite par l'AER après chaque rencontre
- Communication hebdomadaire avec le thérapeute

En résumé, il est nécessaire de développer des compétences de communication, sécurité, d'observation, mais cela doit se faire par transfert de connaissances adaptées pour l'acquisition de celles-ci. Il est important de faire un suivi hebdomadaire avec une communication hebdomadaire. Ces informations aideront le thérapeute à juger d'une réévaluation au moment opportun, selon son jugement clinique.

#### **Recommandations**

- La supervision est jugée appropriée dans le cas d'une perte d'autonomie à l'intérieur des diagnostics identifiés
- La condition de l'usager doit être stable, peu complexe, en phase chronique et l'usager doit être capable de comprendre les consignes
- Le jugement clinique du thérapeute prime avant tout
- Le milieu doit soutenir les AER dans leurs nouvelles compétences
- Le milieu doit mettre en œuvre les activités nécessaires pour transférer les connaissances
- La communication doit être faite de façon hebdomadaire entre l'AER et le physiothérapeute
- Un suivi écrit pouvant être colligé pour le dossier est recommandé après chaque intervention

## Conclusion

Pour permettre aux AER de superviser des programmes d'exercices, il faut les former de façon à permettre une acquisition de connaissances et de compétences. Ces compétences vont permettre d'agir adéquatement auprès de la clientèle, en perte d'autonomie simple, stable et en phase chronique identifiée préalablement par l'équipe de physiothérapie. L'équipe et l'AER devront communiquer sur une base régulière pour faire le suivi et il sera au jugement du thérapeute de faire la réévaluation.

Références :

Schaller, G., Fournier, P.; Méthode DELPHI, Dossier documentaire, ORSAS – Lorraine,  
19 février 2009

[Participation d'une tierce personne à la prestation d'activités dans le cadre d'un plan de traitement en physiothérapie, OPPQ, 2014](#)

[http://oppq.qc.ca/wp-content/uploads/2013/02/OPPQ\\_Tierce\\_personne.pdf](http://oppq.qc.ca/wp-content/uploads/2013/02/OPPQ_Tierce_personne.pdf)