



# BSO-DOS<sup>©</sup> Guide de l'utilisateur

Soutien en cas de troubles du comportement  
en Ontario-Système d'observation de la démence

## Étape n° 1 – Contexte

Qui remplit cette section?

Le membre de l'équipe qui a initié la fiche de BOS-DOS<sup>©</sup>  
(soit l'infirmière ou le professionnel paramédical)  
remplit cette section.

Ajoutez ici les identifiants personnels de la personne.



## BSO-DOS<sup>©</sup> FEUILLE DE TRAVAIL

Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario (BSO)-  
Système d'observation de la démence (DOS)

nom: Yun Cheng  
date de naissance (dd/mm/yyyy): 14/09/1939

### Étape 1 Contexte (À compléter avant de remplir la fiche de collecte de données)

1. a) Cochez la ou les raison(s) pour lesquelles vous complétez le BSO-DOS<sup>©</sup>:

- Information de base/Admission     Évaluation d'une nouvelle stratégie ou approche  
 Transition/Déplacement     Changement de comportement(s)     Ajustement des médicaments

- Soutien pour une référence ou un transfert  
 Nouveau comportement : Appels vocaux répétés  
 Autre:

b) Date de début du BSO-DOS<sup>©</sup>: 10/06/2025

Date d'arrêt du BSO-DOS<sup>©</sup>: 14/06/2025

Section remplie par (nom en lettres moulées): Nellie Wilkins

Signature: Nellie Wilkins

✓ Cochez la raison pour laquelle vous remplissez cette fiche de BSO-DOS<sup>©</sup>.

Indiquez les dates marquant le début et la fin de la période d'observation du BSO-DOS<sup>©</sup>.

Inscrivez ici votre nom en lettres moulées et apposez votre signature.



# BSO-DOS<sup>©</sup> Guide de l'utilisateur

## Étape n° 2 – Collecte des données

Qui remplit cette section?

N'importe quel membre de l'équipe en point de service (p. ex. un préposé aux services de soutien à la personne, une infirmière ou un professionnel paramédical) qui observe la personne pendant la période d'observation de cinq jours.

Inscrivez la date (dans l'ordre : jour, mois et année) pour chacun des cinq jours de la période d'observation.

Inscrivez les heures dans chaque bloc d'une demi-heure correspondant à la catégorie de comportements que vous observez (d'après la légende « Comportements observés »).

Notez le contexte dans lequel le comportement est observé dans la colonne « Contexte », en vous servant des codes lettres de la légende « Contexte ». Cette colonne n'est pas obligatoire.

Cochez les comportements spécifiques observés dans la catégorie de comportements de la légende « Comportements observés ».

### Contexte

- |  |  |
|--|--|
| S: Seul  | R: Expressions dirigées envers un Résident/patient/visiteur(s) |
| P: Soins Personnels (p. ex. prendre un bain, soins pour l'incontinence, aller à la toilette) | E: Expressions dirigées envers le personnel                    |
| F: Famille/visiteur(s) présents  | X: Autre : <u>Antalgique administré</u>                        |
| B: Environnement Bruyant/actif   | Y: Autre :   |
| C: Environnement Calme   |  |

Au besoin, ajoutez des détails pertinents au contexte (s'il n'est pas déjà inclus dans la légende « Contexte ») dans X, puis dans Y.

J/M/A	Comportements observés*	Contexte	Compor-
0700	1		
0730	2		
0800	4	P	
0830	3		
0900	2		
0930	2		
1000	4		
1030	5	S	
1100			

### Comportements observés

(Pour les numéros 3 à 8, cochez les comportements spécifiques observés)

#### 1 (Bleu) Endormi

#### 2 (Vert) Réveillé/calme

#### 3 (Vert) Participation positive

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Discuter                             | <input type="checkbox"/> Embrasser/caresser | <input type="checkbox"/> Chanter            |
| <input checked="" type="checkbox"/> Participez à une activité | <input type="checkbox"/> Câlin              | <input checked="" type="checkbox"/> Sourire |
| <input type="checkbox"/> Tenir la main                        | <input type="checkbox"/> Rire               | <input type="checkbox"/> Autre : _____      |

#### 4 (Jaune) Expressions vocales (répétitives)

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Poser des questions | <input type="checkbox"/> Fredonner                   | <input type="checkbox"/> Demandes      |
| <input type="checkbox"/> Pleurer             | <input checked="" type="checkbox"/> Gémir            | <input type="checkbox"/> Soupirs       |
| <input type="checkbox"/> Groggnements        | <input checked="" type="checkbox"/> Répéter des mots | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

#### 5 (Jaune) Expressions motrices (répétitives)

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Cognement/cliquetis  | <input checked="" type="checkbox"/> Gigoter | <input type="checkbox"/> Fouiller          |
| <input type="checkbox"/> Collecter                       | <input type="checkbox"/> Grincer des dents  | <input type="checkbox"/> Essaie de quitter |
| <input type="checkbox"/> Se déshabiller                  | <input type="checkbox"/> Faire les cent pas | <input type="checkbox"/> Autre : _____     |
| <input type="checkbox"/> Entrer dans l'espace des autres | <input type="checkbox"/> Se bercer          |  |

#### 6 (Rose) Expression sexuelle du risque

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Commentaires/questions à caractère sexuel | <input type="checkbox"/> Masturbation en présence d'autres personnes |
| <input type="checkbox"/> Demande de faveurs sexuelles              | <input type="checkbox"/> Attouchements non désirés                   |
| <input type="checkbox"/> Menaces sexuelles                         | <input type="checkbox"/> Contrainte sexuelle                         |
| <input type="checkbox"/> Gestes à caractère sexuel                 | <input type="checkbox"/> Exposition des parties génitales            |

#### 7 (Violet) Expression verbale du risque

- |  |                                     |  |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Insulte dégradantes     | <input type="checkbox"/> Blasphémer | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> Crier/hurler | <input type="checkbox"/> Menacer    |  |

#### 8 (Orange) Expression physique du risque

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mordre                   | <input type="checkbox"/> Coup de pied  | <input type="checkbox"/> Automutilation |
| <input type="checkbox"/> Étrangler les autres     | <input type="checkbox"/> Pincer        | <input type="checkbox"/> Cracher        |
| <input type="checkbox"/> S'agripper               | <input type="checkbox"/> Coup de poing | <input type="checkbox"/> Lancer         |
| <input type="checkbox"/> Tirer les cheveux        | <input type="checkbox"/> Pousser       | <input type="checkbox"/> Autre : _____  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Frapper/taper | <input type="checkbox"/> Gratter       |   |

9 Autre : \_\_\_\_\_

10 Autre : \_\_\_\_\_

Avant d'initier la fiche BSO-DOS<sup>©</sup>, l'équipe d'intervention clinique peut décider de suivre des comportements additionnels qui ne sont pas représentés dans la légende. Vous êtes invité à les inclure aux points 9 et 10 dans la légende « Comportements observés ».



## Étape n° 3 – Analyse et planification



**Avant de commencer à remplir cette section :**

**Avec l'aide de vos surligneurs, faites ressortir les chiffres de la fiche de collecte de données en vous servant du code couleur indiqué dans la légende « Comportements observés ».**

**Additionnez le nombre de blocs pour chaque comportement d'intérêt sur les cinq jours.**

**Additionnez le nombre de blocs de ½ heure pour chaque comportement d'intérêt chaque jour.**

**Qui remplit cette section?**

Un membre de l'équipe ou l'équipe d'intervention clinique dont le champ de pratique comprend effectuer l'évaluation et l'analyse (par exemple, une infirmière ou un professionnel paramédical).

**Divisez par 10 le résultat du « Nombre total de cases par demi-heure » pour chacune des catégories.**

**Conseil:** Déplacez le point décimal d'une espace vers la gauche.

os sur la fiche de collecte de données selon la légende codée par couleur afin d'identifier les patrons et motifs. dessous pour calculer la fréquence quotidienne des comportements observés (il n'est pas nécessaire de calculer pour chaque ligne).

	Nombre total de cases par jour (Additionnez le nombre de cases par jour pour chaque catégorie)					Nombre total de cases par demi-heure (Additionnez le nombre de cases sur 5 jours pour chaque catégorie)	Calculez le nombre moyen de blocs d'une heure par jour (Divisez le nombre total de cases par demi-heure par 10) Conseil : Déplacez le point décimal d'une espace vers la gauche	Réoccupations		
	Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4	Jour 5			Fréquence	Durée	Risque
1 Endormi	20	19	22	24	20	= 105	÷10 = 10.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Réveillé/calme	22	21	13	14	20	= 90	÷10 = 9.0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Participation positive	3	3	1	3	3	= 13	÷10 = 1.3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Expressions vocales	3	5	9	6	4	= 27	÷10 = 2.7	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Expressions motrices	1	1	2	1	1	= 6	÷10 = 0.6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Expression sexuelle du risque						=	÷10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Expression verbale du risque	0	1	3	0	1	= 5	÷10 = 0.5	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Expression physique du risque	0	0	1	0	0	= 1	÷10 = 0.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9						=	÷10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10						=	÷10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tableau complété par (nom en lettres moulées) : Nellie Wilkins

Signature : Nellie Wilkins

Inscrivez ici votre nom en lettres moulées et apposez votre signature.

D'après les données de la fiche BSO-DOS<sup>®</sup>, veuillez vérifier tous les sources d'inquiétudes liées à la fréquence, à la durée ou au risque associées aux comportements observés.



## Étape n° 3 – Analyse et planification

### Qui documente la note d'évolution ?

Un membre de l'équipe ou une équipe clinique dont le champ de pratique comprend l'évaluation et l'analyse (p. ex. une infirmière ou un professionnel paramédical). Idéalement, ces membres ont examiné les résultats du BSO-DOS<sup>©</sup> et planifié les prochaines étapes avec les autres membres de l'équipe interdisciplinaire et les partenaires de soins familiaux.

### c) Incrire ceci dans votre note d'évolution écrite :

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Un résumé du tableau d'analyse complété</li><li>• Ce que révèlent les données du BSO-DOS<sup>©</sup> (p. ex. les types de comportements exprimés, les habitudes, le moment de la journée, le sommeil interrompu)</li><li>• Causes possibles et facteurs contributifs (tenir compte des renseignements recueillis sur le contexte et l'identité de la personne)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Prochaines étapes :<ul style="list-style-type: none"><li>– Nouvelles stratégies non pharmacologiques</li><li>– Ajustement ou révision de médicaments</li><li>– Mise à jour du plan de soins</li><li>– Références initiées</li><li>– Rencontre clinique/équipe : partage des résultats et mise à jour du plan</li><li>– Consultation ou rencontre avec le mandataire spécial</li></ul></li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>– Collecte des données ACC "antécédents-comportements-conséquences" concernant certains événements ou comportements</li><li>– Poursuivre le BSO-DOS<sup>©</sup> pour 5 jours supplémentaires</li><li>– Reprendre le BSO-DOS<sup>©</sup> à partir d'une date précise</li><li>– Autres étapes prévues</li></ul> |
|--|---|---|

Note d'évolution écrite complété par (nom en lettres moulées) : *Nellie Wilkins*

Signature : *Nellie Wilkins*



Inscrivez ici votre nom en lettres moulées et apposez votre signature.

Trouvez des ressources supplémentaires sur le BSO-DOS<sup>©</sup> à l'adresse suivante : [www.brainxchange.ca/BSODOS](http://www.brainxchange.ca/BSODOS)

Merci de votre contribution à la réalisation du BSO-DOS<sup>©</sup> et à l'utilisation de ses données pour élaborer et évaluer des approches sur mesure visant à répondre aux besoins non comblés.



Behavioural Supports Ontario

Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario