

**Projet-pilote régional
de prévention des chutes à domicile
chez les personnes âgées**

**Devis d'implantation
dans les CLSC**

Service de prévention et de promotion

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

**Régie régionale de la santé et des services sociaux
de Lanaudière**

Mars 2002

Ce document a été réalisé par les personnes suivantes :

Rédaction :	Claude Bégin	Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux (RRSSS) de Lanaudière
Collaboration :	Sylvie Quirion	Direction de santé publique, RRSSS de Lanaudière
Secrétariat :	Josée Charron	Direction de santé publique, RRSSS de Lanaudière

REMERCIEMENTS

Ce document a bénéficié de l'apport précieux de plusieurs personnes et nous tenons à les remercier.

CLSC de la région de Lanaudière

- M. Jean-Jacques Lamarche, CSSS Matawinie, directeur général représentant les DG des CLSC
- Membres du comité régional :
 - CLSC-CHSLD D'Autray
 - Nathalie Chayer (depuis avril 2001) Francine Gravel, responsable du comité (depuis mars 2000)
 - Julie Morissette (depuis avril 2001) Jacinthe St-Martin (depuis janvier 2002)
 - CLSC de Joliette
 - Nicole Lafortune (mars 2000 à septembre 2001) Denise Plourde (mars 2000 à septembre 2001)
 - Valérie Picard (depuis avril 2001) Sonia Rondeau (depuis janvier 2002)
 - CLSC Lamater
 - Annie Madore (depuis novembre 2001) Carole Villeneuve (mars 2000 à mars 2001)
 - CSSS Matawinie
 - Ruth Bourgault (depuis juin 2001) Ève Gamache (mars 2000)
 - Emmanuelle Gendron (juin 2000 à juin 2001) Louise Lapierre (avril 2000)
 - Nathalie Thériault (depuis avril 2001)
 - CLSC-CHSLD Meilleur
 - Isabelle Aubé (depuis avril 2001) Marie-Claude Babin (mars 2000 à novembre 2001)
 - Annie Boucher (mars 2000 à septembre 2001)
 - CLSC-CHSLD Montcalm
 - Josée Bouchard (avril à décembre 2001) Chantal Ouellet (depuis décembre 2001)
 - Brigitte Parent (mars 2000 à juin 2001)

Direction de santé publique (DSP), RRSSS de Lanaudière

- Ginette Lampron coordonnatrice des services prévention-promotion et connaissance/surveillance/recherche/évaluation
- Guylaine Arbour service de connaissance/surveillance/recherche/évaluation
- Élizabeth Cadieux service de connaissance/surveillance/recherche/évaluation
- Bernard-Simon Leclerc service de connaissance/surveillance/recherche/évaluation
- Geneviève Marquis service de connaissance/surveillance/recherche/évaluation

Lecteurs externes

- Denis Allard Direction de santé publique, RRSSS de Montréal-Centre
- Valois Boudreault Direction de santé publique, RRSSS de l'Estrie

Dépôt dans Santécom : 14-2002-001
Dépôt légal : ISBN : 2-89475-111-7
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec
Premier trimestre 2002

H:\usager\prev_pro\claudel\ChuteDevis.doc\02-03-28

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	II
TABLE DES MATIÈRES.....	III
LISTE DES TABLEAUX	IV
LISTE DES ANNEXES.....	V
INTRODUCTION.....	1
1. LE RAPPEL DE LA PROBLÉMATIQUE	3
1.1 LES BLESSURES LIÉES AUX CHUTES	3
1.2 LES FACTEURS DE RISQUE DE CHUTE	6
1.3 LES INTERVENTIONS EN PREVENTION DES CHUTES	9
2. LE PROJET-PILOTE RÉGIONAL DE PRÉVENTION DES CHUTES.....	13
2.1 L'ORIGINE ET LE PROCESSUS D'IMPLANTATION DU PROJET	13
2.2 L'ALLOCATION BUDGETAIRE.....	13
2.3 LE CHOIX DE L'INTERVENTION ET LES FACTEURS DE RISQUE CIBLES	14
2.4 LE BUT ET LES OBJECTIFS	19
2.5 LE ROLE DES PARTENAIRES.....	20
3. LA MÉTHODOLOGIE DU PROJET-PILOTE.....	23
3.1 LA POPULATION CIBLE.....	23
3.2 LES ETAPES DU PROJET SELON LE CHEMINEMENT DES PARTICIPANTS ET L'UTILISATION DES OUTILS	25
3.3 LA FORMATION DU PERSONNEL ET LA PERIODE D'ESSAI	33
4. L'ÉVALUATION	35
4.1 LE MODELE D'ÉVALUATION	35
4.2 LE PROCESSUS D'IMPLANTATION ET LES EFFETS SOCIO-SANITAIRES	38
4.3 LA MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION	40
CONCLUSION	45
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	47
ANNEXES.....	55

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1	NOMBRE MOYEN DE DECES ET TAUX BRUT DE MORTALITE PAR CHUTE NON INTENTIONNELLE (1997-1998), ET NOMBRE MOYEN D'HOSPITALISATIONS ET TAUX BRUT D'HOSPITALISATION POUR CHUTE NON INTENTIONNELLE (1997-1999), CHEZ LES 65 ANS ET PLUS SELON LE SEXE, REGION DE LANAUDIÈRE	5
TABLEAU 2	PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE DE CHUTE	8
TABLEAU 3	ALLOCATION BUDGETAIRE AFFECTEE AUX CLSC POUR LE PROJET-PILOTE REGIONAL DE PREVENTION DES CHUTES A DOMICILE CHEZ LES PERSONNES AGEES, REGION DE LANAUDIÈRE.....	14
TABLEAU 4	FACTEURS DE RISQUE DE CHUTE RETENUS PAR LE PROJET-PILOTE REGIONAL DE LANAUDIÈRE	15
TABLEAU 5	ESTIMATION DE LA POPULATION AGEE DE 55 ANS ET PLUS SELON LE GROUPE D'AGE ET LE TERRITOIRE DE CLSC, REGION DE LANAUDIÈRE, AU 1ER JUILLET 2001	23
TABLEAU 6	USAGERS DE 55 ANS ET PLUS INSCRITS AU SERVICE DE MAINTIEN A DOMICILE SELON LE TYPE DE SERVICES, LE GROUPE D'AGE ET LE TERRITOIRE DE CLSC, REGION DE LANAUDIÈRE, 1999-2000	24
TABLEAU 7	ESTIMATION DE LA POPULATION CIBLE ET DU NOMBRE DE PARTICIPANTS AU PROJET APRES LA PREMIERE ANNEE D'IMPLANTATION	25
TABLEAU 8	CHEMINEMENT DES PARTICIPANTS AU PROJET	31
TABLEAU 9	PROCESSUS D'INTERVENTION LIE A L'EVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE DE CHUTE A DOMICILE.....	32
TABLEAU 10	MODELE D'EVALUATION DE ALLARD.....	36
TABLEAU 11	CHEMINEMENT LOGIQUE DU PROJET-PILOTE DE PREVENTION DES CHUTES A DOMICILE	36
TABLEAU 12	MODELE D'EVALUATION DE ALLARD ADAPTE AU PROJET-PILOTE	37
TABLEAU 13	OBJETS RETENUS POUR L'EVALUATION DU PROJET-PILOTE.....	39
TABLEAU 14	SYNTHESE DES ANALYSES STATISTIQUES POSSIBLES LIEES AU DEVIS RETENU POUR L'EVALUATION DES EFFETS DU PROJET-PILOTE	42

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1	PROJET DE PREVENTION DES CHUTES A DOMICILE, RESULTATS SOMMAIRES, CLSC DE JOLIETTE, AVRIL 1994 - JUIN 1996	57
ANNEXE 2	ESTIMATION DE LA POPULATION AGEE DE 55 ANS ET PLUS SELON LE GROUPE D'AGE, LE SEXE ET LE TERRITOIRE DE CLSC, REGION DE LANAUDIÈRE, AU 1ER JUILLET 2001.....	59
ANNEXE 3	« LETTRE AUX PHARMACIENS ET AUX MEDECINS »	60
ANNEXE 4	OUTILS UTILISES DANS LE CADRE DU PROJET	63
	« PRISE DE CONTACT » (SAD-01-FS-94, MODELE – PAGE DE TITRE REPRODUITE), ÉTAPE 1.....	63
	« FICHE DE DEMANDE CLSC » (SIC +, MODELE - PAGE DE TITRE REPRODUITE), ÉTAPE 1	64
	« ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE MULTICLIENTELE » (SAD-02-FS-94, PAGE DE TITRE REPRODUITE), ÉTAPE 2	65
	« ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE CLIENTELE DE SOINS COURT TERME » (SAD-03-FS-94, PAGE DE TITRE REPRODUITE), ÉTAPE 2.....	66
	« PROFIL EVOLUTIF DE L'AUTONOMIE » (SAD-04-FS-94, PAGE DE TITRE REPRODUITE), ÉTAPE 2	67
	« LETTRE DE PRESENTATION DU PROJET AU PARTICIPANT » (MODELE), ÉTAPE 2.....	68
	« LETTRE DE PRESENTATION DU PROJET AU PARTICIPANT » (MODELE, VERSION ANGLAISE), ÉTAPE 2	69
	« FICHE DE REFERENCE INTERNE » (INTERSERVICES, MODELE - PAGE DE TITRE REPRODUITE), ÉTAPES 3, 5, 6.....	70
	« HISTOIRE DE CHUTE ANTERIEURE », ÉTAPE 4	71
	« ÉVALUATION DU RISQUE NUTRITIONNEL », ÉTAPE 4.....	72
	« ÉVALUATION DU RISQUE NUTRITIONNEL » (INSTRUCTIONS), ÉTAPE 4	73
	« ÉVALUATION DU RISQUE NUTRITIONNEL » (PROCEDURES D'INTERVENTION), ÉTAPE 4.....	74
	« ÉVALUATION DU RISQUE NUTRITIONNEL » (INDICE DE MASSE CORPORELLE), ÉTAPE 4.....	77
	« ÉVALUATION DE L'EQUILIBRE ET DE LA MOTRICITE » (« ÉCHELLE DE BERG » ET « TIMED UP & GO »), ÉTAPE 4	78
	« ÉVALUATION DE L'EQUILIBRE ET DE LA MOTRICITE » (INSTRUCTIONS, « BERG »), ÉTAPE 4.....	79
	« ÉVALUATION DE L'EQUILIBRE ET DE LA MOTRICITE » (PROCEDURES ET INTERPRETATION, « BERG » ET « TUG »), ÉTAPE 4	80
	« ÉVALUATION DE LA CONSOMMATION DE MEDICAMENTS », ÉTAPES 4, 5.....	81
	« ÉVALUATION DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL », ÉTAPES 4, 5	84
	« ÉVALUATION DE L'ENVIRONNEMENT DOMICILIAIRE », ÉTAPE 4.....	85
	« ÉVALUATION DE L'ENVIRONNEMENT DOMICILIAIRE » (DEFINITIONS), ÉTAPE 4.....	87
	« SYNTHÈSE DES RESULTATS DE L'EVALUATION », ÉTAPE 4.....	90
	« SYNTHÈSE DES RESULTATS DE L'EVALUATION » (VERSION ANGLAISE), ÉTAPE 4	92
	« LISTE DES CODES POUR LE SIC + », ÉTAPE 5	94
	« FICHE DE LIAISON CLSC » (MODELE - PAGE DE TITRE REPRODUITE), ÉTAPE 5	95
	« LETTRE DE REFERENCE MEDICALE » (MODELE), ÉTAPE 5	96
	« LETTRE DE REFERENCE MEDICALE » (MODELE, VERSION ANGLAISE), ÉTAPE 5	97
	« PROGRAMME D'EXERCICES INDIVIDUELS » (ÉQUILIBRE ET MOTRICITE), ÉTAPE 5.....	98
	« PROGRAMME D'EXERCICES INDIVIDUELS » (ÉQUILIBRE ET MOTRICITE, VERSION ANGLAISE), ÉTAPE 5	100
	« PROGRAMME D'EXERCICES DE GROUPE » (ÉQUILIBRE ET MOTRICITE), ÉTAPE 5	102
	« CRITERES D'ADMISSIBILITE FINANCIERE AUX AMENAGEMENTS DOMICILIAIRES », ÉTAPE 5	107
	« LETTRE D'ATTRIBUTION D'AIDE MATERIELLE AU PARTICIPANT » (MODELE), ÉTAPE 6	108
	« LETTRE D'ATTRIBUTION D'AIDE MATERIELLE AU PARTICIPANT » (MODELE, VERSION ANGLAISE), ÉTAPE 6..	109
	« FICHE DE PRET D'EQUIPEMENT DE MAINTIEN A DOMICILE » (MODELE), ÉTAPE 6	110
	« REGISTRE DES CHUTES », ÉTAPE 6.....	111
	« CALENDRIER DES CHUTES » (MODELE), ÉTAPE 6.....	112
	« TABLEAU DE BORD DU SUIVI DES PARTICIPANTS », ÉTAPE 6.....	113

INTRODUCTION

Le fait de travailler sur la prévention des chutes chez les personnes âgées doit s'inscrire dans une préoccupation et dans une perspective plus larges axées sur l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de cette population. D'autres problèmes sociaux et de santé affectent cette population et ils peuvent être un frein au succès potentiel de projets spécifiques tels ceux portant sur la prévention des chutes. Les « Orientations concernant le Plan régional d'organisation des services aux personnes âgées de Lanaudière 2001-2004 » vont dans ce sens^{1, i}.

Le projet-piloteⁱⁱ s'inscrit dans le cadre des « Priorités nationales de santé publique 1997-2002 » où l'un des objectifs est d'expérimenter et d'évaluer des projets-pilotes visant la prévention des blessures à domicile². Cette problématique figure également dans le « Programme de santé publique 1997-2002 »³ et le « Plan de consolidation 1998-2002 »⁴ de la Régie régionale de Lanaudièreⁱⁱⁱ.

Le projet-pilote retenu se rapproche d'une implantation généralisée puisqu'il se déploie sur l'ensemble des territoires des CLSC de la région de Lanaudière. Il veut déterminer quelles sont les conditions d'implantation nécessaires à la mise en oeuvre d'interventions visant la prévention des chutes à domicile chez la population ciblée et ce, afin d'intégrer ces interventions dans le cadre de la programmation courante des services de maintien à domicile des CLSC.

Le projet porte sur deux axes principaux reconnus dans la littérature, soit les habitudes de vie et les comportements (notamment les habitudes alimentaires, l'activité physique, la consommation de médicaments et d'alcool) ainsi que l'environnement domiciliaire. Dans ce dernier cas, le projet veut mettre l'accent sur la correction des principaux dangers présents au domicile des personnes pouvant aller jusqu'à allouer un montant forfaitaire pour l'achat des équipements requis.

Une période d'essai (pré-test) a eu lieu du mois d'octobre 2001 à février 2002. La phase d'expérimentation de ce projet-pilote va s'échelonner sur une période de trois ans. Celle-ci a débuté en mars 2002 et elle devrait se terminer en mars 2005. Une période d'expérimentation s'étalant sur trois années nous semble nécessaire pour recueillir un corpus suffisant de données. Le tout doit nous permettre d'indiquer si le projet-pilote peut contribuer à réduire l'incidence des facteurs de risque, des chutes et des blessures observées chez la population ciblée.

ⁱ Cette numérotation est utilisée pour identifier un document cité à la section « Références bibliographiques ».

ⁱⁱ Nous reprenons la définition proposée par le bilan de la première année d'implantation des « Priorités nationales de santé publique 1997-2002 » pour les traumatismes non intentionnels : « Par projet-pilote, on entend toute action de santé publique visant à tester une intervention. Pour être qualifiée de "pilote", le projet doit comporter une composante novatrice et se situer dans une perspective de gain de connaissance en vue de sa généralisation. Divers aspects de l'intervention peuvent être testés par un projet-pilote : sa faisabilité, son acceptabilité, sa capacité de produire les résultats attendus » (MSSS, 1999, p. 119). Les expressions « projet-pilote », « projet » et « projet lanaudois » désignent toutes le présent projet.

ⁱⁱⁱ Les expressions « Régie régionale » et « Régie » désignent toutes la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière.

1. LE RAPPEL DE LA PROBLÉMATIQUE

Les blessures associées aux chutes à domicile chez les personnes âgées de 65 ans et plus doivent s'inscrire dans une préoccupation plus large du vieillissement de la population et de l'état de santé et de bien-être de ces personnes dont celle entourant leur sécurité^{iv}.

À ce sujet, le Québec ne fait pas exception aux autres pays occidentaux quant au constat lié à la modification de la structure d'âge de sa population⁵. Entre 1976 et 2001, la proportion de personnes âgées de moins de 15 ans a diminué (de 25 % à 18 %) alors que celle des personnes de 65 ans et plus a augmenté (de 7 % à 13 %)¹³⁶. De plus, l'espérance de vie à la naissance des Québécoises et des Québécois s'est allongée, passant respectivement de 57,8 ans et de 56,2 ans en 1931 à 81,5 ans et à 75,3 ans en 1998¹²¹. Ces deux tendances devraient se poursuivre dans les prochaines années et elles marqueront la société québécoise tant au chapitre du questionnement des valeurs sociétales actuelles que de la prestation des services publics et du coût qui leur sera associé.

L'allongement de l'espérance de vie est de plus en plus associé à une amélioration générale de l'état de santé et à une meilleure qualité de vie. Cependant, la présence de certaines conditions stressantes dans l'environnement de la personne âgée, en particulier l'environnement résidentiel, un réseau de soutien insatisfaisant, des situations stressantes (décès, maladie, pauvreté, etc.) et un système de croyances rigides constituent des facteurs défavorables à leur qualité de vie⁵.

Par ailleurs, il semble que la confiance en soi, la liberté d'action et le respect manifesté par les autres sont les facteurs qui influent le plus sur la santé mentale de la personne âgée⁵. Le respect inclut la notion d'intégrité et de sécurité. Ces notions prennent de plus en plus d'importance lorsque la personne âgée sent ses capacités diminuer. Elle devrait être protégée des risques d'accident ou de situation de « victimisation ». De plus, le fait de respecter le choix des personnes âgées qui désirent vivre dans leur cadre de vie habituel, malgré leurs limitations ou leurs incapacités, demeure une condition fondamentale de leur état de santé⁵.

Bref, le vieillissement de la population pose des défis à l'ensemble de la société québécoise et aux intervenants de santé publique. C'est dans cette perspective que nous abordons le présent projet-pilote portant sur la prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

1.1 Les blessures liées aux chutes

Les chutes sont dans la plupart des pays occidentaux la plus importante cause de blessures non intentionnelles^{6,7}. Au Québec, l'« Enquête sociale et de santé 1998 (ESS) » révèle que les chutes sont associées à 34 % de tous les accidents avec blessures survenant chez l'ensemble de la population vivant dans les ménages privés^v. Il s'agit de la plus forte proportion parmi l'ensemble des circonstances déclarées au cours d'une période de douze mois et ayant entraîné des limitations d'activité ou une consultation médicale⁸.

D'autre part, l'ESS 1998 souligne que le domicile (intérieur ou extérieur) est le lieu où les accidents avec blessures^{vi} surviennent le plus souvent pour les jeunes de moins de 5 ans (91 %) et les adultes de 45 ans et plus, notamment ceux de 65-74 ans (57 %) et de 75 ans et plus (76 %).

^{iv} Le présent document ne fait pas une revue exhaustive de la littérature sur la prévention des chutes à domicile. Pour une revue plus détaillée sur le sujet, voir les documents cités en références bibliographiques.

^v Cela exclut la population vivant en hébergement institutionnel.

^{vi} Dans ce document, à moins d'indication contraire, l'utilisation des termes « accidents avec blessures » et « chutes accidentelles » par certains auteurs réfèrent aux « traumatismes » ou aux « blessures non intentionnelles » qui peuvent en résulter.

L'ESS 1998 mentionne également que les taux pour 1 000 victimes d'accidents avec blessures au domicile sont plus élevés chez les personnes de 75 ans et plus (44) que chez celles de 65-74 ans (24). Le taux pour l'ensemble des groupes d'âge se situe à 24. Les données montrent que chez les 65-74 ans, la chute à l'extérieur du domicile est la circonstance la plus fréquente d'accident avec blessures, alors que chez les 75 ans et plus, il s'agit de la chute survenant à l'intérieur du domicile.

Ces données rejoignent celles d'études similaires qui mentionnent qu'environ 60 % des chutes ont lieu à l'intérieur d'un immeuble, le plus souvent au domicile de la personne âgée⁹. À ce sujet, les résultats d'une étude finlandaise montrent que parmi les 628 chutes qui ont entraîné une hospitalisation, la chute d'un même niveau (398 cas) était le principal mécanisme de survenue de la blessure⁷. La chute dans un escalier était associée à 63 cas d'hospitalisation, celle d'un lit à 59 cas et celle d'une échelle à 17 cas. L'étude révèle également que parmi les 19 cas décédés à la suite de leur hospitalisation, les principaux mécanismes de survenue ont trait à la chute sur un même niveau (11 cas) et à celle dans un escalier (5 cas)⁷.

Par ailleurs, une étude prospective réalisée auprès de la population montréalaise, de mai 1987 à octobre 1988, a révélé que 29 % des personnes âgées de 65 ans et plus, non institutionnalisées, ont fait au moins une chute pour un taux d'incidence de 41 chutes pour 1 000 personnes-mois¹¹. En Australie, en 1997, une analyse rétrospective des données des services d'urgence, portant sur les personnes âgées de 65 ans et plus, qui s'y sont présentées après avoir fait une chute, montre que près du tiers avait déjà fait une chute¹². D'autres études mentionnent que le taux de « chuteurs » peut atteindre 45 % chez les personnes ayant déjà fait une chute au cours de l'année précédente^{13,14}. Bien que la plupart des cas de chutes n'entraînent pas de blessures graves ou mortelles, certaines études révèlent qu'entre 3 % et 15 % des chutes provoquent des fractures, des foulures ou des lacérations nécessitant des points de suture^{12,13}. Néanmoins, le nombre de décès et de cas d'hospitalisation liés aux chutes non intentionnelles demeurent important.

Les décès

Au Québec, au cours de la période 1997-1998, quelques 615 décès par chute non intentionnelle^{vii} ont été enregistrés annuellement dont 548 chez les personnes de 65 ans et plus¹⁸. Ce dernier chiffre représente une hausse de 31 % sur la période de 1991-1993 où il y a eu 419 décès. Le taux ajusté de mortalité pour une chute non intentionnelle s'élève, pour la période de 1997-1998, tous âges confondus, à 8 décès pour 100 000 personnes comparativement à 13 chez les 65-74 ans, à 62 chez les 75-84 ans et à 369 chez les 85 ans et plus. Ce taux de mortalité a connu une hausse de 14 % chez les personnes de 85 ans et plus puisqu'il s'élevait à 323 pour la période 1991-1993.

Le tableau 1 présente le nombre moyen de décès et le taux de mortalité par chute non intentionnelle dans la région de Lanaudière pour la période 1997-1998. Les données lanaudoises révèlent que le nombre moyen de décès associés à ce type de chute s'élève à 23 pour la période 1997-1998 dont 19 chez les personnes de 65 ans et plus. Quant au taux de mortalité au cours de cette période, il se situe à 16 décès pour 100 000 personnes chez les 65-74 ans, à 57 chez les 75-84 ans et à 320 chez les 85 ans et plus. Pour la période 1997-1998, le taux brut annuel moyen de mortalité chez les hommes de 65-74 ans (25) est plus élevé que celui du Québec (16). Ce taux s'avère cependant plus bas chez les hommes de 85 ans et plus (204) que pour celui du Québec (355)¹⁸. Le taux de mortalité est de 365 chez les femmes de 85 ans et plus (374 au Québec), soit le plus haut taux parmi les groupes d'âge observés et les deux sexes.

Pour la période 1997-1998, au Québec, les chutes de plain-pied (d'un même niveau) ont résulté en 142 décès (127 chez les 65 ans et plus). Au cours de cette période, il y a eu 64 décès dans ou d'un escalier (33 chez les 65 ans et plus), 60 du haut d'un bâtiment ou d'un ouvrage (24 chez les 65 ans et plus) et 22 d'une échelle ou d'un échafaudage (9 chez les 65 ans et plus)¹⁸.

Par ailleurs, les données canadiennes montrent que les fractures de la hanche sont le traumatisme auquel on associe le plus important pourcentage de décès attribuables à une chute. En 1989, 12 % des hommes de 65 ans et plus qui se

^{vii} Cette expression correspond à celle des chutes accidentelles utilisée par la Classification internationale des maladies (CIM, 9^e révision)¹³⁷.

sont fracturés la hanche à la suite d'une chute sont décédés comparativement à 6 % chez les femmes de ce groupe d'âge⁶. Ce taux atteignait 18 % chez les hommes de 85 ans et plus et 9 % chez les femmes du même groupe d'âge.

Tableau 1 Nombre moyen de décès et taux brut de mortalité par chute non intentionnelle (1997-1998), et nombre moyen d'hospitalisations et taux brut d'hospitalisation pour chute non intentionnelle (1997-1999), chez les 65 ans et plus selon le sexe, région de Lanaudière

Nombre de décès et taux de mortalité (1997-1998) ¹								
Sexe	Groupe d'âge							
	65-74		75-84		85 et +		Ensemble de la population	
	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux
Hommes	3	25,4	3	58,6	2	203,8	11	5,4
Femmes	1	7,8	4	56,4	7	365,2	13	6,5
Sexes réunis	4	16,3	6	57,3	9	320,4	23	5,9
Nombre et taux d'hospitalisation (1997-1999) ²								
Sexe	Groupe d'âge							
	65-74		75-84		85 et +		Ensemble de la population	
	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux
Hommes	52	431,9	45	1 032,3	22	2 981,8	481	244,2
Femmes	71	546,2	109	1 712,5	74	3 798,3	473	242,7
Sexes réunis	123	491,3	154	1 436,0	97	3 572,3	954	243,4

1. Il s'agit du nombre annuel moyen et du taux brut pour 100 000 personnes. Le nombre total peut ne pas correspondre compte tenu des arrondissements effectués.
2. Il s'agit du nombre annuel moyen de cas d'hospitalisation de soins physiques de courte durée et du taux annuel moyen brut pour 100 000 personnes (date d'admission selon l'année civile). Le nombre total peut ne pas correspondre compte tenu des arrondissements effectués.

Sources : Hamel D (2001). Évolution des TRAUMATISMES au Québec de 1991 à 1999. Institut national de santé publique du Québec, 4^e trimestre, tableaux A.1.5.7, A.2.3.7, A.3.5.7, A.6.3.7, p 290, 329, 348, 455.

Les hospitalisations

Au cours de la période 1997-1999, au Québec, les chutes non intentionnelles ont occasionné 20 969 cas d'hospitalisation annuellement dont 10 776 cas chez les personnes de 65 ans et plus¹⁸. Ce dernier chiffre représente une hausse de 28 % sur la période de 1991-1993 où il y a eu 8 452 cas d'hospitalisation. Le taux annuel moyen ajusté d'hospitalisation pour une chute non intentionnelle s'élève, pour la période de 1997-1999, pour l'ensemble de la population, à 279 cas pour 100 000 personnes comparativement à 565 chez les 65-74 ans, à 1 580 chez les 75-84 ans et à 3 774 chez les 85 ans et plus. Ce taux d'hospitalisation a connu une hausse de 12 % chez les personnes de 85 ans et plus puisqu'il s'élevait à 3 369 pour la période 1991-1993.

Dans la région de Lanaudière, le nombre annuel moyen de cas d'hospitalisation pour chute non intentionnelle se situe à 954 pour la période 1997-1999 dont 374 chez les personnes de 65 ans et plus (tableau 1). Quant au taux annuel moyen d'hospitalisation pour ce type de chute, au cours de cette période, il est de 491 pour 100 000 personnes chez les 65-74 ans, de 1 436 chez les 75-84 ans et de 901 chez les 85 ans et plus. Le taux annuel moyen d'hospitalisation est de 1 713 chez les femmes de 75-84 ans (1 884 au Québec), soit le plus haut taux parmi les groupes d'âge observés et pour les deux sexes. Pour la période 1997-1999, les taux bruts annuels moyens d'hospitalisation par groupe d'âge chez les Lanaudois de 65 ans et plus demeurent moins élevés que ceux du Québec, à l'exception du taux chez les hommes de 85 ans et plus qui s'élève à 2 982 (2 665 au Québec)¹⁸.

Pour la période 1997-1999, au Québec, les chutes de plain-pied ont occasionné, en moyenne, 6 271 cas d'hospitalisation dont 3 164 chez les 65 ans et plus. Il y a eu également, en moyenne, 2 585 cas d'hospitalisation pour une chute d'un niveau à un autre dont 775 cas d'une chaise ou d'un lit chez les 65 ans et plus ainsi que 2 219 cas dans ou d'un escalier (996 chez les 65 et plus)¹⁸.

Par ailleurs, lorsque les personnes âgées sont hospitalisées à la suite d'une chute accidentelle, la fracture de la hanche représente le genre de blessures le plus fréquemment observé¹⁵. Au Canada, en 1985 et en 1989, chez les hommes de 65 ans et plus, la fracture de la hanche comptait pour 41 % des blessures non intentionnelles attribuables à une chute ayant entraîné une hospitalisation⁶. Cette proportion atteignait 48 % chez les femmes de ce groupe d'âge lors de ces deux années. Ces taux augmentent avec l'âge puisqu'ils se situent à 53 % chez les hommes de 85 ans et plus en 1989 et à 58 % chez les femmes du même groupe d'âge.

Le coût économique

Au Canada, en 1995, les blessures non intentionnelles ont coûté 8,7 milliards de dollars, soit 4,2 milliards en coût direct (soins de santé) et 4,5 milliards en coût indirect (pertes de productivité)¹⁶. Les chutes ont représenté plus de 40 % de ce montant, soit 3,6 milliards dont près de 2,4 milliards en coût direct et environ 1,2 milliard en coût indirect dont 1,1 milliard dû à des handicaps permanents. Le handicap permanent est responsable des pertes de productivité les plus élevées, il représente 60 % des coûts indirects associés aux blessures non intentionnelles. Les chutes et les collisions de véhicules automobiles sont les deux types de blessures qui occasionnent le plus de handicap permanent.

Cette étude canadienne montre que le traitement des chutes chez les personnes âgées s'élève à plus de 980 millions de dollars en coût direct. Elle souligne également que le fait de s'attaquer aux causes les plus coûteuses des blessures dans les groupes démographiques les plus vulnérables peut faire réaliser de véritables économies.

Au Québec, les données disponibles concernent le coût d'hospitalisation de courte durée. Ainsi, pour l'année financière 1996-1997 et pour l'ensemble des groupes d'âge, les chutes accidentelles représentent près de 63 % du coût total d'hospitalisation pour l'ensemble des causes extérieures de traumatismes, soit quelques 112,4 des 179,1 millions de dollars^{viii,17}. Le coût moyen d'hospitalisation pour une chute accidentelle s'élève à 4 792 \$, un montant légèrement inférieur à la moyenne des cas de traumatismes (4 826 \$).

Dans la région de Lanaudière, pour la même période financière, le coût des hospitalisations liées aux chutes accidentelles atteint près de 4,5 millions de dollars soit 58 % du coût total d'hospitalisation pour l'ensemble des traumatismes (7,7 millions de dollars). Le groupe des 65 ans et plus accapare 60 % du coût d'hospitalisation pour chute accidentelle (2,7 millions de dollars).

1.2 Les facteurs de risque de chute

La chute peut se définir comme un événement par lequel une personne se retrouve, malgré elle ou par inadvertance, sur le sol ou à un niveau plus bas¹¹. Par exemple, une personne peut trébucher, glisser ou s'affaisser sur le sol mais elle peut également perdre pied ou l'équilibre et se retrouver à un niveau ou à un étage inférieur. La survenue d'un tel événement peut sembler relativement simple. Toutefois, la chute chez une personne résulte souvent de la présence simultanée de plusieurs facteurs propres à celle-ci (maladies, capacités physiques, comportements) ou à son environnement immédiat (intérieur ou extérieur du domicile). Cette multifactorialité associée aux chutes rend leur étude complexe et elle rend difficile également l'élaboration de mesures de prévention efficaces pour réduire leur incidence et la gravité des blessures qui peuvent en découler^{19,20}. C'est pourquoi l'étude des causes des chutes doit encore progresser.

Toutefois, depuis 1980, plusieurs études sur la prévention des blessures liées aux chutes ont été réalisées dont certaines portent sur les chutes survenues en institution^{ix,19,21,22}. La plupart d'entre elles ont porté sur les facteurs de risque humains incluant l'âge, le sexe, le statut socioéconomique, la consommation de tabac, d'alcool, de médicaments,

^{viii} Il s'agit du coût d'hospitalisation calculé selon les catégories sélectionnées par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Ce coût a également été calculé selon la classification de l'Organisation mondiale de la santé, le coût d'hospitalisation pour les chutes accidentelles s'élève à près de 109,4 millions de dollars et le coût total des traumatismes à 255,7 millions de dollars.

^{ix} Les chutes survenant en institution (centres hospitaliers de soins de longue durée) ne sont pas décrites ici car bien que certains facteurs de risque associés peuvent être similaires, le lieu de survenue est fort différent et il implique des mesures de prévention adaptées à celui-ci.

l'activité physique, l'indice de masse corporelle, les désordres médicaux et les chutes précédentes⁷. Une vaste étude prospective portant sur les facteurs de risque humains, réalisée en Finlande de 1973 à 1984 auprès d'une cohorte de 19 518 adultes âgés entre 20 et 92 ans, a permis d'identifier l'importance du rôle de certains facteurs tels la consommation d'alcool, l'indice de masse corporelle des personnes et l'usage d'agents psychopharmacologiques dans la survenue de blessures associées aux chutes nécessitant une hospitalisation⁷.

D'autres études ont identifié que les causes les plus fréquentes de chute chez les personnes âgées de 65 ans et plus sont liées à un mauvais équilibre, une coordination musculaire faible, l'utilisation de médicaments psychotropes et les dangers présents dans l'environnement¹³. À ces causes, certains auteurs ajoutent la prise en compte des facteurs de risque liés à l'historique des chutes, la déficience de la fonction cognitive, la démarche du corps et un faible indice de masse corporelle¹⁶. Par ailleurs, certaines études confirment les liens entre l'équilibre, la force musculaire et le risque de chute¹³.

De plus, à la suite d'une chute, il est possible que certaines personnes âgées craignent de refaire une nouvelle chute. La peur de chuter peut amener la personne âgée à vouloir limiter ses activités de la vie quotidienne. Une intervention sur la prévention des chutes peut cependant avoir un effet paradoxal¹³. Elle peut amener certaines personnes âgées à retrouver plus de confiance dans leur capacité à prévenir les chutes (exemple : faire de l'exercice physique, surveiller sa médication, etc.) au point où elles augmentent leur prise de risque au niveau comportemental.

De plus en plus, les auteurs classent les facteurs de risque de chute en deux grandes catégories. D'une part, il y a les facteurs intrinsèques (propres à la personne) et, d'autre part, les facteurs extrinsèques (extérieurs à la personne comme l'environnement physique)^{11,12,13,19,20,23}. Les facteurs extrinsèques ont fait l'objet de moins d'études que les facteurs intrinsèques. Néanmoins, il semble selon plusieurs études que de 30 % à 50 % des cas de chutes ont une composante environnementale^{13,24}. À ces deux types de facteurs, il faut ajouter les facteurs comportementaux qui réfèrent autant à la prise de risque (grimper sur une chaise par exemple) qu'à l'attitude développée par la personne âgée à l'égard des facteurs intrinsèques et extrinsèques¹³.

Parmi la multitude d'études réalisées à ce jour, plusieurs d'entre elles ont établi des associations confirmées sur le plan de la statistique avec certains facteurs de risque de chute associés à la personne ou à son environnement¹³. Toutefois, il faut noter que selon les choix méthodologiques relatifs aux devis de ces études, les mêmes facteurs ne sont pas toujours associés significativement d'une étude à l'autre, il importe donc de considérer le contexte de l'étude et la population ciblée.

Les facteurs présentés au tableau 2 ont, selon les études, un degré d'association élevé (souvent statistiquement significative) avec le risque de chute non intentionnelle chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Ils ont été regroupés selon une typologie adaptée de celle de Nevitt (1990)^{13,25}.

En résumé, plusieurs auteurs s'entendent pour dire que les causes associées aux chutes non intentionnelles sont multifactorielles et que les interventions doivent en tenir compte.

Tableau 2 Principaux facteurs de risque de chute

Facteur intrinsèque	Variable
Démographie	Âge (femmes de 65 ans et plus, hommes de 80 ans et plus) ^{12,13,15,25,33,37,38,39,40,41}
État de santé en général	Restriction dans les activités de la vie quotidienne ou domestiques ou des capacités fonctionnelles réduites pour les réaliser ^{11,13,38,39,42,43,44} Mobilité réduite ⁴⁵ Histoire de chutes antérieures ^{13,33,39,46} Perception négative de son état de santé ^{38,42} Peur ou crainte de faire une chute ^{13,20,25,26,33,38} Étourdissements, vertige ^{11,21,27} Indice de masse corporelle peu élevé ^{40,47} État nutritionnel inadéquat, malnutrition ^{29,30}
Maladies	Parkinson ¹³ Démence ¹³ Incontinence et urgence urinaire ^{13,33} Présence de deux autres maladies chroniques et plus, haut taux de globules blancs, bas taux d'hémoglobine, taux de pulsation faible après s'être levé ^{33,37,38,47}
Problèmes musculo-squelettiques et neuromusculaires	Faiblesse des genoux, des hanches, des chevilles ou du mollet ^{11,13,15} Force de préhension diminuée ¹³
Déficience sensorielle	Acuité visuelle restreinte ^{13,15,41,46,115} Sensibilité tactile ^{41,46}
Démarche, équilibre, capacités physiques, stabilité posturale	Anormalité de la démarche (« gait ») ^{13,15,31,41,43,47,118} Vitesse de marche réduite ou difficulté à marcher ^{11,13,15} Équilibre précaire ^{13,42,43,46,47} Faiblesse musculaire ^{13,32,41,46} Système sensorimoteur défaillant ^{41,46} Difficulté à se lever d'une chaise ¹³ Inactivité ^{11,25,32,48,49}
Capacités cognitives et facteurs psychologiques	Capacité cognitive réduite ^{13,37,38,40,47} Dépression ^{13,38}
Médicaments	Nombre de médicaments (particulièrement plus de quatre types) et type de médicaments (benzodiazépines, sédatifs, hypnotiques, anxiolytiques, antidépresseurs) ^{13,36,37,39,42,43,46,50,140}
Alcool	Nombre de consommations ¹²
Facteur extrinsèque	Variable
Environnement physique	Éléments à l'extérieur du domicile (irrégularités du sol, entretien hivernal des trottoirs, allées, échelles, etc.) ^{13,25,28,35,45,48,51,95} Éléments à l'intérieur du domicile (escabeaux, éclairage, escaliers, tapis, baignoires, étagères, marches, chaises, carpettes et fils électriques non fixés, surface humide et glissante, obstacles, éclairage inadéquat, etc.) ^{13,24,28,34,35,40} , ces éléments sont surtout présents dans la salle de bain, le salon, la cuisine et les chambres ^{13,24,25,45,95}
Facteur comportemental	Variable
Prise de risque (et attitude envers elle)	Grimper sur une chaise, transporter des paquets, port de chaussures inadaptées ^{24,40,45}

Sources : Nevitt (1990) cité dans Trickey et coll. (1999). *Évaluation du Programme Intégré d'Équilibre Dynamique (P.I.E.D.) pour la prévention des chutes chez les aînés*. Direction de la santé publique, RRSSS Montréal-Centre, Avril, tableau 1, p. 4.
King et Tinetti (1995). *Falls in Community-Dwelling Older Persons*. JAGS, Vol 43, No 10, October, table 2, p. 1149.

1.3 Les interventions en prévention des chutes

Le risque de chute chez les personnes de 65 ans et plus augmente avec le nombre de facteurs de risque présents, c'est pourquoi les stratégies d'intervention multifactorielles peuvent réduire le risque de chute^{19,20,25,43,52,53,113,119}. Dans le cadre d'une étude multi-site réalisée aux États-Unis au début des années 1990, plus connue sous le nom de FICSIT^x, l'un des huit sites a utilisé une intervention multifactorielle et celle-ci a démontré l'importance de considérer plus d'un facteur de risque²⁰. L'intervention portait sur l'ajustement de la médication, le traitement de l'hypotension posturale, l'entraînement à l'adoption de certains comportements, un programme d'exercices et des modifications environnementales au domicile⁴³.

Les résultats montrent que cette intervention multifactorielle a été associée à une réduction significative du risque de chute chez les participants comparativement aux personnes provenant du groupe témoin. Le projet a contribué à réduire l'incidence des chutes et à améliorer la confiance des personnes âgées dans la réalisation de leurs activités quotidiennes. Le projet n'a pu déterminer quel facteur de risque était le plus identifié à la réduction du nombre de chutes.

Au Canada, un projet réalisé en Colombie-Britannique (FIT : Falls Intervention Trials, connu sous le nom de « Head Over Heels ») n'a révélé aucune différence significative au niveau des chutes entre le groupe expérimental et le groupe témoin²⁶. L'intervention consistait en une évaluation des risques qui était accompagnée de commentaires individuels ou de recommandations sur ces derniers, d'une bande vidéo et d'une brochure d'information. Aux Pays-Bas, l'évaluation d'un programme multifactoriel de visites à domicile, avec essai randomisé, n'a démontré aucun effet sur la réduction des chutes et des incapacités liées à la mobilité chez un groupe de personnes âgées vivant à leur domicile et présentant une incapacité modérée ou une histoire de chutes récente⁵⁴. L'intervention portait sur une évaluation des risques médicaux, environnementaux, comportementaux et accompagnée de recommandations et de références. Le suivi des participants s'est fait sur une période de dix-huit mois.

Par ailleurs, en Australie, le programme « Stay On Your Feet » (SOYF) a montré une amélioration significative de la conscience (sensibilisation), des connaissances et des attitudes relativement aux facteurs de risque de chute sans toutefois démontrer une réduction sur le taux de chutes²⁷. Une autre étude australienne portant sur un programme de prévention des chutes auprès d'une association de personnes âgées indique une réduction significative dans la probabilité de glisser, de trébucher et de faire une chute²⁸. L'intervention consistait en des activités d'éducation et de sensibilisation aux facteurs de risque de chute, des sessions d'exercices physiques, une évaluation des risques environnementaux à domicile et une évaluation médicale.

De plus, les résultats de trois revues d'études (méta-analyses) avec essais randomisés viennent appuyer le fait de privilégier les interventions multifactorielles qui visent l'identification et la correction des facteurs de risque intrinsèques et environnementaux liés aux individus^{55,56,57}. Ce type d'interventions ont été plus souvent associées à une diminution significative des chutes comparativement à celles axées seulement sur l'exercice physique ou l'éducation ou une combinaison des deux. Certains auteurs recommandent que l'évaluation du domicile soit faite dans le cadre d'une référence formelle (exemple : par un intervenant) et qu'elle soit, si recommandée, suivie d'une intervention directe (modification)⁵⁷. Il importe également d'examiner le rapport coût/bénéfice lors des interventions car les bénéfices peuvent s'avérer être faibles en termes de réduction des chutes causant des blessures ou requérant des soins médicaux^{55,56}.

Au Québec, quelques projets portant sur la prévention des facteurs de risque associés aux chutes à domicile ont été réalisés auprès des personnes de 65 ans et plus. À ce jour, au moins cinq d'entre eux ont produit des résultats d'évaluation, mais aucun n'a obtenu des données significatives sur la réduction des chutes et des blessures^{13,58,59,60,61,137}.

^x FICSIT : Frailty and Injuries : Cooperative Studies of Intervention Techniques.

L'un d'eux fut réalisé dans la région du Saguenay-Lac-St-Jean et il concernait la consommation inadéquate des médicaments chez les personnes âgées de 55 ans et plus⁵⁸. Le projet visait à réduire la consommation d'anxiolytiques et de somnifères chez la population ciblée par le programme. Il ne visait pas explicitement la prévention des chutes mais il reconnaissait le lien associé à ce facteur de risque. L'intervention comportait une consultation individuelle par une pharmacienne, avec recommandations et suivi suggéré, et des séances d'information de groupe. Les CLSC, les centres de jour et les cliniques privées ont participé au projet. Il y a eu au total 68 participants aux consultations individuelles et 152 personnes aux séances d'information (14 groupes au total). Les résultats demeurent mitigés quant à l'objectif visé mais il semble que les participants aux consultations individuelles qui avaient la responsabilité d'assurer le suivi de leurs recommandations l'ont fait davantage (deux fois sur trois) que ceux dont le suivi était confié au médecin traitant.

Dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, un projet de prévention des chutes et d'adaptations mineures du domicile a été implanté auprès de la population des aînés de 55 ans et plus vivant dans leur milieu naturel⁵⁹. Le projet visait à sensibiliser les aînés aux risques potentiels de chutes présents à leur domicile, à les habiliter à identifier ces risques, à favoriser l'adoption de comportements sécuritaires et la réalisation d'adaptations mineures du domicile dans le cadre d'un service communautaire. Trois stratégies de promotion de la santé ont été retenues, soit l'organisation communautaire, le marketing social et l'éducation pour la santé. De plus, le projet a fait appel à une approche de groupe centrée sur le rôle des agents multiplicateurs. Une évaluation d'implantation a été réalisée et la réduction des chutes et des blessures liées au programme n'y est pas analysée. Les résultats montrent que 33 agents multiplicateurs ont été recrutés (objectif de 38), 256 aînés ont participé aux sessions de sensibilisation (385 prévus) et 13 aînés (5 %) ont bénéficié de l'évaluation des risques à domicile par les agents multiplicateurs (10 % prévu).

Un programme de prévention de la perte d'autonomie chez les personnes âgées de 65 ans et plus a été implanté dans la région de l'Estrie⁶⁰. Il s'agit d'un programme visant une implantation généralisée sur tout le territoire de la région. La population ciblée est celle qui demande des services de maintien à domicile. Les CLSC constituent la porte d'entrée unique pour chaque territoire de MRC. Le programme est toujours en oeuvre et il vise à intervenir sur la consommation inappropriée de médicaments, l'altération de la démarche et de l'équilibre, les risques environnementaux du domicile, le déficit nutritionnel et l'hypotension orthostatique. Il s'agit d'un programme à multiples interventions impliquant un pharmacien, en lien avec le médecin traitant au besoin, des intervenants en activité physique, d'autres intervenants des CLSC et, au besoin, une nutritionniste.

Un premier bilan provisoire d'implantation du programme a été réalisé et diffusé en juin 1999⁶⁰. Les résultats de ce bilan révèlent que 285 personnes ont fait une demande de services de maintien à domicile, 150 ont eu un dépistage et 101 ont reçu des interventions (150 prévues). Un seul des huit CLSC n'a pas atteint l'objectif minimal d'interventions retenu par le programme. Un devis de type pré et post test sans groupe témoin a été choisi pour mesurer l'effet des interventions. Celui-ci comprend les caractéristiques sociosanitaires, des mesures d'assiduité des participants, de « compliance » (conformité) et les effets obtenus.

Un deuxième bilan portant sur les effets des interventions, diffusé en avril 2000, tend à démontrer que le programme produit certains effets positifs sur les facteurs retenus⁶¹. Ainsi, chez les participants ayant complété les interventions, pour la marche et l'équilibre, 68 % ont augmenté significativement leur capacité au test « Functional Reach », 76 % ont augmenté significativement leur performance au test « Timed up and Go », 88 % ont vu leurs problèmes de médication diminuer ou disparaître significativement et le nombre de situations problématiques liées à l'environnement domiciliaire a chuté significativement de 71 %. Enfin, le nombre moyen de chutes a diminué de 9 % après les interventions du programme, passant de 0,66 chute par participant à 0,60 chute, mais la diminution observée n'a pas été statistiquement significative.

Par ailleurs, en 1999, les résultats d'une évaluation d'un programme de prévention des chutes chez les aînés réalisé dans la région de Montréal-Centre ont été diffusés¹³. Le « Programme Intégré d'Équilibre Dynamique (P.I.E.D.) » est destiné aux aînés autonomes vivant à domicile qui sont préoccupés par les chutes ou par leur équilibre. Le programme vise trois facteurs de risque, soit l'altération de l'équilibre, les dangers dans l'environnement résidentiel et

les comportements non sécuritaires. Les trois composantes de l'intervention consistent en deux rencontres d'exercices, une session de tai chi et une capsule d'information à toutes les semaines pendant dix semaines. Le programme est offert à des groupes de dix personnes et il est animé par des professionnels.

Il y a eu un devis quasi expérimental pré-post avec groupe témoin. Le groupe expérimental était composé de 30 personnes de 60 à 75 ans et le groupe témoin était similaire. L'information a été recueillie sur l'assiduité au programme, le niveau de satisfaction, l'amélioration des connaissances, la variation des risques de chute présents au domicile, l'amélioration de l'équilibre et la peur de chuter. Les résultats révèlent, chez les participants, un faible taux d'abandon (10 %), une assiduité forte (74 % à 80 %), un niveau de satisfaction élevé, une amélioration supérieure des connaissances chez le groupe expérimental ainsi que pour les tests de l'équilibre (non significatif), une augmentation du nombre de comportements sécuritaires déclarés (significative) et le nombre de modifications domiciliaires réalisées et observées est semblable chez les deux groupes. Le programme n'a pas eu d'effet pervers sur la peur de chuter et sur le niveau d'activités. Enfin, le nombre de chutes déclarées pour les trois mois précédant le programme est supérieur à celui déclaré au cours du programme. Le programme n'a pas vérifié l'effet sur la réduction des chutes et des blessures.

À la suite de cette implantation, en 1996, un suivi a été effectué auprès de sept organismes montréalais et lavallois qui ont offert le programme « P.I.E.D. » entre 1997 et 2000¹⁴¹. Il s'agit de 5 centres de jour, d'un centre communautaire et d'une résidence pour du personnel religieux. Au cours de cette période, dite d'adoption naturelle du programme, ces organismes ont animé 15 groupes qui ont rejoints 150 aînés autonomes ou relativement autonomes. Les données du montrent qu'il y a eu une amélioration relative de l'équilibre et de la force chez les participants. De plus, les organismes qui ont acheté le guide d'animation du programme ont indiqué les éléments ayant favorisé ou nuit à son implantation. Sur la base de ces constants, une refonte du programme a été réalisée en 2001. Elle a été validée auprès de 65 centres communautaires et CLSC de la région de Montréal. La nouvelle édition sera disponible au début de l'année 2002. Des ateliers de formation et un suivi seront assumés par les responsables du programme.

Enfin, dans la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, les résultats d'une évaluation d'implantation d'un guide de sensibilisation relatif à l'aménagement, au comportement et à l'entretien sécuritaires de la salle de bain pour les personnes âgées vivant à domicile ont montré que les activités de sensibilisation furent fort appréciées par les intervenants et les participants¹³⁷. Le projet visait, d'une part, à déterminer si les différents éléments du guide pouvaient être implantés à grande échelle et, d'autre part, à déterminer si les activités de sensibilisation auprès des participants étaient satisfaisantes, leur apportaient de nouveaux apprentissages et pouvaient les amener à vouloir modifier leur aménagement et leur comportement. La population ciblée était constituée de 36 personnes âgées vivant à domicile et fréquentant les clubs de l'âge d'or ou les centres de jour établis sur le territoire d'un CLSC.

Deux types d'activités étaient offertes aux participants, soit leur participation à une conférence ou à une activité mixte incluant un exposé et des jeux. Les résultats mentionnent que tous les participants (100 %) se sont dits très satisfaits du contenu de l'activité. Le taux de satisfaction s'élève à 97 % en ce qui concerne l'animation, à 94 % pour les informations reçues sur les dangers de chutes, à 100 % pour les solutions et à 93 % pour les ressources d'aide. Au total, 94 % affirment avoir fait de nouveaux apprentissages, 71 % comptaient modifier l'aménagement de leur salle de bain et 86 % leur comportement. Les pourcentages ont été plus élevés chez les participants fréquentant les centres de jour et chez ceux qui ont choisi l'activité comprenant l'exposé et les jeux. À la suite de ces activités, les deux intervenantes du CLSC ont recommandé de diffuser le guide à grande échelle, sous réserve de certaines modifications à apporter au contenu et à sa présentation.

Dans la région de Lanaudière, au début de 1994, la Direction de santé publique (DSP) de la Régie régionale et le CLSC de Joliette ont implanté un projet-pilote visant à prévenir le risque de chute à domicile chez les personnes âgées inscrites au service de maintien à domicile (MAD). Dans un premier temps, tous les intervenants du MAD au CLSC ont reçu une formation portant sur la problématique des chutes, le déroulement du projet et les outils à utiliser. Trois documents ont été produits dans le cadre de ce projet, soit une brochure promotionnelle s'adressant aux personnes âgées, un guide de formation pour les intervenants et un guide d'évaluation des risques de chute^{62,63,64}.

La sélection des personnes âgées se faisait dans le cadre des visites régulières à domicile effectuées par les intervenants. Celles-ci étaient invitées, sur une base volontaire, à participer au projet. Advenant une réponse positive, l'intervenant procédait, lors d'une rencontre ultérieure, à une évaluation des facteurs de risque associés aux habitudes de vie, aux comportements et à l'environnement du domicile. Le bilan de l'évaluation était accompagné de recommandations et de solutions. Un suivi était fait auprès de la personne âgée ou d'un membre de la famille immédiate lors d'une visite subséquente et parfois plus. Le recrutement des participants a débuté en avril 1994 et il s'est interrompu à l'automne 1996 faute de ressources budgétaires suffisantes. Au cours de la période comprise entre avril 1994 et juin 1996, quelques 60 personnes âgées ont été sollicitées pour participer au projet. De ce nombre, 18 d'entre elles ont refusé de participer, 42 ont fait l'objet d'une évaluation des facteurs de risque de chute et 30 ont complété l'ensemble de l'intervention, soit l'évaluation des facteurs de risque, le suivi des recommandations et l'application des solutions.

Parmi les 30 participants qui ont complété l'intervention, 25 ont déclaré avoir fait au moins une chute au cours des deux dernières années (annexe 1)⁶⁵. La dernière chute déclarée est survenue principalement à l'intérieur du domicile (16 cas) et surtout dans la cuisine (8 cas). À la suite de cette chute, 17 répondants ont déclaré avoir subi une blessure ou un problème de santé. La fracture constitue la principale blessure déclarée (5 cas). Le principal événement déclencheur de la chute a été la perte d'équilibre (11 cas). Les résultats montrent que 10 répondants ont adapté leur salle de bain au cours de la dernière année. Parmi les éléments du domicile à modifier, le revêtement de plancher est identifié dans 29 cas. Enfin, pour l'ensemble des 30 répondants, quelques 299 éléments du domicile ont été identifiés à titre de risque environnemental. Au total, 24 répondants ont retenu au moins une solution concernant l'environnement de leur domicile ou leurs habitudes de vie. Lors du suivi auprès des participants, 25 solutions retenues pour le domicile avaient été appliquées ou étaient en voie de l'être et 20 autres solutions concernant les habitudes de vie l'avaient été ou étaient en voie de l'être.

Parallèlement à ce projet, la DSP et certains autres CLSC de la région ont réalisé diverses activités de formation auprès des intervenants et de sensibilisation auprès des personnes âgées et ce, par l'entremise de kiosques d'information ou de rencontres de groupe faites, entre autres, dans les centres de jour ou les centres d'action bénévole.

En résumé

Depuis quelques années, plusieurs programmes ou interventions dans le domaine de la prévention des chutes chez les personnes âgées ont été réalisés. Cependant, peu d'entre eux ont réussi à démontrer des effets significatifs sur la réduction du nombre de blessures non intentionnelles liées à une chute. Il reste encore beaucoup à faire pour renforcer la démonstration de l'efficacité des diverses interventions implantées jusqu'à ce jour et ce, tant sur le plan des facteurs de risque intrinsèques, extrinsèques que des comportements.

Ainsi, l'état des connaissances actuelles sur la prévention des chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus a trait principalement à ceci :

- les chutes représentent une problématique importante pour cette population et leurs conséquences concernent l'ensemble de la société, sur les plans humain, social et économique ;
- les facteurs de risque associés aux chutes sont relativement bien documentés ;
- les interventions doivent intégrer une approche multifactorielle ;
- plusieurs projets ou programmes de prévention ont été réalisés et d'autres sont en cours ou à venir ;
- les projets ou programmes qui ont été évalués portent quasi exclusivement sur une évaluation d'implantation, une partie d'entre eux ont montré une réduction des facteurs de risque, surtout intrinsèques et particulièrement au niveau de l'équilibre (capacité physique), ainsi qu'une diminution du nombre de chutes ;
- à ce jour, il y a peu de programmes ou de projets démontrés efficaces pour diminuer le nombre de chutes.

C'est pourquoi, face à l'importance du problème, qui est réel et incite à agir rapidement, l'approche multifactorielle demeure pour le moment le meilleur garant d'une intervention qui donne des résultats positifs. Il est important toutefois de s'assurer d'un suivi évaluatif de l'implantation et des résultats sociosanitaires d'une telle mise en œuvre.

2. LE PROJET-PILOTE RÉGIONAL DE PRÉVENTION DES CHUTES

2.1 L'origine et le processus d'implantation du projet

En décembre 1999, les directeurs généraux des CLSC de la région de Lanaudière ont adressé une demande à la Direction de santé publique de la Régie régionale visant à les soutenir dans la réalisation d'un projet d'intervention portant sur la prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées et incluant un volet sur l'utilisation irrationnelle des médicaments. La DSP leur a présenté, en janvier 2000, une proposition concernant l'implantation d'un projet-pilote régional axé sur l'évaluation des facteurs de risque de chute chez la population des personnes âgées de 65 ans et plus desservie dans le cadre des activités du service de maintien à domicile⁶⁶.

Cette proposition a été acceptée par les directeurs généraux des CLSC et elle fut soumise au comité de coordination en maintien à domicile (COMAD). Par la suite, un comité de travail conjoint regroupant des représentants des CLSC et de la DSP a été mis sur pied en février 2000. Le comité est sous la responsabilité du CLSC-CHSLD D'Autray.

La première rencontre du comité de travail s'est tenue en mars 2000. À la deuxième rencontre du comité, la DSP a proposé un processus d'implantation du projet. Celui-ci a été discuté et des modifications ont été apportées au cours de l'élaboration du présent devis.

Par ailleurs, la Direction de santé publique de la Régie régionale a adressé en juin 2001 une lettre respective aux pharmaciens et aux médecins de la région de Lanaudière (annexe 3). La lettre visait à leur présenter les grandes lignes du projet et elle les conviait à collaborer à celui-ci lorsque leur participation est requise.

2.2 L'allocation budgétaire

Une estimation budgétaire a été établie à la suite d'une évaluation sommaire des ressources faite lors du projet-pilote de prévention des chutes à domicile impliquant le CLSC de Joliette et la Régie régionale. Ainsi, après la période d'implantation 1994-1996, les professionnels du CLSC et le responsable du dossier à la Régie régionale estimaient que pour assurer un déroulement minimal viable, le projet devrait bénéficier d'au moins une ressource professionnelle à temps complet équivalent à environ 50 000 \$ par année en 1996.

Une autre estimation portant sur l'aménagement domiciliaire, réalisée par le responsable du dossier à la Régie régionale, situe à environ 75 000 \$ par année, pour l'ensemble des CLSC, le montant minimal pour assurer un nombre suffisant de modifications. D'autres montants pourraient éventuellement être alloués à des organismes communautaires oeuvrant auprès des personnes âgées.

Le budget alloué aux CLSC participants par la Régie régionale de Lanaudière, dans le cadre de ce projet-pilote régional, s'élève à 287 014 \$ pour l'année financière 2001-2002 et il passera à 323 929 \$ en 2002-2003 (tableau 3).

Tableau 3 Allocation budgétaire affectée aux CLSC pour le projet-pilote régional de prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées, région de Lanaudière

Affectation budgétaire	Allocation budgétaire (\$)¹	
	2001-2002	2002-2003
Ressources professionnelles	262 014	298 929²
Ressources matérielles (aménagement domiciliaire)	25 000	25 000³
Affectation totale	287 014	323 929⁴

1. Les montants proviennent des sources budgétaires suivantes : Accroissement des services en maintien à domicile, Plan de transformation, Plan de consolidation, Augmentation des services à domicile aux personnes âgées.
2. Les montants varient entre 40 154 \$ et 64 307 \$ (moyenne d'environ 49 821 \$ par CLSC).
3. Les montants varient entre 2 926 \$ et 5 187 \$ (moyenne d'environ 4 167 \$ par CLSC). Un montant additionnel non récurrent de 25 000 \$ a été alloué à l'ensemble des CLSC pour l'année financière 2000-2001. Ce montant n'est pas inclus dans le budget total.
4. Les montants varient entre 43 080 \$ et 69 494 \$ (moyenne d'environ 53 988 \$ par CLSC). Le montant total exclut l'indexation versée pour l'année financière 2001-2002.

2.3 Le choix de l'intervention et les facteurs de risque ciblés

Le rappel de la problématique permet de faire ressortir que la variété des facteurs de risque de chute et leur action combinée nécessitent une approche multifactorielle dans le cadre d'une intervention sur la prévention des chutes. Les résultats de divers projets portant sur les facteurs de risque de chute révèlent que peu d'entre eux ont un effet démontrant la réduction du nombre de chutes. Au Québec, parmi les projets recensés, seul celui réalisé dans la région de l'Estrie dans le cadre du programme de prévention de la perte d'autonomie chez les personnes âgées (PAPA) indique un effet sur la réduction du nombre de chutes, mais non significatif. Dans la région de Lanaudière, la demande des CLSC est de réaliser un projet de prévention des chutes qui s'inscrit dans le cadre des activités du service de maintien à domicile.

Sur la base des considérations précédentes, le comité de travail régional a délimité certains critères pour le choix de l'intervention. Ainsi, l'intervention doit :

- permettre une expérimentation et une implantation dans tous les CLSC de la région ;
- favoriser une expérimentation qui a fait l'objet d'une implantation similaire au Québec ;
- utiliser des outils de dépistage et d'évaluation valides et fiables ;
- utiliser des mesures de prévention efficaces ou déjà reconnues dans la littérature ;
- considérer la disponibilité des ressources humaines et financières pour l'implantation du projet ;
- permettre la production de données et d'indicateurs fiables et facilement disponibles ;
- permettre d'assurer un suivi de gestion pour la durée d'implantation.

Le programme PAPA de l'Estrie est l'intervention qui se rapproche le plus des préoccupations du comité de travail régional. Il faut noter cependant certaines différences dans le cadre d'intervention, le type d'organismes impliqués et la disponibilité des ressources. Dans le premier cas, le projet de l'Estrie est un programme de prévention issu du PROS des personnes âgées alors que le projet lanaudois constitue une intervention à titre expérimental issue du Programme régional de santé publique. Quant au type d'organismes impliqués, le projet de l'Estrie s'adresse aux CLSC, aux centres de jour et aux organismes communautaires. Pour sa part, le projet lanaudois vise uniquement les CLSC sans exclure la présence de liens avec les organismes communautaires et les médecins traitant dans le cadre de la référence et du suivi des participants. La troisième différence tient à l'enveloppe budgétaire allouée qui, pour l'année financière 2001-

2002, s'élève à environ 400 000 \$ en Estrie^{xi} et à environ 287 000 \$ dans la région de Lanaudière. Cet écart budgétaire a justifié, entre autres, le remplacement du facteur de risque portant sur l'hypotension orthostatique par la consommation d'alcool.

Ainsi, le projet lanauois reprend les grandes lignes du programme PAPA de l'Estrie sans toutefois en être une réplique intégrale. La perspective d'intervention est de contribuer au maintien ou à l'augmentation de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées en privilégiant la prévention des chutes à domicile. Le projet lanauois vise également une implantation de l'intervention dans tous les CLSC. Les facteurs de risque choisis par le programme PAPA et le projet lanauois sont mis en parallèle dans le tableau 4. Enfin, tout comme dans le programme de l'Estrie, le projet lanauois devrait favoriser une synergie des interventions sur les facteurs de risque retenus. L'action sur un facteur pouvant apporter un gain sur un autre facteur, par exemple les interventions sur l'état nutritionnel peuvent favoriser l'augmentation de la force musculaire nécessaire à la marche et à l'équilibre, tout comme la diminution de la consommation de médicaments favorise un meilleur équilibre.

Tableau 4 Facteurs de risque de chute retenus par le projet-pilote régional de Lanaudière

Facteurs de risque retenus	Programme PAPA de l'Estrie	Projet-pilote de Lanaudière
État nutritionnel	4	4
Équilibre et motricité (marche)	4	4
Consommation de médicaments	4	4
Consommation d'alcool	Non retenu	4
Environnement domiciliaire	4	4
Hypotension orthostatique	4	Non retenu

État nutritionnel

L'alimentation joue un rôle déterminant dans l'état de santé de la population et ce, peu importe les groupes d'âge^{29,67,68}. Elle fournit l'énergie et les éléments nutritifs nécessaires aux réactions physiologiques normales. L'état nutritionnel influence l'état de santé physique et mentale, l'immunité et la résistance aux infections, la guérison en cas de maladie et l'autonomie fonctionnelle. De plus, la recherche du plaisir dans le besoin de s'alimenter est une motivation importante pour manger et les repas pris en compagnie d'autres personnes peuvent favoriser les échanges sociaux²⁹.

Or, la malnutrition peut entraîner un déficit nutritionnel et amener une détérioration de l'état de la personne²⁹. Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, la malnutrition augmente de deux à six fois la morbidité infectieuse et elle multiplie le risque de mortalité par deux à quatre fois²⁹. La malnutrition résulte généralement d'apports nutritionnels inadéquats lorsque les besoins nutritionnels ou énergétiques d'un individu ne sont pas comblés de façon chronique. Il s'agit d'un désordre de carence ou de déficience ayant trait à la dénutrition plutôt qu'à la suralimentation. Selon certaines études nord-américaines, la prévalence de la dénutrition protéino-énergétique est de l'ordre de 3 % à 7 % chez la population âgée vivant à domicile, de 5 % à 12 % chez la clientèle qui reçoit des services de maintien à domicile, de 35 % à 65 % chez les personnes âgées admises à l'hôpital pour des soins aigus et de 25 % à 60 % chez les patients vivant en milieu institutionnel d'hébergement de longue durée²⁹.

D'autres études montrent que 40 % à 50 % des personnes âgées vivant à domicile présentent un risque de souffrir de malnutrition, allant de modéré à élevé, particulièrement lorsqu'elles vivent seules ou qu'elles ont des limitations physiques²⁹. Le risque de malnutrition est plus élevé chez les personnes âgées de 75 ans et plus. Il est lié aux changements normaux qu'entraîne le processus physiologique du vieillissement (sénescence), c'est-à-dire la modification des compartiments corporels tels la diminution des masses maigres, osseuses et hydriques, les modifications du système digestif, du contrôle de la satiété et de la fonction immunitaire. La sédentarité qui s'accroît

^{xi} Communication personnelle avec le responsable du projet à la Régie régionale de l'Estrie (30 mai 2001).

avec l'âge constitue un autre facteur de risque tout comme la maladie qui augmente souvent les besoins nutritionnels bien au-delà de la capacité à s'alimenter²⁹.

Ainsi, la malnutrition augmente le risque de morbidité et de mortalité, elle affecte les capacités fonctionnelles et cognitives, l'immunocompétence ou l'efficacité du système immunitaire, le processus de guérison et, conséquemment, la qualité de vie des personnes atteintes. La détérioration de l'état nutritionnel engendre un amaigrissement, une fonte musculaire, une diminution des capacités aérobiques et musculaires (force, tonus, endurance) et cause de l'asthénie (fatigue). Ces altérations fonctionnelles augmentent, entre autres, les risques de chute et réduisent l'autonomie de la personne^{29,68}.

Le risque de fracture de la hanche est majoritairement associé à la chute et à la fragilité des os, cette dernière étant associée à l'ostéoporose^{15,69,70,71,72,73,74,75}. De plus, le risque de fracture de la hanche est associé à la perte de poids chez les femmes, particulièrement chez celles de 50 à 81 ans^{30,70,76}. Ce risque est deux fois plus élevé chez les femmes âgées qui ont subi une perte de poids de 10 % ou plus^{30,70}. Le risque de fracture de la hanche est également associé à la perte de poids chez les hommes^{76,77,78}. La perte de poids (volontaire ou non) s'avère un marqueur indépendant d'un risque accru de maladie, d'incapacité, de longueur de séjour et de mortalité. Une perte de poids de plus de 5 % sur une période de six à douze mois est acceptée comme un facteur de risque important de dénutrition pouvant entraîner des conséquences morbides^{29,30}. Conséquemment, l'évaluation du statut nutritionnel devrait faire partie intégrante de l'évaluation gériatrique car elle permettrait la détection de la malnutrition⁷⁹.

C'est pourquoi l'état nutritionnel est retenu comme un facteur de risque dans le cadre de ce projet. Il va faire l'objet d'une évaluation (dépistage) auprès des participants et d'une intervention, s'il y a lieu.

Équilibre et motricité

L'équilibre ressort clairement dans la littérature comme un facteur pouvant influencer le risque de chute. Les interventions sur les capacités physiques ont un effet protecteur important au regard des chutes. L'équilibre est souvent vu comme faisant appel à trois principaux systèmes dans le contrôle postural et l'exécution des mouvements¹³. Le système sensoriel recueille l'information sur la position du corps et son mouvement dans l'espace (visuel, vestibulaire et proprioceptif). Il l'envoie au système nerveux central qui intègre l'information, l'évalue et dirige les commandes sensori-motrices vers le système musculo-squelettique. Ce dernier exécute les informations grâce à la force musculaire et la flexibilité¹³.

C'est pourquoi des problèmes potentiels d'équilibre fonctionnel peuvent survenir et augmenter le risque de chute et, par conséquent, diminuer l'autonomie de la personne âgée. Cette fragilité physique peut affecter l'autonomie fonctionnelle et la qualité de vie des personnes âgées. Par exemple, une étude américaine a montré que le risque relatif de fracture de la hanche est plus élevé chez les femmes âgées de 40 à 77 ans qui déclarent faire peu d'exercice récréatif impliquant une activité physique⁸⁰. Une étude suédoise mentionne que l'activité physique s'avère avoir un effet protecteur en ce qui a trait au risque de fracture de la hanche et ce, particulièrement chez les femmes âgées de 50 à 81 ans⁸¹. Une autre étude américaine menée auprès de 9 704 femmes âgées de 65 ans et plus indique une réduction de 42 % du taux de fracture de la hanche chez celles qui font une activité physique d'une intensité modérée à vigoureuse⁸². Les interventions qui visent à augmenter la force musculaire, l'équilibre et l'endurance sont donc à privilégier^{60,83}.

Le choix de programmes d'exercices pour les personnes âgées de 65 ans et plus doit distinguer les populations autonomes de celles en perte d'autonomie. La personne en perte d'autonomie est définie comme une personne éprouvant des incapacités physiques ou sociales dues à une ou à des pathologies aiguës ou chroniques. La simultanéité des maladies et leurs répercussions fonctionnelles en font une personne en perte d'autonomie. L'évaluation la plus juste possible des capacités de la personne en perte d'autonomie est déterminante dans la prestation de soins. Elle peut faire la différence entre adapter le domicile, préparer et appliquer un programme de réadaptation ou recommander un placement dans un centre spécialisé⁸⁴.

Cette évaluation de l'autonomie va permettre de mieux cibler le programme ou le choix d'exercices physiques. Actuellement, les études semblent indiquer que les programmes d'exercices peuvent diminuer le nombre de chutes mais leur contribution demeure plus importante lorsqu'ils sont inclus dans une intervention multifactorielle^{55,56,57}. Les exercices qui favorisent la force, l'équilibre et l'endurance ou le tai chi sont davantage associés à une diminution des chutes^{32,56}. Les exercices doivent être réguliers et soutenus pour être efficaces. Il y a encore beaucoup d'expérimentations à faire avant de déterminer le bon programme d'exercices avec le bon groupe⁵⁶. Toutefois, la pratique régulière d'activités physiques contribue à améliorer la santé et le bien-être de la population, la capacité fonctionnelle des personnes et leur qualité de vie^{32,67}.

Enfin, une étude menée en Nouvelle-Zélande démontre qu'un programme d'exercices physiques axé sur la force et l'équilibre et offert par un physiothérapeute d'un bureau de médecin généraliste s'est avéré efficace pour réduire le nombre de chutes chez des participants de sexe féminin âgés de 80 ans ou plus¹¹⁰. L'étude a été reprise et le programme a été offert par une infirmière d'un service de santé à domicile, formée par un physiothérapeute. Il s'est avéré aussi efficace à réduire le nombre de chutes chez les participants¹¹¹. De plus, le programme génère un coût-bénéfice chez les participants de 80 ans et plus. Puis, l'étude a été reprise une fois de plus avec les infirmières de bureaux de médecins généralistes. Le programme d'exercices s'est avéré, là aussi, efficace à réduire le nombre de chutes mais le coût-bénéfice n'a pu être démontré¹¹².

C'est pourquoi l'équilibre et la motricité sont retenus comme des facteurs de risque dans le cadre de ce projet. Ils vont faire l'objet d'une évaluation (dépistage) auprès des participants et d'une intervention, s'il y a lieu.

Consommation de médicaments

L'Enquête sociale et de santé 1998 (ESS) révèle que près de la moitié (49 %) des Lanaudois de tous âges déclarent avoir pris au moins un médicament prescrit ou non au cours des deux jours ayant précédé l'enquête¹²². Cette proportion est significativement inférieure à celle du Québec qui se situe à 53 %. Les personnes âgées de 65 ans et plus constituent le groupe où la prévalence de consommation d'au moins un médicament prescrit ou non est la plus élevée avec 80 % dans Lanaudière (83 % au Québec). Plus particulièrement, c'est 47 % des aînés (52 % au Québec) qui ont pris trois médicaments différents ou plus par rapport à 15 % pour l'ensemble de la population (17 % au Québec).

Depuis 1987, la proportion de personnes âgées lanaudoises consommatrices d'au moins un médicament semble avoir augmenté passant de 65 % à 80 % en 1998 ; la différence entre les pourcentages n'étant toutefois pas significative sur le plan de la statistique. Les données régionales de l'ESS 1998 montrent que la proportion la plus élevée de consommation de médicaments prescrits concerne les 65 ans et plus avec 72 % (74 % au Québec). Quant à la consommation de médicaments non prescrits, 26 % des 65 ans et plus en prenaient (36 % au Québec).

Enfin, au Québec, selon les principales classes de médicaments, parmi les personnes de 65 ans et plus qui affirment avoir pris au moins un médicament, prescrit ou non, au cours des deux jours ayant précédé l'enquête, 43 % ont consommé des médicaments pour le cœur ou la tension artérielle, 30 % des vitamines et des minéraux, 26 % des analgésiques et 17 % des tranquillisants, sédatifs ou somnifères⁸⁵. Cette donnée n'est pas disponible par groupe d'âge pour la région de Lanaudière.

Par ailleurs, de plus en plus de personnes reçoivent des thérapies médicamenteuses complexes. Cet état de fait contribue à améliorer certains problèmes de santé mais il augmente néanmoins le risque d'interactions et d'effets indésirables. Ce risque s'accroît lorsque les ordonnances proviennent de plus d'un médecin de première ligne. Il importe de favoriser un suivi plus adéquat de ces régimes complexes afin d'obtenir une utilisation optimale de la consommation de médicaments⁸⁵.

Une utilisation optimale des médicaments, c'est-à-dire qui maximise les avantages pour la santé tout en diminuant les risques et les coûts, peut contribuer à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population⁸⁵. Cependant, une utilisation non optimale peut conduire à des problèmes sérieux dont le risque de chute. D'ailleurs, certaines études ont démontré que la prise de quatre médicaments différents ou plus par jour constitue une bonne valeur prédictive pour

identifier les personnes âgées les plus susceptibles d'éprouver des problèmes pharmacologiques et pour prévenir d'autres problèmes de santé dont l'hypotension orthostatique et le risque de chute^{42,43,46,60, 140}.

C'est pourquoi la consommation de médicaments est retenue comme un facteur de risque dans le cadre de ce projet. Elle va faire l'objet d'une évaluation (dépistage) auprès des participants et d'une intervention, s'il y a lieu.

Consommation d'alcool

L'Enquête sociale et de santé 1998 fait ressortir que 27 % des personnes Lanaudoises de 65 ans et plus n'ont jamais pris d'alcool au cours de leur vie, 13 % n'ont pas consommé d'alcool au cours des douze mois ayant précédé l'enquête et 60 % sont des buveurs actuels¹²². À cet égard, le Québec présente des proportions similaires avec 30 %, 12 % et 59 %.

Depuis 1987, la proportion de buveurs actuels de cet âge semble avoir augmenté, passant de 32 % à 60 % en 1998 dans la région de Lanaudière. Toutefois, l'écart entre les deux proportions n'est pas significatif sur le plan de la statistique. Au Québec, la proportion des buveurs actuels a atteint 59 % en 1998 alors qu'elle se maintenait à 52 % depuis 1987⁸⁶.

Les résultats régionaux de l'ESS 1998 révèlent aussi que, parmi les buveurs actuels de 65 ans et plus, 51 % n'ont jamais consommé d'alcool au cours des sept jours ayant précédé l'enquête (45 % au Québec), 26 % ont pris de une à six consommations (34 % au Québec), 15 % de sept à treize (11 % au Québec) et, finalement, 8 % en ont bu quatorze ou plus (10 % au Québec)^{xii}. Toujours chez ces buveurs actuels, la proportion des aînés qui ont déclaré avoir pris cinq consommations d'alcool ou plus au cours de la même occasion durant les douze mois ayant précédé l'enquête a diminué, passant de 14 % en 1992-1993 à 11 % en 1998. La différence entre ces deux proportions n'est pas significative sur le plan de la statistique.

De plus, la consommation d'alcool doit considérer le profil de consommation, c'est-à-dire la quantité consommée, la fréquence et le nombre de consommations par occasion dont le fait de conduire à l'enivrement⁸⁶. En général, plus la consommation d'alcool est élevée, plus elle devient associée à un risque accru de conséquences négatives. La consommation excessive d'alcool (plus de douze consommations par semaine ou trois à quatre par jour) augmente la probabilité de développer des problèmes particuliers de santé pouvant toucher les systèmes vitaux (circulatoire, respiratoire, digestif, nerveux central) ou d'ordre social ou comportemental (négligence ou violence familiale) ou de sécurité⁸⁶. Toutefois, une nuance importante s'impose dans le cas des blessures associées à la prise d'alcool. Le risque d'événement accidentel est présent même lors d'une faible consommation d'alcool puisque les facultés sensori-motrices commencent à être significativement affectées à un taux d'alcoolémie se situant autour de 30 mg par 100 ml d'alcool (0,03)⁸⁷. Il en va ainsi pour le risque de chute chez la population.

Ce facteur a cependant fait l'objet de peu d'études dans le cas du risque de chute à domicile chez les personnes âgées. Une étude australienne a démontré que 11 % des personnes de 65 ans et plus qui se sont présentées à l'urgence après une chute avaient consommé de l'alcool, et cette association était statistiquement significative chez le groupe des 65-84 ans¹².

C'est pourquoi, en raison de l'augmentation de la consommation d'alcool chez les personnes de 65 ans et plus et du risque de blessures associées à celle-ci, la consommation d'alcool est retenue comme un facteur de risque dans le cadre de ce projet. Elle va faire l'objet d'une évaluation (dépistage) auprès des participants et d'une intervention, s'il y a lieu.

^{xii} Au sens de l'enquête, une consommation se définit comme une bouteille de bière de douze onces, un verre de vin de quatre ou cinq onces ou un verre de liqueur forte ou de spiritueux d'une once à une once et demie ; on indique au répondant que la bière titrée à 0,5 % d'alcool est à exclure du calcul des consommations⁸⁶.

Environnement domiciliaire

L'environnement domiciliaire est associé aux facteurs de risque extrinsèques de chute¹³. Il ressort de la littérature qu'entre le tiers et la moitié des chutes auraient une composante environnementale et que près de 60 % surviennent à domicile^{9,13,34,35,88,89,95}. Une étude finlandaise portant chez les personnes de 70 ans et plus vivant à domicile qui ont fait au moins deux chutes au cours de la dernière année (les « chuteurs ») a révélé que des changements à leurs conditions de logement (eau chaude, douche, toilettes, égout, électricité, etc.) peuvent être associés à un risque de chute³³. Il devient nécessaire de mieux identifier quels sont les éléments du domicile qui sont le plus en lien avec le risque de chute chez la personne âgée.

Les éléments doivent être identifiés autant à l'extérieur du domicile (irrégularités du sol, allées, trottoirs, échelles, etc.) qu'à l'intérieur (éclairage, escaliers, tapis, baignoires, étagères, marches, chaises, carpettes, fils électriques, etc.)^{13,25,28,34,35,40,45,48,51,89,95,116}. À l'intérieur du domicile, les éléments problématiques sont principalement situés dans la salle de bain, le salon, la cuisine et les chambres^{13,24,25,45,88,89,95,108}. Une étude australienne portant sur un programme de prévention des chutes auprès de personnes âgées a révélé que le groupe qui a participé au programme a fait plus de modifications domiciliaires que le groupe contrôle⁸⁹. Le taux d'incidence pour les chutes et les blessures était inférieur également au taux du groupe contrôle. Cependant, les différences observées n'étaient pas significatives. Une autre étude australienne réalisée auprès de personnes de 55 ans et plus vivant à domicile a révélé que, chez celles qui ont modifié leur domicile, le nombre de chutes a diminué significativement de 63 % douze mois après les modifications³⁴.

Toutefois, la réduction du nombre de chutes ne signifie pas nécessairement une diminution de la gravité des blessures. Une étude prospective menée en Angleterre auprès de personnes âgées ayant été admises à l'hôpital pour une fracture de la hanche à la suite d'une chute montre l'implication des dangers environnementaux dans l'étiologie des chutes chez 58 % d'entre elles. Cependant, selon les auteurs, il est peu probable que la correction des dangers environnementaux puissent avoir un effet significatif sur la réduction du nombre de fractures de la hanche³⁵. Pour y parvenir, ils suggèrent d'axer les efforts sur l'amélioration de la force des os et de réduire l'impact de la chute par le port d'un protecteur de la hanche^{35,90,114}. Une étude américaine apporte d'autres réserves quant à la portée des modifications environnementales sur la prévention des chutes, c'est-à-dire la capacité d'indiquer quels sont les éléments du domicile qui sont significativement associés au risque de chute¹⁰⁸. Les conclusions de leur étude portant sur 1 088 personnes âgées de 72 ans et plus sont à l'effet que la démonstration de cette contribution demeure toujours à faire comparativement à la modification des facteurs intrinsèques.

Malgré ces réserves, la plupart des auteurs reconnaissent la nécessité de modifier les dangers environnementaux associés au risque de chute chez les personnes âgées et plus particulièrement chez celles qui sont plus fragiles ou moins autonomes et cela, sans exclure les personnes âgées plus vigoureuses qui prennent parfois plus de risque^{24,120}. Enfin, deux études coût-efficacité réalisées en Australie montrent qu'il y a un potentiel de bénéfice associé à la mise en oeuvre d'un programme d'évaluation des risques et de modifications domiciliaires. Dans un cas, les gains portent sur une diminution de la morbidité, des hospitalisations et, possiblement, l'amélioration de la qualité de vie¹⁰⁹. Dans l'autre cas, ils s'avèrent plus importants lorsqu'il s'agit de personnes âgées ayant déjà une histoire de chutes antérieures¹¹⁷.

C'est pourquoi l'environnement domiciliaire est retenu comme un facteur de risque dans le cadre de ce projet. Il va faire l'objet d'une évaluation (dépistage) auprès des participants et d'une intervention, s'il y a lieu.

2.4 Le but et les objectifs

Le projet lanadois de prévention des chutes à domicile consiste en une intervention multifactorielle qui porte sur les facteurs de risque ayant trait à l'état nutritionnel, l'équilibre et la motricité, la consommation de médicaments et d'alcool ainsi que l'environnement domiciliaire.

Le but

Le but général du projet est similaire à celui du programme de l'Estrie⁶⁰. Il s'agit :

- de maintenir ou d'augmenter l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile et recevant des services de maintien à domicile en diminuant l'incidence des chutes chez les personnes qui auront participé aux activités du projet de prévention des chutes.

Les objectifs

Les objectifs de l'intervention sont les mêmes que ceux du programme de l'Estrie, à l'exception du facteur de risque se rapportant à l'hypotension orthostatique qui est remplacé, ici, par celui lié à l'alcool⁶⁰. Il s'agit :

- d'améliorer l'apport nutritionnel des personnes âgées de 65 ans et plus identifiées à risque pour ce facteur et ayant participé aux activités du projet de prévention ;
- d'améliorer la démarche et l'équilibre des personnes âgées de 65 ans et plus identifiées à risque pour ce facteur et ayant participé aux activités du projet de prévention ;
- de diminuer la consommation inappropriée de médicaments chez les personnes âgées de 65 ans et plus identifiées à risque pour ce facteur et ayant participé aux activités du projet de prévention ;
- de diminuer la consommation d'alcool chez les personnes âgées de 65 ans et plus identifiées à risque pour ce facteur et ayant participé aux activités du projet de prévention ;
- de diminuer les risques environnementaux du domicile des personnes âgées de 65 ans et plus identifiées à risque pour ce facteur et ayant participé aux activités du projet de prévention.

2.5 Le rôle des partenaires

Les principaux partenaires à ce projet sont les six CLSC de la région de Lanaudière et la Direction de santé publique de la Régie régionale de Lanaudière. En plus des CLSC, d'autres intervenants et organismes seront sollicités pour collaborer au projet. Il peut s'agir du médecin traitant, du pharmacien, du responsable d'un Centre de jour, d'un Centre d'action bénévole, de la famille ou de son entourage immédiat.

La Direction de santé publique

La DSP accepte, dans le cadre du projet-pilote, d'assumer la responsabilité des activités suivantes :

- de développer et d'adapter les outils nécessaires à son implantation ;
- de former les intervenants concernés avant la phase d'expérimentation ;
- de favoriser la participation des autres collaborateurs, si requise ;
- d'évaluer son implantation (processus et résultats attendus) ;
- de soutenir les CLSC en termes d'expertise et de ressources financières (via la Régie régionale) ;
- d'assurer le suivi budgétaire ;
- de faire le suivi de gestion au niveau régional.

Les CLSC

Les CLSC acceptent, dans le cadre du projet-pilote, d'assumer la responsabilité des activités suivantes :

- d'implanter toutes les phases du projet ;
- de former le nouveau personnel requis ;
- de collaborer au développement et à l'adaptation des outils ;
- de collaborer à son évaluation (processus et résultats attendus) ;
- d'assurer le suivi des demandes pour le volet sur les aménagements domiciliaires ;
- de faire le suivi de gestion au niveau local.

3. LA MÉTHODOLOGIE DU PROJET-PILOTE

3.1 La population cible

En juillet 2001, les estimations de la population pour la région de Lanaudière font état de 401 801 personnes (tableau 5). Les personnes de 55 ans et plus représentent 21 % de la population (84 000). Le groupe des 55-64 ans compte pour 10 % (41 478) de la population, celui des 65-74 ans pour 7 % (26 787), celui des 75-84 ans pour 3 % (12 616) et celui des 85 ans et plus pour moins de 1 % (3 119). Les personnes de 65 ans et plus représentent donc 11 % (42 522). Le territoire du CLSC de Lamater affiche la plus faible proportion de personnes de 65 ans et plus avec 6 % tandis que le CSSS de Matawinie^{xiii} obtient la plus forte proportion avec 19 %. La répartition de ces groupes d'âge varie selon le sexe et les territoires de CLSC (annexe 2). Dans la région de Lanaudière, les personnes de sexe féminin de 65 ans et plus représentent 55 % de ce groupe d'âge. Elles sont plus nombreuses et ce, peu importe le territoire de CLSC.

Le tableau 6 offre un aperçu du nombre d'usagers de 55 ans et plus inscrits au service de maintien à domicile dans les CLSC. Parmi l'ensemble des usagers inscrits, près de 35 % reçoivent des services ayant trait aux soins de court terme, principalement le virage ambulatoire.

Tableau 5 Estimation de la population âgée de 55 ans et plus selon le groupe d'âge et le territoire de CLSC, région de Lanaudière, au 1^{er} juillet 2001

Groupe d'âge	CLSC													
	D'Autray		Joliette		Lamater		Matawinie		Meilleur		Montcalm		Lanaudière	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
55-59	2 589	6,2	3 602	6,5	5 883	5,1	3 122	7,2	6 400	6,0	2 340	5,8	23 936	6,0
60-64	2 016	4,9	2 683	4,9	3 678	3,2	2 930	6,8	4 110	3,8	2 125	5,3	17 542	4,4
65-69	1 855	4,5	2 355	4,3	2 590	2,3	3 040	7,0	3 256	3,0	1 771	4,4	14 867	3,7
70-74	1 544	3,7	2 207	4,0	1 886	1,6	2 227	5,2	2 666	2,5	1 390	3,5	11 920	3,0
75-79	1 154	2,8	1 720	3,1	1 195	1,0	1 559	3,6	1 607	1,5	950	2,4	8 185	2,0
80-84	724	1,7	1 064	1,9	529	0,5	810	1,9	811	0,8	493	1,2	4 431	1,1
85-89	386	0,9	538	1,0	228	0,2	384	0,9	343	0,3	224	0,6	2 103	0,5
90 et plus	141	0,3	290	0,5	116	0,1	182	0,4	139	0,1	148	0,4	1 016	0,3
55 et plus	10 409	25,1	14 459	26,3	16 105	14,1	14 254	33,0	19 332	18,0	9 441	23,6	84 000	20,9
65 et plus	5 804	14,0	8 174	14,9	6 544	5,7	8 202	19,0	8 822	8,2	4 976	12,4	42 522	10,6
0-54	31 074	74,9	40 569	73,7	98 511	85,9	28 884	67,0	88 172	82,0	30 591	76,4	317 801	79,1
Total population	41 483	100,0	55 028	100,0	114 616	100,0	43 138	100,0	107 504	100,0	40 032	100,0	401 801	100,0

Source: Marquis G, Cadieux É. (2000). *Projections de la population selon le sexe et l'année d'âge. Région de Lanaudière et sous-régions 1996 à 2021*. RRSS de Lanaudière, DSP, Service de connaissance/surveillance/recherche/évaluation.

^{xiii} CSSS : Carrefour de la santé et des services sociaux.

Tableau 6 Usagers de 55 ans et plus inscrits au service de maintien à domicile selon le type de services, le groupe d'âge et le territoire de CLSC, région de Lanaudière, 1999-2000

Groupe d'âge	Type de services	CLSC						
		D'Autray ¹	Joliette ¹	Lamater ^{1,2}	Matawinie ¹	Meilleur	Montcalm ^{3,4}	Lanaudière
55-64	Clinique ambulatoire	380	84	111	nd	131	nd	706
	Maintien à domicile	264	265	264	227	239	nd	1 259
	Centre de jour	18	25	58	48	nd	40	189
65-74	Clinique ambulatoire	373	100	112	nd	138	nd	723
	Maintien à domicile	356	416	338	340	401	nd	1 851
	Centre de jour	36	54	74	87	nd	69	320
75 et plus	Clinique ambulatoire	254	78	60	nd	81	nd	473
	Maintien à domicile	577	759	378	546	641	nd	2 901
	Centre de jour	72	104	93	97	nd	84	450
55 et plus	Clinique ambulatoire	1 007	262	283	nd	350	nd	1 902
	Maintien à domicile	1 197	1 440	980	1 113	1 281	543	6 554
	Centre de jour	126	183	225	232	nd	193	959
65 et plus	Clinique ambulatoire	627	178	172	nd	219	nd	1 196
	Maintien à domicile	933	1 175	716	886	1 042	543	5 295
	Centre de jour	108	158	167	184	nd	153	770

Nd : Donnée non disponible.

1. Période comprise entre le 01-04-1999 et le 31-03-2000.

2. Les données sont incomplètes en raison de leur non-disponibilité.

3. Période comprise entre le 01-04-1998 et le 31-03-1999.

4. Il s'agit de personnes de 65 ans et plus inscrites pour le maintien à domicile.

Source : Données transmises par les CLSC respectifs.

Les critères de sélection

La population visée par le projet de prévention se compose d'un sous-groupe non représentatif de la population générale des personnes de 55 ans et plus desservie par les CLSC de la région de Lanaudière. Cette population correspond au nombre d'usagers inscrits au service de maintien à domicile du CLSC et ce, pour toute la durée du projet.

La population cible se subdivise en deux groupes d'âge, celui des usagers de 55-64 ans (groupe 1) et ceux de 65 ans et plus (groupe 2). L'usager du groupe 1 se voit offrir une brochure portant sur la prévention des chutes à domicile et une autre sur l'utilisation des médicaments. L'usager du groupe 2 est invité à participer à une évaluation des facteurs de risque relativement à la prévention des chutes à domicile. Cette participation est tout à fait libre et volontaire et elle est révoquée en tout temps. Le tableau 7 fait une estimation de la population ciblée parmi l'ensemble de la population de 65 ans et plus, du nombre d'usagers potentiellement admissibles au projet ainsi que du nombre de participants au projet après la première année d'implantation.

Toutefois, comme la partie portant sur l'évaluation des facteurs de risque est conçue pour des personnes ayant une autonomie fonctionnelle physique et cognitive, des critères d'exclusion ont été déterminés afin de retenir les usagers pouvant répondre à ces caractéristiques. Ainsi, les personnes vivant en centre d'hébergement public ou privé (non autonome) ne sont pas admissibles au projet.

Tableau 7 Estimation de la population cible et du nombre de participants au projet après la première année d'implantation

Caractéristiques	Nombre de personnes	% Population
1. Population lanaudoise ¹ (en juillet 2001)		
- 55 ans et plus	84 000	100,0
- 55-64 ans	41 478	49,0
- 65 ans et plus	42 522	51,0
2. Population cible (admissible au MAD, en 1999-2000) ²	Nombre estimé de personnes	% Population cible
- 55 ans et plus	6 554	100,0
- 55-64 ans (groupe 1)	1 259	19,2
- 65 ans et plus (groupe 2)	5 295	80,8
3. Personnes admissibles au projet		% Population cible 65 ans et plus
- 65 ans et plus (50 % de la ligne 2) ³	2 648	50,0
4. Personnes acceptant de participer au projet		
- 65 ans et plus (50 % de la ligne 3) ⁴	1 324	25,0
5. Participants pour lesquels une première évaluation des facteurs de risque a été complétée (50-75 % de la ligne 4)	662 à 993	12,5 à 18,7
6. Participants ayant appliqué les recommandations émises lors de la première évaluation des facteurs de risque (75 % de la ligne 5)	497 à 745	9,4 à 14,1
7. Nombre de participants, après un an, sur l'ensemble de la population cible de 65 ans et plus (ligne 6 sur 5 295)	497 à 745	9,4 à 14,1

1. Les données proviennent du tableau 5.
2. Les données proviennent du tableau 6 et réfèrent au nombre total de personnes inscrites au MAD.
3. Les renseignements fournis par les CLSC permettent d'estimer qu'environ 35 % des usagers du MAD reçoivent des services de soins à court terme et qu'un autre 15 % ne répondront pas aux critères de sélection.
4. Sur la base des résultats préliminaires du projet-pilote réalisé au CLSC de Joliette, il est prévu qu'environ la moitié des personnes admissibles au projet refuseront d'y participer.

Les critères d'exclusion au projet d'intervention

Les usagers ayant l'une des caractéristiques suivantes sont exclus du projet :

- l'utilisateur a moins de 65 ans ;
- il ne reçoit pas de services de maintien à domicile ;
- il n'a pas de capacité à la marche sur une courte distance avec ou sans auxiliaire à la marche (6 mètres et moins) ;
- il se déplace en permanence en fauteuil roulant ;
- il obtient les résultats suivants à la grille multiclientèle (formulaire SAD-02-FS-94), aux questions sous la colonne « Incapacités » :
 - à la section Mobilité, un résultat de - 3 ;
 - aux sections Communication et Fonctions mentales, un résultat de - 2 ou de - 3.

3.2 Les étapes du projet selon le cheminement des participants et l'utilisation des outils

La mise en oeuvre du projet-pilote se fait en six étapes distinctes. Les participants au projet sont recrutés à partir des usagers âgés de 65 ans et plus définis à la section 3.1. Les prochaines lignes présentent la sélection des usagers, le recrutement et le cheminement des participants (tableau 8). De plus, les outils utilisés à chacune des étapes du projet y sont présentés (annexe 4).

Étape 1 - Accueil (service de MAD)

L'utilisateur a 55 ans et plus et il est nouvellement admis au CLSC ou il est déjà inscrit au MAD. Dans le cas d'une nouvelle admission, la personne à l'accueil affecte le dossier à une personne de l'équipe du service de maintien à domicile.

Outils

Les outils utilisés sont la grille « Prise de contact » (SAD-01-FS-94)⁹¹ ou la « Fiche de demande CLSC » (SIC +). Cette dernière fiche sert à l'inscription des renseignements de l'utilisateur au système d'information clientèle (SIC +).

Étape 2 - Sélection

L'intervenant « assigné » (affecté au dossier) doit identifier, parmi sa liste de clients, ceux qui répondent aux critères de sélection du projet. Il procède à la sélection selon le groupe d'âge de l'utilisateur.

Pour l'utilisateur qui a entre 55 et 64 ans, l'intervenant « assigné » va lui offrir, lors de la prochaine visite à domicile, une copie des deux brochures portant sur la prévention des chutes à domicile et sur la prévention de l'utilisation inappropriée des médicaments ainsi qu'un feuillet sur l'alimentation.

Pour l'utilisateur qui est âgé de 65 ans et plus, l'intervenant assigné vérifie son dossier et il évalue s'il répond aux critères de sélection du projet (tableau 8). Parmi les critères relatifs à la grille multiclientèle, il n'est pas nécessaire de réévaluer l'utilisateur lorsque la grille a été complétée il y a moins d'un an. L'utilisateur qui répond aux critères se verra offrir par l'intervenant, lors de la prochaine visite à domicile, de participer au projet sur une base volontaire. L'intervenant lui présente le projet et il lui remet une lettre à ce sujet ainsi que les deux brochures mentionnées précédemment. Si l'utilisateur accepte de participer au projet, l'intervenant assigné lui mentionne qu'il sera contacté par l'intervenant « désigné » pour procéder à l'évaluation des facteurs de risque de chute. Si l'utilisateur n'est pas admissible au projet, ce dernier continue de recevoir les services réguliers de MAD.

Outils

Les outils utilisés sont la grille de l'« Évaluation de l'autonomie multiclientèle » (SAD-02-FS-94)⁹², la grille de l'« Évaluation de l'autonomie Clientèle de soins court terme » (SAD-03-FS-94)¹³⁵ ou la grille du « Profil évolutif de l'autonomie » (SAD-04-FS-94)¹⁴² ainsi que la « Lettre de présentation du projet au participant » (Modèle).

La « Lettre de présentation du projet au participant » est remise à l'utilisateur pour lui indiquer les grandes lignes du projet et favoriser une prise de décision éclairée de sa part. De plus, à cette étape, les utilisateurs âgés de 55 ans et plus reçoivent une copie des brochures et du feuillet suivants :

- « Prévenir les chutes à domicile. Quelques conseils utiles »⁹³ ;
- « L'information est la *meilleure* prescription. Ce que vous devriez savoir sur vos médicaments »⁹⁴ ;
- « Feuillet sur l'alimentation » (titre provisoire, en cours d'élaboration).

Étape 3 - Participation

Dans le cas d'une réponse positive, l'intervenant assigné achemine le dossier de l'utilisateur à l'intervenant désigné. Il voit également à le faire inscrire dans le SIC + au sous-programme « Prévention des chutes » (code # 144). Le dossier de l'utilisateur doit être clairement identifié (estampe ou autre moyen) au projet de prévention des chutes à domicile. Dans le cas d'une réponse négative, l'utilisateur continue de recevoir les services réguliers de MAD.

Outils

Les outils utilisés sont la « Fiche de référence interne » (Interservices) et le SIC +. Dans l'optique d'une réponse affirmative de l'utilisateur, la « Fiche de référence interne » est utilisée par l'intervenant assigné pour informer l'intervenant désigné d'un nouveau participant au projet.

Étape 4 - Évaluation

L'intervenant désigné va prendre connaissance de l'ensemble du dossier de l'utilisateur (le participant) et ce, à l'aide des formulaires identifiés aux étapes 1, 2 et 3. Il va par la suite contacter le participant et convenir avec lui d'un rendez-vous pour faire l'évaluation des facteurs de risque retenus (nutrition, équilibre-motricité, médicaments, alcool et environnement domiciliaire).

Avant de débiter l'évaluation, l'intervenant désigné vérifie si l'utilisateur a déjà fait une chute antérieure. Il procède par la suite à l'évaluation du participant. Il lui présente les résultats et il renforce les points positifs qui ressortent de l'évaluation. Il remet au participant, s'il y a lieu, des recommandations écrites et il en discute avec lui. Si le participant accepte les recommandations, il lui propose d'élaborer un plan d'intervention. L'intervenant désigné inscrit au dossier du participant les résultats de l'évaluation et les recommandations qui en découlent.

Outils

Les outils utilisés pour l'évaluation des facteurs de risque de chute à domicile ont déjà fait l'objet d'une évaluation clinique quant à leur fidélité et à leur validité scientifique, à l'exception de celui se rapportant à la consommation de médicaments. Cependant, ils sont tous considérés comme des outils ayant une valeur prédictive pour évaluer la présence des facteurs de risque retenus chez les participants.

En premier lieu, l'outil « Histoire de chute antérieure » est utilisé par l'intervenant désigné pour établir une référence (un « marqueur ») à des situations de chutes antérieures¹³¹. À la fin de l'évaluation des facteurs de risque, l'intervenant désigné inscrit sur la feuille intitulée « Synthèse des résultats de l'évaluation », les éléments problématiques identifiés, les recommandations formulées par l'intervenant désigné et les réponses du participant. Une copie des recommandations de l'intervenant est remise au participant. Les outils servant à l'évaluation des facteurs de risque sont présentés ci-après.

État nutritionnel

Il existe différents outils d'évaluation nutritionnelle^{79,145}. À ce sujet, Lauque et ses collaborateurs ont passé en revue neuf outils qui permettent l'évaluation nutritionnelle⁷⁹. Parmi eux, le « Mini Nutritional Assessment (MNA)TM » ou sa version française (« Évaluation de l'état nutritionnel ») est considéré comme l'un des plus performants actuellement⁷⁹. L'outil s'avère valide et il permet d'évaluer le statut nutritionnel, de guider l'intervention nutritionnelle et de faire le diagnostic de la dénutrition protéino-énergétique de la personne âgée.

L'outil a été développé par le Centre de Médecine Interne et de Gériatrie Clinique de Toulouse (France) en collaboration avec le Clinical Nutrition Program de l'Université du New Mexico (États-Unis) et le Centre de Recherche Nestlé de Lausanne (Suisse)⁷⁹. Cet outil requiert l'évaluation de l'indice de masse corporelle (IMC) et la circonférence musculaire brachiale (CMB). La prise de données relatives à l'IMC et à la CMB nécessite l'utilisation d'un ruban à mesurer. Une échelle de calcul de l'IMC est jointe à l'outil sur l'évaluation de l'état nutritionnel. Cependant il n'existe pas, à notre connaissance, de manuel ou de guide d'utilisation et d'administration de l'outil. Cela en limite son utilisation puisqu'il laisse place à certaines interprétations par des intervenants.

Parmi les autres outils étudiés par Lauque et ses collaborateurs, il y a le « Questionnaire pour déterminer le besoin d'aide alimentaire des personnes âgées » développé par Payette et le Centre de recherche en gériatrie et gériatrie

de l'Université de Sherbrooke^{79,132}. L'outil s'avère sensible et de haute spécificité^{79, 132}. Il permet le dépistage d'une insuffisance d'apports alimentaires mais pas une évaluation du statut nutritionnel.

L'outil de Payette est court et facile à utiliser par les professionnels de la santé. C'est pourquoi, cet outil a été choisi et adapté dans le cadre ce projet. De plus, l'outil est également utilisé par le projet de la Régie régionale de l'Estrie et il permettra d'observer les résultats entre les deux régions.

Équilibre et motricité

Il existe plusieurs outils pour évaluer la mobilité fonctionnelle des personnes et particulièrement de celles en perte d'autonomie^{31,84,96,97}. Parmi les plus connus, il y a les tests de l'équilibre et de la marche (« Gait and Balance test ») développés par Tinetti⁹⁸, celui du « Get-Up and Go Test » développé par Mathias et ses collaborateurs puis adapté par Podsiadlo et Richardson sous l'appellation « Timed Up & Go Test »³¹, l'échelle de « Berg » (« Balance Scale ») qui est une adaptation des tests de Tinetti développée par Berg^{99,100} et le « Bed Rise Difficulty Scale » développé par Alexander et ses collaborateurs^{31,84,101}.

En considérant l'évaluation des tests fonctionnels réalisée par Cloutier⁸⁴, les ressources disponibles pour la réalisation des tests et le souci d'utiliser un test qui minimise le temps d'exécution auprès du participant, le comité régional a convenu de retenir les tests suivants, soit l'échelle de « Berg » et le « Timed Up & Go » (TUG).

Consommation de médicaments

Il n'existe pas, à notre connaissance, d'outil spécifique pour évaluer le risque associé à la consommation problématique de médicaments prescrits ou non prescrits. Cependant, les études ont démontré que la prise de quatre médicaments différents ou plus par jour constitue une bonne valeur prédictive pour identifier les personnes âgées les plus susceptibles d'éprouver des problèmes pharmacologiques^{42,43,46,60,133,140}.

L'Institut de la statistique du Québec a utilisé au cours de ses enquêtes sociales et de santé des questions se rapportant à la consommation de médicaments¹⁰². Toutefois, dans le cadre de ce projet, l'outil utilisé s'inspire de l'« Inventaire de la médication » développé par le programme PAPA de l'Estrie auquel s'ajoute un questionnaire sur l'usage des médicaments^{123,124,133}. Il s'agit principalement d'évaluer le nombre et le type de médicaments consommés ainsi que l'observance par les participants.

Consommation d'alcool

En général, plus la consommation d'alcool est élevée, plus elle devient associée à un risque accru de conséquences négatives (problèmes de santé, d'ordre social, de sécurité)⁸⁶. Cette association est encore plus importante lorsqu'elle excède douze consommations par semaine, trois consommations ou plus par jour ou lorsque cinq consommations sont prises en une seule occasion. La consommation d'alcool a été mesurée par l'Institut de la statistique du Québec lors des enquêtes sociales et de santé de la population. Celles-ci ont porté sur le type de buveur, la quantité d'alcool consommé et la fréquence de consommation élevée⁸⁶.

L'outil retenu est le questionnaire de l'Enquête sociale et de santé 1998 développé par l'Institut de la statistique du Québec¹⁰³. Cependant, certaines questions ont été sélectionnées et adaptées afin de réduire la durée d'administration du test pour les participants.

Environnement domiciliaire

Il existe plusieurs outils d'évaluation des facteurs de risque liés à l'environnement du domicile^{9,13,24,25,28,33,34,35,40,45,48,51,59,60,88,104,105,116}. Toutefois, peu d'entre eux ont fait l'objet d'une évaluation clinique de validité^{24,88,105,117}. Dans le cadre d'une étude réalisée aux États-Unis, Gill et ses collaborateurs ont utilisé un outil normalisé d'évaluation environnementale du domicile^{24,108}.

L'outil retenu a été traduit et adapté de celui de Gill et ses collaborateurs, soit le « Environmental Assessments »^{xiv}. Il s'agit, à notre connaissance, d'une première utilisation de cet outil dans sa version française.

Étape 5 - Intervention

L'intervenant désigné met en œuvre le plan d'intervention convenu avec le participant. Selon le cas, l'intervenant désigné offre la référence appropriée aux besoins du participant et il lui facilite les démarches à faire afin de minimiser tout sentiment d'insécurité. Le tableau 9 présente le processus d'intervention qui suit l'évaluation des facteurs de risque réalisée par l'intervenant désigné. Ce dernier inscrit au dossier du participant le plan d'intervention (la recommandation, la référence requise et le suivi envisagé). Cette étape comprend également une possibilité de modifier l'environnement domiciliaire du participant. Ce dernier, s'il accepte d'effectuer les aménagements recommandés, peut faire une demande d'admissibilité à une aide financière visant à corriger ou à modifier certains équipements environnementaux pouvant potentiellement comporter un risque de chute non intentionnelle avec blessures.

Outils

Les outils utilisés sont le SIC +, la « Fiche de référence interne » (Interservices), la « Fiche de liaison CLSC », la « Lettre de référence médicale » (Modèle), la copie de l'« Évaluation de la consommation de médicaments » ou de l'« Évaluation de la consommation d'alcool », le « Feuillet sur l'alimentation » (titre provisoire, en cours d'élaboration), l'« Évaluation du risque nutritionnel (Procédures d'intervention) », le « Programme d'exercices individuels » (Équilibre et motricité), le « Programme d'exercices de groupe » (Équilibre et motricité) ainsi que les « Critères d'admissibilité financière aux aménagements domiciliaires ».

La raison et l'acte d'intervention sont inscrits dans le SIC +¹³⁴. Un sous-programme et une liste de codes ont été créés à cet effet (annexe 4). Les modalités d'inscription de ces renseignements dans le SIC+ peuvent être modifiées au cours du projet.

La « Fiche de référence interne » est utilisée, dans le cadre d'une consultation à l'interne du CLSC, pour adresser une demande de service à l'une des ressources professionnelles concernées par l'intervention auprès du participant (physiothérapeute, ergothérapeute, nutritionniste, infirmière, travailleur social, etc.). Pour sa part, la « Fiche de liaison CLSC » est utilisée, dans le cadre d'une référence à l'externe du CLSC, pour adresser à la ressource professionnelle concernée le résumé de l'évaluation des facteurs de risque et les observations. L'intervenant consulté y inscrit ses recommandations ou ses ordonnances et la retourne au CLSC. La « Lettre de référence médicale » accompagne, s'il y a lieu, la « Fiche de liaison CLSC » dans les cas d'une consommation inappropriée de médicaments ou d'alcool.

De plus, le « Feuillet sur l'alimentation » est utilisé par la nutritionniste pour faire les recommandations sur l'état nutritionnel. Les outils « Programme d'exercices individuels » et « Programme d'exercices de groupe »^{xv} sont utilisés pour faire l'intervention portant sur l'amélioration de l'équilibre et de la motricité des participants. Enfin, l'outil « Critères d'admissibilité aux aménagements domiciliaires » est utilisé pour déterminer l'admissibilité du participant à une aide financière visant à modifier un aspect de l'environnement ou à acquérir certains équipements recommandés par l'intervenant désigné.

Étape 6 - Suivi

L'intervenant désigné inscrit la nature et les résultats du suivi (postintervention). Le suivi fait par le CLSC implique de s'assurer que les recommandations retenues par le participant soient appliquées et que, s'il y a lieu, la liaison avec les ressources concernées se fasse bien (par exemple : le médecin traitant). Le CLSC doit faire une relance téléphonique mensuelle auprès de l'usager. Il doit aussi procéder, dans les six mois suivant la première évaluation, à

^{xiv} L'outil a été obtenu à la suite d'une communication personnelle auprès de Gill (mai 2001). L'outil n'est pas reproduit dans les articles scientifiques publiés par Gill et ses collaborateurs (voir les documents cités dans les références bibliographiques).

^{xv} Le « Programme d'exercices de groupe » est offert par les CLSC. Chaque groupe est composé d'au plus quinze participants.

une nouvelle évaluation des facteurs de risque et ainsi de suite jusqu'à la fin du projet-pilote. Ces nouvelles évaluations vont permettre de vérifier s'il y a présence, absence, réduction ou aggravation des facteurs de risque. L'intervenant désigné doit également inscrire, sur le registre des chutes, toute information se rapportant à une chute, avec ou sans blessure, déclarée par le participant. L'intervenant désigné devra aussi inscrire une note au dossier pour indiquer le nombre de chutes que l'usager lui a rapporté au cours de la durée du projet et s'il y a eu des blessures à la suite de celles-ci.

Pour sa part, la DSP assure le suivi de gestion, soit le déroulement du projet, le suivi des rapports générés par le SIC + (au besoin), la saisie, le traitement et l'analyse des données relatives aux évaluations des facteurs ainsi que des autres outils développés dans le cadre de ce projet.

Outils

Les outils utilisés sont le SIC +, la « Fiche de référence interne » (Interservices), la « Lettre d'attribution d'aide matérielle au participant » (Modèle), la « Fiche de prêt d'équipement de maintien à domicile » (Modèle), le « Calendrier des chutes » (Modèle), le « Registre des chutes » et le « Tableau de bord du suivi des participants ».

Le suivi de l'intervention (raisons et actes) et, s'il y a lieu, la fin de la participation (cessation) au projet sont inscrits dans le SIC +. Les actes sur le suivi de l'intervention (facteurs de risque) sont identifiés par un code correspondant à chacun des facteurs de risque. Actuellement, le système ne permet pas d'entrer plus de trois codes par suivi. Les modalités d'inscription de ces renseignements dans le SIC + peuvent être modifiées au cours du projet. La « Fiche de référence interne » est utilisée, dans le cadre du suivi, pour adresser une nouvelle demande de service à l'interne ou à l'externe du CLSC, pour l'une des ressources professionnelles concernées par l'intervention auprès du participant.

La « Lettre d'attribution d'aide matérielle au participant » est remise au participant pour l'informer des modalités de l'aide consentie pour l'équipement ou l'aménagement domiciliaire. La « Fiche de prêt d'équipement de maintien à domicile » est jointe à la lettre et elle est utilisée pour inscrire les caractéristiques de l'équipement prêté au participant et en faciliter le suivi de gestion. Le « Calendrier des chutes » est une fiche d'autodéclaration qui est remis au participant pour qu'il y inscrive, s'il y a lieu, le nombre de chutes qu'il a fait au cours du mois courant. Ces renseignements et d'autres caractéristiques sur la chute du participant sont recensés dans le « Registre des chutes » par l'intervenant désigné. Quant au « Tableau de bord du suivi des participants », il est utilisé par l'intervenant désigné pour y inscrire l'essentiel des informations qu'il doit consigner pour assurer un suivi adéquat du plan d'intervention proposé au participant.

Tableau 8 Cheminement des participants au projet

CHEMINEMENT DES PARTICIPANTS (PAR ÉTAPE)	OUTILS
<p>1. ACCUEIL (service de MAD) Usagers âgés de 55 ans et plus déjà inscrits au MAD ou nouvellement admis au CLSC (accueil, soutien à domicile, réadaptation, soins infirmiers, psychosocial)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prise de contact - Fiche de demande CLSC (SIC +)
<p>2. SÉLECTION Usager de 55 ans et plus est-il admissible au projet ?</p> <p>Oui : Intervenant assigné parle du projet à l'usager, il lui remet une lettre et les deux brochures Non : Intervenant assigné remet les deux brochures à l'usager qui continue de recevoir les services réguliers de MAD</p> <p>Intervenant assigné remplit la grille multiclientèle, celle de soins court terme ou le profil évolutif de l'autonomie pour évaluer les critères d'admissibilité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avoir 65 ans et plus - Recevoir des services de MAD (au domicile, excluant les soins palliatifs) - Avoir une capacité à la marche > 6 mètres (rapportée par l'usager) - Ne pas se déplacer en permanence en fauteuil roulant - Obtenir aux questions de la grille multiclientèle, sous la colonne « Incapacités » : un résultat de 0, - 1 ou - 2 à la section mobilité ; un résultat de 0 ou - 1 aux sections communication et fonctions mentales 	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluation de l'autonomie multiclientèle - Évaluation de l'autonomie Clientèle de soins court terme - Profil évolutif de l'autonomie - Lettre de présentation du projet au participant - Brochures « Prévenir les chutes à domicile. Quelques conseils utiles » et « L'information est la meilleure prescription. Ce que vous devriez savoir sur vos médicaments » - Feuillet sur l'alimentation (en élaboration)
<p>3. PARTICIPATION Usager est-il intéressé à participer volontairement au projet ?</p> <p>Oui : Intervenant assigné transmet le dossier de l'usager à l'intervenant désigné et il voit à le faire inscrire dans le SIC + (# 124, 134, 144, 145) Non : L'usager continue de recevoir les services réguliers de MAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> - SIC + - Fiche de référence interne (Interservices)
<p>4. ÉVALUATION Facteurs de risque de chute à domicile sont-ils présents chez l'usager ?</p> <p>Oui : L'intervenant désigné discute avec l'usager de l'intervention envisagée Non : L'intervenant désigné discute avec l'usager du suivi envisagé</p> <p>Intervenant désigné évalue les facteurs de risque ciblés (nutrition, équilibre/motricité, médicaments, alcool, environnement domiciliaire) et présente les résultats à l'usager</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 4.1 Histoire de chute antérieure - 4.2 Évaluation du risque nutritionnel - 4.3 Évaluation de l'équilibre et de la motricité - 4.4 Évaluation de la consommation de médicaments - 4.5 Évaluation de la consommation d'alcool - 4.6 Évaluation de l'environnement domiciliaire - 4.7 Synthèse des résultats de l'évaluation
<p>5. INTERVENTION Intervenant désigné, avec l'accord de l'usager, met en œuvre le plan d'intervention (recommandations) pour chacun des facteurs de risque identifiés et il favorise son application par l'usager, le CLSC et les collaborateurs</p>	<ul style="list-style-type: none"> - SIC + - Fiche de référence interne (Interservices) - Fiche de liaison CLSC - Lettre de référence médicale - Copie de l'Évaluation de la consommation de médicaments ou d'alcool - Feuillet sur l'alimentation (en cours d'élaboration) - Évaluation du risque nutritionnel (Procédures d'intervention) - Programme d'exercices (individuels et de groupe) - Critères d'admissibilité financière aux aménagements domiciliaires
<p>6. SUIVI Intervenant désigné assure le suivi du plan d'intervention des usagers, recueille les informations sur le registre des chutes et procède aux autres évaluations subséquentes et ce, en collaboration avec les autres services du CLSC et de la DSP</p>	<ul style="list-style-type: none"> - SIC + - Fiche de référence interne (Interservices) - Lettre d'attribution d'aide matérielle au participant - Fiche de prêt d'équipement de maintien à domicile - Calendrier des chutes - 6.1 Registre des chutes - 6.2 Tableau de bord du suivi des participants

Tableau 9 Processus d'intervention lié à l'évaluation des facteurs de risque de chute à domicile

Évaluation (Facteurs de risque) ¹	Interventions (Recommandations écrites au participant)	Suivi (Intervenant désigné par le CLSC)
ÉTAT NUTRITIONNEL		
- Risque faible	- Aucune référence et remettre le feuillet sur l'alimentation	- Refaire l'évaluation dans six mois
- Risque modéré	- Référer à la nutritionniste du CLSC et remettre le feuillet sur l'alimentation	- Faire une relance téléphonique mensuelle et une nouvelle évaluation dans six mois
- Risque élevé	- Référer à la nutritionniste du CLSC et remettre le feuillet sur l'alimentation	- Faire une relance téléphonique mensuelle et une nouvelle évaluation dans six mois
ÉQUILIBRE ET MOTRICITÉ		
- Risque faible	- Aucune référence et remettre le programme ² d'exercices individuels	- Refaire l'évaluation dans six mois
- Risque modéré	- Référer au programme d'exercices de groupe ³ et remettre le programme d'exercices individuels - Référer en physiothérapie, s'il n'a pas d'accessoire à la marche pour l'extérieur ou pour les longues distances	- Faire une relance téléphonique mensuelle et une nouvelle évaluation dans six mois
- Risque élevé	- Référer en physiothérapie et remettre, au besoin, le programme d'exercices individuels	- Faire une relance téléphonique mensuelle et une nouvelle évaluation dans six mois
MÉDICAMENTS		
- Risque faible	- Aucune référence	- Refaire l'évaluation dans six mois
- Risque modéré	- Aucune référence ; référer, au besoin, au personnel infirmier du CLSC ou consulter le pharmacien	- Faire, au besoin, une relance téléphonique mensuelle et une nouvelle évaluation dans six mois
- Risque élevé	- Référer au médecin traitant et, au besoin, au personnel infirmier du CLSC	- Faire une relance téléphonique mensuelle et une nouvelle évaluation dans six mois
ALCOOL		
- Risque faible	- Aucune référence	- Refaire l'évaluation dans six mois
- Risque modéré	- Aucune référence ; référer, au besoin, au service psychosocial	- Faire, au besoin, une relance téléphonique mensuelle et une nouvelle évaluation dans six mois
- Risque élevé	- Référer au médecin traitant	- Faire une relance téléphonique mensuelle et une nouvelle évaluation dans six mois
ENVIRONNEMENT DOMICILIAIRE		
- Risque faible	- Aucune référence	- Refaire l'évaluation dans six mois
- Risque modéré à élevé	- Procéder aux mesures correctives recommandées - Référer, au besoin, en ergothérapie - Allouer, selon le cas, un montant forfaitaire pour faire un aménagement domiciliaire mineur - Référer, au besoin, à la famille, aux proches, etc.	- Faire une relance téléphonique mensuelle et une nouvelle évaluation dans six mois
TOUS LES FACTEURS	- Remettre le calendrier des chutes	- Faire une relance téléphonique mensuelle

1. L'appréciation du niveau de risque est définie dans les outils d'évaluation présentés à l'annexe 4.

2. Le terme « programme » réfère ici à l'ensemble des routines d'exercices qui sont offertes aux participants à un niveau individuel et lors des séances de groupe au CLSC.

3. Le transport des participants peut être offert par le Centre d'action bénévole.

3.3 La formation du personnel et la période d'essai

L'atteinte des résultats attendus nécessite une phase de formation du personnel visé par l'implantation du projet. Cette formation doit permettre aux CLSC de pouvoir assumer, au besoin ou lorsque requise, la formation d'autres intervenants à l'interne.

Des rencontres de formation dites de « rodage » (mise en situation), d'une durée de vingt heures, ont été préparées par la Direction de santé publique par les deux professionnels impliqués dans ce dossier. Elles se sont tenues les 5 et 14 juin ainsi que les 6 et 18 septembre 2001. Elles ont porté principalement sur le processus d'implantation, soit le cheminement des participants selon les phases du projet présentées à la section 3.2, l'utilisation des outils retenus dans le cadre du projet, le type d'intervention requise ainsi que sur le suivi envisagé. Le personnel qui a reçu cette formation comprend les membres du comité régional de prévention des chutes (ergothérapeutes, physiothérapeutes, infirmières) et les intervenants désignés (thérapeutes en réadaptation physique et infirmières).

De plus, une rencontre de formation portant sur le volet nutrition (dépistage et intervention) sera offerte aux intervenants désignés. Celle-ci sera donnée au printemps 2002 par la Direction de santé publique en collaboration avec les nutritionnistes des CLSC dédiées au projet.

Ces activités de formation visent également à augmenter la fidélité relative à l'administration des outils utilisés par les intervenants désignés et, ainsi, à en minimiser les biais d'interprétation.

Par ailleurs, une rencontre de sensibilisation sur l'implantation du projet a été tenue, le 11 juin 2001, avec les chefs de programme du service de maintien à domicile des CLSC et des Centres de jour. Des rencontres de sensibilisation ont été réalisées, en février et en mars 2002^{xvi}, auprès des membres du personnel des CLSC, notamment en maintien à domicile.

Période d'essai

Une période d'essai (pré-test) a été réalisée du 1^{er} octobre 2001 au 28 février 2002. Quelques 83 participants ont été sélectionnés parmi les usagers inscrits au MAD dans l'ensemble des CLSC. Les résultats de cette période d'essai montrent que 10 participants présentaient un risque élevé lors de l'évaluation de l'état nutritionnel, celle portant sur l'équilibre et la motricité a été jugée à risque élevé pour 14 d'entre eux, 69 participants prenaient plus de trois médicaments prescrits par jour et aucun n'avait une consommation d'alcool jugée à risque élevé. L'évaluation des risques environnementaux a permis d'identifier 370 éléments jugés problématiques qui ont conduit à des recommandations dont 265 ont été retenues par les participants. De plus, quelques 25 chutes ont été déclarées par les participants lors de la période d'essai.

Les résultats issus du processus et des évaluations lors de la période d'essai ont mené à une révision des outils utilisés aux étapes concernant la participation, l'évaluation, l'intervention et le suivi des participants. La période d'essai a permis de faire les ajustements nécessaires avant l'implantation officielle du projet-pilote qui a débuté en mars 2002.

^{xvi} Une rencontre a été reportée en avril 2002.

4. L'ÉVALUATION

La définition de projet-pilote retenue dans le cadre des Priorités nationales de santé publique mentionne que le projet doit comporter une composante novatrice et se situer dans une perspective de gains de connaissances en vue de sa généralisation. De plus, on spécifie que divers aspects d'une intervention peuvent être testés par un projet-pilote, soit sa faisabilité, son acceptabilité et sa capacité de produire les résultats attendus¹⁰⁶.

L'évaluation du présent projet-pilote se situe dans une perspective similaire à celle décrite par les Priorités nationales de santé publique. Le projet vise à obtenir un corpus suffisant de connaissances pour permettre à la Régie régionale et aux CLSC de porter un jugement sur sa capacité à produire les résultats attendus et, conséquemment, à s'inscrire parmi les activités courantes du CLSC en matière de prévention et de promotion de la santé chez les personnes âgées.

L'évaluation du projet-pilote va donc porter sur la « faisabilité », « l'acceptabilité » et les « résultats attendus ». La faisabilité et l'acceptabilité réfèrent au processus d'implantation alors que les résultats attendus concernent les effets sociosanitaires. Une série d'indicateurs seront utilisés pour obtenir les données nécessaires à l'évaluation. Il s'agit donc d'une évaluation de projet qui est de l'ordre du monitoring en vue de répondre ultérieurement aux questions d'implantation et d'efficacité. Le concept d'efficacité est restreint ici aux résultats de production et, plus largement, aux résultats sur l'état de santé et de bien-être.

4.1 Le modèle d'évaluation

Il existe plus d'une manière d'aborder l'évaluation dans le cadre du développement de programmes et notamment en santé publique^{107,125,126,127,128,129,130}. Parmi ces choix, le « modèle » d'évaluation de Allard traite de divers concepts utilisés pour « naviguer » en évaluation (tableau 10)¹⁰⁷. Ainsi, selon le modèle de Allard, le projet doit nous permettre de répondre aux trois grands référents de l'évaluation, c'est-à-dire sa vraisemblance, sa résilience et sa performance¹⁰⁷.

L'évaluation de la vraisemblance consiste à se demander si le projet fait du sens, c'est-à-dire est-il casse-cou ou a-t-il le potentiel de produire les résultats ? La section 3 du présent document porte sur cet aspect puisqu'il s'agit de regarder, entre autres, le cheminement logique, les fondements et la couverture du projet. Pour leur part, les sections 1 et 2 font un premier exercice d'évaluation de vraisemblance puisqu'elles portent sur la recherche d'un modèle d'intervention qui présente le meilleur potentiel de résultats positifs.

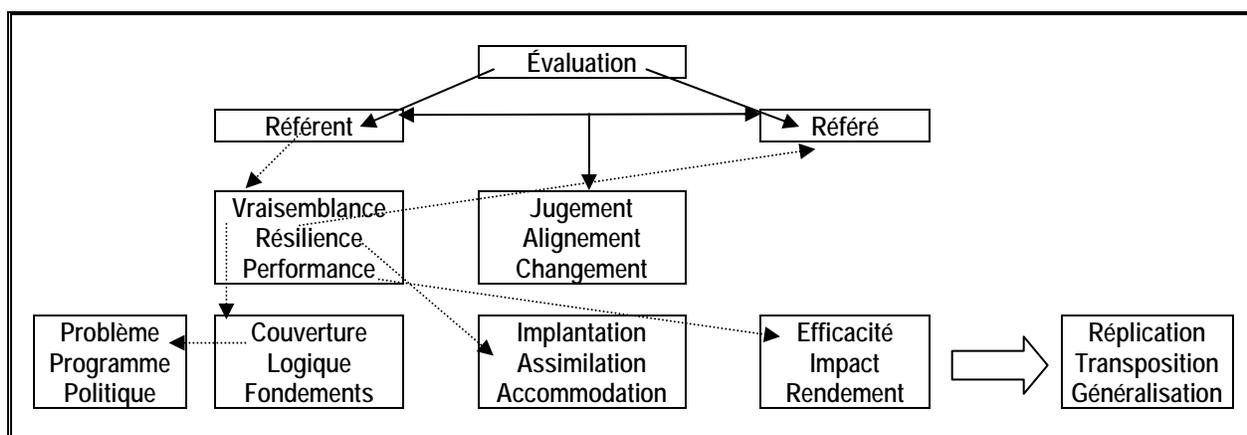
L'évaluation de la résilience revient à se demander si le projet tient le coup, c'est-à-dire est-il résistant ? Il y a deux dimensions à la résilience, soit l'implantation et l'adaptation. En ce qui concerne l'implantation, il s'agit entre autres de comparer ce qui a été réalisé sur le plan opérationnel à ce qui était prévu. La seconde dimension, l'adaptation, consiste à se demander s'il y a eu une accommodation ou une assimilation du projet. Il y a une accommodation lorsque le projet se transforme au contact du milieu d'implantation. À l'inverse, il y a une assimilation lorsque le milieu d'implantation se modifie par la mise en œuvre du projet. Dans le cadre du projet-pilote, l'implantation sera regardée principalement par le suivi d'indicateurs alors que l'adaptation le sera davantage par les entrevues qui sont prévues auprès des acteurs.

Enfin, l'évaluation de la performance est de se demander si le projet vaut le coût, c'est-à-dire a-t-il un effet et quel est son rendement ? Le rendement réfère ici au rapport entre les résultats sur l'état de santé et de bien-être et les moyens mis en œuvre. L'évaluation envisagée va surtout s'attarder à l'efficacité « brute » du projet, c'est-à-dire les effets sociosanitaires touchant les chutes et les blessures. L'évaluation ne vise pas à vouloir démontrer l'efficacité « nette » du projet, c'est-à-dire d'apporter la preuve de l'attribution des résultats au seul fait d'avoir réalisé le projet et ce, en écartant toutes les autres causes possibles de cet effet. De plus, un indicateur sur le coût moyen du projet

par participant sera utilisé et mis en relation avec les autres ressources investies et les résultats obtenus. Il s'agit de calculer, sur la base des montants alloués par la Régie régionale, le coût supplémentaire aux services qui sont déjà en place pour chaque participant inscrit, qu'il ait ou non complété le projet.

Ainsi, l'évaluation du projet-pilote consiste à apporter le plus de réponses possibles aux éléments contenus dans le modèle de Allard. Les réponses à ces référents de l'évaluation nécessitent d'adapter le modèle de Allard au contexte du projet-pilote. Dans un premier temps, il importe d'indiquer le cheminement logique du projet-pilote de prévention des chutes (tableau 11). Ce dernier est en quelque sorte le résumé du cheminement des participants (tableau 8) et du processus d'intervention (tableau 9). Par la suite, à l'aide du cheminement logique et du tableau 10, il a été possible de faire l'adaptation du modèle de Allard (tableau 12).

Tableau 10 Modèle d'évaluation de Allard



Source : Allard D (2001). *L'évaluation en l'an 2000 : comment s'y retrouver ?* Atelier de formation, Institut national de santé publique du Québec - Connaissance et analyse, DSP RRSSS de Montréal-Centre, 23 janvier, p. 2.

Tableau 11 Cheminement logique du projet-pilote de prévention des chutes à domicile

Sous-groupe		Processus d'implantation				Effets sociosanitaires	
Population cible inscrite au MAD du CLSC	Groupe 1 (55-64 ans) : information seulement						
	Groupe 2 (65 ans et +) : sélection des participants (critères)	Dépistage des facteurs de risque	Interventions (recommandations et références, s'il y a lieu)	Adoption et suivi des recommandations	Réévaluation des facteurs de risque (détérioration, maintien, amélioration)	Réduction des chutes	Réduction des blessures
→							

Source : (Adapté de) Allard, D. (2001). *L'évaluation en l'an 2000 : comment s'y retrouver ?* Atelier de formation, Institut national de santé publique du Québec - Connaissance et analyse, DSP RRSSS de Montréal-Centre, 23 janvier, p. 9.

Tableau 12 Modèle d'évaluation de Allard adapté au projet-pilote

Évaluation			
Projet	Référent	Référé	Jugement
Quoi évaluer ?	Par rapport à quoi ? (réalisations prévues)	À partir de quoi ? (réalisations effectives)	Pour décider quoi ?
<p>Projet-pilote de prévention des chutes à domicile pour les usagers du MAD des CLSC.</p> <p>Projet axé sur le dépistage de facteurs de risque ciblés et les modifications des facteurs via des interventions.</p>	<p>Sur le processus d'implantation, soit la conformité du projet aux objectifs suivants (après la première année) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participation des CLSC <ul style="list-style-type: none"> • Au moins une ressource professionnelle, par CLSC, participe au comité régional de prévention des chutes ; Population cible : <ul style="list-style-type: none"> • 1 259 personnes 55-64 ans ; • 5 295 personnes 65 ans + ; - Personnes admissibles <ul style="list-style-type: none"> • 1 324 (50 % des 65 ans +) ; - Participants avec première évaluation complétée (facteurs de risque) <ul style="list-style-type: none"> • 662 à 993 (50-75 % du 1 324) ; - Participants après la première année (taux de participation) <ul style="list-style-type: none"> • 497 à 745 (75 % des 662 à 993) : <ul style="list-style-type: none"> - CLSC D'Autray (68 à 102) ; - CLSC de Joliette (96 à 143) ; - CLSC Lamater (76 à 115) ; - CLSC Matawinie (96 à 144) ; - CLSC Meilleur (103 à 155) ; - CLSC Montcalm (58 à 87). 	<p>Quels sont les résultats du projet au regard des objectifs attendus ?</p>	<p>Les objectifs sont-ils considérés atteints ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Déterminer à partir de quel seuil ?
	<p>Sur les résultats escomptés quant aux effets sociosanitaires, soit le maintien ou l'amélioration des capacités des participants et l'incidence des chutes et des blessures (après la première année) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participants ayant appliqué les recommandations (taux d'acceptation ou « compliance ») <ul style="list-style-type: none"> • 497-745 (75 % des 662-993) - Maintien ou amélioration des capacités des participants concernant les facteurs de risque ; - Diminution du nombre de chutes chez les participants ; - Diminution du nombre de blessures consécutives aux chutes chez les participants. 	<p>Quels sont les résultats sur le maintien ou l'amélioration des capacités des participants et sur l'incidence des chutes et des blessures ?</p>	<p>Le projet a-t-il un effet sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - facteurs de risque ciblés ; - nombre de chutes ; - nombre de blessures consécutives aux chutes ? <p>Quels critères vont déterminer si le projet peut faire l'objet d'une implantation généralisée d'interventions régulières dans le cadre des services offerts par le MAD ?</p>

Source : (Adapté de) Allard D (2001). *L'évaluation en l'an 2000 : comment s'y retrouver?* Atelier de formation, Institut national de santé publique du Québec - Connaissance et analyse, DSP RRSSS de Montréal-Centre, 23 janvier, p. 3, 5, 6.

4.2 Le processus d'implantation et les effets sociosanitaires

L'évaluation du processus d'implantation est présentée au tableau 13 et elle va porter sur :

- la mobilisation de l'environnement (la mobilisation des partenaires et les ressources nécessaires) ;
- la mobilisation des intervenants (le recrutement, la formation et la motivation des intervenants) ;
- les résultats opérationnels (le projet a réalisé l'intervention prévue pour les cibles prévues).

De plus, un questionnaire d'appréciation sur le processus d'implantation du projet sera élaboré et utilisé dans le but de recueillir la perception des divers acteurs du projet, soit les intervenants du CLSC impliqués, ceux de la DSP, les collaborateurs et les participants. Les thèmes abordés vont se rapporter entre autres, à la formation des intervenants, aux procédures d'intervention, à leur déroulement lors de la visite à domicile, à la collecte des données, aux interventions offertes aux participants ainsi qu'à la référence, au suivi, à une appréciation globale liée au projet et aux résultats attendus.

Le tableau 13 présente également l'évaluation des effets sociosanitaires qui va porter sur :

- les effets intermédiaires (modification des conduites/comportements, amélioration/maintien des capacités) ;
- les effets ultimes (prévus ou souhaités par le projet, telles la réduction du nombre de chutes et des blessures associées).

De plus, les variables sociosanitaires liées aux participants du groupe 2 sont consignées à l'aide de l'outil « Prise de contact (SAD-01-FS-94) » et « Fiche de demande CLSC (SIC +) ». Elles pourraient être utilisées lors de l'évaluation de l'implantation. Il s'agit, entre autres, de l'âge, du sexe, du lieu de résidence, de facteurs de risque sociaux ou de santé.

Tableau 13 Objets retenus pour l'évaluation du projet-pilote

Le processus d'implantation		
Objets	Dimensions de la mesure	Indicateurs
La mobilisation de l'environnement	- Participation de chaque CLSC au projet.	- Nombre de ressources professionnelles, par CLSC, participant au comité régional de prévention des chutes.
	- Participation des collaborateurs du CLSC pour le suivi et la référence auprès des participants.	- Nombre de références faites par le CLSC selon le type de collaborateurs (médecin traitant, pharmacien ou autres).
La mobilisation des intervenants	- Participation des intervenants du CLSC au projet.	- Nombre d'intervenants du personnel clinique du CLSC affecté aux services offerts aux participants selon le type d'équipe (réadaptation, soins infirmiers, accueil, psychosocial, soutien, médical, centre de jour).
Les résultats opérationnels	- Participation de la population cible (admissible au MAD).	- Nombre de personnes rejointes dans les groupes 1 et 2. - Nombre et pourcentage de personnes du groupe 2 sur l'ensemble de la population de 65 ans et plus.
	- Remise d'information écrite aux personnes des groupes 1 et 2 définis à la section 3.1.	- Nombre total de brochures sur les chutes et les médicaments remis à chaque CLSC.
	- Participation des usagers du groupe 2 au projet.	- Nombre de participants ayant complété une évaluation des facteurs de risque. - Nombre de participants ayant complété ou cessé le projet.
	- Interventions auprès des participants (recommandations, références, suivi).	- Nombre d'éléments problématiques par participant selon le facteur de risque ciblé et les résultats du dépistage. - Nombre d'interventions (recommandations et références) par participant selon le facteur de risque ciblé.
Les effets sociosanitaires		
Objets	Dimensions de la mesure	Indicateurs
Les effets intermédiaires	- Mise en œuvre des recommandations faites aux participants.	- Nombre de participants ayant suivi ou cessé les interventions recommandées.
	- Maintien ou amélioration des capacités.	- Nombre de participants ayant maintenu ou amélioré leur résultat selon le facteur de risque ciblé lors du suivi (postintervention).
Les effets ultimes	- Effets prévus ou souhaités par le projet.	- Nombre de chuteurs et de chutes recensés au cours du projet chez les participants. - Nombre de blessures consécutives à une chute recensées chez les participants. - Nombre de consultations médicales (clinique, urgence hospitalière) et d'hospitalisations consécutives à une chute chez les participants. - Coût moyen du projet par participant ayant complété l'ensemble du processus d'intervention

4.3 La méthodologie d'évaluation

Le projet va permettre d'observer l'incidence des chutes et leur gravité. De plus, la DSP écarte la possibilité de recourir à un groupe de comparaison (contrôle ou témoin) situé à l'extérieur de la région de Lanaudière car plusieurs interventions planifiées ou non ont lieu actuellement dans les différentes régions du Québec. Il devient quasi impossible d'avoir un territoire « non contaminé » par la prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées. Nous allons atténuer cette limite en comparant la population visée par le projet avec l'ensemble des personnes de 65 ans et plus vivant dans la région de Lanaudière et ce, à l'aide des taux de prévalence, d'incidence et d'hospitalisation des chutes non intentionnelles.

Les participants seront suivis tout au cours du projet-pilote d'une durée de trois ans. Le suivi des facteurs de risque (postintervention) va se faire sur une base régulière, soit à tous les six mois. Les participants seront donc invités à repasser les tests de dépistage des facteurs de risque dans le but d'évaluer si leur état se maintient, s'améliore ou se détériore.

Les renseignements présentés dans les tableaux 12 et 13 seront recueillis pour les fins du présent projet. Ils proviendront du SIC + des CLSC et des différents outils utilisés dans le cadre du projet. La saisie et le traitement des données se fera par le service de connaissance/surveillance/recherche/évaluation de la DSP en collaboration avec les CLSC. Une procédure de transmission des renseignements provenant des dossiers des CLSC a été établie afin de conserver la confidentialité des données. À ce sujet, les CLSC se sont vus attribuer un code d'identification pour transmettre les renseignements non nominatifs à la DSP par l'entremise d'un télécopieur dédié uniquement au projet.

En résumé, le caractère hybride de l'approche méthodologique envisagée présente certains points forts et certaines limites qu'il convient d'énoncer dans les lignes qui suivent. Les objectifs pour l'évaluation des effets de l'intervention, que permet le recours à ce devis combiné, sont traduits en analyses statistiques et présentés au tableau 14. Ladite approche tient compte des problèmes méthodologiques inhérents à l'étude des chutes dans la communauté et aux recommandations faites à cet égard par Gillespie et ses collaborateurs⁵⁵ et par l'équipe de Cumming¹³⁹.

Les principaux points forts de l'approche méthodologique retenue portent sur les points suivants :

- l'utilisation du devis proposé assure un bon degré de validité malgré les diverses contraintes auxquelles font face la mise en œuvre et l'évaluation du projet de prévention ;
- le caractère prospectif permet la mesure directe de l'incidence, l'éclaircissement de la séquence chronologique entre l'exposition (participation au projet de prévention) et la survenue des événements à l'étude (notamment les chutes), la réduction des biais de rappel des événements ainsi que l'examen des conséquences multiples d'une exposition unique ;
- la répétition mensuelle de la collecte des données, auprès des participants, permet de contrôler les effets dus à la maturation et à l'histoire, c'est-à-dire qu'elle prend en compte les événements autres que l'intervention qui pourrait se produire entre le début et la fin du projet ;
- la répétition mensuelle de la collecte des données limite les biais de mémoire et elle permet une estimation plus fiable des événements ;
- le devis « avant/après (pré/post) groupe » permet de comparer la situation des participants à l'intervention avec celle qui prévalait avant et, dans une certaine mesure, d'attribuer à l'intervention le changement observé chez ces derniers ;
- la comparaison entre les taux de prévalence et d'incidence de chutes et de leurs conséquences (notamment les hospitalisations pour chutes non intentionnelles), observés chez le groupe de personnes ayant participé au

projet, et ceux notés pour le même groupe d'âge dans la population générale, atténuent les contraintes à la validité occasionnée par l'absence de groupe témoin ;

- l'évaluation simultanée de l'implantation de l'intervention, de la « compliance » des participants au projet, des effets de l'intervention sur les facteurs de risque ainsi que sur la survenue des événements, permet de mettre en lumière les facteurs de réussite ou d'échec du projet de prévention ;
- la répétition mensuelle de la collecte des données ainsi que l'utilisation d'analyses multivariées spéciales et la densité d'incidence qui fait appel à l'ensemble de l'information disponible (multiples événements chez un même participant et périodes d'exposition différentes), permettent une estimation plus précise du rôle joué par l'exposition (intervention) sur la survenue des événements.

Les principales limites de l'approche méthodologique retenue concernent les points suivants :

- la validité des résultats peut être entachée par les cas de cessation au projet chez les participants (abandons, « perdus de vue », etc.) ;
- l'absence d'une mesure avant/après chez un groupe témoin, c'est-à-dire un groupe de personnes non visées par l'intervention, limite la possibilité de déterminer jusqu'à quel point les résultats obtenus sont attribuables à l'intervention ;
- la possibilité pour les participants de s'insérer dans le projet à des dates différentes les uns des autres ainsi que les risques de cessation en cours de route, font en sorte que la période de temps durant laquelle les participants sont exposés à l'intervention diffère parmi l'ensemble.

Éventuellement, la DSP envisage de présenter un projet de recherche dans le cadre du « Programme de subvention en santé publique » pour réaliser l'évaluation du projet-pilote, incluant les étapes relatives à la validation, à la saisie, au traitement des données recueillies par le projet ainsi que l'analyse et la rédaction du rapport. Quoi qu'il en soit, l'évaluation du projet-pilote sera réalisée selon une approche participative tel que le préconise le document d'orientations régionales en matière d'évaluation dont s'est dotées la Régie régionale¹³⁸. Il s'agit d'ailleurs de l'approche qui fut privilégiée jusqu'ici pour l'élaboration du présent projet-pilote d'intervention et son implantation dans les CLSC.

Tableau 14 Synthèse des analyses statistiques possibles liées au devis retenu pour l'évaluation des effets du projet-pilote

Objectifs d'analyse	Mesures de fréquence et d'association des analyses statistiques	Indicateurs
1. Déterminer la prévalence des chutes et de leurs conséquences (gravité) chez les personnes âgées au cours d'une période de trois mois précédant leur participation au projet de prévention.	- Prévalence	- Chutes (≥ 1) - Chutes récurrentes (≥ 2) - Chutes avec blessures - Chutes avec limitations fonctionnelles - Chutes ayant nécessité une consultation médicale - Chutes ayant mené à une hospitalisation
2. Déterminer la prévalence des facteurs de risque de chute retenus chez les personnes âgées, lors de leur première évaluation (précédant l'intervention).	- Prévalence	- Anthropométrie (valeur ponctuelle et 3 niveaux de l'IMC) - Nutritionnel (score sur 13 et 3 niveaux de risque de besoin d'aide alimentaire) - Équilibre (score sur 56 et 3 niveaux de risque à l'échelle de <i>Berg</i>) - Mobilité (temps en secondes et 3 niveaux de risque à l'échelle du <i>Timed Up & Go</i>) - Consommation de médicaments (score sur 2, dont ≥ 4 médicaments différents ou prise de benzodiazépines) - Consommation d'alcool (score sur 2, dont en moyenne ≥ 12 par semaine ou ≥ 3 par jour au cours de la dernière semaine) - Environnement domiciliaire (score sur 37 à l'évaluation des risques environnementaux)
3. Déterminer l'association entre les facteurs de risque et les chutes effectives chez les personnes âgées au cours d'une période de trois mois précédant leur participation au projet de prévention.	- Rapport de cotes ajusté, par la régression logistique	- Facteurs de risque énumérés au point 2 précédent, plus l'histoire de chute, l'âge et le sexe - Différentes variables de réponse possibles : • chuteurs (≥ 1) par rapport aux non-chuteurs • chutes récurrentes (≥ 2) par rapport à chutes non récurrentes (≤ 1)
4. Déterminer l'incidence des chutes et de leurs conséquences (gravité) chez les personnes âgées à la suite de leur participation au projet de prévention.	- Incidence cumulative - Densité d'incidence - Intervalle de temps	- Chutes (≥ 1) - Chutes récurrentes (≥ 2) - Chutes avec blessures - Chutes avec limitations fonctionnelles - Chutes ayant nécessité une consultation médicale - Chutes ayant mené à une hospitalisation - Intervalle de temps écoulé entre l'intervention et la survenue de la première chute

Tableau 14 (suite) Synthèse des analyses statistiques possibles liées au devis retenu pour l'évaluation des effets du projet-pilote

Objectifs d'analyse	Mesures de fréquence et d'association des analyses statistiques	Indicateurs
5. Déterminer l'association entre les facteurs de risque et l'incidence des chutes chez les personnes âgées à la suite de leur participation au projet de prévention.	<ul style="list-style-type: none"> - Rapport de cotes ajusté, par la régression logistique - Rapport de densité d'incidence ajusté, par la régression de Cox des chances proportionnelles 	<ul style="list-style-type: none"> - Facteurs de risque énumérés au point 2 précédent, plus l'histoire de chute, l'âge et le sexe - Différentes variables de réponse possibles : <ul style="list-style-type: none"> • chuteurs (≥ 1) par rapport aux non - chuteurs • chutes récurrentes (≥ 2) par rapport à chutes non récurrentes (≤ 1) - Rapport de densité d'incidence
6. Déterminer l'association entre les facteurs de risque et le temps de récurrence de chutes chez les personnes âgées à la suite de leur participation au projet de prévention.	<ul style="list-style-type: none"> - Intervalle de temps, par l'analyse de courbe de survie 	<ul style="list-style-type: none"> - Facteurs de risque énumérés au point 2 précédent, plus l'histoire de chute, l'âge et le sexe - Variables de réponse : intervalle de temps écoulé entre l'intervention et la survenue de la première chute
7. Déterminer les effets de l'intervention sur les facteurs de risque de chute chez les personnes âgées à la suite de leur participation au projet de prévention.	<ul style="list-style-type: none"> - Différences de prévalences avant/après intervention, à différents temps, par les tests d'hypothèses pour échantillons dépendants 	<ul style="list-style-type: none"> - Facteurs de risque énumérés au point 2 précédent
8. Déterminer les effets de l'intervention sur la prévalence et l'incidence des chutes et de leurs conséquences (gravité) chez les personnes âgées à la suite de leur participation au projet de prévention.	<ul style="list-style-type: none"> - Différences de prévalences et d'incidences entre l'après intervention (à différents temps) et les estimations attendues dans la population générale, d'après des données provenant de la littérature - Estimation des risques relatifs et des ratios de cotes 	<ul style="list-style-type: none"> - Chutes (≥ 1) - Chutes récurrentes (≥ 2) - Chutes avec blessures - Chutes avec limitations fonctionnelles - Chutes ayant nécessité une consultation médicale - Chutes ayant mené à une hospitalisation

CONCLUSION

À la demande des directeurs généraux des CLSC en décembre 1999, la Direction de santé publique de la Régie régionale a soumis en janvier 2000 une proposition concernant l'implantation d'un projet-pilote régional axé sur l'évaluation des facteurs de risque de chute chez la population des personnes âgées de 65 ans et plus desservie dans le cadre des activités du service de maintien à domicile.

Cette proposition a été acceptée par les directeurs généraux des CLSC et elle fut soumise au comité de coordination en maintien à domicile (COMAD). Par la suite, un comité de travail conjoint regroupant les CLSC et la DSP a été mis sur pied en février 2000. Ce comité est sous la responsabilité du CLSC-CHSLD D'Autray.

La première rencontre du comité de travail s'est tenue en mars 2000. À la deuxième rencontre du comité, la DSP a proposé un processus d'implantation du projet. Celui-ci a été discuté et des modifications ont été apportées au cours de l'élaboration du devis d'implantation.

Ce projet-pilote s'inscrit dans le cadre des « Priorités nationales de santé publique » du MSSS. Cette problématique figure également dans le « Programme de santé publique 1997-2002 » et le « Plan de consolidation 1998-2002 » de la Régie régionale de Lanaudière.

La Régie régionale a alloué aux CLSC participants un montant de 287 014 \$ pour l'année financière 2001-2002 et il sera de 323 929 \$ en 2002-2003. Ce montant a été réparti sur une base budgétaire proportionnelle à la population des personnes âgées de 65 ans et plus par territoire de CLSC. Pour l'année 2002-2003, les montants vont se situer entre 43 080 \$ et 69 494 \$ (moyenne de 53 988 \$ par CLSC). De plus, en mars 2001, la Régie régionale a alloué un montant additionnel non récurrent de 25 000 \$ à l'ensemble des CLSC pour l'achat de matériel dédié au soutien à l'aménagement domiciliaire pour les fins du projet. Enfin, la Régie a identifié, dans son document « Orientations concernant le Plan régional d'organisation des services aux personnes âgées de Lanaudière 2001-2004 », des montants additionnels pour la prévention des chutes à domicile dédiés aux CLSC et aux organismes communautaires oeuvrant auprès des personnes âgées.

Les travaux préparatoires

Les préparatifs entourant la mise en œuvre d'un tel projet sont nombreux et complexes. Une période d'essai (pré-test) du projet a eu lieu d'octobre 2001 à février 2002 et la phase d'implantation a débuté en mars 2002.

La DSP a offert, les 5 et 14 juin ainsi que le 6 septembre 2001, des rencontres de formation dites de « rodage » aux membres du comité de travail ainsi qu'aux intervenants désignés par les CLSC pour la phase d'implantation du projet. Au printemps 2002, une rencontre de formation portant sur l'état nutritionnel (dépistage et intervention) sera offerte aux intervenants désignés.

Pour leur part, les gestionnaires du MAD et ceux des centres de jour ont participé à une rencontre de sensibilisation le 11 juin 2001. De plus, des rencontres de sensibilisation auprès du personnel des CLSC, notamment en maintien à domicile, ont eu lieu en février et en mars 2002^{xvii}.

Phase d'implantation dans les CLSC

La population visée par le projet provient des usagers du MAD et elle est sélectionnée en fonction de certains critères d'admissibilité. La clientèle sélectionnée est informée et invitée, sur une base volontaire, à y participer. La première intervention auprès des participants consiste à faire, à l'aide d'outils, une évaluation individuelle de cinq

^{xvii} Une rencontre a été reportée en avril 2002.

facteurs de risque de chute à domicile : l'état nutritionnel, l'équilibre et la motricité, la consommation de médicaments, la consommation d'alcool et l'environnement domiciliaire.

Pour chacun des facteurs où il y a présence d'un risque, selon les grilles d'évaluation, une intervention est prévue et soumise au participant. Le processus d'intervention prévu est le suivant :

- Pour le facteur « état nutritionnel », il s'agit de référer, selon le cas, le participant à la nutritionniste dédiée au projet pour faire une évaluation de son profil alimentaire et le conseiller dans ses habitudes alimentaires.
- Pour le facteur « équilibre et motricité », il s'agit, selon le résultat de l'évaluation, d'offrir au participant de suivre un programme d'exercices individuels, de le référer au programme d'exercices de groupe du CLSC ou en physiothérapie.
- Pour le facteur « médicaments », il s'agit de référer le participant à son médecin traitant et, au besoin, de le référer au personnel infirmier du CLSC ou de consulter le pharmacien.
- Pour le facteur « alcool », il s'agit de référer le participant à son médecin traitant ou, si jugé nécessaire, au service psychosocial du CLSC.
- Pour le facteur « environnement domiciliaire », il s'agit de conseiller le participant sur les modifications, les aménagements à réaliser ou sur les équipements domiciliaires à se procurer. Dans ce cas-ci, il est possible d'obtenir un montant forfaitaire pour l'achat d'équipements, selon une grille de critères préétablis. Il peut, au besoin, être référé en ergothérapie.

Dans tous les cas, la référence et le suivi passent par le CLSC et leur intervenant désigné au projet. Celui-ci devra, dans certains cas, référer les participants à d'autres intervenants du CLSC selon leurs compétences spécifiques.

Des objectifs de résultats ont été fixés pour la première année d'implantation, pour chacun des CLSC, selon la proportion de la population de personnes âgées de 65 ans et plus. Ils seront ajustés, si nécessaire, pour les années ultérieures. Le projet est d'une durée de trois ans et il sera soumis à une évaluation d'implantation. Les résultats de cette évaluation devront indiquer si le projet-pilote s'avère suffisamment prometteur pour en recommander l'implantation dans le cadre des activités courantes du service de maintien à domicile des CLSC.

Une collaboration étroite et un processus d'implantation qui allie souplesse et rigueur sont des ingrédients nécessaires au succès du projet.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière (2001). *Orientations concernant le Plan régional d'organisation des services aux personnes âgées de Lanaudière 2001-2004. Document de travail*. Sous la supervision de Michel Côté, Coordination de l'intégration sociale, Direction de la programmation et de la coordination des services, Février, 91 p. et annexes, 103 p.
2. Québec (Province). Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*. Rédaction par Hélène Valentini, 2^e édition, 103 p.
3. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière (1998). *Programme de santé publique de Lanaudière*. Sous la supervision de Laurent Marcoux, Direction de la santé publique, pagination multiple.
4. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière (1999). *Plan de consolidation de la santé et des services sociaux de Lanaudière 1998-2002*. 1^{er} février, 155 p.
5. Milette C (1999). *Bien vivre avec son âge. Revue de littérature sur la promotion de la santé des personnes âgées*. Collection promotion de la santé, MSSS, Direction générale de la santé publique, 115 p.
6. Riley R (1992). *Chutes et traumatismes accidentels parmi les aînés*. Rapports sur la santé, Vol 4, No 4, Statistique Canada, Catalogue 82-003 Trimestriel, Centre canadien d'information sur la santé, p. 341-355.
7. Malmivaara A, Heliövaara M, Reunanen A, Aromaa A (1993). *Risk Factors for Injurious Falls Leading to Hospitalization or Death in a Cohort of 19 500 Adults*. American Journal of Epidemiology, September 15, Vol 138, No 6, p. 384-394.
8. Institut de la statistique du Québec (2000). *Chapitre 15 Accidents avec blessures*. Y. Robitaille et coll., p. 313-332 dans *Enquête sociale et de santé 1998*. COLLECTION la santé et le bien-être, ISQ, 6 novembre, 642 p.
9. Trickey F, Robitaille Y, Gosselin C, Parisien M et coll. (1995). *Évaluation d'une intervention multifactorielle pour la prévention des chutes chez les personnes âgées*. Direction de la santé publique, Hôpital Maisonneuve-Rosemont (RRSSS de Montréal-Centre), 22 mars, 25 p. et annexes.
10. Organisation mondiale de la santé (1977). *Manuel de classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès / fondé sur les recommandations de la Conférence pour la neuvième révision, 1975 et adopté par la Vingt-neuvième Assemblée mondiale de la Santé*. Volumes 1 et 2.
11. O'Loughlin JL, Robitaille Y, Boivin J-F, Suissa S (1993). *Incidence of and Risk Factors for Falls and Injurious Falls among the Community-dwelling Elderly*. American Journal of Epidemiology, February 1, Vol 137, No 3, p. 342-354.
12. Bell AJ, Talbot-Stern JK, Hennessy A (2000). *Characteristics and outcomes of older patients presenting to the emergency department after a fall : a retrospective analysis*. The Medical Journal of Australia, August 21, Vol 173, No 4, p. 179-182, extrait du site internet <<http://www.mja.com.au/>>.
13. Trickey F, Robitaille Y, Laforest S, Gosselin C, Parisien M (1999). *Évaluation du Programme Intégré d'Équilibre Dynamique (P.I.E.D.) pour la prévention des chutes chez les aînés*. Direction de la santé publique, RRSSS Montréal-Centre, Avril, 141 p.
14. Betend B, Eynard C, Jourdain J, Roos C (1994). *La chute chez les personnes âgées. Réflexions à propos d'un événement ordinaire...* Gérontologie, Janvier, No 89, p.12-18.
15. Dargent-Molina P, Favier F, Grandjean H, Baudoin C, Schott AM, Hausherr E, Meunier PJ, Bréart G (1996). *Fall-related factors and risk of hip fracture : the EPIDOS prospective study*. The Lancet, July 20, Vol 348, p. 145-149.
16. SAUVE-QUI-PENSE (1998). *Le fardeau économique des blessures non intentionnelles au Canada. Un sommaire*. Étude dirigée par The Hygeia Group, sous la direction de Douglas E. Angus et coll., 5 p.
17. Groupe Urbatique (1999). *Les coûts d'hospitalisation de courte durée par catégories de traumatismes, selon les régions, Québec, 1996-1997. Analyse préliminaire*. Document produit pour la Direction de la santé publique du Bas-St-Laurent, Août, 57 p. et annexes.
18. Hamel D. (2001). *Évolution des TRAUMATISMES au Québec de 1991 à 1999*. Institut national de santé publique du Québec, 4^e trimestre, 462 p.
19. van Weel C, Vermeulen H, van den Bosch W (1995). *Falls, a community care perspective*. The Lancet, June 17, Vol 345, No 64, p. 1549-1551.
20. King MB, Tinetti ME (1995). *Falls in Community-Dwelling Older Persons*. Journal of the American Geriatrics Society, October, Vol 43, No 10, p. 1146-1154.
21. Luukinen H, Loski K, Laippala P, Kivela S-L (1995). *Risk Factors for Recurrent Falls in the Elderly in Long-term Institutional Care*. Public Health, January, Vol 109, No 1, p. 57-65.
22. Capezuti E, Evans L, Strumpf N, Maislin G (1996). *Physical Restraint Use and Falls in Nursing Home Residents*. Journal of the American Geriatrics Society, June, Vol 44, No 6, p. 627-633.
23. Riggs JE (1993). *Mortality from Accidental Falls Among the Elderly in the United States, 1962-1988 : Demonstrating the impact of improved trauma management*. The Journal of Trauma, August, Vol 35, No 2, p. 212-219.
24. Gill TM, Williams CS, Robinson JT, Tinetti ME (1999). *A Population-Based Study of Environmental Hazards in the Homes of Older Persons*. American Journal of Public Health, April, Vol 89, No 4, p. 553-556.

25. Dargent-Molina P, Bréart G (1995). *Epidémiologie des chutes et des traumatismes liés aux chutes chez les personnes âgées*. Revue Epidémiologie et Santé Publique, Vol 43, No 1, p. 72-83.
26. Gallagher EM, Brunt H (1996). *Head Over Heels : Impact of a Health Promotion Program to Reduce Falls in the Elderly*. Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement, Printemps, Vol 15, No 1, p. 84-96.
27. Hahn A, van Beurden E, Kempton A, Sladden T, Garner E (1996). *Meeting the challenge of falls prevention at the population level : a community-based intervention with older people in Australia*. Health Promotion International, September, Vol 11, No 3, p. 203-211.
28. Steinberg M, Cartwright C, Peel N, Williams G (2000). *A sustainable programme to prevent falls and near falls in community dwelling older people : results of a randomised trial*. Journal Epidemiology Community Health, March, Vol 54, No 3, p. 227-232.
29. Ouellette S (1999). *La problématique de malnutrition chez les personnes âgées. Résumé de la littérature scientifique*. Ordre professionnel des diététistes du Québec, Mars, 26 p. et annexes.
30. Harris T, Looker AC, Madans J, Bacon EC (1992). *Weight loss and risk of hip fracture in postmenopausal white women aged 60-74*. The NHANES-I Epidemiologic Follow up Study, Journal of the American Geriatrics Society, Vol 40, SA5 abstract.
31. Podsiadlo D, Richardson S (1991). *The Timed « Up & Go » : A Test of Basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons*. Journal of the American Geriatrics Society, February, Vol 39, No 2, p. 142-148.
32. Mazzeo RS, Cavanagh P, Evans WJ, Fiatarone M, Hagberg J, McAuley E, Startzell J (1998). *Exercise and Physical Activity for Older Adults*. American College of Sports Medicine, Position Stand, Medicine & Science in Sports & Exercise, Vol 30, No 6, p. 992-1008.
33. Luukinen H, Koski K, Kivela S-L, Laippala P (1996). *Social status, life changes, housing conditions, health, functional abilities and life-style as risk factors for recurrent falls among the home-dwelling elderly*. Public Health, March, Vol 110, No 2, p. 115-118.
34. Thompson PG (1996). *Preventing falls in the elderly at home : a community-based program*. MJA, May, Vol 164, No 9, p. 530-532.
35. Parker MJ, Twemlow TR, Pryor GA (1996). *Environmental Hazards and Hip Fractures*. Age and Ageing, July, Vol 25, No 4, p. 322-325.
36. Ray WA, Thapa PB, Gideon P (2000). *Benzodiazepines and the Risk of Falls in Nursing Home Residents*. Journal of the American Geriatrics Society, June, Vol 48, No 6, p. 682-685.
37. Ryyänänen O-P, Kivelä S-L, Honkanen R, Laippala P, Saano V (1993). *Medications and Chronic Diseases as Risk Factors for Falling Injuries in the Elderly*. Scand J Soc Med, December, Vol 21, No 4, p. 264-271.
38. Ryyänänen O-P (1994). *Health, Functional Capacity, Health Behaviour, Psychosocial Factors and Falling in Old Age*. Public Health, March, Vol 108, No 2, p. 99-110.
39. Ruthazer R, Lipsitz LA (1993). *Antidepressants and Falls among Elderly People in Long-Term Care*. American Journal of Public Health, May, Vol 83, No 5, p. 746-749.
40. Tinetti ME, Doucette JT, Claus EB (1995a). *The Contribution of Predisposing and Situational Risk Factors to Serious Fall Injuries*. Journal of the American Geriatrics Society, November, Vol 43, No 11, p. 1207-1213.
41. Lord SR, Llyod DG, Li SK (1996). *Sensori-motor Function, Gait Patterns and Falls in Community-dwelling Women*. Age and Ageing, July, Vol 25, No 4, p. 292-299.
42. Lord SR, Ward JA, Williams P, Anstey KJ (1993). *An epidemiological study of falls in older community-dwelling women : The Randwick falls and fractures study*. Australian Journal of Public Health, September, Vol 17, No 3, p. 240-245.
43. Tinetti ME, Baker DI, McAway G, Claus EB, Garrett P, Gottschalk M, Koch ML, Trainor K, Horwitz RI (1994). *A Multifactorial Intervention to Reduce the Risk of Falling Among Elderly People Living in the Community*. The New England Journal of Medicine, September 29, Vol 331, No 13, p. 821-827.
44. Langlois JA, Smith GS, Nelson DE, Sattin RW, Stevens JA, De Vito CA (1995). *Dependence in Activities of Daily Living as a Risk Factor for Fall Injury Events Among Older People Living in the Community*. Journal of the American Geriatrics Society, March, Vol 43, No 3, p. 275-278.
45. Studenski S, Duncun PW, Chandler J, Samsa G, Prescott B, Hogue C, Bearon LB (1994). *Predicting Falls : The Role of Mobility and Nonphysical Factors*. Journal of the American Geriatrics Society, March, Vol 42, No 3, p. 297-302.
46. Lord, SR, Sambrook PN, Gilbert C, Kelly PJ, Nguyen T, Webster IA, Eisman JA (1994). *Postural stability, falls and fractures in the elderly : results from the Dubbo Osteoporosis Epidemiology Study*. The Medical Journal of Australia, June, Vol 160, No 11, p. 684-691.
47. Tinetti ME, Doucette J, Claus E, Marottoli R (1995b). *Risk Factors for Serious Injury During Falls by Older Persons in the Community*. Journal of the American Geriatrics Society, November, Vol 43, No 11, p. 1214-1221.
48. O'Loughlin JL, Boivin J-F, Robitaille Y, Suissa S (1994). *Falls among the elderly : distinguishing indoor and outdoor risk factors in Canada*. Journal of Epidemiology and Community Health, October, Vol 48, No 5, p. 488-491.

49. Province MA, Hadley EC, Hornbrook MC, Lipsitz LA, Miller JP, Mulrow CD, Ory MG, Sattin RW, Tinetti ME, Wolf SL (1995). *The Effects of Exercise on Falls in Elderly Patients*. JAMA, May 3, Vol 273, No 17, p. 1341-1347.
50. Liu BA, Topper AK, Reeves RA, Gryfe C, Maki BE (1995). *Falls Among Older People : Relationship to Medication Use and Orthostatic Hypotension*. Journal of the American Geriatrics Society, October, Vol 43, No 10, p. 1141-1145.
51. Björnstig U, Johansson J (1992). *Ladder Injuries : Mechanisms, Injuries and Consequences*. Journal of Safety Research, Spring, Vol 23, No 1, p. 9-18.
52. Hornbrook MC, Wingfield DJ, Stevens VJ, Hollis JF, Greenlick MR (1991). *Falls among older persons : antecedents and consequences*. Chapter 10 dans « Reducing frailty and falls in older persons », Edited by Richard Weindruch, Evan C. Hadley et Marcia G. Ory, Charles C Thomas Publisher, p. 106-125.
53. Tinetti ME, Speechley M (1991). *Multiple risk factor approach to prevention of falls*. Chapter 11 dans « Reducing frailty and falls in older persons », Edited by Richard Weindruch, Evan C. Hadley et Marcia G. Ory, Charles C Thomas Publisher, p. 126-132.
54. van Haastregt JCM, Diederiks JPM, van Rossum E, de Witte LP, Voorhoeve PM, Crebolder HFJM (2000). *Effects of a programme of multifactorial home visits on falls and mobility impairments in elderly people at risk : randomised controlled trial*. British Medical Journal, 21 october, Vol 321, No 7267, p. 994-998.
55. Gillespie LD, Gillespie WJ, Cumming R, Lamb SE, Rowe Bh (2000). *Interventions for preventing falls in the elderly (Cochrane Review)*. The Cochrane Library, Issue 4, Oxford : Update Software, non paginé.
56. Gardner MM, Robertson MC, Campbell AJ (2000). *Exercise in preventing falls and fall related injuries in older people : a review of randomised controlled trials*. British Journal of Sports Medicine, February, Vol 34, No 1, p. 7-17.
57. Feder G, Cryer C, Donovan S, Carter Y (2000). *Guidelines for the prevention of falls in people over 65*. British Medical Journal, 21 october, Vol 321, No 7267, p. 1007-1011.
58. Gagnon D, Girard P et coll. (1998). *Centre d'information et de référence sur les médicaments chez les aînés (CIRMA). Évaluation du programme*. Direction des soins infirmiers, Centre hospitalier Jonquière, Novembre, 50 p. et annexes.
59. Nadeau S, Leblanc S (1998). *Étude de l'implantation d'un projet de service de prévention des chutes et d'adaptations mineures du domicile*. RRSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 80 p. et annexes.
60. Boudrault V, Carboneau M (1999). *Programme de prévention de la perte d'autonomie chez les personnes âgées. Description du Programme et bilan provisoire d'implantation*. Direction de la santé publique et de l'évaluation, RRSSS de l'Estrie, juin, 29 p.
61. Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie (2000). *Clientèles du programme et impacts des interventions. Document support pour réallocation budgétaire en maintien en milieu de vie personnes âgées*. Direction de la santé publique et de l'évaluation, 6 avril, 23 p.
62. Bégin C, Beauchesne L, Fontaine M-C, Plourde D (1994). *Prévenir les chutes à domicile. Quelques conseils utiles*. CLSC de Joliette et Direction de la santé publique de la RRSSS de Lanaudière, Mars, 7 p.
63. Bégin C, Beauchesne L, Fontaine M-C, Plourde D (1994). *Prévention des chutes à domicile. Guide de formation aux intervenants*. CLSC de Joliette et Direction de la santé publique de la RRSSS de Lanaudière, Avril 1994, 33 p.
64. Bégin C, Beauchesne L, Fontaine M-C, Plourde D (1996). *Guide d'évaluation et de prévention des chutes à domicile*. CLSC de Joliette et Direction de la santé publique de la RRSSS de Lanaudière, Juin 1994, révision Mai, 16 p.
65. Plourde D, Bégin C (1996). *L'ergothérapeute, chef de file pour aiguiller l'équipe de maintien à domicile dans la promotion de la prévention des chutes*. CLSC de Joliette et Direction de la santé publique, RRSSS de Lanaudière, Congrès de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, 3-4-5 octobre, Laval, 7 p. et annexes.
66. Bégin C (2000). *Proposition de projet régional de prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées. Document de travail*. Service de prévention et de promotion, Direction de la santé publique, RRSSS de Lanaudière, 12 janvier, 8 p.
67. Québec (Province). Ministère de la Santé et des Services sociaux (1992). *La Politique de la santé et du bien-être*. 2^e trimestre, 192 p.
68. Mederith CN (1991). *The role of nutrition in the prevention and treatment of frailty in older persons*. Chapter 19 dans « Reducing frailty and falls in older persons », Edited by Richard Weindruch, Evan C. Hadley et Marcia G. Ory, Charles C Thomas Publisher, p. 219-235.
69. Farahmand BY, Michaelsson K, Baron JA, Persson PG, Ljunghall S (2000). *Body Size and Hip Fracture Risk*. Swedish Hip Fracture Study Group. Epidemiology, March, Vol 11, No 2, p. 214-219.
70. Langlois JA, Harris T, Looker AC, Madans J (1996). *Weight Change Between Age 50 Years and Old Age Is Associated With Risk of Hip Fracture in White Women Aged 67 Years and Older*. Archives of internal Medicine, May 13, Vol 156, No 9, p. 989-994.
71. Huang Z, Himes JH, McGovern PG (1996). *Nutrition and subsequent hip fracture risk among a national cohort of white women*. American Journal of Epidemiology, July 15, Vol 144, No 2, p. 124-134.
72. Perloff JJ, McDermott MT, Perloff KG, Blue PW, Enzenhauer R, Sieck E, Chantelois AE, Dolbow A, Kidd GS (1991). *Reduced Bone-Mineral Content is a Risk Factor for Hip Fractures*. Orthopaedic Review, August, Vol XX, No 8, p. 690-698.

73. Sato Y, Kaji M, Tsuru T, Oizumi K (2001). *Risk factors for hip fracture among elderly patients with Parkinson's disease*. Journal of the Neurological Sciences, January 1, Vol 182, No 2, p. 89-93.
74. Chakravarty M, Sörman A (2001). *Health improvement plans must incorporate falls and osteoporosis strategies*. British Medical Journal, 3 March, No 7285, p. 322-554, abstract dans « <http://www.bmj.com> ».
75. Looker AC, Orwoll ES, Johnston CC, Lindsay RL, Wahner HW, Dunn WL, Calvo MS, Harris TB, Heyse SP (1997). *Prevalence of Low Femoral Bone Density in Older U.S. Adults from NHANES III*. Journal of Bone and Mineral Research, November, Vol 12, No 11, p. 1761-1768.
76. Meyer HE, Tverdal A, Selmer R (1998). *Weight Variability, Weight Change and the Incidence of Hip Fracture: A Prospective Study of 39 000 Middle-aged Norwegians*. Osteoporosis International, Vol 8, No 4, p. 373-378.
77. Mussolino ME, Looker AC, Madans JH, Langlois JA, Orwoll ES (1998). *Risk Factors for Hip Fracture in White Men: The NHANES I Epidemiologic Follow-up Study*. Journal of Bone and Mineral Research, June, Vol 13, No 6, p. 918-924.
78. Langlois JA, Visser M, Davidovic LS, Maggi S, Li G, Harris TB (1998). *Hip Fracture Risk in Older White Men Is Associated With Change in Body Weight From Age 50 years to Old Age*. Archives of Internal Medicine, May 11, Vol 158, No 9, p. 990-996.
79. Lauque S, Gillette-Guyonnet S, Rolland Y, Vellas B (2000). *Les différents outils d'évaluation nutritionnelle chez la personne âgée*. Age & Nutrition, Vol 11, No 22, p. 105-112.
80. Farmer ME, Harris T, Madans JH, Wallace RB, Cornoni-Huntley J, White LR (1989). *Anthropometric Indicators and Hip Fracture*. The NHANES I Epidemiologic Follow-up Study. Journal of the American Geriatrics Society, January, Vol 37, No 1, p. 9-16.
81. Farahmand BY, Persson PG, Michaëlsson K, Baron JA, Alberts A, Moradi T, Ljunghall S (2000). *Physical activity and hip fracture: a population-based case-control study*. Swedish Hip Fracture Study Group. Int J Epidemiol, April, Vol 29, No 2, p. 308-314.
82. Gregg EW, Cauley JA, Seeley DG, Ensrud KE, Bauer DC (1998). *Physical Activity and Osteoporotic Fracture Risk in Older Women*. Annals of Internal Medicine, 15 July, Vol 129, p. 81-88.
83. Gregg EW, Pereira MA, Caspersen CJ (2000). *Physical Activity, Falls, and Fractures Among Older Adults: A Review of the Epidemiologic Evidence*. Journal of the American Geriatrics Society, August, Vol 48, No 8, p. 883-893.
84. Cloutier MJ (2001). *Comparaison entre le BRD et deux tests fonctionnels, le TUG et l'échelle de Berg, auprès de personnes en perte d'autonomie et vivant à domicile: une étude préliminaire*. Physio-Québec, Hiver, Vol 25, No 3, p. 19-25.
85. Institut de la statistique du Québec (2000). *Chapitre 22 Consommation de médicaments*. MJ Papillon et coll., p. 445-460 dans *Enquête sociale et de santé 1998*. COLLECTION la santé et le bien-être, ISQ, 6 novembre, 642 p.
86. Institut de la statistique du Québec (2000). *Chapitre 4. Consommation d'alcool*. S Chevalier et coll., p. 117-133 dans *Enquête sociale et de santé 1998*. COLLECTION la santé et le bien-être, ISQ, 6 novembre, 642 p.
87. Bégin C, Bélanger-Bonneau H, Lavoie M, Lesage D, Parent M, St-Laurent M (2000). *Livre vert La sécurité routière au Québec: Un défi collectif. Mémoire*. Conseil des directeurs de la santé publique, Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec, 1^{er} trimestre, 48 p. et annexes.
88. Rodriguez JG, Sattin RW, Devito CA, Wingo WA (1991). *Developing an environmental hazards assessment instrument for falls among the elderly*. Chapter 22 dans « Reducing frailty and falls in older persons », Edited by Richard Weindruch, Evan C. Hadley et Marcia G. Ory, Charles C Thomas Publisher, p. 263-276.
89. Peel N, Steinberg M, Williams G (2000). *Home safety assessment in the prevention of falls among older people*. Australian and New Zealand Journal of Public Health, November, Vol 24, No 5, p. 536-539.
90. Kannus P, Parkkari J, Niemi S, Pasanen M, Palvanen M, Jarvinen M, Vuori I (2000). *Prevention of Hip Fracture in Elderly People with Use of a Hip Protector*. The New England Journal of Medicine, November 23, Vol 343, no 21, p. 1506-1513.
91. Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie (1994). *Prise de contact. Programme de services à domicile*. Document SAD-01-FS-94, reproduit avec la permission de la Régie régionale de Montréal-Centre, 4 p.
92. Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie (1994). *Évaluation de l'autonomie multivalentielle. Programme de services à domicile*. Document SAD-02-FS-94, reproduit avec la permission de la Régie régionale de Montréal-Centre, 20 p.
93. Direction de la santé publique de la RRSSS de Lanaudière et CLSC de la région de Lanaudière (2001). *Prévenir les chutes à domicile. Quelques conseils utiles*. Sous la supervision de C Bégin et coll., Mars 1994, version révisée en Août 2001, 8 p.
94. Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada (non daté). *L'information est la meilleure prescription. Ce que vous devriez savoir sur vos médicaments*. Ottawa, 16 p. et carnet.
95. DeVito CA, Lambert DA, Sattin RW, Bacchelli S, Ros A, Rodriguez JC (1988). *Fall Injuries Among the Elderly Community-based Surveillance*. Journal of the American Geriatrics Society, November, Vol 36, No 11, p. 1029-1035.
96. Tang PF, Moore S, Woollacott MH (1998). *Correlation Between Two Clinical Balance Measures in Older Adults: Functional Mobility and Sensory Organization Test*. Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES, Vol 53A, No 2, p. M140-M146.
97. Whitney SL, Poole JL, Cass SP (1998). *A Review of Balance Instruments for Older Adults*. The American Journal of Occupational Therapy, Vol 52, No 8, p. 666-671.

98. Tinetti ME (1986). *Performance-Oriented Assessment of Mobility Problems in Elderly Patients*. Journal of the American Geriatrics Society, February, Vol 34, No 2, p. 119-126.
99. Berg K (1989). *Balance and its measure in the elderly : a review*. Physiotherapy Canada, September/October, Vol 41, No 5, p. 240-246.
100. Berg KO, Maki BE, Williams JI, Holliday PJ, Wood-Dauphinee SL (1992). *Clinical and Laboratory Measures of Postural Balance in an Elderly Population*. Archives of Physical Medicine Rehabilitation, November, Vol 73, p. 1073-1080.
101. Alexander NB, Fry-Welch DK, Ward ME, Folkmier LC (1992). *Quantitative Assessment of Bed Rise Difficulty in Young and Elderly Women*. Journal of the American Geriatrics Society, July, Vol 40, p. 685-691.
102. Institut de la statistique du Québec (2000). *Annexe 2. Questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI). Section IV - CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS*. p. 10-34 dans *Enquête sociale et de santé 1998*. COLLECTION la santé et le bien-être, ISQ, 6 novembre, 642 p.
103. Institut de la statistique du Québec (2000). *Annexe 3. Questionnaire autoadministré (QAA) VI - L'ALCOOL*. p. 15-17 dans *Enquête sociale et de santé 1998*. COLLECTION la santé et le bien-être, ISQ, 6 novembre, 642 p.
104. Stevens, JA, Olson SJ (1999). *Check For Safety. A Home Fall Prevention Checklist for Older Adults*. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, October, 12 p.
105. Rodriguez JG, Baughman AL, Sattin RW, DeVito CA, Ragland DL, Bacchelli S, Stevens JA (1995). *A standardized instrument to assess hazards for falls in the home of older persons*. Accident Analysis and Prevention, October, Vol 27, No 5, p. 625-631.
106. Québec (Province). Ministère de la Santé et des Services sociaux (1999). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002. Vers l'atteinte des résultats attendus : 1^{er} bilan*. Direction générale de la santé publique, Édition produite par la Direction des communications, 146 p.
107. Allard D (2001). *L'évaluation en l'an 2000 : comment s'y retrouver ?* Atelier de formation, Institut national de santé publique du Québec - Connaissance et analyse, Direction de la santé publique, RRSSS Montréal-Centre, 23 janvier, 17 p.
108. Gill TM, Williams CS, Tinetti ME (2000). *Environmental Hazards and the Risk of Nonsyncopal Falls in the Homes of Community-Living Older Persons*. Medical Care, December, Vol 38, No 12, p. 1174-1183.
109. Smith RD, Widiatmoko D (1998). *The cost-effectiveness of home assessment and modification to reduce falls in the elderly*. Australian and New-Zealand Journal of Public Health, June, Vol 22, No 4, p. 436-440.
110. Campbell AJ, Robertson MC, Gardner MM, Norton RN, Tilyard MW, Buchner DM (1997). *Randomised controlled trial of a general practice programme of home based exercise to prevent falls in elderly women*. British Medical Journal, 25 October, Vol 315, No 7115, p. 1065-1069.
111. Robertson MC, Devlin N, Gardner MM, Campbell AJ (2001). *Effectiveness and economic evaluation of a nurse delivered home exercise programme to prevent falls. 1 : Randomised controlled trial*. British Medical Journal, 24 March, Vol 322, No 7288, p. 1-6.
112. Robertson MC, Devlin N, Gardner MM, Campbell AJ (2001). *Effectiveness and economic evaluation of a nurse delivered home exercise programme to prevent falls. 2 : Controlled trial in multiple centres*. British Medical Journal, 24 March, Vol 322, No 7288, p. 1-5.
113. Tideiksaar R (1992). *Falls Among the Elderly : A Community Prevention Program*. American Journal of Public Health, June, Vol 82, No 6, p. 892-893.
114. Rubenstein L (2000). *Hip Protectors – A Breakthrough in Fracture Prevention*. The New England Journal of Medicine, November 23, Vol 343, No 21, p. 1562-1563.
115. Kamel HK, Guro-Razuman S, Shareeff M (2000). *The Activities of Daily Vision Scales : A Useful Tool to Assess Fall Risk in Older Adults with Vision Impairment*. Journal of the American Geriatrics Society, November, Vol 48, No 11, p. 1474-1477.
116. Carter SE, Campbell EM, Sanson-Fisher RW, Gillespie WJ (2000). *Accidents in older people living at home : a community-based study assessing prevalence, type, location and injuries*. Australian and New-Zealand Journal of Public Health, December, Vol 24, No 6, p. 633-636.
117. Salked G, Cumming RG, O'Neill E, Thomas M, Szonyi G, Wesbury C (2000). *The cost effectiveness of home hazard reduction program to reduce falls among older persons*. Australian and New-Zealand Journal of Public Health, June, Vol 24, No 3, p. 265-271.
118. Hill K, Schwarz J, Flicker L, Carroll S (1999). *Falls among healthy, community-dwelling, older women : a prospective study of frequency, circumstances, consequences and prediction accuracy*. Australian and New-Zealand Journal of Public Health, February, Vol 23, No 1, p. 41-48.
119. Wagner EH, LaCroix AZ, Grothaus L, Leveille SG, Hecht JA, Artz K, Odle K, Buchner DM (1994). *Preventing Disability and Falls in Older Adults : A Population-Based Randomized Trial*. American Journal of Public Health, November, Vol 84, No 11, p. 1800-1806.
120. Northridge ME, Nevitt MC, Kelsey JL, Link B (1995). *Home Hazards and Falls in the Elderly : The Role of Health and Functional Status*. American Journal of Public Health, Vol 85, No 4, p. 509-515.

121. Québec (Province). Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). *Surveillance de la mortalité au Québec : 1977-1998*. Direction générale de la santé publique, Mars, 253 p.
122. Guillemette A, Brassard J, Marquis G, Cadieux É, Lemire L, Goneau M, Leclerc BS et coll. (2001). *Où en est la santé dans Lanaudière ? Principaux résultats de l'Enquête sociale et de santé 1998*. Direction de la santé publique, RRSSS de Lanaudière, Mai, 271 p.
123. Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie (2001). *Formulaires et outils de cueillette de données. Résultats du dépistage des facteurs de risque*. Document non publié, Direction de la santé publique, Janvier, pages multiples.
124. Larose D (non daté). *Ma médication ça me concerne. Information destinée aux personnes âgées de 65 ans et plus*. Centre hospitalier et Centre de réadaptation Antoine Labelle, non paginé.
125. Chen HT (1990). *Theory-Driven Evaluations*. Part IV Causative Evaluations : Basic Types. SAGE Publications, p. 218-254.
126. Tilley N (1996). *Demonstration, Exemplification, Duplication and Replication in Evaluation Research*. Evaluation, SAGE Publications, Vol 2, No 1, p. 35-50.
127. Radaelli CM, Dente B (1996). *Evaluation Strategies and Analysis of the Policy Process*. Evaluation, SAGE Publications, Vol 2, No 1, p. 51-66.
128. Lipsey MW (1997). *What Can You Build with Thousands of Bricks ? Musings on the Cumulation of Knowledge in Program Evaluation*. New Direction for Evaluation, No 76, Winter, p. 7-23.
129. Funnell SC (2000). *Developing and Using a Program Theory Matrix for Program Evaluation and Performance Monitoring*. New Direction for Evaluation, No 87, Fall, p. 91-101.
130. Allard D, Bellemare M, Montreuil S, Marier M, Prévost J (non daté). *Évaluation d'implantation d'un programme d'ergonomie participative*. Direction de la santé publique, RRSSS de Montréal-Centre, Institut de recherche en santé et sécurité du travail du Québec, Département des relations industrielles, Université Laval, p. 1-4.
131. Institut de la statistique du Québec (2000). *Annexe 2. Questionnaire rempli par l'interviewer (QRI). Sections II et III – LIMITATION DES ACTIVITÉS et RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ OU AUX SERVICES SOCIAUX*. p. 12-22 dans *Enquête sociale et de santé 1998*. COLLECTION la santé et le bien-être, ISQ, 6 novembre, 642 p.
132. Payette H (non daté). *Développement, validation et évaluation d'un programme de dépistage nutritionnel pour les personnes âgées en perte d'autonomie vivant dans la communauté*. Centre de recherche en gérontologie et gériatrie, Centre d'expertise en gérontologie et gériatrie Inc., Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, pages multiples.
133. Hottin P (2001). *L'insomnie chez la personne âgée*. Le Médecin du Québec, Vol 36, No 8, Août, p. 45-53.
134. Québec (Province). Ministère de la Santé et des Services sociaux (2000). *Cadre normatif et protocole d'échange. Version 4. Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC*. Direction des communications, pages multiples.
135. Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie (1994). *Évaluation de l'autonomie Clientèle de soins court terme. Programme de services à domicile*. Document SAD-03-FS-94, reproduit avec la permission de la Régie régionale de Montréal-Centre, 4 p.
136. Marquis G, Cadieux É (2000). *Projections de la population selon le sexe et l'année d'âge. Région de Lanaudière et sous-régions, 1996 à 2021*. Service de connaissance/surveillance/recherche/évaluation, Direction de la santé publique, RRSSS de Lanaudière, 201 p.
137. Lemieux C (1999). *Guide de sensibilisation relatif à l'aménagement, au comportement et à l'entretien sécuritaires de la salle de bain par les personnes âgées vivant à domicile. Évaluation d'implantation du Guide*. Direction de la santé publique, RRSSS de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Automne, 57 p.
138. Leclerc BS, Lemire L, Poissant C (2000). *La fonction évaluation à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière. Cadre de référence pour une démarche participative*. Direction de la santé publique, RRSSS de Lanaudière, janvier, 65 p.
139. Cumming RG, Kelsey JL, Nevitt MC (1990). *Methodologic issues in the study of frequent and recurrent health problems. Falls in the elderly*. Annals of Epidemiology, October, Vol 1, No 1, p. 49-56.
140. Pierfitte C, Macouillard G, Thicoïpe M, Chaslerie A, Pehourcq F, Aïssou M, Martinez B, Lagnaoui R, Fourrier A, Bégau B, Dangoumau J, Moore N (2001). *Benzodiazepines and hip fractures in elderly people : case-control study*. British Medical Journal, Vol 322, No 7288, 24 March, p. 704-708.
141. Trickey F, Robitaille Y, Damestoy N, Genest C, Laforest S, Parisien M (2001). *Adoption naturelle du programme P.I.E.D. de 1997 à 2001. Bilan et perspectives*. Direction de la santé publique, RRSSS de Montréal-Centre, Décembre, 18 p.
142. Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie (1994). *Profil évolutif de l'autonomie. Programme de services à domicile*. Document SAD-04-FS-94, reproduit avec la permission de la Régie régionale de Montréal-Centre, 6 p.
143. CLSC du Havre (1992). *Guide d'animation des rencontres « Prévention des chutes à domicile »*. Service de soutien à domicile, 21 p. et annexes.
144. CLSC de Lanaudière (2002). *Projet de prévention de chutes à domicile. Programme d'exercices de groupe*. Février, non paginé.

145. Ordre professionnel des diététistes du Québec (2000). *Manuel de nutrition clinique. Section 1.2 Évaluation nutritionnelle.* 22 p. et annexes.
146. Payette H, Gray-Donald K (1994). *Risk of malnutrition in an elderly population receiving home care services. Facts and research in gerontology (Supplement : Nutrition), p. 71-85.*

ANNEXES

Annexe 1 Projet de prévention des chutes à domicile, Résultats sommaires, CLSC de Joliette, Avril 1994 - juin 1996

CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES	% (nombre de cas sur le total)
- Vit seul	46,7 % (14/30)
- Avec conjoint seulement	30,0 % (9/30)
- Propriétaire	46,7 % (14/30)
HISTOIRE DE CHUTE ANTÉRIEURE	
- A fait au moins une chute au cours des deux dernières années	83,3 % (25/30)
Caractéristiques de la dernière chute	
- À l'intérieur du domicile	64,0 % (16/25)
- Lieu principal : cuisine	32,0 % (8/25)
- Le jour	56,0 % (14/25)
- Blessure ou problème de santé occasionné	68,0 % (17/25)
- Principale blessure : fracture	29,4 % (5/17)
- Principal événement déclencheur : perte d'équilibre	44,0 % (11/25)
FONCTIONNALITÉ	
- Aucune diminution des capacités cognitives depuis la dernière année	86,7 % (26/30)
- Diminution des capacités visuelles depuis la dernière année	75,0 % (12/16)
- Capacité à l'effort ou mobilité du corps réduite	90,0 % (27/30)
- Consommation de médicaments au cours des sept derniers jours	93,3 % (28/30)
- Aucune consommation d'alcool au cours de la dernière année	76,7 % (23/30)
ÉVALUATION DU DOMICILE	
- Adaptation du domicile au cours de la dernière année	46,7 % (14/30)
- Salle de bain	71,4 % (10/14)
Identification des éléments des pièces du domicile à modifier	
- Seuils de porte	33,3 % (10/30)
- Tapis de la salle de bain	36,7 % (11/30)
- Barres d'appui de la salle de bain	53,3 % (16/30)
- Revêtement de plancher (salle de bain, cuisine, chambre)	96,7 % (29/30)
- Siège de sécurité dans baignoire ou douche	40,0 % (12/30)
- Siège surélevé pour toilette	43,3 % (13/30)
- Accès aux fenêtres et portes	40,0 % (12/30)
- Tapis ou carpepe	63,3 % (19/30)
- Accessibilité des tablettes, tringles, paniers dans garde-robes	43,3 % (13/30)
Escaliers et entrées du domicile (extérieur et intérieur)	
- Rebord des marches	63,3 % (19/30)
- Marches recouvertes d'un fini antidérapant	36,7 % (11/30)
- Main courante	63,3 % (19/30)
- Seuil de porte	46,7 % (14/30)

Annexe 1 (suite) Projet de prévention des chutes à domicile, Résultats sommaires, CLSC de Joliette, Avril 1994 - juin 1996

CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES	% (nombre de cas sur le total)
HABITUDES DE VIE	
- Identification des habitudes de vie usuelles	
- Lampe de poche à la portée de la main si panne d'électricité	63,3 % (19/30)
- Utiliser un escabeau solide et recouvert d'antidérapant	46,7 % (14/30)
- Garder du gros sel ou sable à la portée de la main en hiver	46,7 % (14/30)
SOLUTIONS RETENUES	
- Nombre d'usagers avec au moins une solution retenue	80,0 % (24/30)
- Domicile	
- Éléments identifiés	299
- Éléments identifiés avec solution retenue	52
- Solution retenue avec modification effectuée ou en cours	25
- Habitudes de vie	
- Éléments identifiés avec solution retenue	33
- Solution retenue avec modification effectuée ou en cours	20

Source: Plourde D, Bégin C (1996). L'ergothérapeute, chef de file pour aiguiller l'équipe de maintien à domicile dans la promotion de la prévention des chutes. CLSC de Joliette et Direction de la santé publique, RRSSS de Lanaudière, Congrès de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, 3-4-5 octobre, Laval, 7 p. et annexes.

Annexe 2 Estimation de la population âgée de 55 ans et plus selon le groupe d'âge, le sexe et le territoire de CLSC, région de Lanaudière, au 1^{er} juillet 2001

CLSC	Groupe d'âge								
	55-59			60-64			65-69		
	H	F	T	H	F	T	H	F	T
D'Autray	1 311	1 278	2 589	1 022	994	2 016	921	934	1 855
Matawinie	1 583	1 539	3 122	1 442	1 488	2 930	1 576	1 464	3 040
Joliette	1 764	1 838	3 602	1 292	1 391	2 683	1 109	1 246	2 355
Montcalm	1 189	1 151	2 340	1 136	989	2 125	913	858	1 771
Lamater	3 108	2 775	5 883	1 896	1 782	3 678	1 315	1 275	2 590
Meilleur	3 261	3 139	6 400	2 133	1 977	4 110	1 532	1 724	3 256
Lanaudière	12 216	11 720	23 936	8 921	8 621	17 542	7 366	7 501	14 867
	70-74			75-79			80-84		
	H	F	T	H	F	T	H	F	T
D'Autray	741	803	1 544	533	621	1 154	246	478	724
Matawinie	1 173	1 054	2 227	679	880	1 559	399	411	810
Joliette	979	1 228	2 207	682	1 038	1 720	373	691	1 064
Montcalm	693	697	1 390	453	497	950	195	298	493
Lamater	903	983	1 886	465	730	1 195	196	333	529
Meilleur	1 245	1 421	2 666	680	927	1 607	305	506	811
Lanaudière	5 734	6 186	11 920	3 492	4 693	8 185	1 714	2 717	4 431
	85-89			90 ET PLUS					
	H	F	T	H	F	T			
D'Autray	127	259	386	27	114	141			
Matawinie	128	256	384	50	132	182			
Joliette	139	399	538	68	222	290			
Montcalm	88	136	224	28	120	148			
Lamater	61	167	228	23	93	116			
Meilleur	104	239	343	23	116	139			
Lanaudière	647	1 456	2 103	219	797	1 016			
	55 ET PLUS			65 ET PLUS					
	H	F	T	H	F	T			
D'Autray	4 928	5 481	10 409	2 595	3 209	5 804			
Matawinie	7 030	7 224	14 254	4 005	4 197	8 202			
Joliette	6 406	8 053	14 459	3 350	4 824	8 174			
Montcalm	4 695	4 746	9 441	2 370	2 606	4 976			
Lamater	7 967	8 138	16 105	2 963	3 581	6 544			
Meilleur	9 283	10 049	19 332	3 889	4 933	8 822			
Lanaudière	40 309	43 691	84 000	19 172	23 350	42 522			

Source: Marquis G, Cadieux É (2000). *Projections de la population selon le sexe et l'année d'âge. Région de Lanaudière et sous-régions. 1996 à 2021.* RRSSS de Lanaudière, DSP, Service de connaissance/surveillance/recherche/évaluation.

Annexe 3 « Lettre aux pharmaciens et aux médecins »

St-Charles-Borromée, le 14 juin 2001

Aux pharmaciens de la région de Lanaudière

OBJET : Projet de prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile

Bonjour,

La présente a pour but de vous informer de la mise en œuvre d'un projet-pilote régional portant sur la prévention des chutes à domicile chez les personnes de 65 ans et plus inscrites au service de maintien à domicile (MAD) des CLSC de la région de Lanaudière. Ce projet, qui est sous la coordination de la Direction de santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, va nécessiter votre collaboration en tant que pharmacien, et ce, dans le cadre de vos activités régulières. Il doit s'échelonner sur une période de trois ans, soit de 2001 à 2004 et son implantation se fera en septembre prochain. Un processus d'évaluation est prévu.

Le projet vise à prévenir l'incidence des chutes chez cette clientèle en effectuant un dépistage de cinq facteurs de risque associés aux chutes à domicile : l'état nutritionnel, l'équilibre et la motricité, la consommation de médicaments, la consommation d'alcool et l'environnement domiciliaire. Les personnes visées par ce projet sont les usagers du MAD âgés de 65 ans et plus qui acceptent de participer sur une base volontaire. En plus du dépistage des facteurs de risque, elles recevront gratuitement les brochures suivantes : « PRÉVENIR LES CHUTES À DOMICILE ; QUELQUES CONSEILS UTILES » et L'INFORMATION EST LA MEILLEURE PRESCRIPTION ; CE QUE VOUS DEVRIEZ SAVOIR SUR VOS MÉDICAMENTS ». Comme la prévention des chutes à domicile doit débiter tôt, toutes les personnes de 55 ans et plus inscrites au MAD recevront également les deux brochures.

Pour chacun des facteurs où il y a présence d'un risque, une intervention est prévue et soumise au participant. Dans tous les cas, le suivi et la référence passent par le CLSC via l'intervenant désigné au projet. La référence peut être destinée à l'interne ou à l'externe. C'est particulièrement le cas pour le dépistage d'une consommation inappropriée de médicaments qui fera l'objet d'une référence auprès du médecin traitant de la personne âgée. Par le biais d'une fiche de liaison remplie par les intervenants du CLSC, certains problèmes potentiels au niveau des médicaments (prise de benzodiazépines ou de quatre médicaments ou plus par jour) seront portés à l'attention du médecin traitant qui pourra effectuer des correctifs allant dans le sens d'une diminution du risque de chute chez ces individus.

Les pharmaciens seront également interpellés et votre collaboration est requise étant donné qu'elle s'avère essentielle à la réussite de ce projet. Suite à la sensibilisation provoquée par ce dernier, les personnes âgées ainsi que les médecins sont davantage susceptibles de s'intéresser aux questions relatives aux médicaments, et par le fait même on peut s'attendre à ce que les pharmaciens du territoire lanauchois soient davantage sollicités. Vous êtes des partenaires importants pour que le projet-pilote de prévention des chutes s'avère un succès.

Si des informations supplémentaires s'avéraient nécessaires, je vous invite à communiquer avec monsieur Claude Bégin, agent de planification et programmation responsable du projet à la DSP ou avec D^{re} Sylvie Quirion, médecin-conseil à la DSP.

Veuillez agréer l'expression de mes salutations distinguées.

Le Directeur régional de la santé publique,



Laurent Marcoux

LM/jc

P:\Claude\Letchutepharmaciens.doc

Annexe 3 (suite) « Lettre aux pharmaciens et aux médecins »

St-Charles-Borromée, le 21 juin 2001

Aux médecins de la région de Lanaudière

(Remettre une copie à chaque médecin de votre clinique)

OBJET : Projet de prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile

Cher(ère) collègue,

La présente est pour vous informer de la mise en œuvre d'un projet-pilote régional portant sur la prévention des chutes à domicile chez les personnes de 65 ans et plus inscrites au service de maintien à domicile (MAD) des CLSC de la région de Lanaudière. Ce projet, qui est sous la coordination de la Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, va nécessiter votre collaboration en tant que médecin traitant, et ce, dans le cadre de vos activités régulières.

Le projet vise à prévenir l'incidence des chutes chez cette clientèle en effectuant un dépistage de cinq facteurs de risque associés aux chutes à domicile : l'état nutritionnel, l'équilibre et la motricité, la consommation de médicaments, la consommation d'alcool et l'environnement domiciliaire. Les personnes visées par ce projet sont les usagers du MAD âgés de 65 ans et plus qui acceptent de participer sur une base volontaire. En plus du dépistage des facteurs de risque, elles recevront gratuitement les brochures suivantes : « PRÉVENIR LES CHUTES À DOMICILE; QUELQUES CONSEILS UTILES » et « L'INFORMATION EST LA MEILLEURE PRESCRIPTION; CE QUE VOUS DEVRIEZ SAVOIR SUR VOS MÉDICAMENTS ». Comme la prévention des chutes à domicile doit débiter tôt, toutes les personnes de 55 ans et plus inscrites au MAD recevront également les deux brochures.

Pour chacun des facteurs où il y a présence d'un risque, une intervention est prévue et soumise au participant. Dans tous les cas, le suivi et la référence passent par le CLSC via l'intervenant désigné au projet. La référence peut être destinée à l'interne ou à l'externe. C'est particulièrement le cas pour le dépistage d'une consommation inappropriée de médicaments ou d'alcool qui fera l'objet d'une référence auprès du médecin traitant de la personne âgée. Par le biais d'une fiche de liaison remplie par les intervenants du CLSC, certains problèmes potentiels au niveau des médicaments (prise de benzodiazépines ou de quatre médicaments ou plus par jour) ou de la consommation d'alcool seront portés à l'attention du médecin traitant qui pourra effectuer des correctifs allant dans le sens d'une diminution du risque de chute chez ces individus. Les médecins sont donc des partenaires importants et votre collaboration est sollicitée étant donné qu'elle s'avère essentielle à la réussite de ce projet.

Ce projet-pilote s'inscrit dans le cadre des « Priorités nationales de santé publique » et il figure également dans le « Programme de santé publique 1997-2002 » de la Régie régionale de Lanaudière. Le projet-pilote doit s'échelonner sur une période de trois ans, soit de 2001 à 2004 et son implantation est prévue pour septembre prochain. Un processus d'évaluation est prévu.

.../2

.../2

Si des informations supplémentaires s'avéraient nécessaires, je vous invite à communiquer avec monsieur Claude Bégin, agent de planification et programmation responsable du projet à la DSP ou avec D^{re} Sylvie Quirion, médecin-conseil à la DSP.

En vous remerciant de votre collaboration habituelle, veuillez agréer, docteur, l'expression de mes salutations distinguées.

Le Chef du Département régional de médecine générale,

Docteur Alain Boudrias

AB/jc

c.c. : - D^r Laurent Marcoux, Directeur de la santé publique
- M^{me} Ginette Lampron, Direction de la santé publique

P:\Claude\Let chute aux médecins-29-05-2001.doc

Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet

« Fiche de demande CLSC » (SIC +, Modèle - page de titre reproduite), Étape 1

FORMULAIRE SIC +		Urgence: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Identification CLSC		<u>Inscription – Demande – Assignations</u>	
Nom	<input type="text"/>	NAM ...	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>	Date nais.	<input type="text"/>
Nom usuel	<input type="text"/>	Titre	<input type="text"/>
		Expiration <input type="text"/>	
Adresse permanente			
No, Rue	<input type="text"/>	Domicile	<input type="text"/>
Ville	<input type="text"/>	Travail	<input type="text"/>
C. postal	<input type="text"/>	Conf. <input type="checkbox"/>	
Urgence			
Nom	<input type="text"/>	Téléphone	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>	Lieu de nais.	<input type="text"/>
Père	<input type="text"/>	Nationalité	<input type="text"/>
Mère	<input type="text"/>	Langue demandée	<input type="text"/>
Conjoint(e)	<input type="text"/>		
Demande			
Type de demande	<input type="checkbox"/> Individuelle	No dossier	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Couple		<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Demande de service	<input type="checkbox"/> Famille		<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Demande de service normalisée	<input type="checkbox"/> Groupe		<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Information	<input type="checkbox"/> Communautaire		<input type="text"/>
* Codes disponibles verso			
Date de réception	<input type="text"/>	Intervenant	<input type="text"/>
Référé par	<input type="text"/>	*Sous-programme	<input type="text"/>
Nom du référé	<input type="text"/>	Installation	<input type="text"/>
Tél. du référé	() - <input type="text"/>	Usager non avisé <input type="checkbox"/>	
*Objet	<input type="text"/>		
Nature	<input type="text"/>		
*Décision <input type="checkbox"/>	Épisode de service	Date de début	<input type="text"/>
		Installation	<input type="text"/>
Assignations			
Date de début	<input type="text"/>	Sous-programme	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Intervenant(s) demandé(s)	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Pivot	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	Date de début	<input type="text"/>

Signature de l'intervenant _____ Date _____

Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet

« Évaluation de l'autonomie multiclientèle » (SAD-02-FS-94, page de titre reproduite), Étape 2

Nom: _____

No dossier: _____

ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE MULTICLIENTÈLE

PROGRAMME DE SERVICES À DOMICILE



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE LAVAL

SAD - 02 - FS - 94

© Régie Régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1994
reproduit par la Régie régionale de Laval avec la permission de la Régie régionale de Montréal-Centre.

1

Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet

« Évaluation de l'autonomie Clientèle de soins court terme » (SAD-03-FS-94, page de titre reproduite), Étape 2

	ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE CLIENTÈLE DE SOINS COURT TERME PROGRAMME DE SERVICES À DOMICILE			
Nom: _____ No dossier: _____				
ÉTAT DE SANTÉ				
Préciser, s'il y a lieu, la source d'information: Usager, Proche, Évaluateur	PROBLÈME			
1. HISTOIRE DE SANTÉ PERSONNELLE ET FAMILIALE ET DIAGNOSTICS ACTUELS (maladies physiques et mentales, anomalies congénitales, hospitalisation, chirurgies, traumatismes)				
_____ _____ _____ _____ _____				
Allergies (médicament, alimentation, environnement): _____				
2. SANTÉ PHYSIQUE ACTUELLE				
Difficultés rencontrées ou observations spécifiques:	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%; text-align: center;">non</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">oui</td> <td style="width: 50%;">Si oui, préciser:</td> </tr> </table>	non	oui	Si oui, préciser:
non	oui	Si oui, préciser:		
• Fonction digestive (douleur, nausées, vomissements, diarrhée, constipation, gaz...)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 50%;">_____</td> </tr> </table>	M	M	_____
M	M	_____		
• Fonction respiratoire (douleur, toux, expectorations, difficultés respiratoires...)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 50%;">_____</td> </tr> </table>	M	M	_____
M	M	_____		
• Fonction cardio-vasculaire (douleur, palpitations, stimulateur cardiaque...)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 50%;">_____</td> </tr> </table>	M	M	_____
M	M	_____		
• Fonction génito-urinaire (douleur, problème urinaire, problème gynécologique ou génital...)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 50%;">_____</td> </tr> </table>	M	M	_____
M	M	_____		
• Fonction motrice (douleur, déformation, limitation des mouvements, force, coordination, tremblement, équilibre, endurance physique...)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 50%;">_____</td> </tr> </table>	M	M	_____
M	M	_____		
• Fonction sensorielle: yeux, oreilles, nez, bouche, toucher (douleur, écoulement, inflammation, sensibilité...)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 50%;">_____</td> </tr> </table>	M	M	_____
M	M	_____		
• Condition de la peau (plaie, rougeur, œdème écoulement...)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 50%;">_____</td> </tr> </table>	M	M	_____
M	M	_____		
• Autres informations	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 50%;">_____</td> </tr> </table>	M	M	_____
M	M	_____		
Taille: _____ Poids: _____ Gain ou perte de poids: _____				
Si pertinent: T.A. _____ Pouls _____ Resp. _____ T° _____				
Commentaires: _____	Problème non _____ <input type="checkbox"/> N à résoudre oui _____ <input type="checkbox"/> O			

SAD - 03 - FS - 94

Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet

« Lettre de présentation du projet au participant » (Modèle), Étape 2

Papier à lettres à en-tête du CLSC

LETTRE DE PRÉSENTATION DU PROJET AU PARTICIPANT (MODÈLE)

Objet : Invitation à participer à un projet de prévention des chutes à domicile

Madame, Monsieur,

Les CLSC de la région de Lanaudière et la Direction de santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière vous offrent la possibilité de participer à un projet de prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

Saviez-vous que les chutes sont fréquentes chez les personnes âgées et que leurs conséquences sont parfois importantes ? Bien que personne ne soit à l'abri d'une chute, il est possible d'en prévenir certaines en agissant sur les risques qui peuvent occasionner la chute. QUELS SONT CES RISQUES? Par exemples, l'alimentation, l'équilibre et la motricité, la consommation de médicaments et d'alcool (bière, vin, spiritueux) ainsi que l'aménagement du domicile sont souvent associés aux risques de chute.

QUE FAUT-IL FAIRE POUR LES PRÉVENIR? Vous pouvez participer au projet de prévention des chutes offert par votre CLSC. Si vous acceptez, un intervenant du CLSC se rendra chez vous pour faire une évaluation des facteurs énumérés précédemment.

Votre participation est absolument libre et volontaire. Vous pouvez cesser de participer au projet en tout temps, et sans délai, et vous continuez de recevoir les services de maintien à domicile. Certains renseignements seront transmis à la Direction de santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, responsable de l'évaluation du projet, mais aucun d'entre eux ne permettra de vous identifier. Tous les renseignements obtenus dans le cadre du projet sont soumis aux règles sur la protection des renseignements personnels.

Le projet régional a débuté en octobre 2001 et il va se terminer en mars 2005. Nous souhaitons que votre participation dure jusqu'à cette date. Si, lors de l'évaluation, nous détectons la présence d'un facteur de risque, nous allons vous suggérer des mesures de prévention pour améliorer votre situation. Nous allons vous soutenir dans le suivi de ces mesures. Nous referons une nouvelle évaluation des facteurs à tous les six mois.

Nous sommes disponibles pour répondre à toutes vos questions sur le sujet et nous espérons vivement que vous accepterez de participer à ce projet.

Veillez recevoir, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le (La) Chef de programme en maintien à domicile

Signature

Nom de l'intervenant désigné : _____ No téléphone : _____

(Version anglaise disponible sur demande)

Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet
« Lettre de présentation du projet au participant » (Modèle, version anglaise), Étape 2

FALL PREVENTION PROJECT PRESENTATION LETTER (MODEL)

Object : Invitation to participate in a residential fall prevention project

Madam, Sir,

The CLSC's of Lanaudière and the Regional Public Health Department offer you an opportunity to participate in a residential fall prevention project aimed at individuals 65 years of age and older.

Did you know that falls are frequent in the elderly and that their consequences are sometimes important (for example, hip fracture or other complications) ? Even though nobody can be completely sure of never experiencing a fall, it is possible to prevent a number of them by working on certain risk factors. These are related to nutrition, balance and mobility, intake of medicinal drugs (prescribed and over the counter), consumption of alcohol, and characteristics of the indoor environment.

WHAT CAN YOU DO TO PREVENT A FALL ? If you agree to participate in this project somebody from the CLSC will visit you at home to perform an assessment of the risk factors described above. If during the assessment the presence of risk factors is noted, measures to eliminate or reduce them will be proposed to you. You will be given support to follow through with these measures. Every 6 months, a new risk factor assessment will be performed.

This regional project began in October 2001 and will end in March of 2005. We hope that your participation lasts until that time. However, the latter is absolutely free and voluntary. You can terminate it at any time during the project and continue to receive the home services. All information obtained throughout this project is subjected to the personal information protection rules. Certain information will be forwarded to the public health department for project evaluation purposes but your identity will remain protected.

We are available to answer any question you might have and truly hope that you will participate in this project aimed at reducing falls at home in the elderly.

Sincerely yours,

Chief of home services program

Signature

Name of designated CLSC intervener : _____ Telephone number : _____

(French version available upon request)

Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet

« Fiche de référence interne » (Interservices, Modèle - page de titre reproduite), Étapes 3, 5, 6



FICHE DE RÉFÉRENCE INTERNE

_____	____/____/____	_____
Nom du client	Date de naissance	No. dossier
_____	_____	
Adresse	No. téléphone	

<p>Service(s) demandé(s):</p> <p>π Infirmière π Médecin</p> <p>π Psychosocial</p> <p>π Ergothérapie π Physiothérapie</p> <p>π Auxiliaire familiale</p> <p>π Éducatrice</p> <p>π _____</p>	<p>Clientèle / programme:</p> <p>π 0 – 5π 5 – 11 π 12 – 18 π Adultes π MAD</p> <p>π SIMAD _____ π DIMOS _____</p> <p>π PAAMPH _____ π Centre de Jour π Centre de l'asthme</p> <p>π Clinique santé π Santé mentale π IVG</p> <p>π Accueil psychosocial</p> <p>π _____</p>
<p>Objet de la référence (état de situation actuelle et problématique): _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

Contexte du suivi en lien avec l'objet de la référence: π Référer au dossier
 [Problème(s), intervention(s), réalisée(s) ou planifiée(s), moyens/ressources envisagées, consultations extérieures]

π Cessation du suivi le: _____ π Poursuite du suivi par l'intervenant référant

Remarques: _____

Impression clinique: _____

Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet
« Évaluation du risque nutritionnel », Étape 4

4.2 RISQUE NUTRITIONNEL (Besoin d'aide alimentaire)	Nom et prénom : _____ NIP : _____
	CLSC # : 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ()
	Dossier # : _____
	Date de naissance : ____ / ____ / ____ An Mois Jour
	Évaluation # : 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ()

1. Calcul de l'IMC	Encercler la réponse	
Poids actuel : _____ kg ou _____ lbs Taille actuelle : _____ m ou _____ pi, _____ po IMC : _____ kg/m ²		
2. La personne est maigre	IMC < 20	2
	IMC entre 20 et 23,9	1
	IMC ≥ 24	0
3. Avez-vous perdu du poids au cours de la dernière année ?	Oui	1
	Non	0
4. Souffrez-vous d'arthrite ou d'autres maladies qui nuisent à vos activités ?	Oui	1
	Non	0
5. Même avec vos lunettes, est-ce que votre vue est...	Bonne	0
	Moyenne	1
	Faible	2
6. Avez-vous bon appétit ?	Souvent	0
	Quelquefois	1
	Jamais	2
7. Avez-vous vécu dernièrement un événement qui vous a beaucoup affecté (ex. : maladie personnelle/décès d'un proche) ?	Oui	1
	Non	0
8. LA PLUPART DU TEMPS, que prenez-vous comme petit déjeuner ?	Oui	0
	Non	1
a) Fruit ou jus de fruits (groupe alimentaire <i>légumes et fruits</i>)		
b) Œuf ou fromage ou beurre d'arachide (groupe alimentaire <i>viande et substituts</i>)	Oui	0
	Non	1
c) Pain ou céréales (groupe alimentaire <i>produits céréaliers</i>)	Oui	0
	Non	1
d) Lait (groupe alimentaire <i>produits laitiers</i>)	Oui	0
	Non	1

TOTAL : _____

RÉSULTAT OBTENU		RECOMMANDATIONS
	Risque nutritionnel	
6-13	Élevé	Référence à un professionnel en nutrition et
3-5	Modéré	Surveillance alimentaire constante (s'informer régulièrement de l'alimentation, donner des conseils, des encouragements...)
0-2	Faible	Vigilance quant à l'apparition d'un facteur de risque (ex. : changement de situation, perte de poids, etc.)

Commentaires :

Signature de l'intervenant : _____ Date : _____

Source : (Adapté de) Payette H (non daté). *Développement, validation et évaluation d'un programme de dépistage nutritionnel pour les personnes âgées en perte d'autonomie vivant dans la communauté*. Centre de recherche en gérontologie et gériatrie, Centre d'expertise en gérontologie et gériatrie Inc., Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, pages multiples.

Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet
« Évaluation du risque nutritionnel » (Instructions), Étape 4

RISQUE NUTRITIONNEL - INSTRUCTIONS

Ce questionnaire a été élaboré pour identifier les personnes âgées qui requièrent de l'aide pour améliorer leur alimentation et combler leurs besoins nutritionnels. Il a été conçu pour être utilisé par le personnel des services d'aide à domicile. Les réponses aux questions sont obtenues au moyen d'une entrevue. Le chiffre encerclé correspond à la réponse de la personne âgée et non au jugement de l'interviewer, sauf pour un énoncé : LA PERSONNE EST MAIGRE, qui est déterminé par l'IMC.

1. **Calcul de l'IMC**
 - Le poids est déclaré par le participant et la taille est mesurée par l'intervenant
 - L'IMC est identifié avec l'outil à la page 74
2. **La personne est maigre**
 - Après 65 ans, la gamme des poids-santé se situe d'un IMC de 24 à 29 inclusivement¹⁴⁶
3. **Avez-vous perdu du poids au cours de la dernière année ?**
 - Le poids d'aujourd'hui est-il votre poids habituel ?
 - Toute perte de poids est notée OUI
4. **Souffrez-vous d'arthrite ou d'autres maladies qui nuisent à vos activités ?**
 - Autres maladies incapacitantes : arthrose, rhumatisme, Parkinson, fibromyalgie, etc.
Note : Le niveau d'incapacité physique ou la difficulté à se déplacer influence la capacité à se procurer les aliments, à préparer les repas ou à s'alimenter.
5. **Même avec vos lunettes, est-ce que votre vue est...**
 - Encercler 1 (moyenne) si difficulté à lire
 - Encercler 2 (faible) si difficulté à distinguer les aliments
6. **Avez-vous bon appétit ?** Réponse subjective du participant
7. **Avez-vous vécu dernièrement un événement qui vous a beaucoup affecté ?**
 - Dernièrement fait référence aux trois derniers mois
 - Autres exemples : déménagement, changement de personne ressource (parent ou intervenant)
Note : Certains événements peuvent influencer les comportements et les habitudes alimentaires.
8. **La plupart du temps, que prenez-vous comme petit déjeuner ?**
Il s'agit ici de la routine « habituelle » et non pas d'une journée en particulier
Cette question réfère aux quatre groupes alimentaires du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*
 - a) Fruits ou jus de fruits
Comprend : fruits frais, congelés, en conserve, compote, jus véritable, légumes et jus de légumes
Exclut : confitures, boissons, punches, nectars et cocktails aux fruits
 - b) Oeuf ou fromage ou beurre d'arachides
Comprend : cretons, viandes froides, jambon, saucisses, fèves au lard, autres légumineuses, humus, etc.
Exclut : bacon
 - c) Pain ou céréales
Comprend : crêpes, bagels, muffins, croissants, riz, pâtes alimentaires, etc.
 - d) Lait
Comprend : lait, un verre ou plus que ¼ tasse dans le café, yogourt, milkshake, pouding ou dessert au lait, crème glacée
Exclut : crème, colorant à café (« coffee mate »)

Selon le résultat obtenu, les recommandations suivantes sont proposées :

- La personne à *risque nutritionnel élevé* a besoin d'une évaluation nutritionnelle. En plus de conseils et d'encouragements, elle pourrait nécessiter de l'aide pour augmenter ses apports alimentaires.
- La personne à *risque nutritionnel modéré* nécessite des conseils et des encouragements répétés pour améliorer son alimentation et prévenir la détérioration de son état nutritionnel.
- La personne à *risque nutritionnel faible* doit quand même faire l'objet d'une surveillance. L'état nutritionnel des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile est généralement précaire. Tout changement de situation (perte d'un proche, grippe, déménagement, hospitalisation, etc.) risque d'amener une détérioration rapide de l'état nutritionnel.

Source : (Adapté de) Payette H (non daté). *Développement, validation et évaluation d'un programme de dépistage nutritionnel pour les personnes âgées en perte d'autonomie vivant dans la communauté*. Centre de recherche en gérontologie et gériatrie, Centre d'expertise en gérontologie et gériatrie Inc., Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, pages multiples.

Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet
« Évaluation du risque nutritionnel » (Procédures d'intervention), Étape 4

PROCÉDURES D'INTERVENTION

À la suite du résultat obtenu à l'aide de la grille de Payette, la nutritionniste assure un suivi auprès du participant ayant un risque nutritionnel modéré ou élevé. Son rôle consiste à documenter l'équilibre alimentaire et à favoriser une adéquation entre les besoins et les apports nutritionnels selon le cheminement suivant.

ÉVALUATION NUTRITIONNELLE

- ❖ Histoires médicale, pondérale et alimentaire.
- ❖ Fonctionnement du système digestif (dentition, digestion, élimination, etc.).
- ❖ Habitudes de vie, incluant les ressources alimentaires.
- ❖ Apports alimentaires.
- ❖ Analyse alimentaire par rapport aux besoins en énergie et en protéines.

OBJECTIFS DE L'INTERVENTION

1. Améliorer l'équilibre alimentaire et nutritionnel.
2. Régulariser la prise alimentaire (repas et collations).
3. Maintenir ou viser un poids-santé.
4. Améliorer l'utilisation des ressources alimentaires locales, si nécessaire.

RECOMMANDATIONS

- ❖ Apporter les correctifs alimentaires appropriés, en lien avec les objectifs 1, 2, 3.
- ❖ Suggérer des ressources alimentaires locales, si nécessaire.

CONCERTATION NUTRITIONNISTE / INTERVENANT DESIGNÉ

- ❖ Objectifs nutritionnels.
- ❖ Recommandations.
- ❖ Modalité de suivi du participant (rôle de chacun).

OUTILS DE TRAVAIL

- ❖ Feuillet (en cours d'élaboration).
- ❖ Autre documentation pertinente.

Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet
« Évaluation du risque nutritionnel » (Indice de masse corporelle), Étape 4

L'indice de masse corporelle vous signale si vous prenez des risques faibles, modérés ou élevés avec votre corps. À l'intérieur de la gamme des poids-santé, plusieurs poids peuvent convenir à votre taille – À vous de choisir celui qui vous est confortable !

L'indice de masse corporelle est reconnu par le Groupe d'experts des normes pondérales, un comité mis sur pied par Santé et Bien-être social Canada, de même que par un grand nombre de professionnels de la santé et d'agences gouvernementales à travers le monde. L'IMC est sûr, précis et fiable.

COMMENT TROUVER VOTRE IMC

1. Faites un X sur l'échelle A vis-à-vis votre taille.
2. Faites un X sur l'échelle B vis-à-vis votre poids actuel.
3. Avec une règle, tracez une ligne reliant les deux X.
4. Prolongez cette ligne jusque sur l'échelle C pour trouver votre IMC.

PAR EXEMPLE:

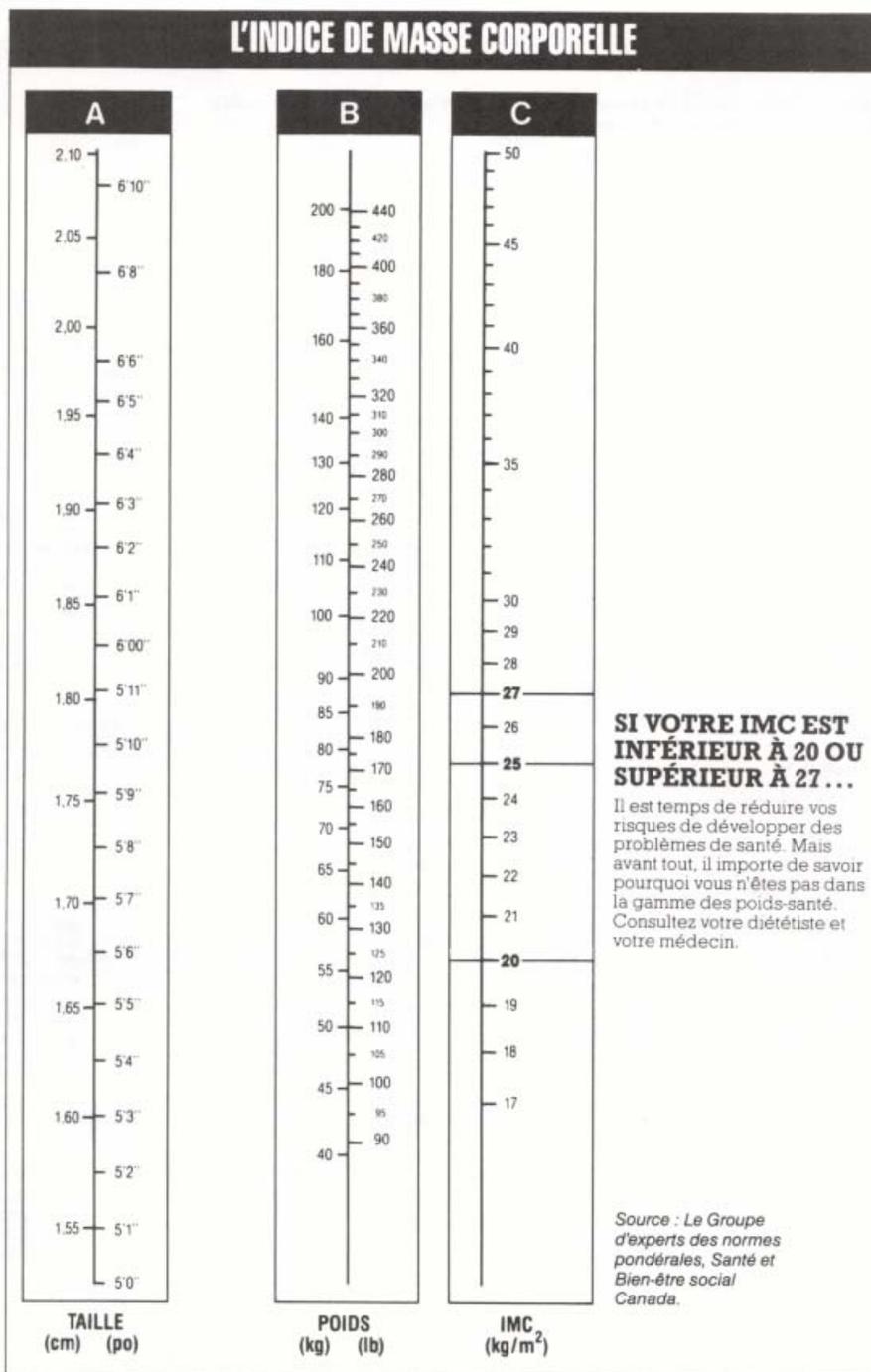
- Si François mesure 1,80 m (5'11") et pèse 85 kg (188 lb), son IMC est de 26 environ.
- Si Louise mesure 1,60 m (5'4") et pèse 60 kg (132 lb), son IMC est de 23 environ.

Moins de 20 : Un IMC inférieur à 20 pourrait être associé à des problèmes de santé chez certaines personnes. Il serait peut-être bon de consulter votre diététiste et votre médecin.

De 20 à 25 : Cet intervalle d'IMC est associé au plus faible risque de maladie chez la majorité des gens. Si vous êtes dans cet intervalle, restez-y !

De 25 à 27 : Un IMC situé dans cet intervalle est parfois associé à des problèmes de santé chez certaines personnes. La prudence est donc de mise dans vos habitudes de vie.

Plus de 27 : Un IMC supérieur à 27 est associé à des risques plus élevés de problèmes de santé tels que les maladies du cœur, l'hypertension et le diabète. Il serait peut-être bon de consulter votre diététiste et votre médecin.



L'IMC S'APPLIQUE À PRESQUE TOUT LE MONDE

- Cependant, l'IMC est inexact dans le cas des enfants et des adolescents de moins de 20 ans, des adultes de plus de 65 ans, des femmes enceintes et allaitantes, de même que dans le cas des personnes très musclées, comme les athlètes.

Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet

« Évaluation de l'équilibre et de la motricité » (« Échelle de Berg » et « Timed Up & Go »), Étape 4

4.3 ÉQUILIBRE ET MOTRICITÉ « <u>Échelle de BERG</u> » et « <u>Timed Up & Go</u> » (TUG)	Nom et prénom : _____ NIP : _____
	CLSC # : 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () Dossier # : _____ Date de naissance : _____ / _____ / _____ An Mois Jour Évaluation # : 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ()
Accessoire à la marche (préciser)	
1. Assis à debout	
2. Debout sans appui (2 minutes)	
3. Assis pieds au sol (2 minutes)	
4. Debout à assis	
5. Transferts	
6. Debout, yeux fermés (10 secondes)	
7. Debout, pieds joints (1 minute)	
8. Debout, bras étendus	
9. Ramasser un objet au sol	
10. Debout, regarde par-dessus épaule	
11. Pivoter à 360°	
12. Pied en alternance sur un banc	
13. Debout, pieds tandem (30 secondes)	
14. Debout sur une jambe	
Total " BERG "	_____ / 56
Total " Timed Up & Go "	_____ secondes
Commentaires	_____ _____ _____ _____
Recommandations : Aucune référence () Programme d'exercices individuels () Programme d'exercices de groupe () Référence en physiothérapie CLSC ()	
Signature de l'intervenant : _____ Date : _____	

Source : (Adapté de) Martel D (1999). *La chute et les troubles de l'équilibre chez la personne âgée. Évaluation et traitement*. Revu et corrigé, Avril.

Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet

« Évaluation de l'équilibre et de la motricité » (Instructions, « Berg », Étape 4

« Échelle de Berg » - Instructions	
<p>1. PASSER DE LA POSITION ASSISE À DEBOUT Instructions : Veuillez vous lever en essayant de ne pas vous aider avec les mains (4) peut se lever sans l'aide des mains et garder son équilibre (3) peut se lever seul avec l'aide des mains (2) peut se lever en s'aidant de ses mains, après plusieurs tentatives (1) besoin d'un peu d'aide à se lever ou garder l'équilibre (0) besoin d'une aide modérée ou importante pour se lever</p>	<p>(3) peut se pencher sans danger, 12,5 cm et plus, moins que 25 cm (2) peut se pencher sans danger, 5 cm et plus, moins que 12,5 cm (1) peut se pencher mais sous surveillance (0) a besoin d'aide à ne pas tomber</p>
<p>2. SE TENIR DEBOUT SANS APPUI Instructions : Essayez de rester debout deux minutes sans perdre appui (4) peut rester debout sans danger pendant 2 minutes (3) peut tenir debout pendant 2 minutes, sous surveillance (2) peut tenir debout 30 secondes sans prendre appui (1) doit faire plusieurs tentatives pour tenir debout 30 secondes sans prendre appui (0) est incapable de tenir debout 30 secondes sans aide de quelqu'un</p>	<p>9. RAMASSER UN OBJET AU SOL Instructions : Ramassez votre chaussure qui est devant vos pieds (4) peut ramasser sa chaussure facilement et sans danger (3) peut ramasser sa chaussure mais sous surveillance (2) ne peut ramasser, s'arrête à 2-5 cm de la chaussure et garde l'équilibre (1) ne peut pas ramasser sa chaussure, a besoin de surveillance (0) incapable d'essayer l'exercice / a besoin d'aide pour ne pas tomber</p>
<p>3. SE TENIR ASSIS, SANS APPUI, MAIS PIEDS AU SOL OU SUR UN TABOURET Instructions : Asseyez-vous les bras croisés pendant 2 minutes (4) peut rester assis(e) 2 minutes sans danger (3) peut rester assis(e) 2 minutes, sous surveillance (2) peut rester assis(e) 30 secondes (1) peut rester assis(e) 10 secondes (0) incapable de rester assis(e) sans appui, 10 secondes</p>	<p>10. SE RETOURNER POUR REGARDER PAR-DESSUS L'ÉPAULE GAUCHE ET L'ÉPAULE DROITE Instructions : Retournez-vous et regardez directement derrière vous par-dessus votre épaule gauche puis la droite (4) se retourne des deux côtés ; bon déplacement du poids (3) se retourne d'un côté seulement ; mais mauvais déplacement du poids de l'autre côté (2) se tourne de profil seulement en gardant son équilibre (1) a besoin de surveillance (0) a besoin d'aide à ne pas tomber</p>
<p>4. PASSER DE LA POSITION DEBOUT À ASSISE Instructions : Veuillez vous asseoir (4) peut s'asseoir correctement en s'aidant légèrement des mains (3) contrôle la descente avec ses mains (2) contrôle la descente avec le derrière des jambes sur la chaise (1) s'assoit sans aide, sans contrôler la descente (0) a besoin d'aide pour s'asseoir</p>	<p>11. PIVOTER SUR PLACE Instructions : Faites un tour complet de 360° et arrêtez, puis faites un autre tour complet de l'autre côté (4) peut tourner 360° sans danger de chaque côté, en moins de 4 secondes (3) peut tourner 360° sans danger d'un seul côté, en moins de 4 secondes (2) peut tourner 360° sans danger mais lentement (1) a besoin de surveillance ou de directives verbales (0) a besoin d'aide pour ne pas tomber</p>
<p>5. TRANSFERTS (Arranger les chaises pour un transfert pivot) Instructions : Assoyez-vous sur le siège avec accoudoirs et ensuite sans accoudoirs. On peut utiliser deux chaises (l'une avec et l'autre sans accoudoirs) ou un lit et une chaise (4) exécute sans difficulté, en s'aidant un peu des mains (3) exécute sans difficulté, en s'aidant beaucoup des mains (2) exécute l'exercice moyennement des instructions verbales et surveillance (1) a besoin d'être aidé par quelqu'un (0) a besoin de l'aide / surveillance de deux personnes afin d'être sécuritaire</p>	<p>12. DEBOUT ET SANS SUPPORT, PLACEMENT ALTERNATIF D'UN PIED SUR UNE MARCHE OU UN TABOURET Instructions : Placez en alternance un pied sur la marche ou un tabouret. Continuez jusqu'à ce que chaque pied ait touché le tabouret au moins 4 fois (4) peut se tenir sans appui, sans danger et toucher 8 fois en 20 secondes (3) peut se tenir debout sans appui et toucher 8 fois en plus de 20 secondes (2) peut toucher 4 fois sans aide et sous surveillance (1) ne peut toucher plus de 2 fois ; a besoin d'aide (0) a besoin d'aide pour ne pas tomber / ne peut faire l'exercice</p>
<p>6. SE TENIR DEBOUT LES YEUX FERMÉS Instructions : Fermez les yeux et restez immobile 10 secondes (4) peut se tenir debout sans appui (3) peut se tenir debout pendant 10 secondes sous surveillance (2) peut se tenir debout pendant 3 secondes (1) incapable de fermer les yeux plus de 3 secondes mais garde l'équilibre (0) a besoin d'aide à ne pas tomber</p>	<p>13. SE TENIR DEBOUT SANS APPUI, UN PIED DEVANT L'AUTRE Instructions : Placez un pied directement devant l'autre (faire une démonstration devant le sujet). Si impossible, faites un grand pas (pour obtenir trois points, la longueur du pas devra dépasser la longueur de l'autre pied et l'écart entre les pieds devra être à peu près l'équivalent d'un pas normal) (4) est capable de placer un pied directement devant l'autre sans aide et tenir la position 30 secondes (3) peut faire un grand pas sans aide et tenir la position 30 secondes (2) peut faire un petit pas sans aide et tenir la position 30 secondes (1) a besoin d'aide à faire un pas mais peut tenir 15 secondes (0) perd l'équilibre en faisant un pas ou en essayant de se tenir debout</p>
<p>7. SE TENIR DEBOUT LES PIEDS JOINTS Instructions : Placez vos pieds ensemble (4) peut joindre les pieds sans aide et rester 1 minute, sans danger (3) peut joindre les pieds sans aide et rester 1 minute, sous surveillance (2) peut joindre sans aide et rester debout moins de 30 secondes (1) a besoin d'aide à joindre les pieds mais peut tenir 15 secondes (0) a besoin d'aide pour exécuter l'exercice et ne peut se tenir debout plus de 15 secondes</p>	<p>14. SE TENIR DEBOUT SUR UNE SEULE JAMBE Instructions : Tenez debout sur une seule jambe le plus longtemps possible, sans appui (4) peut lever une jambe sans aide et tenir plus de 10 secondes (3) peut lever une jambe sans aide et tenir de 5 à 10 secondes (2) peut lever une jambe sans aide et tenir 3 secondes ou plus (1) essaie de lever une jambe mais ne peut tenir la position plus de 3 secondes, mais reste debout, sans aide (0) ne peut exécuter l'exercice ou a besoin d'aide pour ne pas tomber</p>
<p>8. DÉPLACEMENT VERS L'AVANT BRAS ÉTENDU (S) Instructions : Levez le bras à 90°. Étendez les doigts et allez le plus loin possible vers l'avant (4) peut se pencher sans danger, 25 cm et plus</p>	

Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet

« Évaluation de l'équilibre et de la motricité » (Procédures et interprétation, « Berg » et « TUG »), Étape 4

« Échelle de BERG » - Procédures et interprétation		
<p>Procédures d'application à suivre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expliquer et démontrer les épreuves. - Ne pas tenir le client lors du test. - Le client porte ses chaussures habituelles. - Le client choisit la jambe sur laquelle il va se tenir en équilibre unipodale (# 14) ainsi que celle qu'il placera à l'avant lors de l'épreuve pieds en tandem (# 13). - Utiliser un banc de la hauteur d'une marche normale pour l'épreuve 12, soit 195 mm (7,75 pouces). - Inscrive la note la plus basse lorsque vous hésitez entre deux résultats. - Aucune aide technique permise. 		
Résultats	Interprétations ¹	Recommandations (participant)
45 et plus / 56	Le résultat indique la non nécessité d'utiliser un accessoire à la marche.	Aucune référence. Remettre le programme d'exercices individuels.
31 à 44 / 56	Le résultat indique la nécessité d'utiliser un accessoire à la marche à l'extérieur ou pour les longues distances.	Participer au programme d'exercices de groupe. Remettre le programme d'exercices individuels. Référer en physiothérapie, s'il n'a pas d'accessoire à la marche.
20 à 30 / 56	Le résultat indique la nécessité d'utiliser un accessoire en tout temps	Référer en physiothérapie et, selon le cas, remettre le programme d'exercices individuels.
« Timed Up & Go » - Procédures et interprétation		
<p>Procédures d'application à suivre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le client porte ses chaussures habituelles. - On ne donne aucune assistance physique. - Le client peut utiliser un accessoire de marche si nécessaire. - Au début du test, le client est assis avec le dos appuyé au dossier de la chaise, les mains sont sur les appuis-bras. - Mesurer une distance de 3 mètres du bout du pied du client, faire une marque. - Consigne : à « GO », vous vous levez, vous marchez jusqu'à la ligne (à une vitesse confortable et sécuritaire), vous tournez et vous revenez vous asseoir sur la chaise. - Faire un essai sans chronomètre pour permettre au client de se familiariser avec ce test. - Demander au client de ne pas parler durant le test. - Lors du test chronométré, partir le chronomètre lorsque le dos du client ne touche plus au dossier de la chaise et arrêter le chronomètre lorsque le dos revient s'appuyer au dossier de la chaise. 		
Résultats	Interprétations ¹	Recommandations (participant)
20 secondes et moins ²	Les sujets sont autonomes aux transferts de base et presque tous marchent seuls ou avec une canne. La majorité peut marcher 45 m (\pm 150 pieds), monter les escaliers et presque tous ont obtenu une vitesse de marche suffisante pour traverser la rue (50 cm / seconde).	Aucune référence. Remettre le programme d'exercices individuels.
21 à 29 secondes	Il s'agit d'une zone grise. Il y a beaucoup de variations dans l'équilibre, la vitesse de marche et la capacité fonctionnelle.	Participer au programme d'exercices de groupe. Remettre le programme d'exercices individuels. Référer en physiothérapie, s'il n'a pas d'accessoire à la marche.
30 secondes et plus	Ces sujets sont considérés comme plus dépendants. La plupart ont besoin d'aide pour le bain ou la douche. Presque aucun ne peut monter les escaliers sans assistance et aucun ne peut aller seul sur la rue.	Référer en physiothérapie et, selon le cas, remettre le programme d'exercices individuels.

1. Advenant que les deux recommandations ne soient pas concordantes, retenir celle qui est associée à la plus faible performance.

2. Les sujets qui obtiennent un résultat de 10 secondes et moins sont considérés comme ayant un niveau d'indépendance élevé.

Source : (Adapté de) Martel D (1999). *La chute et les troubles de l'équilibre chez la personne âgée. Évaluation et traitement*. Revu et corrigé, Avril.

Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet
« Évaluation de la consommation de médicaments » (suite), Étapes 4, 5

Dossier # : _____

Questions sur l'usage de médicaments chez la personne âgée (COCHER la réponse) ¹	Oui ₁	Non ₂	Nsp ₇	Nap ₈
1. Prenez-vous quatre (4) médicaments différents (prescrits) ou plus par jour ?		N		
2. Prenez-vous des benzodiazépines (somnifères, calmants, voir page suivante) ?		N		
3. Allez-vous à plus d'une pharmacie pour obtenir vos médicaments ?		N		
4. Oubliez-vous souvent de prendre vos médicaments ?		N		
5. Échangez-vous des médicaments avec d'autres personnes (prêter ou emprunter) ?		N		
6. Avez-vous déjà cessé de prendre un médicament (prescrit) sans l'avis d'un médecin ?		N		
7. Consommez-vous des médicaments dont la date d'expiration est passée ?		N		
8. Consommez-vous des médicaments en vente libre ou des produits naturels ?		N		
9. Savez-vous pour quelle raison vous prenez ces médicaments ?	O			
10. Connaissez-vous la bonne façon de les prendre ?	O			
11. Connaissez-vous leurs effets secondaires ?	O			
12. Prenez-vous vos médicaments avec l'aide d'un doseur (« dosette », « dispill », etc.) ?	O			
13. Êtes-vous à l'aise de poser des questions au pharmacien ou au médecin sur vos médicaments ?	O			
Résultats	Interprétations		Recommandations (au participant)	
Réponse « Non » aux questions 1 à 8 inclusivement Réponse « Oui » aux questions 9 à 13 inclusivement	Risque faible		Aucune référence	
Toute réponse qui diffère de celles mentionnées ci-dessus	Risque modéré		Référer, au besoin, au personnel infirmier du CLSC ou consulter le pharmacien	
Réponse à la question 1 est « Oui », inscrire 1 (___) Réponse à la question 2 est « Oui », inscrire 1 (___) Total ___ / 2	Risque élevé		Référer au médecin traitant Référer, au besoin, au personnel infirmier du CLSC	
Signature de l'intervenant : _____ Date : _____				

1. Les réponses attendues d'un bon usage des médicaments sont précisées, pour chaque question, sous les colonnes « Oui » ou « Non ».
Nsp : ne sait pas ; Nap : ne s'applique pas.

Sources : Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada (non daté). *L'information est la meilleure prescription. Ce que vous devriez savoir sur vos médicaments*. Ottawa, 16 p. et carnet.
Larose D (non daté). *Ma médication ça me concerne. Information destinée aux personnes âgées de 65 ans et plus*. Centre hospitalier et Centre de réadaptation Antoine Labelle, non paginé.
(Adapté de) Hottin P (2001). *L'insomnie chez la personne âgée*. Le Médecin du Québec, Vol 36, No 8, Août, p. 45-53.
Pierfitte C et coll. (2001). *Benzodiazepines and hip fractures in elderly people : case-control study*. British Medical Journal, Vol 322, No 7288, 24 March, p. 704-708.

Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet
« Évaluation de la consommation de médicaments » (suite), Étapes 4, 5

EXEMPLES DE PSYCHOTROPES DU TYPE BENZODIAZÉPINES		
Catégorie d'utilisation principale ¹	Exemples	Commentaires
Tranquillisants mineurs (anxiolytiques ou sédatifs)	Ativan (lorazépam)	À déconseiller chez les aînés
	Valium (diazépam)	À déconseiller chez les aînés
	Librium (chlordiazépoxyde)	À déconseiller chez les aînés
	Xanax (alprazolam)	
	Rivotril (clonazépam)	
Somnifères (hypnotiques)	Restoril (téamazépam)	
	Dalmane (flurazépam)	À déconseiller chez les aînés
	Halcion (triazolam)	À déconseiller chez les aînés
	Sérox (oxazépam)	

1. Il faut noter que malgré les propriétés similaires des benzodiazépines, leur métabolisme, leur demi-vie et leur délai d'action diffèrent. Il faut éviter les benzodiazépines qui ont de longues demi-vies et des métabolites actifs, car elles sont plus susceptibles de s'accumuler dans l'organisme¹³³. Certains anxiolytiques sont utilisés aussi comme somnifères (hypnotiques).

Sources : (Adapté de) Hottin P (2001). *L'insomnie chez la personne âgée*. Le Médecin du Québec, Vol 36, No 8, Août, p. 45-53.
Pierfitte C et coll. (2001). *Benzodiazepines and hip fractures in elderly people : case-control study*. British Medical Journal, Vol 322, No 7288, 24 March, p. 704-708.

Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet
« Évaluation de l'environnement domiciliaire » (suite), Étape 4

Dossier # : _____

Évaluation des risques environnementaux - Pièces et aires du domicile ²		Cocher la réponse ³				
4. Chambre à coucher		Oui ₁	Non ₂	Refus ₃	Nsp ₇	Nap ₈
a) Éclairage faible, obscurci ou éblouissant						
b) Carpettes mobiles, dans les aires de déplacement (couloir, etc.), nattes/paillasons, glissants ou obstacles						
c) Tapis avec bordures relevées ou obstacles						
d) Surface glissante si non recouverte d'un tapis						
e) Aires de déplacement non dégagées ; présence de petits objets, liquides, fils/cordons ou obstacles						
f) Hauteur du lit inappropriée						
g) Informations observées (Inscrire 1 sous « Oui ») / rapportées (Inscrire 2 sous « Non »)						
Commentaires :						
5. Salle de bain		Oui ₁	Non ₂	Refus ₃	Nsp ₇	Nap ₈
a) Éclairage faible, obscurci ou éblouissant						
b) Carpettes mobiles, dans les aires de déplacement (couloir, etc.), nattes/paillasons, glissants ou obstacles						
c) Surface glissante si non recouverte d'un tapis						
d) Baignoire/douche avec surface glissante ; tapis ou bandes antidérapants non présents						
e) Barres d'appui non présentes dans la baignoire/douche						
f) Siège de toilette instable ou trop bas						
g) Informations observées (Inscrire 1 sous « Oui ») / rapportées (Inscrire 2 sous « Non »)						
Commentaires :						
6. Escaliers (Intérieur et extérieur)		Oui ₁	Non ₂	Refus ₃	Nsp ₇	Nap ₈
a) Éclairage faible, obscurci ou éblouissant						
b) Interrupteurs non localisés au haut et au bas de l'escalier						
c) Éclairage de nuit non présent ou loin de l'escalier						
d) Main courante non présente, non solide ou ne dépasse pas la longueur de l'escalier						
e) Marches plus étroites (profondeur), hautes ou basses que les autres marches						
f) Marches ayant besoin de réparation ; instables ou recouvertes avec tapis mal fixés						
Commentaires :						
Résultats		Interprétations		Recommandations (au participant)		
Réponse « Non » à tous les éléments du domicile		Risque faible		Aucune référence		
Réponse « Oui » à au moins l'un des éléments du domicile Inscrire le nombre d'éléments problématiques, Total : ___ / 37		Risque modéré à élevé		Procéder aux mesures correctives recommandées Référer, selon le cas, en ergothérapie		
Signature de l'intervenant : _____				Date : _____		

Sources : (Adapté et traduit de) Gill TM, Williams CS, Robinson JT, Tinetti ME (1999). *A Population-Based Study of Environmental Hazard in the Homes of Older Persons*. table 1 -2, p. 554 ; et l'annexe *Environmental assessment*, document non publié, p. 57-58.
Rodriguez JG, Baughman AL, Sattin RW, DeVito CA, Ragland DL, Bacchelli S, Stevens JA (1995). *A standardized instrument to assess hazards for falls in the home of older persons*. *Accident Analysis and Prevention*, October, Vol 27, No 5, p. 625-631.

Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet
« Évaluation de l'environnement domiciliaire » (Définitions), Étape 4

ÉVALUATION ENVIRONNEMENTALE Définitions normalisées pour certains dangers et autres termes
<p><u>Danger environnemental</u></p> <p>Toute condition qui, lorsque présente, résulte en :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Une position du corps exagérée ou perte d'équilibre ;2. Un potentiel de glisser ou trébucher ; ou3. Un appui du poids sur un matériau incapable de soutenir la charge ; <p>causant ainsi des chutes et des blessures.</p>
<p>PIÈCES</p> <p><u>Salle de bain</u></p> <p>Une pièce contenant au moins un des éléments suivants : bain, douche, lavabo ou toilette. Si la maison possède plus d'une salle de bain, évaluez la salle de bain la plus souvent utilisée par le participant.</p> <p><u>Chambre à coucher</u></p> <p>Une pièce ou un espace séparé meublé d'un lit et destiné principalement au sommeil. Évaluez la chambre à coucher du participant seulement.</p> <p><u>Corridors et passages</u></p> <p>Un corridor qui connecte une pièce de la maison à une autre. Encerclez « Oui » si le danger est présent dans n'importe lequel des passages ou corridors.</p> <p><u>Cuisine</u></p> <p>Une pièce ou aire séparée munie d'équipements et d'appareils pour cuisiner.</p> <p><u>Salon ou vivoir</u></p> <p>Une pièce ou un espace séparé utilisé pour des activités sociales comme regarder la télévision. Il n'est pas utilisé comme chambre à coucher.</p>
<p>PIÈCES SPÉCIFIQUES</p> <p><u>SALLE DE BAIN</u></p> <p><u>Tapis de bain</u></p> <p>Un tapis en caoutchouc avec ventouses sur un côté. Le tapis est placé sur le plancher du bain ou de la douche avant usage pour empêcher que la personne ne glisse.</p>

Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet
« Évaluation de l'environnement domiciliaire » (Définitions), Étape 4

ÉVALUATION ENVIRONNEMENTALE Définitions normalisées pour certains dangers et autres termes
<p><u>SALLE DE BAIN (suite)</u></p> <p><u>Barres d'appui</u></p> <p>Barres utilisées comme aide pour entrer ou sortir du bain ou de la douche ou pour y changer de position. Les barres à serviettes et les porte-savons ne sont pas considérés comme des barres d'appui. Les barres d'appui qui sont localisées sur le mur du fond (mur le plus loin du point d'entrée) du bain ne sont pas considérées adéquates comme barres d'appui. Les barres d'appui peuvent également être près de la toilette pour aider à s'y asseoir ou à s'en relever.</p> <p><u>Revêtement antidérapant</u></p> <p>Un matériau de consistance caoutchouteuse ou rugueuse utilisé sur le plancher du bain ou de la douche. Le matériau augmente la friction, empêchant la personne de glisser sur le long de la surface mouillée.</p> <p><u>Siège de toilette surélevé</u></p> <p>Un siège de toilette d'au moins 50 mm (2 pouces) plus haut qu'un siège de toilette standard. Cette surélévation peut être intrinsèque à la toilette ou le résultat d'un instrument ou équipement qui soulève le siège de toilette.</p>
<p><u>CUISINE</u></p> <p><u>Articles fréquemment utilisés</u></p> <p>Incluent les conserves et la nourriture, la vaisselle, les chaudrons, etc. Sont considérés trop élevés si la personne doit faire une hyperextension du cou, doit grimper ou doit se tenir sur la pointe des pieds pour les atteindre. Sont considérés trop bas si ils sont plus bas que la hauteur de la taille.</p>
<p><u>SALON</u></p> <p><u>Fauteuil bas</u></p> <p>Évaluez le fauteuil dans lequel le participant s'assoit habituellement. Un fauteuil est considéré trop bas si, lorsque assise, la personne se retrouve avec les fesses plus bas que les genoux.</p>
<p><u>CHAMBRE À COUCHER</u></p> <p><u>Hauteur du lit inappropriée</u></p> <p>Les transferts debout-assis/assis-debout devraient être faciles ; lit ni trop haut ni trop bas pour le participant. Lorsque la personne s'assoit sur le lit, ses pieds devraient être plats sur le sol.</p>
<p><u>DANGERS GÉNÉRAUX</u></p> <p><u>Pli de tapis</u></p> <p>Un pli d'au moins un demi-pouce de hauteur dans un tapis, pouvant être dû à l'usure du tapis, à un plancher inégal ou à une installation inadéquate.</p>

Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet
« Évaluation de l'environnement domiciliaire » (Définitions), Étape 4

ÉVALUATION ENVIRONNEMENTALE Définitions normalisées pour certains dangers et autres termes
<p>DANGERS GÉNÉRAUX (suite)</p> <p><u>Fauteuil dangereux</u></p> <p>Un fauteuil pouvant bouger ou même basculer (se renverser) lorsqu'une personne s'y installe ou en sort. Souvent dû à des joints desserrés.</p> <p><u>Désordre ou encombrement</u></p> <p>Objets qui doivent être contournés ou qui limitent les déplacements dans une pièce. Tout objet dans la trajectoire de marche qui n'est pas considéré comme un meuble, une carpepe ou qui ne fait pas partie de la surface du plancher même peut être considéré comme un désordre (papiers, souliers, livres, etc.). Une patte de chaise ou une table à café qui rétrécissent la trajectoire de marche doivent être considérées comme un encombrement.</p> <p><u>Cordons ou fils électriques</u></p> <p>Fils électriques exposés (rallonges électriques, fils de lampe ou de téléphone) situés dans la trajectoire de marche d'une pièce.</p> <p><u>Lumière éblouissante</u></p> <p>Une lumière vive et déplaisante qui peut causer une cécité temporaire ou une fermeture partielle des yeux pendant que ces derniers s'ajustent (accommodation). La source est habituellement la lumière du soleil qui est réfléchie dans du verre ou une autre surface brillante ou à travers des fenêtres faisant face au sud.</p> <p><u>Veilleuse</u></p> <p>Petite lumière allumée durant la nuit ou lorsqu'il fait noir. La lumière provenant d'un écran de télévision n'est pas considérée comme une veilleuse.</p> <p><u>Carpette</u></p> <p>Un morceau de tapis au sol, plus petit que l'aire de marche. Toute carpepe dans une trajectoire de marche est considérée comme un danger. Sont inclus les petites carpettes ou petits tapis tressés qui modifient la hauteur de la surface de marche ainsi que les paillasons, petits tapis ou carpettes sans matériau antidérapant ou caoutchouc à l'endos.</p> <p><u>Autre danger susceptible de faire trébucher</u></p> <p>Une caractéristique d'un objet (tapis, rallonge électrique) ou d'un plancher qui peut entraîner chez une personne une chute par perte d'équilibre. Il s'agit souvent d'une irrégularité du plancher ou d'un type de revêtement. Inclue un changement au niveau de la hauteur ou de la résistance de la surface de marche qui peut faire qu'une personne s'accroche l'orteil ou la semelle de chaussure brusquement. Pour représenter un danger, l'objet ou l'irrégularité doit être situé dans la trajectoire de marche. Des exemples : rebords de tapis, seuils de portes, tuiles de plancher lisses et rugueuses disposées en alternance, trous cachés dans le parterre dehors ou bosses et trous dans l'asphalte de l'entrée de garage.</p>

Source : (Adapté et traduit de) Gill TM, Williams CS, Robinson JT, Tinetti ME (1999). *A Population-Based Study of Environmental Hazard in the Homes of Older Persons*. table 1-2, p. 554. et l'annexe *Environmental assessment. Standard Definitions for Some Hazards and Other Terms*, document non publié, p. 1-4.

Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet
« Synthèse des résultats de l'évaluation », Étape 4

4.7 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION	Nom et prénom : _____		NIP : _____
	CLSC # :	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ()	
	Dossier # :	_____	
	Date de naissance :	____/____/____	
		An Mois Jour	
	Évaluation # :	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ()	
Éléments problématiques et recommandations à faire au participant			Recommandations acceptées
Évaluation de l'état nutritionnel			
Risque faible	→ Aucune référence et remettre feuillet sur l'alimentation	→ () ₁ →	Aucune recommandation ₈
Risque modéré	→ Référer à la nutritionniste et remettre feuillet sur l'alimentation	→ () ₂ }	Oui () ₁ Non () ₂
Risque élevé	→ Référer à la nutritionniste et remettre feuillet sur l'alimentation	→ () ₃ }	
Évaluation de l'équilibre et de la motricité			
Risque faible	→ Aucune référence et remettre programme d'exercices individuels	→ () →	Oui () ₁ Non () ₂
Risque modéré	→ Référer au programme d'exercices de groupe	→ () →	Oui () ₁ Non () ₂
	→ Remettre programme d'exercices individuels	→ () →	Oui () ₁ Non () ₂
Risque élevé	→ Référer en physiothérapie, s'il n'a pas d'accessoire à la marche	→ () →	Oui () ₁ Non () ₂
	→ Référer en physiothérapie	→ () →	Oui () ₁ Non () ₂
	→ Remettre, au besoin, programme d'exercices individuels	→ () →	Oui () ₁ Non () ₂
Évaluation de la consommation de médicaments			
Risque faible	→ Aucune référence	→ () →	Aucune recommandation ₈
Risque modéré	→ Aucune référence	→ () →	Aucune recommandation ₈
	→ Référer, au besoin, au personnel infirmier	→ () →	Oui () ₁ Non () ₂
Risque élevé	→ Consulter, au besoin, le pharmacien	→ () →	Oui () ₁ Non () ₂
	→ Référer au médecin traitant	→ () →	Oui () ₁ Non () ₂
	→ Référer, au besoin, au personnel infirmier	→ () →	Oui () ₁ Non () ₂
	→ Aucune référence, état conforme à l'avis écrit du médecin traitant	→ () →	Aucune recommandation ₈
Évaluation de la consommation d'alcool			
Risque faible	→ Aucune référence	→ () →	Aucune recommandation ₈
Risque modéré	→ Aucune référence	→ () →	Aucune recommandation ₈
	→ Référer, au besoin, au service psychosocial	→ () →	Oui () ₁ Non () ₂
Risque élevé	→ Référer au médecin traitant	→ () →	Oui () ₁ Non () ₂
Évaluation des risques environnementaux			
Risque faible	→ Aucune référence	→ () →	Aucune recommandation ₈
Risque modéré à élevé	→ Procéder aux mesures correctives	→ () →	Compléter la page suivante
	→ Référer, au besoin, en ergothérapie	→ () →	Oui () ₁ Non () ₂
Commentaires :			

Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet
« Synthèse des résultats de l'évaluation » (suite), Étape 4

Dossier # : _____

Éléments problématiques et recommandations à faire au participant	Recommandations acceptées	Cocher si forfait (\$)
Évaluation des risques environnementaux (suite)		
Préciser la lettre et, au besoin, les autres éléments ; spécifier la recommandation		
1. Cuisine		
	Oui () ₁ Non () ₂	() ₁
	Oui () ₁ Non () ₂	() ₁
	Oui () ₁ Non () ₂	() ₁
	Oui () ₁ Non () ₂	() ₁
	Oui () ₁ Non () ₂	() ₁
2. Vestibule, entrée intérieure, corridors, passages		
	Oui () ₁ Non () ₂	() ₁
	Oui () ₁ Non () ₂	() ₁
	Oui () ₁ Non () ₂	() ₁
	Oui () ₁ Non () ₂	() ₁
	Oui () ₁ Non () ₂	() ₁
3. Salon		
	Oui () ₁ Non () ₂	() ₁
	Oui () ₁ Non () ₂	() ₁
	Oui () ₁ Non () ₂	() ₁
	Oui () ₁ Non () ₂	() ₁
	Oui () ₁ Non () ₂	() ₁
4. Chambre à coucher		
	Oui () ₁ Non () ₂	() ₁
	Oui () ₁ Non () ₂	() ₁
	Oui () ₁ Non () ₂	() ₁
	Oui () ₁ Non () ₂	() ₁
	Oui () ₁ Non () ₂	() ₁
5. Salle de bain		
	Oui () ₁ Non () ₂	() ₁
	Oui () ₁ Non () ₂	() ₁
	Oui () ₁ Non () ₂	() ₁
	Oui () ₁ Non () ₂	() ₁
	Oui () ₁ Non () ₂	() ₁
6. Escaliers (précisez si intérieur ou extérieur)		
	Oui () ₁ Non () ₂	() ₁
	Oui () ₁ Non () ₂	() ₁
	Oui () ₁ Non () ₂	() ₁
	Oui () ₁ Non () ₂	() ₁
	Oui () ₁ Non () ₂	() ₁
Commentaires :		
Signature de l'intervenant : _____ Date : _____		

Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet

« Synthèse des résultats de l'évaluation » (Version anglaise, suite), Étape 4

File number : _____

Risks factors and recommandations to participant	Recommandations accepted	Check off if package deal (\$)
Environmental risk assessment (continued)		
Specify letter and other elements if needed ; specify recommandation		
1. Kitchen		
	Yes () ₁ No () ₂	() ₁
	Yes () ₁ No () ₂	() ₁
	Yes () ₁ No () ₂	() ₁
	Yes () ₁ No () ₂	() ₁
	Yes () ₁ No () ₂	() ₁
2. Vestibule (hall), interior entrance, corridors, passageways		
	Yes () ₁ No () ₂	() ₁
	Yes () ₁ No () ₂	() ₁
	Yes () ₁ No () ₂	() ₁
	Yes () ₁ No () ₂	() ₁
	Yes () ₁ No () ₂	() ₁
3. Living room		
	Yes () ₁ No () ₂	() ₁
	Yes () ₁ No () ₂	() ₁
	Yes () ₁ No () ₂	() ₁
	Yes () ₁ No () ₂	() ₁
	Yes () ₁ No () ₂	() ₁
4. Bedroom		
	Yes () ₁ No () ₂	() ₁
	Yes () ₁ No () ₂	() ₁
	Yes () ₁ No () ₂	() ₁
	Yes () ₁ No () ₂	() ₁
	Yes () ₁ No () ₂	() ₁
5. Bathroom		
	Yes () ₁ No () ₂	() ₁
	Yes () ₁ No () ₂	() ₁
	Yes () ₁ No () ₂	() ₁
	Yes () ₁ No () ₂	() ₁
	Yes () ₁ No () ₂	() ₁
6. Staircases (specify interior or exterior)		
	Yes () ₁ No () ₂	() ₁
	Yes () ₁ No () ₂	() ₁
	Yes () ₁ No () ₂	() ₁
	Yes () ₁ No () ₂	() ₁
	Yes () ₁ No () ₂	() ₁
Comments :		
Signature of intervener : _____ Date : _____		

Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet
« Liste des codes pour le SIC + », Étape 5

PRÉVENTION DES CHUTES		Saisie des informations au SIC Plus	
INTERVENTIONS / ACTIVITÉS PONCTUELLES			
Raison	5697	Prévention des chutes (INDIVIDUEL)	
	5500	Prévention-Éducation (GROUPE)	
Acte		Individuel	
	6000	Démarches pour l'usager	
	6050	Poursuite de démarche	
	6500	Actions d'évaluation ou de réévaluation	
	6550	Poursuite d'évaluation ou de réévaluation	
	6503	Évaluation ou réévaluation de l'autonomie fonctionnelle de la personne (équilibre - motricité)	
	6508	Évaluation ou réévaluation de l'accessibilité du domicile (environnemental)	
	6518	Évaluation ou réévaluation nutritionnelle (nutritionnel)	
	6700	Observation et suivi	
	6704	Suivi et contrôle de la médication (médication)	
	6706	Vérification des habitudes de vie et alimentaires (alcool)	
	6709	Cueillette d'informations sur l'usager en vue d'établir son suivi	
	6960	Activité éducative et préventive concernant l'usage d'alcool	
	6990	Activité éducative et préventive concernant l'usage de médicaments	
	7005	Activité éducative et préventive en alimentation et nutrition chez la personne âgée de 65 ans et plus	
	7317	Enseignement d'un programme d'exercices	
	7399	Promotion et prévention d'un environnement sain	
	9002	Plan d'intervention (intervenant pivot)	
			Groupe
	6920	Actions éducatives, activités physiques et récréatives	
Profil	710	Perte d'autonomie liée au vieillissement	
Cessation	800	Cessation reliée à l'atteinte des objectifs	
	810	Cessation reliée au décès	
	820	Cessation reliée au déménagement	
	830	Cessation reliée à l'hébergement	
	840	Cessation reliée à l'hospitalisation	
	849	Cessation reliée au recours à des ressources publiques	
	850	Cessation reliée au recours à des ressources privées	
	900	Refus de l'usager de recevoir des services du CLSC	
	950	Refus du CLSC d'intervenir	
	990	Autre motif de cessation	
Sous-programmes	124	Soins infirmiers – prévention des chutes	
	134	Services psychosociaux – prévention des chutes	
	144	TRP – prévention des chutes	
	145	Services de nutrition – prévention	

Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet
« Fiche de liaison CLSC » (Modèle - page de titre reproduite), Étape 5



No de dossier

Nom, prénom à la naissance

Nom usuel

SOINS À DOMICILE

Nom de l'établissement ou de l'organisme: _____

Rendez-vous date: _____
Heure: _____

Rapport de l'intervenant consultant:

Date: _____ Signature: _____

Observations et ordonnances de l'intervenant consulté:

Date: _____ Signature: _____

Prochain rendez-vous _____

SOINS À DOMICILE - FICHE DE LIAISON

Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet
« Lettre de référence médicale » (Modèle), Étape 5

Papier à lettres à en-tête du CLSC	
LETTRE DE RÉFÉRENCE MÉDICALE (MODÈLE)	
Date	
Nom de la clinique médicale	
Nom du médecin	
Adresse	
Nom de l'usager	: _____
Adresse	: _____
	: _____
	: _____
Date de naissance	: ____ / ____ / ____
	An Mois Jour
N° RAMQ	: _____
Objet :	Projet de prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées Révision de la médication ou de la consommation d'alcool
Docteur,	
La présente est pour vous informer de la participation de votre client, M., Mme _____ au projet-pilote régional de prévention des chutes à domicile, chez les personnes âgées de 65 ans et plus inscrites au service de maintien à domicile.	
Le projet vise à réduire l'incidence des chutes chez cette clientèle, en effectuant, aux six mois, un dépistage de cinq facteurs de risque associés aux chutes à domicile : l'état nutritionnel, l'équilibre et la motricité, la consommation de médicaments, la consommation d'alcool et l'environnement domiciliaire, ainsi qu'un suivi téléphonique mensuel de la condition.	
Comme vous êtes un partenaire essentiel dans le processus d'intervention, vous serait-il possible de réviser avec lui ou elle, la consommation de médicaments () ou la consommation d'alcool (), car les résultats obtenus lors du dépistage des facteurs de risque de chutes suggèrent que sa situation présente un tel risque. Vous trouverez, ci-joint, la fiche d'évaluation de la consommation de médicaments () ou de la consommation d'alcool () ainsi qu'une fiche de liaison vous permettant de nous retourner vos commentaires.	
Voici des symptômes, données observés ou informations en lien avec ce patient :	

Vous remerciant de votre collaboration, recevez l'expression de mes sentiments distingués.	
Signature de l'intervenant désigné :	_____ No téléphone : _____
(Version anglaise disponible sur demande)	

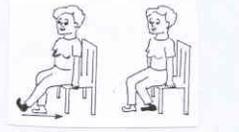
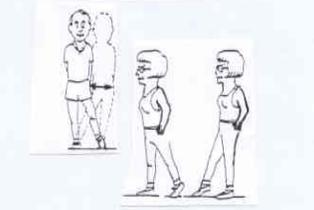
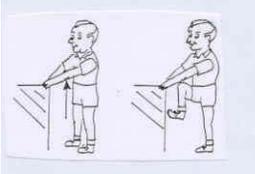
Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet
« Lettre de référence médicale » (Modèle, version anglaise), Étape 5

MEDICAL REFERENCE LETTER (MODEL)	
Date	
Medical clinic	
Doctor	
Address	
Patient's name	: _____
Address	: _____

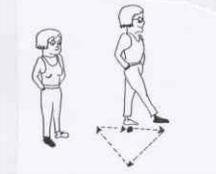
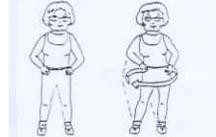
Date of birth :	____ / ____ / ____ Year Month Day
RAMQ # :	_____
Object :	Prevention project-falls at home in the elderly Review of medication intake or alcohol consumption
Doctor,	
The present is to inform you that your patient, Mr, Miss _____ is a participant in the current regional project for the prevention of falls at home, in persons 65 years old and over receiving home care services from the CLSC.	
This project aims at reducing the incidence of falls among this group, by performing, every six months, a screening of five risk factors for falls at home : nutritional status, balance and motivity, medication intake, alcohol consumption and residential environment, as well as a monthly telephone follow-up.	
Since you are an essential partner in the intervention process, would it be possible to review with this person, her medication intake () or alcohol consumption (), because the results of the screening for fall risk factors suggest that such a risk is present. You will find enclosed, the screening information for medication intake () or alcohol consumption (), as well as a linkage form which can be returned to us with your comments.	
The following are symptoms, objective data or information related to this patient :	

Thank you for your cooperation and best regards	
Signature of CLSC intervener :	_____ Telephone number : _____
(French version available upon request)	

Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet
« Programme d'exercices individuels » (Équilibre et motricité), Étape 5

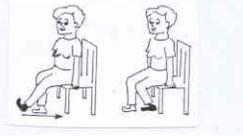
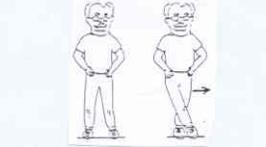
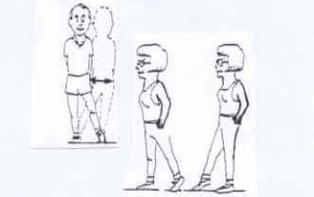
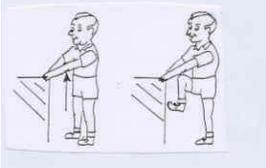
PROGRAMME D'EXERCICES INDIVIDUELS – JOUR 1 (Équilibre et motricité)	
<p><u>Quelques conseils avant les exercices</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - respirez normalement et expirez à l'effort sans jamais bloquer votre respiration. - Les exercices ne devraient jamais vous causer de douleur. - Évitez tout geste brusque. - N'hésitez pas à prendre une pause ou un appui si nécessaire. - Portez des chaussures confortables. - Les exercices debout se font devant le comptoir avec une chaise derrière. 	
<p>1. Assis au bord de la chaise, levez-vous et assoyez-vous lentement en essayant de ne pas vous tenir avec les mains. Répétez 10 fois.</p>	
<p>2. Assis au bord de la chaise, glissez le pied loin devant, puis ramenez-le sous la chaise en gardant le talon au sol. Répétez 10 fois avec chaque pied.</p>	
<p>3. Debout devant le comptoir, marchez sur le côté en croisant les jambes pendant deux minutes en faisant des aller-retour.</p>	
<p>4. Debout avec les pieds écartés de la largeur des épaules et les mains sur les hanches, balancez de droite à gauche 10 fois en soulevant légèrement les pieds. Répétez l'exercice précédent d'avant en arrière 10 fois.</p>	
<p>5. Debout en se tenant au comptoir, pliez le genou le plus haut possible en remontant les orteils vers le haut. Répétez 10 fois de chaque côté.</p>	
<p>N'hésitez pas à contacter votre thérapeute au besoin.</p>	

Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet
« Programme d'exercices individuels » (Équilibre et motricité), Étape 5

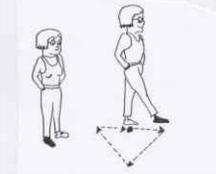
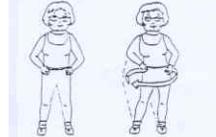
PROGRAMME D'EXERCICES INDIVIDUELS – JOUR 2 (Équilibre et motricité)	
<p><u>Quelques conseils avant les exercices</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Respirez normalement et expirez à l'effort sans jamais bloquer votre respiration. - Les exercices ne devraient jamais vous causer de douleur. - Évitez tout geste brusque. - N'hésitez pas à prendre une pause ou un appui si nécessaire. - Portez des chaussures confortables. - Les exercices debout se font devant le comptoir avec une chaise derrière. 	
<p>1. Debout avec les pieds légèrement orientés vers l'extérieur, pliez les genoux et le tronc vers l'avant, comme pour vous asseoir. Répétez 10 fois.</p>	
<p>2. Debout, déposez le talon au sol devant, de côté et derrière le plus loin possible dans chacune des directions. Revenir à la position de départ. Répétez 10 fois de chaque côté.</p>	
<p>3. Debout, déplacez-vous de côté en montant sur les orteils, puis en descendant sur les talons (comme pour danser le twist). Faire cet exercice pendant une minute.</p>	
<p>4. Debout, tracez un cercle avec votre bassin. Répétez 10 fois de chaque côté.</p>	
<p>5. Debout en vous tenant au comptoir, collez les pieds et maintenez cette position pendant une minute. Progressez en diminuant l'appui et en fermant les yeux _____ secondes.</p>	
<p>N'hésitez pas à contacter votre thérapeute au besoin.</p> <p>Nom : _____</p> <p>No. Tél. : _____</p>	

Source : CLSC de Lanaudière (2001). Septembre.

Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet
 « Programme d'exercices individuels » (Équilibre et motricité, version anglaise), Étape 5

INDIVIDUAL EXERCICE PROGRAM – DAY 1 (Balance and motivity)	
<p><u>A few hints before beginning the exercises</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Breathe normally and breathe out when straining without ever blocking your respiration. - The exercises should never be a source of pain. - Avoid any sudden movement. - Do not hesitate to take a break or support if necessary. - Wear comfortable shoes. - The standing exercises are done facing a counter with a chair behind you. 	
<p>1. Sitting on the edge of the chair, stand up and sit down slowly without using your arms if possible. Repeat 10 times.</p>	
<p>2. Sitting on the edge of the chair, slide one foot far towards the front, then bring it back, keeping your heel on the floor. Repeat 10 times with each foot.</p>	
<p>3. Standing up in front of the counter, walk sideways crossing your legs over one another for 2 minutes, back and forth.</p>	
<p>4. Standing up with your feet apart shoulder width and your hands on your hips, sway from right to left 10 times, slightly elevating your feet. Repeat, swaying from front to back 10 times.</p>	
<p>5. Standing up while holding on to the counter, lift one knee up as high as possible keeping your toes pointed upwards. Repeat 10 times with each side.</p>	
<p>Do not hesitate to contact your therapist if necessary.</p>	

Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet
 « Programme d'exercices individuels » (Équilibre et motricité, version anglaise), Étape 5

INDIVIDUAL EXERCICE PROGRAM – DAY 2 (Balance and motivity)	
<u>A few hints before beginning the exercises</u>	
<ul style="list-style-type: none"> - Breathe normally and breathe out when straining without ever blocking your respiration. - The exercises should never be a source of pain. - Avoid any sudden movement. - Do not hesitate to take a break or support if necessary. - Wear comfortable shoes. - The standing exercises are done facing a counter with a chair behind you. 	
<p>1. Standing up with your feet slightly opened outwards, bend your knees and trunk forward, as if you wanted to sit. Repeat 10 times.</p>	
<p>2. Standing up, place one heel in front of you, then on your side and then behind you, as far as possible in each direction. Return to the starting position. Repeat 10 times with each leg.</p>	
<p>3. Standing up, move sideways first on your toes then on your heels (as if to twist) for 1 minute.</p>	
<p>4. Standing up, make a circular motion with your pelvis, 10 times clockwise and 10 times counterclockwise.</p>	
<p>5. Standing up while holding on to the counter, put your feet together and hold the position for 1 minute. Gradually let go of the counter and close your eyes for _____ seconds.</p>	
<p>Do not hesitate to contact your therapist if necessary.</p>	
<p>Name : _____</p> <p>Tel. number : _____</p>	

Source : CLSC's of Lanaudière (2001). September.

Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet
« Programme d'exercices de groupe » (Équilibre et motricité), Étape 5

PROGRAMME D'EXERCICES DE GROUPE (Équilibre et motricité)	
Durée d'une séance : 1 h 15	
Fréquence : 1 fois par semaine pour 10 semaines	
<i>Le réchauffement général</i>	<i>10 minutes</i>
Position : assise	Répétition : 5
<u>Région cervicale et membres supérieurs</u>	
Exercices :	
1. <u>Oui / Non / Indécis</u> Flexion antérieure de la tête (oui). Rotations droite et gauche de la tête (non). Inclinaison latérale droite et gauche de la tête (indécis).	
2. <u>Rétraction cervicale</u> Dos bien droit, reculez le menton vers l'arrière sans lever le nez en l'air. Comme si vous vouliez faire un double menton.	
3. <u>Rétraction des épaules</u> Les bras le long du corps, faites des cercles avec les épaules vers l'arrière.	
4. <u>Je ne sais pas (élévation / abaissement)</u> Les bras le long du corps, élevez les épaules puis abaissez (comme si vous disiez je ne sais pas).	
5. <u>Prieuse</u> Les mains jointes en prière, levez les bras verticalement au-dessus de la tête, redescendez en prière, puis étendez les bras devant vous.	
6. <u>Rotation des poignets</u>	
7. <u>Ouvrir et fermer les mains</u>	

Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet
« Programme d'exercices de groupe » (Équilibre et motricité), Étape 5

PROGRAMME D'EXERCICES DE GROUPE (suite)

Tronc

8. Inclinaison latérale
Le dos bien droit, bras le long du corps, penchez le corps vers le côté, comme pour aller chercher un billet de 100 \$ au sol. Revenir au centre et alterner avec l'autre côté.
9. Flexion antérieure
Les genoux écartés, mains sur les genoux, penchez vers l'avant, en glissant les mains jusqu'aux orteils et remontez doucement en déroulant le tronc et revenir en position droite le tronc en légère extension et mains sur les genoux.
10. Rotations
Bras croisés, tournez le corps vers la droite en regardant derrière soi, puis vers la gauche.

Membres inférieurs

11. Soldat
Soulevez les genoux bien hauts en alternant droite gauche comme la marche militaire.
12. Talon / tibia
Faites glisser le talon droit le long du tibia gauche de la cheville jusqu'au genou et redescendre. Alternier avec l'autre jambe.
13. Abduction hanche
Assis au bord de la chaise, écartez la jambe sur le côté et revenir au centre, puis recommencez de l'autre côté. (Plus facile avec chaise sans appuis-bras).
14. Extension du genou
Étendre la jambe, garder le pied en flexion dorsale (orteils vers le nez), et placez le dos bien droit même en légère flexion antérieure si possible.
15. Flexion du genou
Pieds au sol, tirez le talon sous la chaise en maintenant bien le talon au sol tout au long du mouvement. Répétez de l'autre côté.
16. Rotation des chevilles
17. Flexion plantaire / flexion dorsale des chevilles

Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet
« Programme d'exercices de groupe » (Équilibre et motricité), Étape 5

PROGRAMME D'EXERCICES DE GROUPE (suite)	
<i>Exercices d'équilibre</i>	<i>30 minutes</i>
Position : debout	Répétition : à progresser
<p>1. <u>Squat</u> Faire 5 levées de la chaise en se tenant le moins possible. Progression : Aller jusqu'à 10 répétitions et en tentant de ne pas utiliser les mains.</p>	
<p>2. <u>Debout yeux fermés</u> Se tenir debout les yeux fermés les pieds écartés de la largeur des épaules avec appui pendant 10 secondes. Progression : Joindre les pieds, diminuer l'appui, augmenter le temps.</p>	
<p>3. <u>Regarder des 2 côtés</u> Pieds écartés de la largeur des épaules, mains en appui, regarder vers l'arrière vers la droite puis vers la gauche. Progression : Sans appui.</p>	
<p>4. <u>Cloche latérale</u> Pieds écartés de la largeur des épaules, balancer de droite à gauche en soulevant légèrement les pieds.</p>	
<p>5. <u>Cloche avant-arrière</u> Pied droit en avant, pied gauche en arrière, balancez de l'avant vers l'arrière en soulevant légèrement les pieds. Refaire avec pied gauche devant et droit derrière.</p>	
<p>6. Pieds écartés de la largeur des épaules, balancer le corps de l'avant vers l'arrière sans déplacer les pieds.</p>	
<p>7. <u>Funambule</u> Appui à la chaise, placer un pied devant l'autre (sur une même ligne), tenir 30 secondes. Progression : Diminuer l'appui, augmenter le temps.</p>	
<p>8. <u>Passer le balai</u> Pieds écartés de la largeur des épaules, balancer les bras d'avant arrière, puis de gauche à droite pendant 1 minute. Progression : coller les pieds, augmenter le temps.</p>	
<p>9. <u>360 degrés</u> Tourner sur place vers la droite, puis vers la gauche. 1 fois de chaque côté.</p>	
<p>10. En appui à la chaise, balancer la jambe d'avant arrière puis de droite à gauche.</p>	
<p>11. <u>Houla-oup</u> En appui, faire des rotations du bassin des 2 côtés. Progression : mains aux hanches.</p>	
<p>12. <u>Abduction de la hanche</u> De côté à la chaise, lever la jambe de côté et redescendre.</p>	
<p>13. <u>Triangle</u> Pieds à la largeur des épaules, déposer le pied droit devant, de côté et derrière et revenir au centre. Répétez avec le pied gauche.</p>	
<p>14. <u>Marche</u> Disposer les chaises en rond, marche autour des chaises : à grands pas, à petits pas, sur la pointe des pieds, sur les talons, à reculons, en latéral, en fléchissant les genoux (fentes avant).</p>	

Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet
« Programme d'exercices de groupe » (Équilibre et motricité), Étape 5

PROGRAMME D'EXERCICES DE GROUPE (suite)	
<i>Exercices renforcement assis</i>	
<u>Répétitions : 10</u>	
15. <u>Berceuse</u>	Assis au bout de la chaise, bras en croisés, allez lentement toucher le dossier de la chaise avec le dos et revenir en position assise sans soulever les pieds du sol.
16. <u>Push-up</u>	Les mains sur les appuis-bras, soulever légèrement les fesses du siège en dépliant les coudes.
17. <u>Fessiers</u>	Serrez les fesses ensemble de toute vos forces, tenir 5 secondes et relâchez.
18. <u>Extenseurs dorsaux</u>	Assis au bout de la chaise, mains sur les genoux, redressez le tronc bien droit, épaules en arrière, menton rentré. Tenir 1 minute.
19. <u>Jeux de pieds</u>	Tapez du pied, tapez du talon, alterner talon / orteils, augmentez et diminuez la cadence et le nombre de répétitions.
20. <u>Ski de fond</u>	Pieds au sol, talons aussi, faites glisser les pieds en avant en arrière de façon alternée. Faites de grands mouvements lents et/ou de petits mouvements rapides.
<i>Exercices jeux en groupe</i>	<i>15 minutes</i>
Activités sous forme de jeux où les participants entrent en interaction entre eux. Activités pouvant se pratiquer en position assise ou debout. Jeux pouvant nécessiter du matériel selon la disponibilité de chacun. Les activités seront variées d'une séance à l'autre et le choix en revient au thérapeute animateur.	
<i>Relaxation</i>	<i>5 minutes</i>
La relaxation est un moment de repos qui permettra aux participants de récupérer. Cela permet au rythme cardiaque de redescendre et au rythme respiratoire de se régulariser. Ce 5 minutes pourra à la guise du thérapeute animateur, comprendre des mouvements d'étirements, des respirations, des prises de conscience du travail accompli lors de la séance, ou simplement un moment de silence les yeux fermés.	

Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet
« Programme d'exercices de groupe » (Équilibre et motricité), Étape 5

PROGRAMME D'EXERCICES DE GROUPE (suite)	
<i>Capsules d'information</i>	<i>15 minutes</i>
<p><u>Sujets traités</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Les auxiliaires à la marche (par exemple : hauteur, la condition, les types)• Prendre soin de votre dos• La fracture de la hanche• La douleur (glace ou chaleur, positionnement, exercices)• Chaussures (par exemple : antidérapant, talon, soutien cheville, orthèses, santé des pieds)• Ressources dans le réseau (Popotte, système de sécurité, association, aides domiciliaires)• Prévention des chutes discussion / échanges (Jeux de Bingo sur le sujet)¹• Médication (par exemple : interactions, heure de prise, les oublis, les produits naturels, inviter une infirmière)• Ostéoporose• Sondage satisfaction	

1. Cette activité est une adaptation de celle développée par le CLSC du Havre¹⁴³.

Source : CLSC de Lanaudière (2002). Projet de prévention des chutes à domicile. Programme d'exercices de groupe. Février, non paginé¹⁴⁴.

Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet
« Critères d'admissibilité financière aux aménagements domiciliaires », Étape 5

Critères ^{xviii} d'admissibilité financière aux aménagements domiciliaires	
<ul style="list-style-type: none"> - L'utilisateur participe au projet-pilote sur la prévention des chutes à domicile. - Au moins un aspect de l'environnement domiciliaire de l'utilisateur a été identifié comme une source potentielle de risque de chute lors de la visite à domicile par l'intervenant désigné. Un équipement ou une modification ont été recommandés par l'intervenant désigné et il figure parmi la liste des équipements admissibles à un remboursement présentée ci-après. - Le revenu du ménage du participant est supérieur aux seuils de faible revenu défini par le Programme de logements adaptés pour aînés autonomes (LAAA) de la Société d'habitation du Québec (le LAAA exclut les équipements). Dans le cas contraire, l'intervenant désigné réfère la demande à ce programme^{xix}. - L'aide financière maximale accordée est de 300 \$ par participant. - Les équipements appartiennent au CLSC, à l'exception de ceux qui sont non récupérables, non revalorisés ou fixés au domicile (barre d'appui, main courante, etc.). Dans les cas où l'utilisateur déménage à l'intérieur de la région de Lanaudière, le CLSC d'origine avise le CLSC receveur du déménagement. Le CLSC d'origine transfère le dossier et le titre de propriété de l'équipement au CLSC receveur qui l'inscrit dans sa banque. Dans les cas où l'utilisateur déménage à l'extérieur de la région, le CLSC voit à la récupération des équipements fournis. - Il y aura, au besoin, la création d'une liste d'attente des participants admissibles. - Dans tous les cas, le CLSC est le dernier organisme payeur. 	
Modalités d'application pour le remboursement des équipements admissibles	
<ul style="list-style-type: none"> - À la suite de l'autorisation par le supérieur immédiat, le CLSC pourra procéder à l'achat dudit équipement pour le compte de l'utilisateur ou celui-ci recevra un chèque à son nom sur présentation des pièces justificatives. - L'argent doit servir uniquement à des aménagements domiciliaires et non à d'autres fins. - À la suite du décès du participant, l'équipement fourni est retourné au CLSC (sauf pour l'équipement fixe au domicile). <p>Note : Le coût de la main-d'oeuvre est non comprise et aux frais de l'utilisateur, à l'exception de certains cas particuliers définis par le CLSC. De plus, dans le cas d'un locataire, les équipements qui modifient ou altèrent les murs, les planchers, les escaliers ou d'autres structures du domicile (barre d'appui, main courante, seuil de porte) doivent faire l'objet d'une entente écrite avec le propriétaire confirmant son autorisation ou son engagement financier à combler la différence (pièces et main-d'oeuvre).</p>	
Liste des équipements ou des modifications domiciliaires mineures admissibles	
<p>Salle de bain</p> <ul style="list-style-type: none"> - Barre d'appui - Douche téléphone - Banc pour bain ou douche - Carpettes, tapis ou bandes antidérapants (bain, douche, plancher) - Siège surélevé pour toilette avec ou sans barre d'appui sécuritaire <p>Cuisine</p> <ul style="list-style-type: none"> - Carpettes antidérapantes <p>Chambre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Surélévation du lit - Barre d'appui pour lit <p>Toutes les pièces</p> <ul style="list-style-type: none"> - Veilleuse de nuit pour prise murale - Escabeau sécuritaire (un seul) ou banc - Matériel pour seuil de porte et couvre-plancher (biseau, languette, etc.) 	<p>Escaliers (intérieur/extérieur)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Main courante - Revêtement antidérapant <p>Balcon</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revêtement antidérapant du plancher <p>Entrées (intérieure/extérieure)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revêtement antidérapant du plancher <p>Allées extérieures (entrées, sauf véhicules routiers)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revêtement antidérapant pour la surface <p>Autres équipements</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desserte - Marchette - Quadripode - Chaise d'aisance - Protecteur de la hanche
<p>Note : D'autres équipements peuvent être admissibles dans certains cas particuliers définis par le CLSC.</p>	

^{xviii} Les critères d'admissibilité et les modalités d'application seront réévalués après la première année d'implantation et réajustés au besoin. De plus, l'aide et la participation financière des usagers devront respecter les règles budgétaires en vigueur définies par le MSSS.

^{xix} Les seuils de revenus maximums admissibles au programme LAAA varient selon la municipalité et la taille des ménages. Pour plus d'information, il faut communiquer avec la Société d'habitation du Québec.

Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet
« Lettre d'attribution d'aide matérielle au participant » (Modèle), Étape 6

Papier à lettres à en-tête du CLSC

LETTRÉ D'ATTRIBUTION D'AIDE MATÉRIELLE AU PARTICIPANT (MODÈLE)

Date

Nom du participant

Adresse

Objet : Attribution d'aide matérielle

Madame, Monsieur,

Le *projet de prévention des chutes* vous accorde une subvention de _____ \$ dont le détail est mentionné en annexe.

Cette subvention sera envoyée directement au FOURNISSEUR dans quelques semaines lorsque vous aurez reçu à votre domicile, les équipements qui vous sont nécessaires.

Veillez noter que vous êtes responsable de l'entretien de l'équipement octroyé et que le projet de prévention des chutes ne subventionne aucun entretien, ni frais de réparation dû à un défaut d'entretien.

De plus, lors d'un déménagement à l'extérieur de la région de Lanaudière, ou lors d'un décès, tous les équipements non-fixes doivent être retournés en bon état au CLSC _____.

Si de plus amples informations s'avéraient nécessaires, n'hésitez pas à communiquer avec _____ au poste _____.

Nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, en notre entière collaboration.

Signature du Chef d'administration
de programmes MAD

P.J. : Annexe prêt d'équipement de maintien à domicile.

(Version anglaise disponible sur demande)

Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet
« Lettre d'attribution d'aide matérielle au participant » (Modèle, version anglaise), Étape 6

LETTER FOR MATERIAL AID ALLOCATION (MODEL)

Date

Name of participant

Address

Object : Material aid allocation

Madam, Sir,

The *project for the prevention of falls* at home in the elderly allocates you a subsidy of _____\$. See annex for details.

This subsidy will be awarded directly to the SUPPLIER in a few weeks, once you have received the necessary equipment.

Please note that you are responsible for maintaining the equipment and that the project does not subsidize any maintenance fees or repair fees incurred by a lack or proper maintenance.

In the case of a change of residence (moving) to a location outside the Lanaudière region or a death, all removable equipment shall be returned to the CLSC _____, in good condition.

If further information is required, please contact _____ at _____.

Chief of home services program

Enclosed : Annex for material aid at the residence of participant.

(French version available upon request)

Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet
« Fiche de prêt d'équipement de maintien à domicile » (Modèle), Étape 6

PRÊT D'ÉQUIPEMENT DE MAINTIEN À DOMICILE (MODÈLE)



Date de la demande : _____
 Nom et prénom à la naissance : _____
 Adresse : _____
 Téléphone : _____ # dossier : _____
 Répondant (s'il y a lieu) : _____ Téléphone : _____

- Ø Prêt du CLSC (3 mois maximum)
- Ø Équipement(s) octroyé-s par le projet de prévention des chutes à domicile

ÉQUIPEMENT REQUIS

Type d'équipements	No. d'Inventaire	Retour prévu le	Équipement en attente	Relance

PRISE DE POSSESSION : Ø Au CLSC le : _____ Ø À domicile le : _____

Ces équipements sont prêtés et demeurent la propriété du CLSC _____. Je comprends que l'article doit être rapporté à la date de retour prévue.
 Je comprends que je dois remettre les équipements dans l'état où je les ai reçus, sinon j'assumerai les frais de remplacement ou de réparation de l'article que j'aurai endommagé.

DATE DU PRÊT : _____

SIGNATURE DU CLIENT OU DE SON RÉPONDANT : _____

SIGNATURE DE L'INTERVENANT : _____

SIGNATURE DE LA RESPONSABLE DES PRÊTS : _____

PRÊT D'ÉQUIPEMENT MAINTIEN À DOMICILE

Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet
« Registre des chutes », Étape 6

6.1 REGISTRE DES CHUTES	Nom et prénom : _____					NIP : _____						
	CLSC # : 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ()											
	Dossier # : _____											
	Date de naissance : ____/____/____ An Mois Jour											
Caractéristiques de la chute	Cochez les réponses pour chaque chute											
Date de la chute (précisez)	____/____/____ An Mois Jour		____/____/____ An Mois Jour		____/____/____ An Mois Jour		____/____/____ An Mois Jour		____/____/____ An Mois Jour			
1. À quel endroit ?												
1.1 Cuisine	()	1	()	1	()	1	()	1	()	1		
1.2 Vestibule, entrée intérieure, corridors ou passages	()	2	()	2	()	2	()	2	()	2		
1.3 Salon	()	3	()	3	()	3	()	3	()	3		
1.4 Chambre à coucher	()	4	()	4	()	4	()	4	()	4		
1.5 Salle de bain	()	5	()	5	()	5	()	5	()	5		
1.6 Escaliers intérieurs ou extérieurs	()	6	()	6	()	6	()	6	()	6		
1.7 Autre (précisez) _____	()		()		()		()		()			
2. Qu'est-ce qui est arrivé (avant la chute) ?												
2.1 Perte d'équilibre	()		()		()		()		()			
2.2 Perte d'appui (affaissement)	()		()		()		()		()			
2.3 Glissement	()		()		()		()		()			
2.4 Trébuchement	()		()		()		()		()			
2.5 Perte de conscience/évanouissement	()		()		()		()		()			
2.6 Étourdissement	()		()		()		()		()			
2.7 Trou de mémoire/ne sait pas	()		()		()		()		()			
2.8 Autre (précisez) _____	()		()		()		()		()			
3. Avez-vous eu des blessures ?												
	Oui	()	1	Oui	()	1	Oui	()	1	Oui	()	1
	Non	()	2	Non	()	2	Non	()	2	Non	()	2
4. Avez-vous été limité dans vos activités à la maison ?												
	Oui	()	1	Oui	()	1	Oui	()	1	Oui	()	1
	Non	()	2	Non	()	2	Non	()	2	Non	()	2
5. Avez-vous consulté un médecin ?												
	Oui	()	1	Oui	()	1	Oui	()	1	Oui	()	1
	Non	()	2	Non	()	2	Non	()	2	Non	()	2
6. Cette chute a-t-elle nécessité une admission à l'hôpital ?												
	Oui	()	1	Oui	()	1	Oui	()	1	Oui	()	1
	Non	()	2	Non	()	2	Non	()	2	Non	()	2
Commentaires :												
Signature de l'intervenant : _____ Date : _____												

Sources : (Adapté et traduit de) Gill TM, Williams CS, Tinetti ME (2000). *Environmental Hazards and the Risk of Nonsyncopal Falls in the Homes of Community-Living Older Persons*. Medical Care, December, Vol 38, No 12, p. 1174-1183.
(Adapté de) Institut de la statistique du Québec (2000). *Annexe 2. Questionnaire rempli par l'interviewer (QRI). Sections II et III – LIMITATION DES ACTIVITÉS et RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ OU AUX SERVICES SOCIAUX*. p. 12-22 dans *Enquête sociale et de santé 1998*. COLLECTION la santé et le bien-être, ISQ, 6 novembre, 642 p.

Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet
« Calendrier des chutes » (Modèle), Étape 6

MARS 2002		Nom et prénom : _____					NIP : _____
		CLSC # :	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
		Dossier # :	_____			Date de naissance : ____/____/____	
				An	Mois	Jour	
Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	
					1	2	
3	4	5	6	7	8	9	
10	11	12	13	14	15	16	
17	18	19	20	21	22	23	
24 / 31	25	26	27	28	29	30	
Nom de la clinique médicale : _____		Nom de l'intervenant : _____			No tél. : _____		
Préciser sur le calendrier : OÙ est survenue la chute (à quel endroit) ? QUAND est-elle survenue (quel jour) ? COMMENT est-elle survenue (de quelle façon) ?							

Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet
« Tableau de bord du suivi des participants », Étape 6

6.2 TABLEAU DE BORD DU SUIVI DES PARTICIPANTS	Nom et prénom : _____					NIP : _____
	CLSC # : 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () Dossier # : _____					
	Date de naissance : ____/____/____		Date de fin de participation au projet : ____/____/____		Code de cessation : _____	
	An	Mois	Jour	An	Mois	Jour
ÉTAPES						
2° évaluation			Suivi			
- 3° visite à domicile - Suivi et réévaluation (six mois après la 1° visite) - Durée : 1,5 heure à 3 heures			- 4° visite à domicile - Un mois après 3° visite - Durée : 1 heure		- Suivi téléphonique - Deux mois après la 3° visite - Durée : 20 minutes	
Date : ____/____/____ 6° mois an/mois/jour			Date : ____/____/____ 7° mois an/mois/jour		Date : ____/____/____ 8° mois an/mois/jour	Date : ____/____/____ 9° mois an/mois/jour
Suivi (cochez ¹) C EC NA A	Résultats réévaluation (Facteurs de risque)		Recommandations acceptées (cochez)		Suivi (cochez ¹) C EC NA A	Suivi (cochez ¹) C EC NA A
()1()2()3()4	État nutritionnel « Payette » ____/13		a) Référence à la nutritionniste ()		()1()2()3()4	()1()2()3()4
()1()2()3()4 ()1()2()3()4 ()1()2()3()4	Équilibre/motricité « Berg » ____/56 « TUG » ____/sec.		b) Programme exercices individuels () c) Programme exercices de groupe () d) Référence en physiothérapie ()		()1()2()3()4 ()1()2()3()4 ()1()2()3()4	()1()2()3()4 ()1()2()3()4 ()1()2()3()4
()1()2()3()4 ()1()2()3()4 ()1()2()3()4	Médicaments ____/2		e) Référence au personnel infirmier () f) Consultation du pharmacien () g) Référence au médecin traitant ()		()1()2()3()4 ()1()2()3()4 ()1()2()3()4	()1()2()3()4 ()1()2()3()4 ()1()2()3()4
()1()2()3()4 ()1()2()3()4	Alcool ____/2		h) Référence service psychosocial () i) Référence au médecin traitant ()		()1()2()3()4 ()1()2()3()4	()1()2()3()4 ()1()2()3()4
()1()2()3()4 ()1()2()3()4	Environnement domiciliaire ____/37		j) Cuisine () k) Vestibule, entrée, corridor, etc. () l) Salon () m) Chambre à coucher () n) Salle de bain () o) Escaliers () p) Autres () q) Référence en ergothérapie ()		()1()2()3()4 ()1()2()3()4	()1()2()3()4 ()1()2()3()4
Aucune chute ()			Aucune chute ()		Aucune chute ()	Aucune chute ()
Commentaires :						
Signature de l'intervenant : _____ Date : _____						

1. C : Complétée ; EC : En cours (démarche a été entreprise par le participant ou le CLSC) ; NA : Non appliquée (aucune démarche n'a été entreprise) ; A : Autre suivi, précisez dans les commentaires.
Télécopier les évaluations, la synthèse et le registre des chutes (si nécessaire) à la Régie régionale, à l'attention du Service de recherche (450-759-2043).

Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet
« Tableau de bord du suivi des participants », Étape 6

6.2 TABLEAU DE BORD DU SUIVI DES PARTICIPANTS	Nom et prénom : _____					NIP : _____
	CLSC # : 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () Dossier # : _____					
	Date de naissance : ____/____/____		Date de fin de participation au projet : ____/____/____		Code de cessation : _____	
	An	Mois	Jour	An	Mois	Jour
ÉTAPES						
3 ^e évaluation			Suivi			
- 5 ^e visite à domicile - Suivi et réévaluation (six mois après la 3 ^e visite) - Durée : 1,5 heure à 3 heures			- 6 ^e visite à domicile - Un mois après 5 ^e visite - Durée : 1 heure		- Suivi téléphonique - Deux mois après la 5 ^e visite - Durée : 20 minutes	
Date : ____/____/____ 12 ^e mois an/mois/jour			Date : ____/____/____ 13 ^e mois an/mois/jour		Date : ____/____/____ 14 ^e mois an/mois/jour	Date : ____/____/____ 15 ^e mois an/mois/jour
Suivi (cochez ¹) C EC NA A	Résultats réévaluation (Facteurs de risque)		Recommandations acceptées (cochez)		Suivi (cochez ¹) C EC NA A	Suivi (cochez ¹) C EC NA A
()1()2()3()4	État nutritionnel « Payette » ____/13		a) Référence à la nutritionniste ()		()1()2()3()4	()1()2()3()4
()1()2()3()4 ()1()2()3()4 ()1()2()3()4	Équilibre/motricité « Berg » ____/56 « TUG » ____/sec.		b) Programme exercices individuels () c) Programme exercices de groupe () d) Référence en physiothérapie ()		()1()2()3()4 ()1()2()3()4 ()1()2()3()4	()1()2()3()4 ()1()2()3()4 ()1()2()3()4
()1()2()3()4 ()1()2()3()4 ()1()2()3()4	Médicaments ____/2		e) Référence au personnel infirmier () f) Consultation du pharmacien () g) Référence au médecin traitant ()		()1()2()3()4 ()1()2()3()4 ()1()2()3()4	()1()2()3()4 ()1()2()3()4 ()1()2()3()4
()1()2()3()4 ()1()2()3()4	Alcool ____/2		h) Référence service psychosocial () i) Référence au médecin traitant ()		()1()2()3()4 ()1()2()3()4	()1()2()3()4 ()1()2()3()4
()1()2()3()4 ()1()2()3()4	Environnement domiciliaire ____/37		j) Cuisine () k) Vestibule, entrée, corridor, etc. () l) Salon () m) Chambre à coucher () n) Salle de bain () o) Escaliers () p) Autres () q) Référence en ergothérapie ()		()1()2()3()4 ()1()2()3()4	()1()2()3()4 ()1()2()3()4
Aucune chute ()			Aucune chute ()		Aucune chute ()	Aucune chute ()
Commentaires :						
Signature de l'intervenant : _____ Date : _____						

1. C : Complétée ; EC : En cours (démarche a été entreprise par le participant ou le CLSC) ; NA : Non appliquée (aucune démarche n'a été entreprise) ; A : Autre suivi, précisez dans les commentaires.
Télécopier les évaluations, la synthèse et le registre des chutes (si nécessaire) à la Régie régionale, à l'attention du Service de recherche (450-759-2043).

Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet
« Tableau de bord du suivi des participants », Étape 6

6.2 TABLEAU DE BORD DU SUIVI DES PARTICIPANTS	Nom et prénom : _____					NIP : _____
	CLSC # : 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () Dossier # : _____					
	Date de naissance : ____/____/____		Date de fin de participation au projet : ____/____/____		Code de cessation : _____	
	An	Mois	Jour	An	Mois	Jour
ÉTAPES						
4° évaluation			Suivi			
- 7° visite à domicile - Suivi et réévaluation (six mois après la 5° visite) - Durée : 1,5 heure à 3 heures			- 8° visite à domicile - Un mois après 7° visite - Durée : 1 heure		- Suivi téléphonique - Deux mois après la 7° visite - Durée : 20 minutes	
Date : ____/____/____ 18° mois an/mois/jour			Date : ____/____/____ 19° mois an/mois/jour		Date : ____/____/____ 20° mois an/mois/jour	Date : ____/____/____ 21° mois an/mois/jour
Suivi (cochez ¹) C EC NA A	Résultats réévaluation (Facteurs de risque)		Recommandations acceptées (cochez)		Suivi (cochez ¹) C EC NA A	Suivi (cochez ¹) C EC NA A
()1()2()3()4	État nutritionnel « Payette » ____/13		a) Référence à la nutritionniste ()		()1()2()3()4	()1()2()3()4
()1()2()3()4 ()1()2()3()4 ()1()2()3()4	Équilibre/motricité « Berg » ____/56 « TUG » ____/sec.		b) Programme exercices individuels () c) Programme exercices de groupe () d) Référence en physiothérapie ()		()1()2()3()4 ()1()2()3()4 ()1()2()3()4	()1()2()3()4 ()1()2()3()4 ()1()2()3()4
()1()2()3()4 ()1()2()3()4 ()1()2()3()4	Médicaments ____/2		e) Référence au personnel infirmier () f) Consultation du pharmacien () g) Référence au médecin traitant ()		()1()2()3()4 ()1()2()3()4 ()1()2()3()4	()1()2()3()4 ()1()2()3()4 ()1()2()3()4
()1()2()3()4 ()1()2()3()4	Alcool ____/2		h) Référence service psychosocial () i) Référence au médecin traitant ()		()1()2()3()4 ()1()2()3()4	()1()2()3()4 ()1()2()3()4
()1()2()3()4 ()1()2()3()4	Environnement domiciliaire ____/37		j) Cuisine () k) Vestibule, entrée, corridor, etc. () l) Salon () m) Chambre à coucher () n) Salle de bain () o) Escaliers () p) Autres () q) Référence en ergothérapie ()		()1()2()3()4 ()1()2()3()4	()1()2()3()4 ()1()2()3()4
Aucune chute ()			Aucune chute ()		Aucune chute ()	Aucune chute ()
Commentaires :						
Signature de l'intervenant : _____ Date : _____						

1. C : Complétée ; EC : En cours (démarche a été entreprise par le participant ou le CLSC) ; NA : Non appliquée (aucune démarche n'a été entreprise) ; A : Autre suivi, précisez dans les commentaires.
Télécopier les évaluations, la synthèse et le registre des chutes (si nécessaire) à la Régie régionale, à l'attention du Service de recherche (450-759-2043).

Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet
« Tableau de bord du suivi des participants », Étape 6

6.2 TABLEAU DE BORD DU SUIVI DES PARTICIPANTS	Nom et prénom : _____					NIP : _____
	CLSC # : 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () Dossier # : _____					
	Date de naissance : ____/____/____		Date de fin de participation au projet : ____/____/____		Code de cessation : _____	
	An	Mois	Jour	An	Mois	Jour
ÉTAPES						
5° évaluation			Suivi			
- 9° visite à domicile - Suivi et réévaluation (six mois après la 7° visite) - Durée : 1,5 heure à 3 heures			- 10° visite à domicile - Un mois après 9° visite - Durée : 1 heure		- Suivi téléphonique - Deux mois après la 9° visite - Durée : 20 minutes	
Date : ____/____/____ 24° mois an/mois/jour			Date : ____/____/____ 25° mois an/mois/jour		Date : ____/____/____ 26° mois an/mois/jour	Date : ____/____/____ 27° mois an/mois/jour
Suivi (cochez ¹) C EC NA A	Résultats réévaluation (Facteurs de risque)		Recommandations acceptées (cochez)		Suivi (cochez ¹) C EC NA A	Suivi (cochez ¹) C EC NA A
()1()2()3()4	État nutritionnel « Payette » ____/13		a) Référence à la nutritionniste ()		()1()2()3()4	()1()2()3()4
()1()2()3()4 ()1()2()3()4 ()1()2()3()4	Équilibre/motricité « Berg » ____/56 « TUG » ____/sec.		b) Programme exercices individuels () c) Programme exercices de groupe () d) Référence en physiothérapie ()		()1()2()3()4 ()1()2()3()4 ()1()2()3()4	()1()2()3()4 ()1()2()3()4 ()1()2()3()4
()1()2()3()4 ()1()2()3()4 ()1()2()3()4	Médicaments ____/2		e) Référence au personnel infirmier () f) Consultation du pharmacien () g) Référence au médecin traitant ()		()1()2()3()4 ()1()2()3()4 ()1()2()3()4	()1()2()3()4 ()1()2()3()4 ()1()2()3()4
()1()2()3()4 ()1()2()3()4	Alcool ____/2		h) Référence service psychosocial () i) Référence au médecin traitant ()		()1()2()3()4 ()1()2()3()4	()1()2()3()4 ()1()2()3()4
()1()2()3()4 ()1()2()3()4	Environnement domiciliaire ____/37		j) Cuisine () k) Vestibule, entrée, corridor, etc. () l) Salon () m) Chambre à coucher () n) Salle de bain () o) Escaliers () p) Autres () q) Référence en ergothérapie ()		()1()2()3()4 ()1()2()3()4	()1()2()3()4 ()1()2()3()4
Aucune chute ()			Aucune chute ()		Aucune chute ()	Aucune chute ()
Commentaires :						
Signature de l'intervenant : _____ Date : _____						

1. C : Complétée ; EC : En cours (démarche a été entreprise par le participant ou le CLSC) ; NA : Non appliquée (aucune démarche n'a été entreprise) ; A : Autre suivi, précisez dans les commentaires.
Télécopier les évaluations, la synthèse et le registre des chutes (si nécessaire) à la Régie régionale, à l'attention du Service de recherche (450-759-2043).

Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet
« Tableau de bord du suivi des participants », Étape 6

6.2 TABLEAU DE BORD DU SUIVI DES PARTICIPANTS	Nom et prénom : _____					NIP : _____
	CLSC # : 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () Dossier # : _____					
	Date de naissance : ____/____/____		Date de fin de participation au projet : ____/____/____		Code de cessation : _____	
	An	Mois	Jour	An	Mois	Jour
ÉTAPES						
6° évaluation			Suivi			
- 11° visite à domicile - Suivi et réévaluation (six mois après la 9° visite) - Durée : 1,5 heure à 3 heures			- 12° visite à domicile - Un mois après 11° visite - Durée : 1 heure		- Suivi téléphonique - Deux mois après la 11° visite - Durée : 20 minutes	
Date : ____/____/____ 30° mois an/mois/jour			Date : ____/____/____ 31° mois an/mois/jour		Date : ____/____/____ 32° mois an/mois/jour	Date : ____/____/____ 33° mois an/mois/jour
Suivi (cochez ¹) C EC NA A	Résultats réévaluation (Facteurs de risque)		Recommandations acceptées (cochez)		Suivi (cochez ¹) C EC NA A	Suivi (cochez ¹) C EC NA A
()1()2()3()4	État nutritionnel « Payette » ____/13		a) Référence à la nutritionniste ()		()1()2()3()4	()1()2()3()4
()1()2()3()4 ()1()2()3()4 ()1()2()3()4	Équilibre/motricité « Berg » ____/56 « TUG » ____/sec.		b) Programme exercices individuels () c) Programme exercices de groupe () d) Référence en physiothérapie ()		()1()2()3()4 ()1()2()3()4 ()1()2()3()4	()1()2()3()4 ()1()2()3()4 ()1()2()3()4
()1()2()3()4 ()1()2()3()4 ()1()2()3()4	Médicaments ____/2		e) Référence au personnel infirmier () f) Consultation du pharmacien () g) Référence au médecin traitant ()		()1()2()3()4 ()1()2()3()4 ()1()2()3()4	()1()2()3()4 ()1()2()3()4 ()1()2()3()4
()1()2()3()4 ()1()2()3()4	Alcool ____/2		h) Référence service psychosocial () i) Référence au médecin traitant ()		()1()2()3()4 ()1()2()3()4	()1()2()3()4 ()1()2()3()4
()1()2()3()4 ()1()2()3()4	Environnement domiciliaire ____/37		j) Cuisine () k) Vestibule, entrée, corridor, etc. () l) Salon () m) Chambre à coucher () n) Salle de bain () o) Escaliers () p) Autres () q) Référence en ergothérapie ()		()1()2()3()4 ()1()2()3()4	()1()2()3()4 ()1()2()3()4
Aucune chute ()			Aucune chute ()		Aucune chute ()	Aucune chute ()
Commentaires :						
Signature de l'intervenant : _____ Date : _____						

1. C : Complétée ; EC : En cours (démarche a été entreprise par le participant ou le CLSC) ; NA : Non appliquée (aucune démarche n'a été entreprise) ; A : Autre suivi, précisez dans les commentaires.
Télécopier les évaluations, la synthèse et le registre des chutes (si nécessaire) à la Régie régionale, à l'attention du Service de recherche (450-759-2043).

Annexe 4 (suite) Outils utilisés dans le cadre du projet
« Tableau de bord du suivi des participants », Étape 6

6.2 TABLEAU DE BORD DU SUIVI DES PARTICIPANTS	Nom et prénom : _____					NIP : _____
	CLSC # : 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () Dossier # : _____					
	Date de naissance : ____/____/____		Date de fin de participation au projet : ____/____/____		Code de cessation : _____	
	An	Mois	Jour	An	Mois	Jour
ÉTAPES						
7 ^e évaluation			Suivi			
- 13 ^e visite à domicile - Suivi et réévaluation (six mois après la 11 ^e visite) - Durée : 1,5 heure à 3 heures			- 14 ^e visite à domicile - Un mois après 13 ^e visite - Durée : 1 heure		- Suivi téléphonique - Deux mois après la 13 ^e visite - Durée : 20 minutes	
Date : ____/____/____ 36 ^e mois an/mois/jour			Date : ____/____/____ 37 ^e mois an/mois/jour		Date : ____/____/____ 38 ^e mois an/mois/jour	Date : ____/____/____ 39 ^e mois an/mois/jour
Suivi (cochez ¹) C EC NA A	Résultats réévaluation (Facteurs de risque)		Recommandations acceptées (cochez)		Suivi (cochez ¹) C EC NA A	Suivi (cochez ¹) C EC NA A
()1()2()3()4	État nutritionnel « Payette » ____/13		a) Référence à la nutritionniste ()		()1()2()3()4	()1()2()3()4
()1()2()3()4 ()1()2()3()4 ()1()2()3()4	Équilibre/motricité « Berg » ____/56 « TUG » ____/sec.		b) Programme exercices individuels () c) Programme exercices de groupe () d) Référence en physiothérapie ()		()1()2()3()4 ()1()2()3()4 ()1()2()3()4	()1()2()3()4 ()1()2()3()4 ()1()2()3()4
()1()2()3()4 ()1()2()3()4 ()1()2()3()4	Médicaments ____/2		e) Référence au personnel infirmier () f) Consultation du pharmacien () g) Référence au médecin traitant ()		()1()2()3()4 ()1()2()3()4 ()1()2()3()4	()1()2()3()4 ()1()2()3()4 ()1()2()3()4
()1()2()3()4 ()1()2()3()4	Alcool ____/2		h) Référence service psychosocial () i) Référence au médecin traitant ()		()1()2()3()4 ()1()2()3()4	()1()2()3()4 ()1()2()3()4
()1()2()3()4 ()1()2()3()4	Environnement domiciliaire ____/37		j) Cuisine () k) Vestibule, entrée, corridor, etc. () l) Salon () m) Chambre à coucher () n) Salle de bain () o) Escaliers () p) Autres () q) Référence en ergothérapie ()		()1()2()3()4 ()1()2()3()4	()1()2()3()4 ()1()2()3()4
Aucune chute ()			Aucune chute ()		Aucune chute ()	Aucune chute ()
Commentaires :						
Signature de l'intervenant : _____ Date : _____						

1. C : Complétée ; EC : En cours (démarche a été entreprise par le participant ou le CLSC) ; NA : Non appliquée (aucune démarche n'a été entreprise) ; A : Autre suivi, précisez dans les commentaires.
Télécopier les évaluations, la synthèse et le registre des chutes (si nécessaire) à la Régie régionale, à l'attention du Service de recherche (450-759-2043).

