

Protocole d'évaluation de la sécurité à domicile (PESAD) : version francophone du *SAFER-HOME* v.3

Michèle Hébert, Anne Brasset-Latulippe, Sylviane Bourgault-Côté, Valérie
Meilleur et Teresa Chiu

Numéro 28, automne 2009

Les enjeux reliés à la santé des communautés francophones en
situation minoritaire

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/044990ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/044990ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Résumé de l'article

Les intervenants de la santé sont appelés à se prononcer sur la sécurité des aînés vivant à domicile et ils ont, à cet effet, très peu d'outils francophones à leur disposition. Le Protocole d'évaluation de la sécurité à domicile (PESAD) est issu de la traduction et de la validation transculturelle du *SAFER-HOME*. Le processus de validation et l'étude de la fidélité des résultats ont mis en lumière un outil intéressant et possédant de bonnes qualités métrologiques. Il permet aux intervenants francophones d'obtenir des résultats d'évaluation complets et rigoureux relativement à la sécurité à domicile des aînés francophones.

Éditeur(s)

Les Presses de l'Université d'Ottawa
Centre de recherche en civilisation canadienne-française

ISSN

1183-2487 (imprimé)

1710-1158 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Hébert, M., Brasset-Latulippe, A., Bourgault-Côté, S., Meilleur, V. & Chiu, T. (2009). Protocole d'évaluation de la sécurité à domicile (PESAD) : version francophone du *SAFER-HOME* v.3. *Francophonies d'Amérique*, (28), 213–233. <https://doi.org/10.7202/044990ar>

Protocole d'évaluation de la sécurité à domicile (PESAD) : version francophone du *SAFER-HOME v.3*

Michèle HÉBERT

Anne BRASSET-LATULIPPE

Université d'Ottawa

Sylviane BOURGAULT-CÔTÉ

CSSS Gatineau (Hôpital de Hull)

Valérie MEILLEUR

CSSS Antoine-Labelle, Centre L'Annonciation

Teresa CHIU

COTA Health

Les tendances démographiques actuelles au Canada et les restrictions budgétaires dans le réseau des services de santé font en sorte que les aînés plus fragiles vivant à domicile sont plus nombreux et que leur sécurité soulève l'inquiétude. L'interaction entre les capacités des personnes, leurs activités et leur environnement est déterminante pour le niveau de sécurité ou de risque qu'elles vivent (Chiu et Oliver, 2006). Or, la précarité d'un de ces éléments, comme c'est souvent le cas chez les aînés plus fragiles, peut engendrer un niveau de risque inacceptable. Les intervenants de la santé qui sont appelés à leur offrir des services doivent pouvoir juger de leur sécurité en se basant sur des observations valides, fidèles et représentatives de leur contexte de vie (McNulty et Fisher, 2001). À cet effet, plusieurs outils d'évaluation sont offerts aux intervenants, chacun étant basé sur une vision particulière des aînés, de la sécurité et de la mesure. Cependant, aucun outil francophone portant sur la sécurité et sur l'ensemble des aînés ne se trouve dans les écrits scientifiques. De cette perspective est née l'idée d'offrir aux intervenants francophones un outil d'évaluation rigoureux, valide et fidèle pour mesurer la sécurité à domicile des aînés canadiens-français.

Cet article présente d'abord une brève analyse documentaire de la sécurité à domicile et des outils qui en permettent la mesure, puis la justification du choix d'un outil, qui sera à la base de la conception d'un outil francophone : le *SAFER-HOME v.3* (Chiu *et al.*, 2006). La méthode de validation transculturelle (Vallerand, 1989) retenue pour produire la version francophone est ensuite décrite, et les résultats de

la démarche présentés. Le Protocole d'évaluation de la sécurité à domicile (PESAD)¹ est finalement proposé aux lecteurs, accompagné des constats issus de l'étude de ses qualités métrologiques, principalement l'étude de la fidélité de ses résultats.

Analyse documentaire

Le concept de sécurité est multidimensionnel, variant selon la perspective d'étude, mais réfère le plus souvent à un état tranquille où l'absence de danger est réelle (Robert, 2000). L'interaction entre les capacités de la personne, ses activités quotidiennes et son environnement y est vue comme un déterminant important du niveau de sécurité (Chiu et Oliver, 2006). Cette perspective est cohérente avec différents modèles conceptuels en ergothérapie, modèles qui s'intéressent à cette triade. Elle est aussi en accord avec les théories sur la relation entre la personne et son environnement, et avec les modèles internationaux en santé comme celui du processus de production du handicap de l'Organisation mondiale de la santé (Organisation mondiale de la santé, 2001).

Dans la perspective du *Modèle canadien du rendement occupationnel* (Association canadienne des ergothérapeutes, 2002), la sécurité pourrait se définir comme la résultante des capacités des personnes à maximiser leur performance occupationnelle pour les activités de soins personnels, de loisir et les activités productives dans des environnements physique, social, culturel et institutionnel exempts de risques réels. La sécurité ainsi définie prend en compte un ensemble de déterminants, allant des caractéristiques individuelles aux politiques municipales en matière d'aménagement domiciliaire, des risques encourus au soutien disponible (Chiu *et al.*, 2006). Les théories en sciences sociales, que ce soit en psychologie ou en gérontologie, mentionnent depuis longtemps la relation entre la perception qu'a l'individu des exigences de son environnement et l'évaluation de ses propres capacités comme déterminant de sa volonté à s'adapter (Eisdorfer et Lawton, 1973; Moos, 1980). La sécurité de la personne serait tributaire de ce niveau d'adaptation. Finalement, dans les perspectives comme celle de l'Organisation mondiale de la santé (2001), l'interaction de la personne avec son environnement est proposée comme un déterminant du fonctionnement de l'être humain, de ses activités, de sa participation sociale, de sa sécurité et de sa santé. La nature multidimensionnelle du concept de sécurité est le point commun de ces perspectives.

Quand il est question de la sécurité à domicile des aînés, les capacités de la personne, ses activités et son environnement devraient être pris en considération pour déterminer le niveau de sécurité et la présence de risques. Pour cette population, une attention particulière doit être portée au risque de chute (Wilson, 1998). Ce dernier constitue la première cause de décès attribués à des blessures chez les plus de 65 ans (Isberner *et al.*, 1998), la seconde cause d'hospitalisation chez les femmes de ce groupe d'âge et la cinquième chez les hommes (Ward-Griffin *et al.*, 2004). On estime que chaque année, de 30 à 40 % des personnes âgées chutent à domicile (Rao, 2005; Stevens *et al.*, 2001; Ward-Griffin *et al.*, 2004). Ces chutes peuvent avoir des conséquences désastreuses sur leur autonomie (Hart-Hughes *et al.*, 2004; Steultjens *et al.*, 2004; Weatherall, 2004; Wilson, 1998). De plus, les coûts qui y sont associés sont élevés; plus ou moins un milliard de dollars annuellement au Canada (Smartrisk, 2004). Toutes ces préoccupations doivent donc s'ajouter à la perspective globale pour évaluer le niveau de sécurité de la personne âgée (Diener et Mitchell, 2005; Hart-Hughes *et al.*, 2004; Hogan *et al.*, 2001).

Évaluation de la sécurité à domicile

La diversité des facteurs à considérer quand il est question de la sécurité à domicile des aînés nécessite une évaluation globale, prenant en compte tous les facteurs de risque et permettant de proposer des solutions concrètes, multifactorielles et contextualisées. Plusieurs outils sont proposés dans les écrits pour évaluer la sécurité ou certains de ses aspects chez les aînés (Tableau 1).

De ces outils, neuf portent spécifiquement sur les risques de chute (3^e au 9^e, 12^e et 15^e), deux se concentrent sur l'environnement physique (2^e et 11^e), deux autres ont été développés pour des clientèles âgées souffrant spécifiquement de démence ou d'un problème de santé mentale (1^{er} et 14^e), dont un offert en français, et un autre permet de dépister les problèmes de sécurité liés aux incapacités des personnes (10^e). Ces outils peuvent aider à découvrir diverses problématiques de sécurité chez les aînés, mais ils n'offrent pas la perspective globale recherchée, hormis le *SAFER-HOME v.3*.

Tableau 1
Outils d'évaluation de la sécurité à domicile

Nom de l'outil	Concepteurs	Objet de la mesure
<i>Assessment of Motor and Process Skills</i>	McNulty et Fisher (2001)	Sécurité et aide requise chez les personnes ayant un problème de santé mentale
<i>Comprehensive Assessment and Solution Process for Aging Residents</i>	Sanford <i>et al.</i> (2001)	Modifications au domicile afin de le rendre sécuritaire
<i>Elderly Falls Screening Toll</i>	Hill et Schwarz (2004)	Risques de chute
<i>Falls Behavioral Scale</i>	Clemson <i>et al.</i> (2004)	Comportements sécuritaires pouvant diminuer le risque de chute
<i>Falls and Mobility Efficacy Scale</i>	Peterson <i>et al.</i> (1999)	Mobilité et risques de chute
<i>Functional Environment Assessment</i>	Anemaet et Moffa-Trotter (1999)	Risques de chute dans la maison
<i>Home Fall Hazards Assessment Tool</i>	You <i>et al.</i> (2004)	Risques de chute
<i>Home Safety Assessment</i>	Tanner (2003)	Risques et historique des chutes, risques de crime ou de blessure, risques de feu
<i>Home Safety Checklist</i>	Anemaet et Moffa-Trotter (1999)	Situations dangereuses pouvant causer des chutes
<i>Patient Safety Indicators</i>	Rosen <i>et al.</i> (2005)	Dépistage pour la sécurité
<i>Physical Housing Environment</i>	Fänge et Iwarsson (1999)	Environnement physique
<i>Safe at Home</i>	Robnett, Hopkins et Kimball (2003)	Risques de chute, assistance requise et présence de comportements sécuritaires
<i>SAFER-HOME v.3</i>	Chiu <i>et al.</i> (2006)	Sécurité à domicile des adultes et des personnes âgées
<i>Safety Assessment Scale (français et anglais)</i>	Poulin de Courval <i>et al.</i> (2006)	Risques d'accident chez les personnes qui souffrent de démence
<i>Westmead Home Safety Assessment</i>	Clemson, Roland et Cumming (1992)	Risques de chute

Le *SAFER-HOME v.3*

Le *Safety Assessment of Function and the Environment for Rehabilitation, Health Outcome Measurement and Evaluation (SAFER-HOME)*² permet de mesurer la sécurité des adultes et des aînés vivant à domicile, de formuler des recommandations visant l'amélioration de la sécurité et d'assurer la mesure du changement lors des suivis (Chiu *et al.*, 2006). Les assises théoriques du *SAFER-HOME* prennent en compte les capacités de la personne, sa façon de mener ses activités et l'état de

l'environnement dans lequel elle les accomplit. Les études ayant soutenu le développement, l'évaluation des qualités métrologiques et l'utilité clinique du *SAFER-HOME* sont concluantes. Pour l'ensemble de ces considérations, il a été retenu pour développer un outil d'évaluation de la sécurité à domicile des aînés canadiens-français.

Le précurseur du *SAFER-HOME*, le *SAFER Tool*, regroupait initialement 126 éléments recueillis à la suite d'une recension des écrits sur l'évaluation de la sécurité et aux conseils d'ergothérapeutes chevronnés (Chiu *et al.*, 2006). Ces éléments avaient d'abord été revus par des personnes âgées et des ergothérapeutes, puis revus à nouveau lors d'une étude des qualités métrologiques de l'outil. Cette étude avait d'ailleurs confirmé un niveau satisfaisant de fidélité des résultats dans le temps et entre les juges (Chiu *et al.*, 2006; Letts et Marshall, 1996). La version définitive du *SAFER Tool* comptait 97 éléments regroupés dans 14 catégories. Elle était accompagnée d'un manuel d'instructions d'un peu plus de 100 pages expliquant les éléments et les procédures d'évaluation et énumérant diverses recommandations pour améliorer la sécurité. La première version du *SAFER-HOME* a suivi, regroupant ces mêmes éléments, mais proposant une échelle de cotation plus raffinée que l'échelle binaire du *SAFER Tool*. Cette nouvelle échelle de cotation à quatre niveaux permettait de distinguer la gravité des problèmes de sécurité retrouvés, pour améliorer la sensibilité de l'outil aux changements (Chiu et Oliver, 2006). Vingt-cinq ergothérapeutes ont jugé ce nouvel outil efficace pour formuler des objectifs et des priorités d'intervention visant à améliorer la sécurité et en faire le suivi (*ibid.*). Les études subséquentes, relatives à cette version et à la suivante, ont permis : 1) d'épurer et de clarifier les éléments évalués ; 2) d'établir avec une plus grande représentativité clinique les catégories de regroupement des éléments ; 3) de démontrer une excellente cohésion interne ; 4) d'établir la distinction entre les résultats obtenus au *SAFER-HOME* et ceux obtenus lors d'une mesure de l'autonomie ; 5) de raffiner l'échelle de cotation et 6) de simplifier la procédure de cotation et de recommandations (*ibid.* ; Oliver *et al.*, 2003).

Le *SAFER-HOME v.3* regroupe, dans 12 catégories, 74 éléments portant sur la sécurité à domicile (Tableau 2). Pour chacun des éléments, la situation à évaluer est présentée par un ensemble de questions auxquelles l'évaluateur doit répondre, après quoi il peut choisir la ou les recommandations parmi celles qui lui sont proposées, qui permettraient d'améliorer la sécurité si une problématique est découverte (Tableau 3).

Tableau 2
Catégories du *SAFER-HOME v.3*

Catégories	Exemples d'éléments
Situation de vie	Disponibilité et qualité du soutien, sécurité et accueil des visiteurs
Mobilité	Transfert de la chaise au lit, accessibilité des entrées
Dangers environnementaux	Sorties de secours, encombrement
Cuisine	Four à micro-ondes, élimination des ordures
Activités domestiques	Préparation de repas, faire le lit
Alimentation	Se nourrir/dégustation, nutrition
Soins personnels	Soin des cheveux, vêtements appropriés
Salle de bains et toilette	Banc de baignoire, méthode d'élimination
Médicaments, dépendance et abus	Comportements de dépendance, médicaments prescrits/en vente libre
Loisirs	Sécurité dans les loisirs/outils/méthodes
Communication et gestion de l'horaire	Capacité de planifier et de gérer son horaire, capacité de dire l'heure
Errance	Supervision, registre d'errance/plan de retour

Tableau 3
Exemple d'un élément à être évalué et des recommandations associées dans le *SAFER-HOME v.3*

20. Éclairage/veilleuses	
<u>Questions et observations</u>	<u>Recommandations</u>
▪ Y a-t-il des préoccupations de sécurité en lien avec l'éclairage en raison de déficits visuels, perceptuels, sensorimoteurs, affectifs ou cognitifs? ▪ L'éclairage intérieur et extérieur est-il suffisant? ▪ L'éclairage de jour et de nuit est-il suffisant?	▪ Ajouter des lampes ou des luminaires. ▪ Installer des veilleuses. ▪ Augmenter l'intensité des ampoules tout en respectant les spécifications. ▪ Proposer une minuterie ou des lumières photosensibles. ▪ S'assurer de la présence de lampes de poche.
<u>Rendement</u>	
▪ Le client est-il capable d'allumer et d'éteindre les lumières?	

Le *SAFER-HOME v.3* doit être utilisé à domicile en présence de la personne et de ses proches aidants, s'il y a lieu. La durée de l'évaluation est d'environ une heure et peut se faire en plus d'une visite. Les méthodes utilisées pour recueillir l'information sont l'entrevue, l'observation à la tâche, l'analyse d'activité ou l'évaluation de l'envi-

ronnement. L'ergothérapeute est la personne indiquée pour procéder à cette évaluation. À partir des renseignements obtenus, le niveau de risque est coté pour chacun des éléments: (0) aucun problème, (1) problème léger, (2) problème modéré et (3) problème grave. Les commentaires sont inscrits pour les éléments problématiques. À l'aide de cette cotation, des résultats pondérés avec un facteur de gravité, un résultat global et un résultat différentiel, au suivi, sont obtenus. Le manuel d'instructions qui accompagne l'outil est divisé en quatre chapitres: 1) fondements théoriques et historiques de l'outil, 2) évaluation et cotation, 3) présentation de chacun des éléments et recommandations pour chaque problématique potentielle et, finalement, 4) l'exemple de sept vignettes cliniques, incluant les évaluations initiales et de suivi. Le *SAFER-HOME v.3* n'est offert qu'en anglais.

Traduction des outils d'évaluation

Afin d'obtenir un outil francophone visant à évaluer la sécurité à domicile des aînés, on devait choisir entre la conception d'un nouvel outil ou la traduction d'un outil existant. Robert J. Vallerand (1989) et Doris S. F. Yu, Diana T. F. Lee et Jean Woo (2004) soutiennent que traduire un outil existant a l'avantage d'unifier les conceptions au-delà des cultures. Michael Iwama (2005) soutient, pour sa part, qu'il est important d'être sensible aux différences culturelles dans le processus d'évaluation. L'ethnocentrisme pourrait entraîner comme conséquence qu'en situation d'évaluation, les individus de cultures différentes obtiennent des résultats qui ne reflètent ni leurs habiletés réelles ni leur situation de vie (Mason, 2005). Le processus d'évaluation doit donc reconnaître les réalités langagières de ceux à qui il s'adresse (*ibid.*; Wang, Lee et Fetzer, 2006). Les outils d'évaluation doivent refléter les concepts tels qu'ils sont culturellement décrits (Jones et Kay, 1992). La traduction en français du *SAFER-HOME v.3* s'est ainsi imposée, de même que la nécessité de réaliser le processus de traduction de façon rigoureuse, en prenant en compte les réalités des futurs utilisateurs.

Méthodologie

Le protocole de recherche, élaboré en mars 2006, a été soumis au Consortium national de formation en santé, volet Université d'Ottawa, qui l'a subventionné, et au Comité d'éthique de l'Université d'Ottawa pour approbation. Le processus de traduction et de vali-

dation transculturelle de Vallerand (1989) a été retenu comme cadre méthodologique.

Stratégie de recherche et collecte des données : méthode de validation transculturelle

Vallerand (1989) propose une méthodologie de validation transculturelle en sept étapes, qui sont ici associées à la traduction de l'anglais vers le français du *SAFER-HOME* et présentées dans le tableau 4, avec l'indication explicite de la démarche retenue dans cette étude.

Les trois ergothérapeutes cliniciennes ayant accepté de participer à l'étude de validité (étape 2) ont reçu le PESAD avec une feuille de directives leur expliquant les éléments à examiner, soit la qualité de la langue et la congruence de l'outil avec leur réalité et celle de leur clientèle francophone. Elles disposaient de quatre semaines pour soumettre leurs questions, commentaires et suggestions. Les autres « experts » ayant participé à cette étape de l'étude avaient les mêmes directives, mais devaient aussi s'assurer de la concordance de la version francophone à la version originale anglophone. Pour l'étude de fidélité, des vignettes cliniques et des enregistrements vidéo de personnes âgées vivant à domicile ont été acheminés avec le PESAD et son manuel d'instructions, en plus des directives pour cette étape, aux cinq ergothérapeutes, qui ont effectué les évaluations à deux reprises pour chaque sujet, à une semaine d'intervalle.

Participants à l'étude

Dans l'ensemble, deux groupes de personnes ont participé au projet : des « experts », majoritairement ergothérapeutes, et deux personnes âgées présentées aux ergothérapeutes sur enregistrement vidéo. Ces participants constituaient des échantillons de convenance.

Les « experts » regroupaient les chercheuses du projet, des étudiantes en ergothérapie, une experte en linguistique, une des conceptrices de l'outil original et des ergothérapeutes. Tous étaient bilingues et se retrouvaient dans l'entourage professionnel des chercheuses ou de la conceptrice de l'outil original. Les huit ergothérapeutes cliniciens ayant participé au projet travaillaient auprès de populations adultes et âgées. Ils ont été choisis pour assurer une bonne représentativité des

Tableau 4
Processus de validation transculturelle de Vallerand

Étapes de Vallerand	Stratégie de recherche
1) Conception de la version initiale : traduction de l'outil vers la langue désirée, rétrotraduction et ajustements ;	1) Traduction du <i>SAFER-HOME</i> v.3 par une ergothérapeute bilingue, rétrotraduction de l'outil vers l'anglais par une autre ergothérapeute, étude des dissimilitudes et ajustement de l'outil et du manuel d'instructions par une chercheuse: le PESAD ;
2) Évaluation de l'outil par un comité composé de chercheurs, du traducteur, d'un expert en linguistique et du concepteur de l'outil original pour s'assurer du respect du sens et du contenu originaux ;	2) Évaluation du PESAD par une chercheuse, trois étudiantes bilingues en ergothérapie, trois ergothérapeutes bilingues œuvrant dans des milieux où le français est la langue soit de la majorité ou de la minorité, une experte en linguistique et la première auteure du <i>SAFER-HOME</i> v.3 : Révision linguistique, du sens et des aspects culturels francophones ;
3) Prétest pour évaluer comment l'outil est perçu dans la population qui l'utilisera ;	3) La participation de trois ergothérapeutes cliniciennes et trois étudiantes en ergothérapie à l'étape 2), et de cinq ergothérapeutes cliniciens à l'étape 6), de même que la grande utilisation du <i>SAFER-HOME</i> v.3 en ergothérapie depuis plus d'une décennie, même avec les clientèles francophones, ont fait en sorte que le prétest a été jugé inutile ;
4) Évaluation des validités concomitantes et de contenu en administrant le test original et la traduction à des sujets bilingues ;	4) Dans la mesure où l'outil sera utilisé principalement par des ergothérapeutes, il a été demandé aux ergothérapeutes participant aux étapes 2 et 6 du projet de se prononcer sur le contenu de l'outil au regard de leurs clientèles et en référant à l'outil anglophone. L'experte en linguistique a fait ce même exercice de comparaison entre les deux versions ;
5) Évaluation de la validité de construit : étude de la structure, des corrélats et des relations entre les différents construits ;	5) La validité du construit a été assurée par la concordance en tous points du PESAD à l'outil original, dont la structure et les corrélats avaient été bien documentés, par la traduction rigoureuse et la similarité des modèles théoriques dans les deux langues ;
6) Analyse de la fidélité devant être réalisée comme pour un nouvel outil ;	6) La fidélité de l'outil a été étudiée avec la participation de cinq ergothérapeutes ayant évalué deux fois chacun cinq personnes âgées, présentées via des vignettes cliniques ou des enregistrements vidéo ;
7) Établissement de nouvelles normes, si nécessaire, pour comparer l'individu à un groupe de référence approprié.	7) Aucune norme n'accompagne le <i>SAFER-HOME</i> v.3.

milieux francophones canadiens : le Québec pour sa majorité franco-
phone, l'Ontario et le Nouveau-Brunswick pour leurs minorités fran-
cophones. Ils étaient tous originaires d'une de ces trois provinces et y
travaillaient. Des ergothérapeutes, étudiantes et chercheuses du projet,
sept ont reçu la formation de COTA Santé sur l'utilisation de l'outil,
un a reçu cette formation d'une chercheuse ayant elle-même été
formée par COTA Santé et les deux derniers se sont familiarisés avec
l'outil par l'entremise du manuel d'instructions. Cette diversité était
intéressante dans la mesure où COTA Santé ne présente pas la forma-
tion comme étant indispensable.

Le protocole d'évaluation (PESAD) dans son entier exigeant au moins une visite à domicile, l'étude de fidélité aurait demandé deux visites de chacun des ergothérapeutes chez les personnes âgées, soit au moins une visite initiale et une seconde pour l'étude de la fiabilité des résultats dans le temps. Les personnes âgées auraient donc eu au minimum dix visites ayant le même objet, l'évaluation de leur sécurité à domicile. L'étude de fidélité a donc été réalisée auprès de personnes âgées « virtuelles », soit trois vignettes cliniques identiques à celles retrouvées dans le manuel d'instructions et deux enregistrements vidéo de l'évaluation, avec le PESAD, de la sécurité à domicile de personnes âgées. Les vignettes cliniques ont été conçues par les étudiantes en ergothérapie qui participaient au projet, sous la supervision d'une des chercheuses. Les deux personnes dont l'évaluation a été enregistrée ont été recrutées dans la clientèle d'un médecin de famille effectuant des visites à domicile et ayant accepté de remettre l'invitation à participer au projet à quelques-uns de ses clients. Les deux volontaires retenues étaient des femmes âgées de 84 et 91 ans, souffrant respectivement d'arthrose et d'arthrite rhumatoïde et présentant toutes deux quelques problèmes de santé telle l'insuffisance rénale ou cardiaque. Elles étaient entourées de leurs proches, qui ont spontanément participé aux enregistrements.

Analyse des données

Dans les deux premières étapes du projet, les modifications langagières au PESAD ont été réalisées sur la base des commentaires reçus de l'ensemble des « experts » et par l'étude des dissimilitudes dans le processus de rétrotraduction. Les questions du sens, de la culture, du contexte et du contenu ont été revues avec les commentaires de l'ensemble des « experts » ayant participé au projet.

Pour l'étude de fidélité, les résultats ont été informatisés avec SPSS (1999). Le coefficient α de Cronbach a été utilisé pour mesurer la cohérence interne. Les similarités et dissimilitudes dans la cotation entre les ergothérapeutes et aux deux périodes d'évaluation, pour les cinq sujets, ont été étudiées avec des analyses descriptives, compte tenu de la petite taille de l'échantillon.

Résultats

Processus de traduction et de rétrotraduction

La première étape du projet était destinée à la production d'une version initiale francophone de l'outil, le PESAD. Les services d'une ergothérapeute bilingue ont été retenus pour cette étape, plutôt que les services d'un traducteur. On a fait ce choix sur la base d'un commentaire de Vallerand (1989) qui soulignait la perte de sens des termes plus techniques qu'un expert en linguistique a remarquée parfois dans le processus de traduction. L'outil étant principalement constitué de la présentation des 74 éléments qui devaient être évalués, cette première étape n'a pas soulevé de problème linguistique particulier. Le même choix a donc été fait pour le processus de rétrotraduction, soit le recours aux services d'une deuxième ergothérapeute bilingue.

Les résultats de ce processus ont engendré quelques ajustements mineurs au PESAD et au manuel d'instructions. La comparaison des deux outils anglophones, l'original et la rétrotraduction, a mis en lumière 15 mots différents, dont 13 synonymes, et trois omissions. Les synonymes ont été conservés alors que leur utilisation en français était plus habituelle (par exemple, bain et baignoire). Pour les deux mots vraiment différents, la consultation de la liste des questions proposées dans le manuel d'instructions pour préciser chacun des éléments a permis de retenir les deux mots qui représentaient le sens voulu par les concepteurs. Les trois omissions ont été examinées et corrigées pour, encore une fois, rendre le sens de la version anglophone (par exemple, « automobile » dans « conduite automobile » ou encore, « à domicile » dans « situation de vie à domicile »).

Étude de validité

Pour l'étude de la validité transculturelle, les « experts », ici neuf personnes – soit une chercheuse, trois étudiantes, trois ergothérapeutes, une experte en linguistique et une des conceptrices de l'outil anglophone – devaient se pencher sur divers éléments linguistiques, culturels et de contenu dans leur évaluation du PESAD. Le nombre et la nature des commentaires ont été similaires pour tous, mineurs et peu nombreux compte tenu des 120 pages du manuel d'instructions. Ils portaient essentiellement sur la qualité de la langue. L'experte en linguistique a porté à notre attention un ensemble plus important de

formulations incorrectes et d'anglicismes. La structure des phrases a soulevé le plus de commentaires. Presque tous ont donné lieu à des corrections, majoritairement dans le manuel d'instructions. Pour quelques rares exceptions, les commentaires n'ont pu être retenus quand l'écart entre le français correct et le sens technique attribué en ergothérapie était trop grand. Par exemple, l'expression « mains courantes » a été qualifiée d'inhabituelle, mais n'a pu être remplacée par l'expression « rampe d'escalier » proposée, qui réfère à un autre concept environnemental.

L'absence d'un élément portant sur l'accès en français aux services de santé et aux services d'urgence a été soulevée. Après consultation des concepteurs du *SAFER-HOME*, il a été décidé d'ajouter une question relative à l'accès aux services de santé dans la section descriptive des éléments sous : « Numéros d'urgence : Le client a-t-il le sentiment d'avoir accès facilement aux services de santé ? Si non, quels éléments semblent nuire à l'accès (par exemple langue d'usage, distance) ? » Les concepteurs du *SAFER-HOME* ont décidé d'insérer cet élément à la version anglophone. Ce commentaire fut le seul touchant le contenu de l'outil ou les aspects culturels.

Étude de fidélité

La cohérence interne du PESAD a été mesurée à l'aide du coefficient α de Cronbach. Un α de 0,93 a été obtenu, identique aux deux moments de l'évaluation et similaire à celui obtenu avec la version anglophone (Chiu *et al.*, 2006).

Pour mesurer la fiabilité des résultats dans le temps, les cotations des mêmes ergothérapeutes pour les mêmes sujets ont été comparées aux deux moments de l'évaluation pour chacun des éléments. Les pourcentages de cotations identiques (accord parfait) et similaires (au plus un seul niveau de différence dans l'échelle) aux deux moments ont été déterminés. Les éléments problématiques ont été trouvés, soit ceux où les écarts de cotation entre les deux périodes d'évaluation étaient de plus d'un niveau dans l'échelle, pour plus d'un évaluateur. Les pourcentages de cotations identiques variaient de 64 à 100 % pour chacun des éléments, et les pourcentages de cotations similaires, alors qu'au plus un niveau de différence était accepté, variaient de 88 à 100 %. Les cotations pour huit éléments soulevaient des différences de plus d'un niveau, pour plus d'un ergothérapeute. L'examen de ces éléments a

permis de constater que les variances observées entre les deux périodes d'évaluation correspondaient presque toujours au même évaluateur et que la grande majorité des réponses différentes se retrouvaient dans l'évaluation des sujets présentés en vignettes cliniques. Il a été impossible de mettre en évidence une problématique liée aux éléments eux-mêmes, à leur formulation ou à leur contenu. Compte tenu de ces constats, la fidélité des résultats dans le temps semble excellente.

Pour la fidélité des résultats entre les juges, un accord parfait a été observé pour 44 % des éléments et un accord acceptable, au plus un niveau de différence dans l'échelle, a été retrouvé pour 90 % des éléments. Les éléments pour lesquels aucune problématique de sécurité n'était présentée, soit (0) aucun problème de sécurité, ont engendré plus systématiquement l'unanimité. Un désaccord plus fréquent et des écarts plus grands ont été observés pour sept éléments où une problématique était soulevée. Encore ici, le seul point commun pour ces derniers était la présentation des sujets par les vignettes cliniques, et les plus grandes variations ont été observées chez les évaluateurs n'ayant pas reçu la formation de COTA Santé. La cohérence des résultats entre les juges semble donc bonne.

Discussion

Cette étude a permis le développement d'un outil francophone rigoureux pour l'évaluation de la sécurité à domicile. Elle a aussi permis de mieux saisir les bénéfices et les difficultés de la méthode de traduction transculturelle de Vallerand (1989) et d'examiner les qualités métrologiques du nouvel outil, plus spécifiquement la fidélité des résultats.

Le PESAD s'intéresse aux capacités des personnes, à leurs occupations et à leur environnement pour établir les risques à la sécurité. Cette vision multidimensionnelle reprend celle des modèles théoriques en ergothérapie (Association canadienne des ergothérapeutes, 2002). Le PESAD permet de recueillir des renseignements sur un ensemble de facteurs importants pour le niveau de sécurité des aînés, dont les risques de chute à domicile. Il demande aussi une évaluation complète de la salle de bains et des activités qui y ont lieu, puisqu'elle serait le lieu où se déroule la majorité des chutes chez les aînés (You *et al.*, 2004; Gill, 1999; Peel, Steinberg et Williams, 2000; Tanner, 2003).

Le PESAD offre le double avantage de proposer à l'ergothérapeute une liste exhaustive de questions pour chacun des éléments afin d'assurer une évaluation complète et une liste de recommandations concrètes et multifactorielles pour pallier les problèmes.

Les caractéristiques cliniques du *SAFER-HOME v.3* et du PESAD sont les mêmes. La durée de l'évaluation, estimée à une heure par Teresa Chiu et ses collaborateurs (2006), a été confirmée autant lors des enregistrements vidéo que lors de l'étude de fidélité par les cliniciens. Les méthodes d'évaluation proposées (entrevue, observation à la tâche et autres) ont été utilisées pour les évaluations enregistrées et elles se sont révélées efficaces si l'on considère la plus grande constance des cotations faites avec les deux enregistrements. Les proches aidants ont été sollicités dans le processus d'évaluation, lors de ces deux enregistrements, comme l'ont suggéré les concepteurs, et leur participation s'est avérée précieuse.

Les sept étapes du processus de validation transculturelle de Vallerand (1989) offrent un guide intéressant pour procéder à l'étude de l'outil traduit et peuvent être adaptées au contexte :

- *Étape 1* : Traduction réalisée par des ergothérapeutes afin de maintenir le sens des aspects plus techniques de l'outil et rétrotraduction qui a permis quelques corrections mineures à l'outil francophone ;
- *Étape 2* : Constitution d'un comité d'experts répondant le plus exactement possible aux recommandations de Vallerand (1989). Une attention particulière a été accordée à la représentativité des divers milieux francophones canadiens parmi les experts. La qualité de la langue a retenu plus spécifiquement leur attention, en accord avec les directives de révision. Une préoccupation culturelle mineure a été soulevée, et les versions francophone et anglophone adaptées. Les écarts culturels semblaient insuffisants entre les anglophones ayant participé aux études de développement du *SAFER Tool* et du *SAFER-HOME*, et les francophones ayant participé à cette étude, pour soulever des incompréhensions majeures. La question de la langue lors des communications dans des situations d'urgence est apparue particulièrement pertinente et a constitué le seul commentaire qui ait demandé une modification de contenu.

- *Étape 3*: L'étape du prétest a été omise dans la mesure où l'étape précédente avait permis de constater l'accueil positif de l'outil par les ergothérapeutes participants et que l'étape 6 permettrait de valider cet accueil.
- *Étape 4*: L'étude de la validité concomitante a aussi été omise à la lumière de trois considérations. Il est actuellement reconnu que bon nombre d'ergothérapeutes francophones utilisent le *SAFER Tool* ou le *SAFER-HOME v.3* auprès de leurs clients francophones. On a donc supposé que la version francophone ne pourrait qu'améliorer cette pratique. Dans un deuxième temps, comme l'outil sera utilisé par des ergothérapeutes, la présence de huit de ces derniers dans les différentes étapes du processus, en plus des trois étudiantes, laissait penser que les écarts entre les versions anglophone et francophone seraient notés. Finalement, la nature même de l'outil rendait difficile ce processus alors que dans les faits, ce ne sont pas tant les mots qui sont importants ici que la façon d'évaluer chacun des éléments, qui ne changerait vraisemblablement pas, indépendamment de la langue. Il fallait donc s'assurer du respect du sens entre les versions, ce à quoi était consacrée en partie l'étape 2 alors qu'on avait demandé aux « experts » de porter un jugement à cet effet. Les commentaires à cet égard n'ont pas été très nombreux. Il faut noter que le *SAFER-HOME v.3* vient au terme d'un processus qui a duré 15 ans et qui a pris en compte de nombreux éléments retrouvés dans les écrits sur la sécurité à domicile, l'opinion de plusieurs ergothérapeutes chevronnés et de personnes âgées. Pour l'évaluation de la sécurité à domicile des aînés, la prise en compte du plus grand nombre possible d'éléments pouvant mettre en péril la sécurité et les risques de chute semble être une considération centrale. Le *SAFER-HOME v.3* et le PESAD répondent à cette attente.
- *Étape 5*: L'étude de la validité du construit n'a pas été réalisée formellement, car la traduction du *SAFER-HOME v.3* n'a entraîné aucun changement au construit fondamental de l'outil, soit la définition multidimensionnelle de la sécurité qui est cohérente avec les modèles utilisés pour soutenir les pratiques, les mêmes en anglais et en français. De plus, la taille de l'échantillon ne

permettait aucune analyse statistique relative au construit de l'outil sur la base des résultats obtenus pendant l'étude.

- *Étape 6*: L'étude de fidélité a été menée intégralement malgré le petit nombre de sujets.
- *Étape 7*: L'établissement de normes n'était pas indiqué.

L'étude des qualités métrologiques du PESAD s'est terminée par une analyse de la fidélité des résultats obtenus avec l'outil. L'excellent coefficient de cohérence interne soutient la constance de la cotation pendant l'utilisation de l'outil, du début à la fin de l'évaluation, et l'aspect clinique unidimensionnel du concept de sécurité. En analysant les résultats obtenus pour les cinq sujets évalués par les cinq ergothérapeutes, aux deux moments d'évaluation, il a été constaté que les variations dans l'évaluation du niveau de risque étaient nettement plus marquées chez un ergothérapeute, qui a systématiquement coté plus sévèrement le niveau de risque, en présence d'une problématique de sécurité, à la deuxième période d'évaluation. Il faut donc constater que la perception du niveau de risque associé à une problématique peut changer dans le temps chez l'ergothérapeute et que l'échelle de cotation du PESAD ne peut parfaitement éliminer ces différences d'interprétation. L'examen des différences de cotation entre les ergothérapeutes, pour un même sujet à un même moment d'évaluation, a conduit à la même conclusion. Encore ici, la présence d'une problématique engendrait de plus grandes variations entre les ergothérapeutes, et ces variations étaient systématiquement plus fréquentes chez les évaluateurs n'ayant pas reçu la formation proposée par COTA Santé. La formation a probablement pour effet de réduire les écarts d'interprétation de l'échelle de cotation pour les niveaux de risques, chez les ergothérapeutes, individuellement et entre eux.

L'examen des éléments qui engendraient une plus grande variance, quand une problématique de sécurité était présente, n'a pas permis de mettre en évidence des problèmes très précis. Cependant, on a noté que certains de ces éléments demandaient simultanément l'évaluation de la sécurité dans l'accomplissement d'une tâche et l'évaluation de la sécurité dans l'utilisation d'aides techniques pour accomplir cette tâche. Autrement dit, l'évaluation de la sécurité dans l'accomplissement de la tâche et l'évaluation de la sécurité dans l'utilisation d'aides techniques pour accomplir cette tâche étaient nécessaires dans deux éléments différents et souvent subséquents dans l'outil. Cet aspect est

soulevé très clairement et expliqué en détail pendant la formation sur l'utilisation de l'outil offerte aux ergothérapeutes par COTA Santé. Les variations auraient donc été probablement moins importantes si tous les ergothérapeutes ayant participé à l'étude de fidélité avaient reçu cette formation. Par ailleurs, aucune erreur systématique n'a pu être observée dans la présentation des éléments, leur formulation et dans le processus de cotation.

Certains aspects du développement du PESAD auraient pu être plus rigoureux, par exemple la taille des échantillons autant pour le nombre d'ergothérapeutes ayant participé à l'étude de fidélité que pour le nombre de sujets ayant été évalués, mais le contexte de l'étude et la nature de l'outil ne le permettaient pas. Il aurait été impensable que des personnes âgées soient visitées à répétition par des ergothérapeutes et, dans un deuxième temps, par d'autres pour mener à bien l'étude de fidélité test-retest et interjuges. Cet aspect a eu un impact sur le choix des analyses qui s'est ainsi limité à l'utilisation de statistiques descriptives. Cependant, les résultats obtenus sont suffisamment probants pour offrir aux ergothérapeutes, et également aux aînés et aux autres intervenants de la santé, un tableau rigoureux et complet sur le niveau de sécurité des aînés canadiens-français à domicile.

Conclusion

Le projet avait pour objectif d'offrir aux ergothérapeutes francophones un outil valide et fidèle pour évaluer la sécurité à domicile des aînés canadiens-français. À cet effet, le PESAD, issu de la traduction et de la validation transculturelle du *SAFER-HOME v.3*, offre un outil cohérent avec les modèles théoriques qui sous-tendent la pratique des principaux utilisateurs, les ergothérapeutes. Ses qualités métrologiques sont appréciables. D'autres études portant sur les qualités métrologiques devront être réalisées, notamment avec des échantillons plus importants ou par une évaluation portant sur la sensibilité aux changements de l'échelle de cotation actuelle. Toutefois, l'historique du *SAFER-HOME v.3* et le processus de Vallerand (1989), qui a permis le développement du PESAD, sont au minimum garants de la qualité de ce dernier.

Somme toute, l'arrivée d'un outil d'évaluation francophone de la sécurité à domicile ayant de bonnes qualités métrologiques est

prometteuse pour les aînés, leurs proches et les intervenants de la santé qui se préoccupent de leur sécurité. Il permettra aux ergothérapeutes de s'assurer d'une évaluation complète et de l'obtention de résultats rigoureux pour transmettre les renseignements à l'équipe, incluant la personne et ses proches, et pour hausser les normes d'intervention en ce qui a trait à la sécurité à domicile.

Remerciements

Nous remercions les ergothérapeutes et les aînés qui ont participé à la production du PESAD. Nous remercions également Anne Robitaille, traductrice et experte en linguistique, et le Consortium national de formation en santé, volet Université d'Ottawa, qui a permis, grâce à son soutien financier, la réalisation du projet.

NOTES

1. Le PESAD est disponible chez COTA Santé, un organisme privé offrant des services communautaires de réadaptation : [En ligne], [<http://www.cotahealth.ca/media.php?mid=50>] (15 mars 2010).
2. Le *SAFER-HOME* a été développé sur les bases du *Safety Assessment for Function and the Environment for Rehabilitation (SAFER Tool)*, lui-même développé en 1991 chez COTA Santé.

BIBLIOGRAPHIE

ANEMAET, Wendy K., et Michelle E. MOFFA-TROTTER (1999). « Promoting Safety and Function Through Home Assessments », *Topics in Geriatric Rehabilitation*, vol. 15, n° 1 (septembre), p. 26-55.

- ASSOCIATION CANADIENNE DES ERGOTHÉRAPEUTES (2002). *Promouvoir l'occupation: une perspective de l'ergothérapie*, Ottawa, Association canadienne des ergothérapeutes.
- CHIU, Teresa, et Rosemary OLIVER (2006). « Factor Analysis and Construct Validity of the SAFER-HOME », *Occupational Therapy Journal of Research*, vol. 26, n° 4, p. 132-142.
- CHIU, Teresa, *et al.* (2006). *Safety Assessment of Function and the Environment for Rehabilitation: Health Outcome Measurement and Evaluation. Instruction manual*, Toronto, COTA Health.
- CLEMONS, Lindy, Maryanne ROLAND et Robert CUMMING (1992). « Occupational Therapy Assessment of Potential Hazards in the Homes of Elderly People: an Inter-Rater Reliability Study », *Australian Occupational Therapy Journal*, vol. 39, n° 3, p. 23-26.
- CLEMONS, Lindy, *et al.* (2004). « The Effectiveness of a Community-Based Program for Reducing the Incidence of Falls in the Elderly: A Randomized Trial », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 52, n° 9 (septembre), p. 1487-1494.
- DIENER, Denise D., et Judith M. MITCHELL (2005). « Impact of a Multifactorial Fall Prevention Program Upon Falls of Older Frail Adults Attending an Adult Health Day Care Center », *Topics in Geriatric Rehabilitation*, vol. 21, n° 3 (juillet-septembre), p. 247-257.
- EISDORFER, Carl, et Mortimer P. LAWTON (1973). *The Psychology of Adult Development and Aging*, Washington (DC), American Psychological Association.
- FÄNGE, Agneta, et Susanne IWARSSON (1999). « Physical Housing Environment: Development of a Self-Assessment Instrument », *Canadian Journal of Occupational Therapy*, vol. 66, n° 5 (décembre), p. 250-260.
- GILL, Thomas (1999). « Preventing Falls: To Modify the Environment or the Individual? », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 47, n° 12 (décembre), p. 1471-1472.
- HART-HUGHES, Stephanie, *et al.* (2004). « An Interdisciplinary Approach to Reducing Fall Risks and Falls », *Journal of Rehabilitation*, vol. 70, n° 4 (octobre-décembre), p. 46-51.
- HILL, Keith, et John SCHWARZ (2004). « Assessment and Management of Falls in Older People », *Internal Medicine Journal*, vol. 34, n° 9-10 (septembre), p. 557-564.
- HOGAN, David B., *et al.* (2001). « A Randomized Controlled Trial of a Community-Based Consultation Service to Prevent Falls », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 165, n° 5 (septembre), p. 537-543.
- ISBERNER, Fred, *et al.* (1998). « Falls of Elderly Rural Home Health Clients », *Home Health Care Services Quarterly*, vol. 17, n° 2 (octobre), p. 41-51.

- IWAMA, Michael (2005). « The Kawa (river) Model: Nature, Life Flow, and the Power of Culturally Relevant Occupational Therapy », dans Frank Kronenberg, Salvador Algado et Nick Pollard (dir.), *Occupational Therapy without Borders*, Toronto, Elsevier Churchill Livingstone, p. 213-227.
- JONES, Elaine, et Margarita KAY (1992). « Instrumentation in Cross-Cultural Research », *Nursing Research*, vol. 41, n° 3 (mai-juin), p. 186-188.
- LETTIS, Lori, et Linda MARSHALL (1996). « Evaluating the Validity and Consistency of the SAFER Tool », *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, vol. 13, n° 4, p. 49-66.
- MASON, Teresa C. (2005). « Cross-Cultural Instrument Translation: Assessment, Translation, and Statistical Applications », *American Annals of the Deaf*, vol. 150, n° 1 (printemps), p. 67-72.
- MCNULTY, Martina C., et Anne FISHER (2001). « Validity of Using the Assessment of Motor and Process Skills to Estimate Overall Home Safety in Persons with Psychiatric Conditions », *American Journal of Occupational Therapy*, vol. 55, n° 6, p. 649-655.
- MOOS, Rudolf (1980). « Specialized Living Environments for Older People: A Conceptual Framework for Evaluation », *Journal of Social Issues*, vol. 36, n° 2 (printemps), p. 75-94.
- OLIVER, Rosemary, *et al.* (2003). « Home Safety Assessment and Intervention Practice », *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, vol. 10, n° 4 (avril), p. 144-150.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2001). *Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps*, Genève, Organisation mondiale de la santé.
- PEEL, Nancye, Margaret STEINBERG et Gail WILLIAMS (2000). « Home Safety Assessment in the Prevention of Falls among Older People », *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, vol. 24, n° 5 (octobre), p. 536-539.
- PETERSON, Elizabeth., *et al.* (1999). « Falls Self-efficacy and Occupational Adaptation among Elders », *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, vol. 16, n° 1-2, p. 1-16.
- POULIN DE COURVAL, Louise, *et al.* (2006). « Reliability and Validity of the Safety Assessment Scale for People with Dementia Living at Home », *Canadian Journal of Occupational Therapy*, vol. 73, n° 2 (avril), p. 67-75.
- RAO, Shobha (2005). « Prevention of Falls in Older Patients », *American Family Physician*, vol. 72, n° 1 (juillet), p. 81-88.
- ROBERT, Paul (2000). *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, Paris, Dictionnaire Le Robert.
- ROBNETT, Regula, Victoria HOPKINS et Judith KIMBALL (2003). « The SAFE AT HOME: A Quick Home Safety Assessment », *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, vol. 20, n° 3-4, p. 77-101.

- ROSEN, Amy, *et al.* (2005). « Evaluating the Patient Safety Indicators: How Well do They Perform on Veterans Health Administration Data? », *Medical Care*, vol. 43, n° 9 (septembre), p. 873-884.
- SANFORD, Jon A., *et al.* (2001). « Development of a Comprehensive Assessment for Delivery of Home Modifications », *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, vol. 20, n° 2, p. 43-55.
- SMARTRISK (2004). *Fact on Falls*, [En ligne], [<http://www.smartrisk.ca>] (12 novembre 2006).
- SPSS INC. (1999). *SPSS for Windows Release 10.0.*, Chicago, SPSS Inc.
- STEULTJENS, Esther M. J., *et al.* (2004). « Occupational Therapy for Community Dwelling Elderly People: a Systematic Review », *Age and Ageing*, vol. 33, n° 5 (septembre), p. 453-460.
- STEVENS, Margaret, *et al.* (2001). « Preventing Falls in Older People: Impact of an Intervention to Reduce Environmental Hazards in the Home », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 49, n° 11 (novembre), p. 1442-1447.
- TANNER, Elizabeth (2003). « Assessing Home Safety in Homebound Older Adults », *Geriatric Nursing*, vol. 24, n° 4 (juillet), p. 250-256.
- VALLERAND, Robert J. (1989). « Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques: implications pour la recherche en langue française », *Psychologie canadienne = Canadian Psychology*, vol. 30, n° 4 (octobre), p. 662-680.
- WANG, Wen-Ling, Hwei-Ling LEE et Susan J. FETZER (2006). « Challenges and Strategies of Instrument Translation », *Western Journal of Nursing Research*, vol. 28, n° 3 (avril), p. 310-321.
- WARD-GRIFFIN, Catherine, *et al.* (2004). « Falls and Fear of Falling among Community-Dwelling Seniors: The Dynamic Tension Between Exercising Precaution and Striving for Independence », *La revue canadienne du vieillissement = Journal on Aging*, vol. 23, n° 4 (hiver), p. 307-318.
- WEATHERALL, Mark (2004). « Multifactorial Risk Assessment and Management Programs Effectively Prevent Falls in the Elderly », *Evidence-based Healthcare and Public Health*, n° 8, p. 270-272.
- WILSON, Eileen B. (1998). « Preventing Patient falls », *American Association of Critical-Care Nurses*, vol. 9, n° 1, p. 100-108.
- YOU, Liming, *et al.* (2004). « Raising Awareness of Fall Risk Among Chinese Older Adults », *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 30, n° 6 (juin), p. 35-42.
- YU, Doris S. F., Diana T. F. LEE et Jean WOO (2004). « Issues and Challenges of Instruments Translation », *Western Journal of Nursing Research*, vol. 26, n° 3 (avril), p. 307-320.