

**Projet-pilote régional de prévention des
chutes à domicile chez les personnes âgées
Rapport d'évaluation**



**Direction de santé publique et d'évaluation
Service de surveillance, recherche et évaluation
Service de prévention et de promotion**

Mars 2009



AUTEURS

Bernard-Simon Leclerc, M. Sc., Ph. D. (candidat)

Direction de santé publique et d'évaluation
Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

Claude Bégin, M. Sc.

Direction de santé publique et d'évaluation
Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

Élizabeth Cadieux, M. Sc.

Direction de santé publique et d'évaluation
Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

AVEC LA COLLABORATION DE

Marie-Jeanne Kergoat, M.D., C.S.P.Q., F.C.F.P.

Centre de recherche, Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Lise Goulet, M.D., Ph. D., C.S.P.Q., F.R.C.P.C.

Groupe de recherche interdisciplinaire en santé
Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal

MISE EN PAGE

Chantal Beaulieu
Julie Nault

RÉVISION LINGUISTIQUE

Daniel Desrochers

Ce document est disponible en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière au www.agencelanaudiere.qc.ca.

Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière
245, rue du Curé-Majeau, Joliette (Québec) J6E 8S8
Téléphone : 450-759-1157 ou, sans frais, 1 800 668-9229

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source. Référence suggérée :

LECLERC, B.-S., C. BÉGIN et É. CADIEUX, avec la collaboration de M.-J. KERGOAT et L. GOULET. *Projet-pilote régional de prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées. Rapport d'évaluation*. Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Service de surveillance, recherche et évaluation et Service de prévention et de promotion, Direction de santé publique et d'évaluation, 2009, 76 p. et annexes.

Dépôt légal :

Premier trimestre 2009

ISBN : 978-2-923685-31-1 (version imprimée)

ISBN : 978-2-923685-32-8 (PDF)

Bibliothèque nationale du Canada

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

MOT DU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE ET D'ÉVALUATION

De par leur prévalence et les conséquences qu'elles entraînent, les chutes chez les personnes âgées représentent un problème majeur de santé publique. Depuis plusieurs années, les deux centres de santé et de services sociaux de la région dispensent des services en prévention des chutes sur l'ensemble du territoire Lanaudois. Plusieurs personnes, inscrites au service de soutien à domicile, ont bénéficié ou bénéficient actuellement d'interventions multifactorielles personnalisées axées sur le repérage, l'évaluation et la correction des facteurs de risque de chute. De plus, des décideurs, des planificateurs et des chercheurs s'efforcent de trouver les moyens de fournir les soins les mieux adaptés aux personnes âgées.

La Direction de santé publique et d'évaluation de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière est fière de contribuer à cet effort concerté sur la prévention des chutes et sur la promotion de stratégies efficaces pour y parvenir. L'évaluation du *Projet-pilote régional de prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées*, dont les résultats sont présentés dans ce document, s'est inscrite dans une démarche globale d'implantation généralisée sur le territoire Lanaudois. Débutés en mars 2002, le recrutement et le suivi des participants se sont poursuivis jusqu'en juillet 2005, bien que l'information sur la survenue des chutes ait été colligée jusqu'en janvier 2006.

Je tiens à remercier les auteurs ainsi que les personnes qui ont collaboré à cet ambitieux projet d'intervention. Sans leur assistance, il serait impossible d'offrir aujourd'hui une telle gamme de services susceptibles de rehausser l'état de santé et la qualité de vie des aînés Lanaudois.

Le maintien des capacités fonctionnelles des personnes âgées constitue un défi sur les plans humain, social et économique qui commande une action intersectorielle et concertée. Je suis persuadé que l'expérience et le savoir acquis dans la région de Lanaudière facilitent la poursuite de l'implantation de l'offre régionale de service en prévention des chutes dans les établissements et aideront les gestionnaires et les planificateurs des autres régions du Québec à cet égard.

Le Directeur de santé publique et d'évaluation,

D^r Laurent Marcoux

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Laurent Marcoux', with a long horizontal stroke extending to the right.

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient tous les aînés, les gestionnaires et les intervenants des centres de santé et de services sociaux de Lanaudière qui ont participé à l'étude. Ils expriment également leur gratitude envers Geneviève Marquis et Josée Payette, de la Direction de santé publique et d'évaluation de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, pour la collaboration qu'elles leur ont fournie en réalisant respectivement la saisie des données et la préparation des fichiers de données qui ont servi aux analyses, ainsi qu'envers Nancy Leblanc, Julie Meloche, Marie-Christine Stafford et Jean-François Allaire, du Groupe de consultation en statistique du Centre de recherche de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, pour la réalisation des analyses statistiques avancées.

Des remerciements tout particuliers vont à Mélanie Renaud, de la Direction de santé publique et d'évaluation, pour son aide dans la définition de la configuration des territoires des différents sites d'implantation, ainsi qu'à André Guillemette, de la même organisation, pour l'analyse des transcriptions d'entrevues réalisées auprès d'acteurs directement engagés dans l'élaboration, la gestion et l'implantation du projet-pilote dans les divers milieux. Des remerciements s'adressent également à Abdoul Aziz Gbaya et à André Guillemette pour leurs suggestions à la lecture de ce document, à Chantal Beaulieu et à Julie Nault, qui en ont soigneusement effectué la mise en page et, enfin, à Daniel Desrochers pour son minutieux travail de révision linguistique.

Dans le présent document, à l'exception des termes *infirmière* et *nutritionniste*, le masculin est utilisé au sens neutre dans le seul but de ne pas alourdir le texte. Il désigne autant les femmes que les hommes.

RÉSUMÉ

PROBLÉMATIQUE

De par leur prévalence et les conséquences qu'elles entraînent, les chutes chez les personnes âgées représentent un problème majeur de santé publique. Afin de contribuer à leur prévention, les centres locaux de services communautaires (CLSC) des centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région de Lanaudière ont dispensé des services de prévention des chutes de mars 2002 à juillet 2005 aux personnes âgées de 65 ans ou plus inscrites au service de soutien à domicile dans le cadre de l'implantation du *Projet-pilote régional de prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées*.

La stratégie d'intervention retenue était basée sur une intervention multifactorielle personnalisée axée sur le dépistage des facteurs de risque de chute ainsi que sur leur correction par la prescription et le suivi d'un plan d'intervention individualisé. Les interventions ciblaient l'amélioration de la force musculaire, de l'équilibre et de la démarche par l'activité physique ainsi qu'une modification de la médication, de l'environnement physique et de certaines habitudes de vie, telles l'alimentation et la consommation d'alcool.

Le projet-pilote répondait à une demande des directeurs généraux des CLSC. La proposition faite par la Direction de santé publique et d'évaluation (DSPE) de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière sous-tendait l'expérimentation et l'évaluation de mesures de santé publique dans des conditions d'intervention ordinaires en milieu naturel. Il cherchait à déterminer les conditions d'implantation nécessaires à la mise en œuvre d'interventions visant la prévention des chutes à domicile chez la population ciblée, et ce, afin d'intégrer ces interventions dans le cadre des activités quotidiennes courantes des dispensateurs de soins et de services de soutien à domicile dans les établissements concernés. Le tout devait permettre d'indiquer si le projet pouvait contribuer à réduire les facteurs de risque ainsi que l'incidence des chutes et des blessures chez la population ciblée.

L'évaluation dont les résultats sont présentés dans ce rapport a pour objectif général d'apprécier l'implantation multisite du projet et de déterminer les variations de mise en œuvre d'un site à l'autre ainsi que leurs influences sur les effets produits. L'évaluation a également visé à comprendre les processus d'intégration d'une nouvelle intervention dans un milieu de pratique.

MÉTHODES

L'évaluation du projet-pilote a touché à sa conception, à sa mise en œuvre et à ses effets. La méthodologie adoptée est fondée sur la triangulation, principe qui sous-tend l'utilisation de différents outils et le regroupement de différentes sources de données pour étudier un programme unique (Guba et Lincoln, 1994; Patton, 2002). Elle a notamment combiné des approches qualitative et quantitative.

Plus spécifiquement, l'évaluation de l'implantation a porté sur la mobilisation de l'environnement et des intervenants, sur les résultats opérationnels de production de services ainsi que sur les processus engagés dans l'implantation du projet en général. La stratégie d'analyse a fait appel à

l'étude de cas multiples, soit les six CLSC du territoire. Elle a consisté à mesurer l'exhaustivité des éléments mis en œuvre et à établir s'ils l'ont été comme il était convenu de l'être.

Par ailleurs, l'évaluation des effets a porté sur les effets intermédiaires en matière de modification des conduites ou des comportements et de l'amélioration ou du maintien des capacités ainsi que sur les effets ultimes souhaités, telle la réduction du nombre de chutes et des blessures associées.

L'efficacité de l'intervention sur les facteurs de risque de même que la régularité de l'effet d'un site à l'autre ont été examinées en comparant les scores mesurés au moment de prendre part au projet à ceux notés à 12 et à 18 mois chez le sous-ensemble de sujets y ayant maintenu leur participation. Toutefois, l'absence de mesures antérieures au programme et de groupe de comparaison ont éliminé la possibilité d'évaluer les changements sur l'incidence des chutes. L'angle d'évaluation des effets sur les chutes adopté a dès lors été l'étude comparative des variations des résultats à la suite de l'application du même projet dans les divers milieux (CLSC).

RÉSULTATS

À la lumière de ses travaux d'évaluation, le Comité de pilotage de la DSPE a constaté les faits mentionnés ci-dessous.

L'information rapportée doit être considérée avec circonspection puisque l'expérimentation même de tout projet, c'est-à-dire l'observation et l'évaluation des processus engagés dans son implantation, engendre inévitablement des artefacts. Par ailleurs, l'évaluation a tenté d'appréhender différentes perspectives du projet selon le point de vue de divers acteurs engagés dans son élaboration, sa gestion et son implantation. Cette partie de l'évaluation ne peut prétendre donner un portrait juste au sens statistique du terme. Ces informations reposent strictement sur la perception d'un petit nombre de répondants. Il convient donc d'adopter une attitude de prudence dans l'interprétation des résultats. Il importe de rappeler que le choix des facteurs de risque de chute, les outils utilisés ainsi que les diverses étapes du processus de mise en œuvre du projet-pilote ont été convenus conjointement par les CLSC et la DSPE, et le tout a été consigné dans un devis d'implantation (Bégin, 2002),

Le processus d'implantation

- Le constat général qui ressort de la présente évaluation est celui de l'ampleur de l'initiative et du changement proposé dans les milieux, nécessitant des modifications d'attitudes et de pratique. Les actions de prévention étaient antérieurement limitées au secteur du soutien à domicile.
- L'intégration et l'opérationnalisation du projet-pilote de prévention des chutes dans les CLSC hôtes – aussi bien planifié a-t-il pu être – se sont inscrites au cœur de contraintes organisationnelles et d'intérêts variés propres aux groupes d'acteurs en place. Les gestionnaires ont mentionné qu'ils ont dû composer avec la réorganisation des services de santé et des services sociaux, la pression des listes d'attente, la pénurie de main-d'œuvre, le haut taux de roulement du personnel et la redéfinition de leur tâche.

- Dans l'ensemble, les intervenants dédiés et les nutritionnistes se sont déclarés animés par la mission qu'ils s'étaient donnée en acceptant leur poste. Leur adhésion au projet, matérialisée par le soutien et l'effort déployés pour l'implanter, s'est par conséquent avérée entière. Il faut préciser que des thérapeutes en réadaptation physique et la presque totalité des nutritionnistes ont été embauchés en raison de l'implantation du projet et grâce à un budget consacré à leur rémunération.
- L'intervenant dédié a été la personne qui, du point de vue de l'ensemble des acteurs interviewés, a exercé le plus d'influence sur le plan opérationnel dans la mise en œuvre du projet dans les organisations hôtes et qui y a consacré le plus d'énergie.
- Selon les informations obtenues, les nutritionnistes ont apprécié la perspective globale de la démarche d'intervention les incluant. Le projet leur a permis de valoriser leur profession et leur rôle en CLSC ainsi que de faire reconnaître leurs compétences spécifiques.
- Certains acteurs concernés des CLSC hôtes ne savaient pas que le projet de la DSPE répondait à une demande expresse des directeurs généraux des CLSC de la région, bien que le devis d'implantation du projet le précisait formellement.
- De façon partagée, les gestionnaires et les intervenants interviewés ont perçu le projet-pilote de prévention des chutes comme un projet spécial en marge des activités et des équipes régulières du service de soutien à domicile des CLSC. Cette impression a été perçue quelque peu défavorable à son appropriation locale et à la mobilisation des intervenants et de l'environnement.
- Les entrevues réalisées auprès des divers acteurs témoignent du fait que l'implication des gestionnaires a été teintée par l'engagement formel de leur organisation auprès de la DSPE de même que par leur obligation de justifier les résultats attendus par le devis d'implantation.
- D'après la majorité des intervenants interviewés, quels qu'ils soient, les gestionnaires ont dans l'ensemble fourni un soutien plutôt limité aux nutritionnistes et aux intervenants dédiés, abstraction faite de leurs obligations purement administratives les concernant.
- De l'avis des intervenants dédiés, les médecins de clinique privée ne semblaient pas connaître le projet et ont été peu nombreux à s'y intéresser. Les intervenants dédiés ont unanimement rapporté que plusieurs médecins ignoraient leurs demandes ou n'appréciaient guère un regard extérieur sur la médication de leurs clients. L'adhésion des médecins de clinique privée aux objectifs du projet a été perçue comme un obstacle à l'apport de changements sur le facteur de risque les concernant.
- L'implantation du projet a été facilitée par la mise en place d'un mécanisme de concertation entre les porteurs de l'intervention aux paliers local et régional responsables de la coordination et du suivi de la mise en œuvre. Elle l'a été tout autant par la nomination pour chacun des sites d'un intervenant dédié responsable de la coordination locale du dossier, qui participait aux rencontres du Comité régional de prévention des chutes.

- La concertation et la coordination requises pour organiser tous les aspects du projet ont favorisé sa mise en œuvre dans le respect des pratiques des CLSC, même si des concessions ont dûes être faites de part et d'autre. Tous les acteurs ont dénoté une volonté d'arrimage chez leurs vis-à-vis, malgré des différences de culture organisationnelle entre le réseau de services et celui de la santé publique. La grande majorité des personnes interviewées ont estimé avoir développé des habiletés à travailler conjointement sur des processus de mise en œuvre d'interventions en situation réelle.
- De l'avis de certains intervenants et gestionnaires interviewés, le caractère volontaire de la participation des personnes âgées au projet et, conséquemment, la possibilité de s'en retirer n'importe quand sans compromettre ses droits de recevoir des soins ont facilité le recrutement des participants.
- Les résultats des questionnaires autoadministrés ont révélé que près de la moitié des intervenants et des gestionnaires interviewés ont exprimé une certaine insatisfaction quant à l'application des critères d'admissibilité des participants et du processus lui-même, et cela, malgré le fait que ces derniers aient été élaborés conjointement par les CLSC et la DSPE et consignés dans le devis d'implantation.
- La passation des outils de dépistage et d'évaluation des facteurs de risque par les intervenants dédiés a démontré qu'il était souhaitable de réaliser l'évaluation initiale des facteurs de risque en deux rencontres rapprochées, tel que le permettait le devis d'implantation.
- Selon une majorité d'intervenants dédiés, le dépistage des facteurs de risque de chute au domicile du participant a constitué une étape privilégiée de l'intervention. Il a permis aux participants de prendre conscience des différents risques liés à leur condition ou présents dans leur environnement et à l'intervenant de communiquer des messages de prévention.
- Dans l'ensemble, les outils prévus par le devis d'implantation ont été jugés positivement lors de leur utilisation par les intervenants. Les outils proposés pour l'évaluation des risques associés à l'équilibre et à la motricité de même qu'à l'environnement domiciliaire ont été jugés plus positivement que ceux utilisés pour les autres facteurs de risque.
- Une majorité de répondants ont noté que les questions relatives à la consommation d'alcool pouvaient engendrer des réactions défensives chez les personnes concernées.
- Aux dires de la grande majorité des intervenants dédiés, l'élaboration des plans d'intervention individualisés a nécessité beaucoup de temps. Tel que prévu par le devis d'implantation, les intervenants devaient proposer et prioriser des avenues réalistes pour les participants, tout en tenant compte de la réceptivité de chacun.
- Les recommandations vers la nutritionniste ou le médecin traitant pour une évaluation plus poussée de même que la correction des risques environnementaux au domicile de l'aîné étaient au nombre des avenues proposées dans la majorité des cas. Toutefois, certains intervenants dédiés ont souligné que les délais d'attente pour certains services pouvaient atteindre plusieurs mois.

- De l'avis de la plupart des intervenants dédiés et des gestionnaires, l'élaboration des plans d'intervention individualisés a été facilitée par la disponibilité d'un budget dédié à la correction des risques liés à l'environnement domiciliaire, soit pour l'achat d'équipements et d'accessoires fonctionnels, soit pour le défraiement des coûts liés aux modifications mineures de l'environnement domiciliaire.
- Le maintien d'une cohorte de participants a comporté d'immenses défis. Ainsi, le suivi téléphonique fait sur une base mensuelle permettait l'établissement d'une relation de confiance avec l'aîné et constituait autant d'occasions d'insister pour que les recommandations du plan d'intervention individualisé soient appliquées. Toutefois, certains intervenants et gestionnaires ont interprété les procédures de suivi de telle sorte qu'ils croyaient impossible de faire, au besoin, d'autres visites à domicile ou plus d'appels téléphoniques aux participants. Malgré le jugement exprimé, le devis d'implantation autorisait de telles situations.
- Une estimation du temps réel moyen consacré par l'intervenant dédié pour accomplir les diverses tâches prévues par les procédures d'implantation du projet a été réalisée conjointement par les CLSC et la DSPE. Malgré cela, certains intervenants dédiés auraient souhaité pouvoir consacrer au projet plus de temps que celui qui leur était attribué. Par exemple, le nombre d'heures consacrées aux déplacements pour se rendre chez les participants a limité la réalisation des tâches qui incombaient aux intervenants dédiés et aux nutritionnistes.
- De façon générale, lors du suivi, les recommandations concernant l'environnement domiciliaire ont reçu la plus grande réceptivité des participants.
- Certains intervenants ont perçu que le programme d'exercices individuels pouvait être accepté par une proportion d'aînés plus désireux de souscrire à la désirabilité sociale que motivés à y adhérer véritablement. D'autres ont rappelé que l'organisation du programme d'exercices de groupe pouvait s'avérer laborieuse. D'ailleurs, environ un seul groupe par site a pu être offert.

Les caractéristiques des participants

Nos observations témoignent de disparités dans les caractéristiques des clientèles selon les CLSC et, conséquemment, dans les interventions prescrites. Les lignes qui suivent résument les principales observations qui les caractérisent.

- Au moment de prendre part au projet, près de 4 participants sur 10 avaient déjà vécu au moins une chute au cours des trois mois précédents. La quasi-totalité présentait au moins un facteur à haut risque parmi les cinq investigués. L'exposition à des risques multiples était répandue, avec une moyenne de presque trois facteurs à haut risque distincts par participant.
- La très grande majorité des domiciles (91 %) comportaient des risques environnementaux de chute, avec en moyenne trois items dangereux par domicile, tandis que 88 % des

participants prenaient quotidiennement plus de trois médicaments différents prescrits et 47 %, des benzodiazépines.

- La durée moyenne du suivi et de l'engagement des participants a été de 477 jours. Quelque 57 % des aînés joints ont maintenu leur participation durant 12 mois, alors que 39 % l'ont poursuivie durant 18 mois ou plus.
- Le nombre de participants ayant atteint 18 mois de suivi au projet ou quatre évaluations des facteurs de risque s'élevait à 376. L'objectif fixé était de 596 participants au 31 mars 2005.
- Statistiques à l'appui, les individus plus frêles et possiblement plus à risque de tomber ont été parmi les plus difficiles à retenir. Les hommes, les personnes les plus âgées, les consommateurs quotidiens d'alcool, les occupants d'une résidence pour personnes âgées autonomes ou en légère perte d'autonomie et les individus au plus faible score à l'échelle d'équilibre de Berg sont ceux qui, pour une raison ou pour une autre, ont abrégé leur participation.
- Les participants du site n° 1 ont été proportionnellement moins nombreux à avoir chuté au cours des trois mois précédant leur entrée dans le projet et ont consommé moins de médicaments en moyenne. Ils ont été plus fréquemment orientés vers un programme d'exercices de groupe du CLSC lorsque cette option s'avérait justifiée. Les usagers de ce CLSC ont été suivis plus longtemps qu'ailleurs et davantage ont bénéficié d'une cinquième réévaluation, correspondant à 24 mois de participation.
- Les usagers du site n° 2 habitaient proportionnellement plus souvent dans une résidence privée pour personnes âgées et leur environnement domiciliaire comportait en moyenne moins d'items dangereux. Ils ont été plus souvent dirigés vers la physiothérapie en raison de leur résultat à l'évaluation de la motricité et de l'équilibre. Davantage de participants y ont également bénéficié d'une cinquième réévaluation, correspondant à 24 mois de participation.
- Les participants du site n° 3 ont été proportionnellement plus nombreux à avoir chuté au cours des trois mois précédant l'examen initial. De même, ils étaient proportionnellement plus nombreux à vivre dans une résidence privée pour personnes âgées. Leur environnement domiciliaire comportait en moyenne plus d'items dangereux, mais moins nombreux étaient ceux qui affichaient un risque élevé d'insuffisance d'apports énergétiques et nutritionnels.
- Les usagers du site n° 4 ont été proportionnellement moins nombreux à déclarer une consommation d'alcool au cours des 12 mois précédant le début du projet. Les usagers ont été plus fréquemment orientés vers un programme d'exercices de groupe du CLSC lorsque requis. Les participants de ce CLSC ont été plus souvent dirigés vers l'ergothérapie par les intervenants dédiés lors de l'évaluation des risques environnementaux à leur domicile, possiblement en raison de la nature des risques présents. Proportionnellement moins d'usagers sont parvenus à atteindre 18 mois de participation.

- Les usagers du site n° 5 habitaient, toute proportion gardée, plus souvent dans une résidence privée pour personnes âgées et consommaient en moyenne davantage de médicaments. Plus de recommandations relatives à la nutrition leur ont été formulées. Ces participants étaient relativement moins souvent dirigés vers le physiothérapeute, tandis qu'un programme d'exercices de groupe réalisé à l'externe du CLSC a été une avenue plus couramment envisagée lorsqu'un s'avérait justifié. Les intervenants dédiés ont plus souvent dirigé vers l'ergothérapie les personnes dont le domicile comportait des éléments de risque environnementaux le nécessitant. Les usagers de ce CLSC ont en moyenne été suivis moins longtemps qu'ailleurs.
- Les participants du site n° 6 ont été plus nombreux en proportion à déclarer une consommation d'alcool au cours des six mois précédant l'examen initial. Toute proportion gardée, elle a été également plus souvent dirigée vers la nutritionniste et le physiothérapeute en raison des risques identifiés. Un programme d'exercices de groupe réalisé à l'externe du CLSC a été une avenue plus couramment envisagée lorsqu'il s'avérait justifié.

Les effets de l'implantation

Les résultats de l'évaluation de l'implantation ont démontré que ses diverses composantes ont été mises en œuvre comme il était convenu de l'être par le devis d'implantation. Outre ce jugement global, il s'avère difficile de porter un jugement d'ensemble sur le degré d'implantation atteint par le projet dans les six CLSC étant donné la profusion et la complexité de l'information fournie. Les CLSC peuvent néanmoins être catégorisés d'après la conceptualisation des types de résultats engendrés par l'implantation d'une intervention mise de l'avant par Tornatzky et Johnson (1982) et reprise par Perreault et son équipe (2000).

- On pourrait qualifier de « changements importants et constants », d'un CLSC à l'autre, tout changement découlant directement de l'implantation du projet-pilote, telles les pratiques professionnelles et les modalités d'implantation liées à la gouvernance du projet, à l'engagement des gestionnaires au mécanisme régional de coordination du projet, à la mobilisation et l'adhésion des intervenants dédiés et des nutritionnistes ainsi qu'à l'application, dans les grandes lignes, du processus de dépistage et d'attribution des interventions ciblées.
- Certaines dimensions du projet qui exigeaient des changements importants dans les manières de faire ont au contraire montré des limites, et cela, de manière constante dans les différents CLSC. Au rang de ces « changements limités mais constants » se trouveraient les activités multidisciplinaires à proprement parler, l'offre de programme d'exercices de groupe, la mobilisation des médecins traitants, la participation et l'appui accordés par les gestionnaires sur leur propre terrain ainsi que les modalités de dépistage et d'intervention au regard du facteur de risque « alcool ».
- Au chapitre des « changements limités et inconstants » se situerait la dose d'exposition à l'intervention, qui met en cause la réceptivité et l'engagement des participants à l'égard de plusieurs facteurs de risque considérés.

- À l'inverse, la capacité du projet à produire des changements de l'environnement domiciliaire qui varient en fonction du milieu d'implantation ainsi que le processus associé au recrutement et à la rétention des participants témoigneraient de « changements importants, mais inconstants ».

Toutefois, la présente évaluation n'a pu déterminer les effets de l'implantation du projet pour l'ensemble de la région de Lanaudière sur la survenue de chutes chez les participants, simplement parce qu'il n'existait aucune mesure antérieure au programme ni groupe témoin. À titre indicatif, nous pouvons affirmer que pour un peu plus de 8 usagers sur 10 ayant persévéré dans le projet, le nombre de chutes survenues entre le 6^e et le 12^e mois et entre le 12^e et le 18^e mois de suivi est demeuré stable ou a diminué par rapport au nombre de chutes survenues au cours des six premiers mois.

L'étude comparative des CLSC a cependant permis de mettre en évidence le fait que le même projet appliqué dans des milieux organisationnels différents produit des résultats également différents au regard de la prévention des chutes et de leurs conséquences.

- Après correction des valeurs pour contrôler l'influence du sexe, de l'âge, de l'histoire de chutes et des facteurs de risque des participants mesurés à l'examen initial, ce sont 65 % des usagers du site n° 4 qui n'avaient pas encore chuté au terme d'un an de participation, contrairement à 46 % pour le site n° 3. C'est donc dire que les participants du site n° 3 y ont chuté plus précocement ou que l'efficacité de l'intervention y était significativement moindre sur les plans clinique et statistique.
- Présentés autrement, ces résultats indiquent que l'incidence après 12 mois d'une première chute a varié de 35 % au site n° 4 à 54 % au site n° 3. La probabilité de chuter associée au site n° 3 s'est aussi défavorablement différenciée en ce qui a trait aux chutes ayant conduit à une consultation médicale.
- Les résultats des analyses prenant cette fois en compte l'ensemble des chutes chez un même individu confirment qu'un client soigné au site n° 3 présentait invariablement un risque accru de chuter, que l'événement ait ou non nécessité un recours à des soins ou à des services médicaux. Plus précisément, le nombre de chutes par jour de suivi d'un client soigné au site n° 3 a été multiplié par un facteur de 63 % comparativement à ceux du site n° 6, tandis que le nombre de chutes requérant une consultation médicale y a été environ multiplié par deux.
- De façon générale, nos résultats montrent que les sites n^{os} 1 et 3 se sont avérés moins efficaces pour prévenir les chutes (sans égard à leur conséquence) à la suite de l'implantation du projet, contrairement aux sites n^{os} 4 et 6, qui figurent parmi les meilleurs à cet égard.

Paradoxalement, l'analyse des données sur les facteurs de risque n'a pas permis de dégager un profil de la contribution des composantes de l'intervention multifactorielle avec les résultats présentés précédemment en ce qui concerne la survenue des chutes selon le CLSC. Toutefois, lorsque les composantes de l'intervention sont examinées isolément pour l'ensemble des participants, les données obtenues après 12 mois de participation au projet rendent compte d'une diminution de la proportion de consommateurs d'alcool au cours des six mois précédant

leur évaluation (variation de 13 %), d'individus à risque élevé sur la base de leur consommation de benzodiazépines (de 8 %), du nombre d'éléments environnementaux de risque à leur domicile (de 47 %) ainsi que du nombre total de facteurs de risque élevé pour les clients de bon nombre d'établissements (de 11 %).

Par contre, le nombre de médicaments différents prescrits était significativement plus élevé après 12 mois de participation qu'au moment de prendre part à l'intervention. Il faut rappeler que le projet ne visait pas à diminuer le nombre de médicaments différents prescrits, mais à en prévenir l'usage inapproprié lorsque ce nombre était supérieur à trois ou lorsqu'il y avait prise de psychotropes. Ainsi, le médecin traitant pouvait réviser la médication des participants, même si ultimement le nombre de produits différents consommés quotidiennement ne diminuait pas avec le temps, le médecin ayant jugé dans bien des cas que la médication soumise à son attention était nécessaire pour répondre aux besoins particuliers de son patient. Un groupe d'experts en prévention des chutes (Bégin, Boudreault et Sergerie, 2007), citant Tinetti (2003), a récemment rappelé à juste titre que la réévaluation de l'usage de médicaments était une des stratégies de prévention des chutes les plus difficiles à mettre en place.

Similairement, selon les scores obtenus à l'échelle de Berg et du test Timed Up and Go, les capacités relatives à la motricité et à l'équilibre sembleraient s'être détériorées chez plusieurs participants recrutés dans le projet. Cela peut être attribuable à une altération générale de l'état de santé des usagers au cours de leur participation, qui pouvait s'échelonner jusqu'à 18 mois.

Par ailleurs, l'outil de dépistage des personnes à risque d'insuffisance d'apports énergétiques et nutritionnels utilisé a été conçu pour identifier les problèmes potentiels à cet égard. En conséquence, comme n'importe quel outil de dépistage destiné à quelque problème que ce soit, il n'a pas la sensibilité nécessaire pour tenir compte de l'évolution des interventions nutritionnelles. Enfin, la force de l'évidence pour le facteur « alcool » est possiblement restée dans l'ombre pour des motifs de validité de l'information recueillie.

L'implantation de l'intervention multifactorielle présentée dans ce rapport a coûté en moyenne 1 314 \$ par participant, montant qui a varié de 1 161 \$ à 1 508 \$ selon le CLSC et si l'on ne tient compte que du nombre d'usagers ayant commencé l'intervention multifactorielle personnalisée. Le montant *per capita* pourrait cependant être plus justement examiné à la lumière des données disponibles sur le nombre de participants ayant complété une durée de participation donnée.

PISTES DE RÉFLEXION

De nombreux défis se posent à la mise en œuvre d'une intervention multifactorielle personnalisée en prévention des chutes aux aînés vivant à domicile et ayant recours aux services de soutien des CSSS. Les barrières à l'intervention identifiées relèvent de deux grandes catégories : les premières sont davantage associées à l'engagement des individus et les secondes, associées directement à l'offre de service.

Même si la plausibilité du modèle causal sur lequel repose la présomption de l'efficacité de l'évaluation multifactorielle personnalisée se fonde sur des stratégies d'intervention éprouvées, la question du soutien aux modifications de comportement des aînés mérite l'attention afin que soient optimisées les interventions en matière de prévention des chutes. Les organisations

intéressées à implanter ce type d'intervention doivent faire preuve de créativité et obtenir la collaboration de nombreux partenaires pour élaborer et offrir des interventions préventives qui s'appuient sur les meilleures pratiques professionnelles pour améliorer l'état de santé et les conditions de vie des aînés.

Par ailleurs, les contraintes relatives à la mobilisation de l'ensemble des ressources des organisations et des partenaires concernés doivent être davantage considérées. L'intervention multifactorielle personnalisée pourra produire les effets attendus sur les facteurs de risque et les chutes à la condition d'assurer un suivi rapide aux recommandations faites aux personnes âgées pour qu'elles bénéficient des services requis et selon une intensité suffisante. Les résultats de l'évaluation du projet montrent que le travail de mobilisation des acteurs envisagés doit être soutenu dans le temps.

Les organisations intéressées à implanter une intervention multifactorielle personnalisée doivent considérer l'importance des facteurs stratégiques et politiques des contextes d'implantation avec les partenaires envisagés – souvent liés au partage du pouvoir et des ressources – tout comme les facteurs structuraux et informationnels (Champagne, 2002; Rousseau et coll., 2005).

Dans un autre ordre d'idées, la tendance actuelle au Québec quant aux indicateurs de gestion met l'accent sur le volume de clientèle profitant d'une intervention. Aucune information sur l'efficacité ou la qualité de l'intervention n'est apportée. Par ailleurs, le cadre de référence du ministère de la Santé et des Services sociaux (2004), *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile*, recommande un accompagnement de la personne à l'intérieur d'un programme d'une durée minimale de 12 mois, mais pouvant atteindre 18 mois. Il faut maintenir et encourager l'idée de rétention des usagers de manière à garantir une dose d'exposition à l'intervention qui soit susceptible de produire des résultats tangibles.

De plus, les organisations devront s'assurer de mettre en place un processus de repérage qui garantisse la qualité et le maintien des critères d'éligibilité des participants. Toute considération administrative sans égard à une philosophie d'intervention centrée sur l'utilisateur pourrait amener la mise à l'écart de clientèles particulières plus difficiles à mobiliser parce que moins collaboratrices.

CONCLUSION

La présente évaluation a produit un riche corpus d'information à l'égard des processus engagés dans l'implantation d'une intervention multifactorielle personnalisée. Elle a également établi le degré de mise en œuvre des différents éléments du projet. Les résultats ont révélé en dernière analyse la présence de variations d'un site d'implantation (CLSC) à l'autre quant aux effets engendrés par l'intervention, malgré d'importants efforts consentis à l'harmonisation et à la coordination de la mise en œuvre sur le territoire. Ces observations appuient l'affirmation selon laquelle un même programme appliqué dans des milieux distincts peut générer des résultats considérablement différents d'un endroit à l'autre (Pawson et Tilley, 1997; Chamberland et Bilodeau, 2000; McQueen et Anderson, 2000; McGilton, Fox et Sidani, 2005).

Par ailleurs, la variation des effets sur la survenue de chutes notée d'un CLSC à l'autre ne signifie pas automatiquement que l'intervention qui y était pratiquée était plus ou moins efficace.

Il convient en effet de rappeler que de nombreux facteurs confondants potentiels ne pouvaient pas être pris en considération dans les analyses statistiques. Par exemple, des différences en ce qui a trait aux facteurs de risque liés aux caractéristiques des individus, à leurs comportements et à leur environnement pourraient fort bien expliquer la variation des effets notés sur la survenue de chutes observée entre les CLSC.

L'analyse transversale des six CLSC devait permettre de souligner les contributions les plus significatives de la mise en œuvre des éléments du programme sur la production des effets. Cependant, force est d'admettre que les liens qui unissent les premiers aux deuxièmes s'avèrent plus complexes que nous l'avions cru au départ et que nous n'avons apporté que peu de réponses à cet égard.

Le Comité de pilotage de la DSPE estime que, de mars 2002 à juillet 2005, la mise en œuvre du *Projet-pilote régional de prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées* a permis à 959 Lanaudoises et Lanaudois âgés de 65 ans ou plus vivant à domicile et ayant recours aux services de soutien à domicile de recevoir une intervention multifactorielle de prévention des chutes par des professionnels formés à cet effet.

La mise en place de tout nouveau programme, à plus forte raison s'il s'appuie sur la coordination de l'action de multiples acteurs et sur la personnalisation des interventions, représente une aventure exigeante. Le projet-pilote a pu être implanté grâce au concours soutenu des gestionnaires et des intervenants des CLSC lanaudois qui se sont révélés des pionniers en la matière au Québec. Les acteurs engagés dans l'implantation du projet ont insisté sur le fait qu'il avait contribué à remettre la prévention à l'avant-scène des activités des CSSS.

Les décideurs et les planificateurs de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière et des centres de santé et de services sociaux de la région possèdent maintenant, grâce à ce rapport, un outil permettant de mieux comprendre la situation sur leur territoire et une longueur d'avance pour la poursuite de l'implantation de l'intervention multifactorielle personnalisée préconisée par le *Programme national de santé publique 2003-2012 – mise à jour 2008* (MSSS, 2008) et le *Plan d'action régional de santé publique de Lanaudière 2009-2012* (ASSS de Lanaudière, 2009). Les résultats de cette évaluation soulèvent néanmoins la réflexion sur la capacité et la suffisance des moyens mis en place pour produire les résultats souhaités. Elle convie les acteurs à l'effort concerté et intersectoriel pour faire progresser l'initiative au-delà de cette première phase d'implantation.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1 RAPPEL DU CONTEXTE AU QUÉBEC	3
2 RAPPEL DU PROJET-PILOTE DE PRÉVENTION DES CHUTES	7
2.1 BUT ET OBJECTIFS DU PROJET	7
2.2 POPULATION CIBLE	7
2.3 CONCEPTION DU PROJET	7
2.3.1 Les partenaires et leur rôle	7
2.3.2 Le choix de l'intervention	8
2.3.3 Les outils de dépistage et d'évaluation.....	8
2.3.4 Les travaux préparatoires	9
2.3.5 Le mécanisme de coordination et de suivi de l'implantation.....	10
2.3.6 L'allocation budgétaire de départ.....	10
2.4 DESCRIPTION DE L'INTERVENTION	10
2.4.1 Le recrutement et la sélection des participants	11
2.4.2 Le dépistage et l'évaluation des facteurs de risque.....	12
2.4.3 L'élaboration du plan d'intervention	12
2.4.4 Le suivi des participants	13
3 MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION	15
3.1 OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION ENVISAGÉE PAR LE DEVIS D'IMPLANTATION.....	15
3.2 COMITÉ DE PILOTAGE	16
3.3 ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION.....	16
3.3.1 La stratégie d'évaluation de l'implantation.....	16
3.3.2 Le processus de changement organisationnel	16
3.3.3 Le cadre conceptuel de l'évaluation de l'implantation	17
3.3.4 Les acteurs concernés.....	18
3.3.5 Les données et les méthodes de collecte.....	19
3.3.6 L'analyse des données d'implantation.....	21
3.4 ÉVALUATION DES EFFETS.....	22
3.4.1 La faisabilité de la détermination des effets.....	22
3.4.2 Le schéma de l'étude.....	23
3.4.3 Les variables étudiées et l'analyse des données d'effet.....	24

4	RÉSULTATS ET ANALYSES	27
4.1	ÉVALUATION DE LA VRAISEMBLANCE DU PROJET	27
4.2	ATTRIBUTS CONTEXTUELS DES MILIEUX D'IMPLANTATION	30
4.2.1	Configuration du territoire des sites d'implantation	30
4.2.2	Analyse de l'environnement organisationnel	31
4.3	ÉVALUATION DU DEGRÉ DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET	35
4.3.1	Le recrutement des participants	35
4.3.2	Le dépistage initial des facteurs de risque.....	37
4.3.3	L'intervention initiale	41
4.3.4	Le suivi des participants	44
4.3.5	L'engagement des participants.....	49
4.3.6	La mobilisation des intervenants et de l'environnement organisationnel	54
4.3.7	La gouvernance du projet	56
4.4	ÉVALUATION DES RÉSULTATS.....	59
4.4.1	Les effets sur les facteurs de risque	59
4.4.2	Les effets sur les chutes et leurs conséquences	61
4.4.3	Les impacts non liés aux objectifs du projet	65
	CONCLUSION	67
	BIBLIOGRAPHIE	71
ANNEXE I	Préambule d'entrevue.....	77
ANNEXE II	Formulaire de consentement	81
ANNEXE III	Schéma d'entrevue pour les gestionnaires et les professionnels	85
ANNEXE IV	Schéma d'entrevue pour les médecins.....	89
ANNEXE V	Schéma d'entrevue pour la conseillère en nutrition à la DSPE de l'Agence de Lanaudière.....	93
ANNEXE VI	Schéma d'entrevue pour le concepteur et promoteur du devis d'implantation à la DSPE de l'Agence de Lanaudière	97
ANNEXE VII	Évaluation de l'implantation et des effets	101

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Cheminement des participants au projet.....	10
Tableau 2.	Processus d'intervention lié à l'évaluation des facteurs de risque de chute	14
Tableau 3.	Liste des objets d'évaluation et des indicateurs de la mise en œuvre	20
Tableau 4.	Robustesse des résultats de la mise en œuvre d'une intervention.....	22
Tableau 5.	Mesures d'effet considérées dans l'étude	24
Tableau 6.	Caractéristiques des personnes âgées ayant accepté de participer au projet en fonction du milieu d'implantation de l'intervention	35
Tableau 7.	Caractéristiques des participants à la première évaluation (dépistage) en fonction du milieu d'implantation de l'intervention	38
Tableau 8.	Pourcentage de recommandations émises à l'examen initial selon le facteur de risque en cause, le résultat du dépistage et le milieu d'implantation de l'intervention	42
Tableau 9.	Caractéristiques de la participation en fonction du milieu d'implantation de l'intervention	44
Tableau 10.	Pourcentage de recommandations émises selon le facteur de risque en cause, le résultat du dépistage et le rang de l'évaluation.....	47
Tableau 11.	Pourcentage de participants ayant accepté les recommandations parmi ceux chez qui de telles recommandations ont été émises, selon le facteur de risque en cause, le résultat du dépistage et le rang de l'évaluation.....	49
Tableau 12.	Observance des recommandations acceptées par les participants, selon le facteur de risque en cause et le rang de l'évaluation	50
Tableau 13.	Sommes consenties au projet selon le type de ressources, mars 2002 à juillet 2005	57
Tableau 14.	Effets de l'intervention sur les facteurs de risque en fonction de la durée de l'intervention et du milieu d'implantation (variables discrètes)	60
Tableau 15.	Effets de l'intervention sur les facteurs de risque en fonction de la durée de l'intervention et du milieu d'implantation (variables catégorielles).....	61
Tableau 16.	Effets de l'intervention sur le nombre de chutes en fonction de la durée de l'intervention (mettre le tableau à la largeur de la page et refaire mise en page similaire aux autres tableaux)	62
Tableau 17.	Taux de « survie » (%) sans chute ajustés pour les caractéristiques des participants à l'examen initial en fonction de la durée de l'intervention et du milieu de son implantation.....	63

Tableau 18. Taux de « survie » (%) sans chute ayant nécessité une consultation médicale ajustés pour les caractéristiques des participants à l'examen initial en fonction de la durée de l'intervention et du milieu de son implantation64

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Schéma des éléments de l'évaluation et des relations les unissant.....	18
Figure 2.	Modèle logique de l'intervention du projet	28
Figure 3.	Roue de l'analyse stratégique	29
Figure 4.	Taille relative de l'échantillon à différents temps de participation au projet.....	45
Figure 5.	Comparaison des courbes de « survie » sans chute ajustées pour les caractéristiques des individus à l'examen initial en fonction du site d'implantation de l'intervention	63
Figure 6.	Comparaison des courbes de « survie » sans chute ayant nécessité une consultation médicale ajustées pour les caractéristiques des individus à l'examen initial en fonction du site d'implantation de l'intervention.....	64

INTRODUCTION

Les chutes sont au nombre des événements fréquents qui entravent la santé des personnes âgées. En 2004, les chutes auraient été à la source de 12 681 hospitalisations et de 608 décès parmi les Québécoises et les Québécois âgés de 65 ans ou plus (MSSS, 2004). Même si les chutes n'occasionnent pas toutes des blessures, la peur de tomber peut affecter la confiance de la personne et se solder par la restriction des déplacements, des activités et des contacts sociaux (Fletcher et Hirdes, 2002). Avec le vieillissement de la population, le tableau pourrait s'assombrir au cours des prochaines années. De par leur prévalence considérable et les conséquences lourdes qu'elles entraînent sur la morbidité et l'autonomie des personnes de même que sur l'utilisation des soins de santé, les chutes chez les personnes âgées représentent un problème de santé publique au Québec. Celui-ci est à ce point préoccupant que le *Programme national de santé publique 2003-2012* en a fait une priorité pour le Québec (MSSS, 2003a), tout comme le *Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie : Un défi de solidarité* (MSSS 2005), qui en reconnaît l'importance.

Dans la région de Lanaudière, le début de cette préoccupation remonte à 1994. C'est à ce moment que le Centre local de services communautaires (CLSC) de Joliette¹ du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) du Nord de Lanaudière a demandé à la Direction de santé publique et d'évaluation (DSPE) d'élaborer un projet conjoint visant à prévenir les risques de chute à domicile chez les personnes âgées inscrites au service de soutien à domicile (SAD). Le projet s'est interrompu à l'automne 1996, faute de ressources budgétaires suffisantes.

En décembre 1999, les directeurs généraux des CLSC lanauois ont formulé une demande à la DSPE pour les soutenir dans la réalisation d'un projet d'intervention portant sur la prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées dans lequel une attention serait portée à l'utilisation inappropriée des médicaments. La DSPE (Bégin, 2000) leur a soumis une proposition d'implantation d'un projet-pilote (ci-après nommé *projet*). Par la suite, un comité de travail conjoint CLSC-DSPE a été formé pour planifier la mise en œuvre du projet régional de prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées de 65 ans ou plus desservies dans le cadre des SAD (Bégin, 2002). La stratégie d'intervention retenue par le projet portait sur le dépistage des facteurs de risque de chute ainsi que la prescription et le suivi d'un plan d'intervention individualisé. Les interventions ciblaient l'amélioration de la force musculaire, de l'équilibre et de la démarche par l'activité physique ainsi qu'une modification de la médication, de l'environnement physique et de certaines habitudes de vie, telles l'alimentation et la consommation d'alcool.

Le projet-pilote présente la particularité de s'être déroulé dans le milieu naturel et d'avoir fait participer directement les membres des équipes de soins des SAD. Le devis d'implantation du projet prévoyait la réalisation d'une évaluation formelle (Bégin, 2002). Celle-ci devait porter sur le processus d'implantation et sur l'appréciation des effets. En toute rigueur, la nature complexe du projet n'aurait pu être saisie par les méthodes habituelles d'évaluation d'implantation. Ces dernières, essentiellement descriptives, se limitent généralement à documenter l'intervention et

¹ Depuis le Projet de loi n° 83, Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives, les CLSC relèvent des centres de santé et de services sociaux et les directions de santé publique des agences de la santé et des services sociaux.

à mesurer le degré de conformité entre un projet initialement planifié et sa version empirique. L'ajout d'une dimension analytique permet aux évaluateurs et à leurs clients de se prononcer sur les facteurs explicatifs des résultats obtenus et, du coup, d'accroître le degré de généralisation des résultats à d'autres situations concrètes (Champagne et Denis, 1992; Chamberland et Bilodeau, 2000; Carroll et coll., 2007).

L'évaluation de l'implantation et des effets dont les résultats sont présentés dans ce rapport a pour objectif général d'apprécier l'implantation multisite du projet et de déterminer les variations de mise en œuvre d'un site à l'autre ainsi que leurs influences sur les effets produits. L'évaluation a également visé à comprendre le contexte général dans lequel s'est inscrit le projet de même qu'à identifier les conditions qui ont facilité ou fait obstacle à l'intégration de l'intervention dans les activités quotidiennes des dispensateurs de soins et de services dans les établissements concernés.

La première partie du présent document situe le projet par rapport aux actions ministérielles de prévention des chutes chez les personnes âgées au Québec. La deuxième partie présente le projet tel que décrit dans le devis d'implantation (Bégin, 2002). La troisième partie circonscrit l'approche méthodologique adoptée pour répondre aux objectifs de l'évaluation. La quatrième partie se consacre à la présentation et à l'analyse des résultats. La dernière partie, conclusive, dégage quelques pistes de réflexion à l'intention des planificateurs et des décideurs du ministère de la Santé et des Services sociaux (ci-après nommé *Ministère*), de l'Institut national de santé publique du Québec (ci-après nommé *Institut*), des directions régionales de santé publique et des centres de santé et de services sociaux.

1 RAPPEL DU CONTEXTE AU QUÉBEC

Il est pertinent, avant d'aborder l'évaluation à proprement parler, de situer le projet dans la perspective plus large de la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile qui prévaut depuis plus de 10 ans au Québec.

Le Ministère lançait, en mars 1997, un document d'orientation qui déterminait les priorités de santé publique pour l'ensemble de la province (MSSS, 1997). Une des actions à réaliser au chapitre des traumatismes non intentionnels portait sur l'expérimentation et l'évaluation de projets-pilotes de prévention des blessures à domicile, dont les chutes. L'ampleur et la gravité du phénomène chez les personnes âgées de 65 ans et plus, un facteur important qui contribue à leur perte d'autonomie, justifiaient l'accent à mettre sur la mise en place et le renforcement d'actions à cet égard.

Le bilan de la première année d'implantation des priorités nationales de santé publique précisait qu'on entend, par projet-pilote, « toute action de santé publique visant à tester une intervention » (MSSS, 1999, p. 119). Pour obtenir cette appellation, un projet devait donc comporter une composante novatrice et se situer dans une perspective de gain de connaissances généralisables pour les autres régions du Québec. La faisabilité du projet-pilote, son acceptabilité et sa capacité de produire les résultats attendus ont alors été déterminées comme des aspects de l'intervention pouvant être testés.

Les objectifs quant à l'obtention de résultats probants sur la diminution des blessures, à la pertinence d'étendre les mesures préventives à d'autres régions du Québec et à la définition des conditions nécessaires à leur implantation n'ont pas été atteints à la fin de l'exercice, en mars 2002 (MSSS, 2003b). L'équipe d'évaluation des priorités nationales a alors conclu, au terme du cinquième et dernier bilan, que « le travail relatif à l'évaluation [devait] se poursuivre pour soutenir la prise de décision quant à l'application des mesures », tout en reconnaissant qu'une évaluation des effets nécessite un suivi des programmes pendant une période suffisamment longue (MSSS, 2003b). L'initiative nationale aura néanmoins permis de recenser quelques « projets prometteurs² » (MSSS, 2003a; 2004).

Au vu de ces résultats, la Direction générale de la santé publique du Ministère mettait en place, en décembre 2001, le Groupe de travail provincial en prévention des chutes chez les aînés vivant à domicile, en soutien à la définition des cibles d'intervention du premier programme national de santé publique (PNSP). Un an plus tard, soit en novembre 2002, le gouvernement du Québec adoptait le *Programme national de santé publique 2003-2012*, qui assurait la continuité des précédentes *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* (MSSS, 2003a). Ce programme, actuellement en déploiement et récemment mis à jour (MSSS, 2008), précise les activités de santé publique à intensifier, à la grandeur du Québec, pour atteindre les objectifs en matière de prévention des chutes chez les personnes âgées. Le PNSP prévoit explicitement la promotion et le soutien, auprès des cliniciens, de l'évaluation multidisciplinaire des facteurs de risque de chute chez les personnes âgées à risque, de même que la promotion et le soutien de mesures multifactorielles de prévention des chutes destinées aux personnes âgées à risque,

² À titre indicatif, le projet de la région de Lanaudière est cité en exemple comme un modèle d'intervention multifactorielle personnalisée (MSSS, 2004, p. 17, 18 et 41).

notamment celles qui ont déjà fait une chute. Les principales mesures multifactorielles visées par cette cible concernent l'état de santé et la capacité physique (l'équilibre et la force musculaire, par exemple), les comportements (la consommation de médicaments et la prise de risque, par exemple) et l'environnement (le domicile et le milieu extérieur, par exemple).

En novembre 2004, le Groupe de travail provincial en prévention des chutes chez les aînés vivant à domicile offrait aux intervenants régionaux et locaux concernés un cadre de référence sur la prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile (MSSS, 2004). Ce cadre de référence fournit des propositions pour rendre opérationnelles les cibles d'intervention mentionnées dans le PNSP. Les propositions font elles-mêmes suite à une recension des écrits sur les facteurs de risque et les modèles d'intervention ainsi qu'une analyse d'expériences québécoises et étrangères. Le cadre de référence ministériel recommande une intervention portant sur un minimum de quatre facteurs de risque, soit sur trois facteurs dits « essentiels » (capacités motrices, médicaments et environnement domiciliaire) et sur au moins un facteur complémentaire parmi les quatre proposés (malnutrition, hypotension orthostatique, troubles de la vision, consommation d'alcool). Par ailleurs, le groupe de travail met en évidence la complexité du phénomène des chutes, la nécessité de mettre en œuvre des interventions multifactorielles pour différer les incapacités fonctionnelles et accroître la qualité de vie pendant la vieillesse. Il rappelle également l'importance de poursuivre le travail d'évaluation des interventions afin de mieux agir à cet égard (MSSS, 2004, p. 42).

En janvier 2005, le Ministère a confié à l'Institut la tâche d'évaluer l'implantation du continuum de services pour les trois types d'intervention recommandés par le cadre de référence ministériel. Le décalage de l'actualisation provinciale du volet « intervention multifactorielle personnalisée » a incité l'Institut et son client, le Ministère, à reporter à l'automne 2008 la collecte des données nécessaires à la réalisation du portrait de la mise en œuvre et de la couverture du continuum de services ainsi qu'à l'étude des facteurs explicatifs dans toute la province.

Plus récemment, le Ministère a confié à l'Institut le mandat de concevoir un programme de formation et de soutien à l'implantation normalisée de l'intervention multifactorielle personnalisée (IMP) en prévention des chutes. Cette commande s'est concrétisée au printemps 2007 par la parution d'un guide d'implantation (Bégin, Boudreault et Sergerie, 2007). Le document a été produit au terme d'une revue des connaissances scientifiques et de consensus d'experts d'institutions universitaires, de milieux de pratique et de directions de santé publique. Fruit de l'engagement de trois directions générales du Ministère (de santé publique, des services sociaux, des services de santé et médecine universitaire), le guide d'implantation offre des outils de dépistage, d'évaluation et d'intervention pour chacun des sept facteurs mentionnés plus haut. Ils y sont classés selon la qualité de la preuve en facteurs dits « essentiels », tels les capacités motrices, les médicaments et l'environnement domiciliaire, et en facteurs dits « complémentaires », tels la dénutrition, l'hypotension orthostatique, les troubles de la vision et la consommation d'alcool. Des sessions de formation ont été offertes à près d'une centaine d'intervenants des CSSS et des agences de la santé et des services sociaux du Québec à l'automne 2007.

Dans la région, le *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 de Lanaudière* (RRSSS de Lanaudière, 2003), le *Plan d'action régional de santé publique de Lanaudière 2009-2012*

(ASSS de Lanaudière, 2009) et, par voie de conséquence, les plans d'action locaux de santé publique des établissements exploitant un CLSC sur le territoire, retiennent des activités de cette nature. Ces documents rappellent que les CLSC de la région sont déjà engagés dans le projet de prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées. Ainsi, le projet lanauois de prévention des chutes s'est inscrit dans la foulée des priorités nationales et du programme national de santé publique.

L'évaluation du *Projet-pilote régional de prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées* s'est amorcée dans une perspective de gain de connaissances en vue d'une généralisation possible à la programmation des services courants des CLSC. Les résultats de l'évaluation devront s'arrimer avec la nouvelle exigence ministérielle qui demande maintenant à l'ensemble des régions du Québec de mettre en place un mode d'intervention préventive multifactorielle personnalisée (MSSS, 2004). Toutefois, les résultats de la présente évaluation arrivent à un moment opportun pour aider les gestionnaires et les planificateurs du réseau de la santé et des services sociaux des paliers local, régional et national à déterminer les modalités facilitant l'intégration de l'IMP dans les milieux de pratique. À ce sujet, le bilan de la fin du premier cycle du suivi de l'implantation des activités prioritaires du PNSP révèle que les territoires des CSSS de 11 régions sociosanitaires du Québec n'avaient encore implanté aucune intervention multifactorielle de prévention des chutes en 2006-2007 (MSSS, 2008).

2 RAPPEL DU PROJET-PILOTE DE PRÉVENTION DES CHUTES

Cette partie du rapport rappelle les principaux éléments du *Projet-pilote régional de prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées* tel qu'il a été conçu au départ (Bégin, 2002). Il s'agit des objectifs établis, de la population cible retenue, de la conception du projet et de la description de l'intervention.

2.1 BUT ET OBJECTIFS DU PROJET

La DSPE voulait, par ce projet, déterminer les conditions d'implantation nécessaires à la mise en œuvre 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 (Bégin, 2002). Le tout devait permettre d'indiquer si le projet pouvait contribuer à réduire les facteurs de risque ainsi que l'incidence des chutes et des blessures chez la population ciblée.

Le but général du projet de prévention des chutes était « de maintenir ou d'augmenter l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées de 65 ans ou 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 » (Bégin, 2002, p. 20). Quant aux objectifs du projet, ils visaient à améliorer l'apport nutritionnel, la démarche et l'équilibre, à diminuer la consommation inappropriée de médicaments, la consommation d'alcool et les risques environnementaux du domicile des personnes âgées identifiées à risque.

2.2 POPULATION CIBLE

La population cible était constituée de personnes âgées de 65 ans ou plus vivant à domicile et pouvant s'exprimer en français ou en anglais. Elle a été sélectionnée parmi les usagers des SAD de l'un ou l'autre des CLSC de la région de Lanaudière. Les participants pouvaient également provenir d'une résidence privée offrant des services à des occupants requérant moins d'une heure-soins par jour. Les personnes vivant dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) privés ou publics n'étaient pas admissibles.

De plus, parmi la population admissible, des critères de sélection ont été déterminés afin de retenir seulement les usagers des SAD présentant des caractéristiques d'autonomie fonctionnelle sur le plan physique et cognitif. Par exemple, les usagers incapables de se mouvoir sur une distance de six mètres et ceux présentant un problème de communication ou de cognition prééminent ont été expressément exclus.

2.3 CONCEPTION DU PROJET

2.3.1 Les partenaires et leur rôle

Les principaux partenaires de ce projet ont été les six CLSC des CSSS et la DSPE de l'Agence de la santé et des services sociaux (ci-après nommé *Agence*) de Lanaudière, organisation conceptrice et promotrice du projet. D'autres acteurs ont été mis à contribution : des médecins traitants, des pharmaciens, des responsables de centres de jour ou de centres d'action

bénévole, la famille ou l'entourage immédiat. Une lettre a été envoyée aux pharmaciens et aux médecins de la région par le Directeur de santé publique et une autre par le chef du Département régional de médecine générale de l'Agence de Lanaudière. Elles visaient à leur présenter le projet et les conviaient à collaborer lorsque leur participation serait requise.

La DSPE, dans le respect de sa mission, s'était formellement engagée à concevoir le projet dans son ensemble, à former les intervenants concernés avant la phase de mise en œuvre, à favoriser, au besoin, la participation des collaborateurs éventuels, à soutenir les CLSC en matière d'expertise et de ressources financières, à en assurer le suivi budgétaire de gestion au palier régional et à en réaliser l'évaluation. Les CLSC ont accepté de collaborer au développement et à l'adaptation des outils et d'assumer la mise en œuvre de tous les éléments du projet, de la formation du personnel, ajoutée en cours de route, du traitement des demandes d'adaptation mineure du domicile ainsi que du suivi de gestion au palier local. Ils ont également consenti à prendre part à l'évaluation du projet.

2.3.2 Le choix de l'intervention

Le devis d'implantation précise les critères qui ont été établis par le Comité régional de prévention des chutes pour délimiter l'intervention (Bégin, 2002). Ainsi, a-t-il été décidé, dès le début :

- de favoriser l'expérimentation d'un projet ayant déjà fait l'objet d'une implantation similaire ailleurs au Québec³;
- de procéder à son expérimentation et à son implantation dans tous les CLSC de la région;
- de requérir à des outils de dépistage et d'évaluation valides et fiables;
- d'adopter une approche multifactorielle et des mesures de prévention dont l'efficacité serait reconnue par la documentation scientifique;
- de tenir compte de la disponibilité des ressources humaines et financières pour l'implantation de l'offre de service régionale et locale;
- de produire des données et des indicateurs fiables et facilement disponibles;
- d'assurer un suivi de gestion pour la durée de mise en œuvre du projet;
- de réaliser une évaluation de son implantation et de ses effets.

2.3.3 Les outils de dépistage et d'évaluation

Comme il a été mentionné précédemment, le Comité régional de prévention des chutes a convenu d'agir sur les cinq facteurs de risque de chute suivants : l'état nutritionnel, l'équilibre et la motricité, la consommation de médicaments et d'alcool ainsi que l'environnement domiciliaire. Pour chacun des facteurs de risque ciblés, des outils de dépistage et, selon le cas, d'évaluation ont été sélectionnés.

L'identification précoce des personnes à risque d'insuffisance d'apports énergétiques et nutritionnels de même que de celles nécessitant de l'aide pour améliorer leur alimentation et

³ Le projet lanauchois reprend les grandes lignes du programme « Personnes âgées en perte d'autonomie » de l'Agence de l'Estrie (Boudreault et Carbonneau, 1999), dont les préoccupations se rapprochent le plus de celles du Comité régional de prévention des chutes.

comblent leurs besoins nutritionnels a été effectuée à l'aide d'un outil conçu pour le personnel des services d'aide à domicile auprès de personnes âgées en perte d'autonomie vivant dans la communauté (Payette, non daté; Payette, Guigoz et Vellas, 1999; Laporte, Villalon et Payette, 2001; Laporte et coll., 2001). L'outil comprenait neuf questions posées à la personne âgée et la mesure de son indice de masse corporelle (IMC).

L'évaluation de l'équilibre et de la motricité a été réalisée à l'aide de l'échelle de Berg (1989; Berg et coll., 1992a; 1992b; 1995) et du test Timed Up and Go (Podsiadlo et Richardson, 1991). L'échelle de Berg repose sur l'observation des aptitudes d'un sujet à exécuter une série de 14 mouvements courants de la vie quotidienne. Le système de cotation est une échelle à niveaux, déterminés selon la qualité du mouvement et de la posture et du temps pris pour la réalisation de la tâche. Le test Timed Up and Go mesure quant à lui le temps qu'il faut à un sujet pour se déplacer selon un scénario donné et évalue la façon dont il accomplit cette tâche.

L'outil de collecte de données sur les médicaments et de dépistage de problèmes attribuables à leur consommation est inspiré de l'« Inventaire de la médication » développé par l'Agence de l'Estrie (2001) pour son programme « Personnes âgées en perte d'autonomie », auquel a été ajouté un questionnaire visant à déterminer le mauvais usage ou l'abus de médicaments (Hottin, 2001). L'évaluation inventorierait tous les médicaments dont le participant faisait usage. Les questions ensuite posées portaient sur la consommation de médicaments prescrits, dont les benzodiazépines, sur le partage de médicaments, sur leur obtention dans plusieurs pharmacies, sur la consommation de médicaments périmés ou en vente libre, sur la connaissance des médicaments, sur les bonnes pratiques d'usage et sur le respect des consignes.

La consommation d'alcool a été examinée au moyen d'un questionnaire développé par la Direction Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ, 2000; Chevalier et Lemoine, 2000). Six questions touchant la quantité d'alcool consommé et la fréquence de consommation ont été retenues.

L'évaluation environnementale du domicile a été réalisée à l'aide de l'outil normalisé par Gill et ses collaborateurs (1999; Gill, Williams et Tinetti, 2000), lequel a été traduit et adapté (Bégin, 2002; Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité, 2005). Il consiste en une liste de 37 items qu'utilise le personnel clinique pour vérifier les risques de chute du domicile du répondant.

Tous les outils d'intervention utilisés aux fins de l'IMP sont disponibles dans le devis d'implantation (Bégin, 2002).

2.3.4 Les travaux préparatoires

Les travaux préparatoires à la mise en œuvre du projet ont principalement consisté en une sensibilisation des gestionnaires du secteur des soins à domicile ainsi qu'en une formation des intervenants spécialement dédiés au projet par leur établissement et d'autres susceptibles d'être touchés par son implantation. Une période d'essai de cinq mois, a ensuite eu lieu auprès de 83 personnes âgées. Elle a permis d'apporter des ajustements à l'intervention et a ouvert la voie à l'implantation officielle du projet en mars 2002.

2.3.5 Le mécanisme de coordination et de suivi de l'implantation

La DSPE a mis sur pied, dès le départ, un comité de travail conjoint avec les CLSC afin de favoriser la participation active des différents acteurs engagés dans la mise en œuvre du projet. Le travail de ce comité, placé sous la responsabilité d'un CLSC spécifique et en collaboration avec la DSPE, visait à assurer le bon déroulement des activités et des interventions préventives planifiées. Il pouvait au besoin proposer toute adaptation nécessaire à l'atteinte des objectifs visés.

2.3.6 L'allocation budgétaire de départ

Un budget initial de 287 014 \$ pour l'année financière 2001-2002 a été alloué aux CLSC participants par l'Agence de Lanaudière. Ce budget s'élevait à 323 929 \$, en 2002-2003, lors du début officiel des activités. La somme a été répartie entre les établissements proportionnellement au nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus résidant sur leur territoire. Cette somme devait permettre de pourvoir chaque CLSC d'un professionnel dédié à temps complet, de façon à assurer un déroulement viable du projet. Un montant additionnel non récurrent de 25 000 \$ a également été réparti à l'ensemble des CLSC pour l'achat de matériel dédié au soutien à l'aménagement du domicile des participants.

2.4 DESCRIPTION DE L'INTERVENTION

Le tableau 1 résume, étape par étape, le cheminement des participants au projet.

Tableau 1. Cheminement des participants au projet

Cheminement des participants	Outils
<p>1 Accueil</p> <p>L'utilisateur fait une demande de services de soutien à domicile (accueil, soutien à domicile, réadaptation, soins infirmiers, soutien psychosocial).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prise de contact • Fiche de demande CLSC (SIC +)
<p>2 Sélection</p> <p>L'utilisateur est-il admissible au projet?</p> <p>L'intervenant assigné évalue l'admissibilité au moyen de la grille multiclientèle, de la grille clientèle de soins court terme ou du profil évolutif de l'autonomie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • avoir 65 ans et plus; • recevoir des services de soutien à domicile (excluant les soins palliatifs); • avoir une capacité à la marche > 6 mètres (rapportée par l'utilisateur); • ne pas se déplacer en permanence en fauteuil roulant; • obtenir un résultat de 0 ou -1 aux sections « communication » et « fonctions mentales » ou un score de 0, -1 ou -2 à la section « mobilité » de la grille multiclientèle. <p>Oui : L'intervenant assigné présente le projet à l'utilisateur et lui remet les trois brochures.</p> <p>Non : L'intervenant assigné remet les trois brochures à l'utilisateur. Ce dernier continue de recevoir les services réguliers de soutien à domicile.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Grille d'évaluation de l'autonomie multiclientèle • Grille d'évaluation de l'autonomie clientèle de soins court terme • Profil évolutif de l'autonomie • Brochure « Prévenir les chutes à domicile. Quelques conseils utiles » • Brochure « L'information est la meilleure prescription. Ce que vous devriez savoir sur vos médicaments » • Pochette « La saine alimentation... Une alliée dans la prévention des chutes »

Tableau 1. Cheminement des participants au projet (suite)

Cheminement des participants	Outils
<p>3 Participation</p> <p>L'utilisateur est-il intéressé à participer au projet?</p> <p>Oui : L'intervenant assigné transmet la réponse à l'intervenant dédié au projet pour l'inscription au SIC +.</p> <p>Non : L'utilisateur continue de recevoir les services réguliers de soutien à domicile.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lettre de présentation du projet (à l'utilisateur) • Fiche de demande CLSC (SIC +) • Fiche de référence interne (interservices)
<p>4 Évaluation</p> <p>Des facteurs de risque de chute à domicile sont-ils présents chez l'utilisateur?</p> <p>L'intervenant dédié au projet évalue les facteurs de risque ciblés (nutrition, équilibre et motricité, médicaments, alcool, environnement domiciliaire) et présente les résultats à l'utilisateur.</p> <p>Oui : L'intervenant discute avec l'utilisateur de l'intervention envisagée.</p> <p>Non : L'intervenant discute avec l'utilisateur du suivi envisagé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Histoire de chute antérieure • Évaluation de l'état nutritionnel • Évaluation de l'équilibre et de la motricité • Évaluation de la consommation de médicaments • Évaluation de la consommation d'alcool • Évaluation de l'environnement domiciliaire • Synthèse des résultats de l'évaluation
<p>5 Intervention</p> <p>L'intervenant dédié au projet, avec l'accord de l'utilisateur, met en œuvre le plan d'intervention (recommandations) pour chacun des facteurs de risque identifiés et favorise son application par l'utilisateur, le CLSC et les collaborateurs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fiche de demande CLSC (SIC +) • Fiche de référence interne (interservices) • Fiche de liaison CLSC • Lettre de référence médicale (avec Fiche de liaison CLSC et copie de l'évaluation de la consommation de médicaments ou d'alcool) • Pochette « La saine alimentation... Une alliée dans la prévention des chutes » • Évaluation du risque nutritionnel (procédures d'intervention) • Programme d'exercices (individuels et de groupe) • Critères d'admissibilité financière aux aménagements domiciliaires
<p>6 Suivi</p> <p>L'intervenant dédié au projet assure le suivi du plan d'intervention de l'utilisateur, consigne les renseignements au Registre des chutes et procède aux autres évaluations requises en collaboration avec les différents services du CLSC et de la DSPE.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fiche de demande CLSC (SIC +) • Fiche de référence (interservices) • Lettre d'attribution d'aide matérielle au participant • Fiche de prêt d'équipement de soutien à domicile • Calendrier des chutes (participant) • Registre des chutes • Tableau de bord du suivi des participants

Source : Bégin, 2002, p. 31.

2.4.1 Le recrutement et la sélection des participants

Seuls les aînés inscrits aux SAD ont été invités à participer. L'intervenant affecté au dossier déterminait l'admissibilité du client et, le cas échéant, l'invitait à participer au projet. Le dossier de ceux qui avaient répondu favorablement était transmis au professionnel du CLSC spécialement dédié au projet.

La participation était volontaire et révoquant. Toutes les procédures avaient reçu l'approbation des directeurs généraux des établissements et le consentement libre et éclairé de chaque participant a été obtenu. Celui-ci autorisait du même coup la transmission des renseignements anonymisés le concernant à la DSPE. Le projet d'intervention a été réalisé dans le cadre de la mission légale d'un CLSC et son évaluation a été faite en conformité avec les dispositions légales en la matière dévolues aux agences régionales et à leur directeur de santé publique.

2.4.2 Le dépistage et l'évaluation des facteurs de risque

Le professionnel dédié au projet prenait connaissance du dossier, puis contactait le participant et convenait avec lui d'un rendez-vous à son domicile pour procéder à une première évaluation des cinq facteurs de risque ciblés par le projet. Elle consistait en un dépistage des personnes susceptibles de chuter, lequel s'effectuait à l'aide d'outils qui en mesurent la présence. Ceux retenus étaient de différents ordres : intrinsèques (troubles de l'équilibre et de la motricité, prise de psychotropes et utilisation inappropriée de médicaments ou polymédication), comportementaux (alimentation inadéquate et consommation excessive d'alcool) et environnementaux (aménagement intérieur du domicile et des espaces extérieurs contigus non sécuritaires).

2.4.3 L'élaboration du plan d'intervention

Le dépistage était accompagné d'un plan d'intervention interdisciplinaire individualisé, développé en fonction des facteurs spécifiques repérés, leur nombre et le niveau de risque correspondant à chacun. Ce niveau de risque – modéré ou élevé – déterminait la recommandation ou l'intervention appropriée. Aucune intervention ni orientation du sujet vers un spécialiste n'était entreprise dans le cas d'un risque faible, si ce n'était la remise de brochures portant sur la prévention des chutes à domicile, la prévention de l'utilisation inappropriée de médicaments et la promotion d'une saine alimentation.

À la fin de l'évaluation, l'intervenant présentait les résultats au participant, renforçait les points positifs qui étaient ressortis et émettait des conseils à l'égard des éléments problématiques identifiés. Un plan d'intervention était élaboré avec son accord; il comportait des recommandations, un aiguillage vers un spécialiste et un suivi envisagé. Ce plan comprenait également la possibilité de prêter de l'équipement d'aide au soutien à domicile ou d'apporter des modifications à l'environnement domiciliaire. Les mesures pouvaient aller jusqu'à l'allocation d'une aide financière forfaitaire à l'aménagement du domicile ou à l'achat d'équipements sécuritaires. Le professionnel dédié au projet devait favoriser l'application du plan d'intervention par l'usager, le CLSC et les collaborateurs. Il s'assurait ainsi, autant à la première évaluation qu'au cours des évaluations et des suivis subséquents, que les recommandations retenues par le participant étaient appliquées ou le seraient peu de temps après et, s'il y avait lieu, que la liaison avec les ressources concernées s'effectuait de façon adéquate.

Dans tous les cas, le renvoi à un spécialiste et le suivi étaient effectués par le CLSC et par l'intervenant attiré au projet de l'établissement en question. Celui-ci devait, dans certains cas, diriger le participant vers d'autres intervenants du CLSC ou, dans d'autres cas, vers des ressources externes. Le participant pouvait être dirigé vers la nutritionniste dédiée au projet afin qu'elle procède à une évaluation de son profil alimentaire et qu'elle le conseille à ce sujet. En

matière d'équilibre et de motricité, on pouvait lui offrir, selon le résultat de l'évaluation, d'adhérer à un programme d'exercices individuel à réaliser à la maison, de s'inscrire au programme d'exercices de groupe du CLSC ou du centre de jour, ou de consulter un physiothérapeute. Celui dont la médication était préoccupante était soit dirigé vers le personnel infirmier du CLSC, ou vers son pharmacien ou, dans le cas d'un risque élevé à cet égard, vers son médecin traitant. Toute suspicion de consommation excessive d'alcool était mentionnée au service psychosocial du CLSC et, si elle était effectivement excessive, au médecin traitant. Enfin, il pouvait être conseillé au participant de recourir à l'expertise d'un ergothérapeute pour procéder à certains correctifs de son environnement domiciliaire.

Le processus d'intervention est résumé au tableau 2. Les facteurs problématiques identifiés, les recommandations qui en découlent, les réponses du participant et les résultats du suivi postintervention y ont été consignés.

2.4.4 Le suivi des participants

Une relance téléphonique mensuelle permettait de vérifier si les acquis avaient été maintenus et si les recommandations avaient été mises en application. Le professionnel spécialement dédié au projet interrogeait également le participant au sujet des chutes survenues depuis le contact précédent. Pour l'aider à se remémorer ces événements, le participant était invité à consulter pendant l'entrevue de suivi le calendrier qui lui avait préalablement été remis et dans lequel il devait noter la date, le lieu et le contexte des chutes.

Le même professionnel devait procéder, dans les six mois suivant la première évaluation au domicile du participant, à une nouvelle évaluation de ses facteurs de risque. Par la suite, il réévaluait le sujet à la même fréquence jusqu'à la fin de sa participation au projet ou à la clôture de ce dernier.

Tableau 2. Processus d'intervention lié à l'évaluation des facteurs de risque de chute

Évaluation (Facteurs de risque)	Interventions (Recommandations écrites au participant)	Suivi (Intervenant dédié au projet)
Apports alimentaires		
• Risque faible	• Ne pas diriger vers un autre professionnel de la santé; remettre le feuillet sur l'alimentation	• Refaire l'évaluation dans six mois
• Risque modéré	• Diriger vers 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	• Diriger vers 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	• Ne pas diriger vers un autre professionnel de la santé; remettre le feuillet sur le programme d'exercices individuels	• Refaire l'évaluation dans six mois
• Risque modéré	• Diriger vers le programme d'exercices de groupe et remettre le feuillet sur le programme d'exercices individuels • Diriger vers le physiothérapeute s'il n'a pas d'accessoire d'aide 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	• Diriger vers le physiothérapeute et remettre, au besoin, le feuillet sur le programme d'exercices individuels	• Faire une relance téléphonique mensuelle et une nouvelle évaluation dans six mois
Médication		
• Risque faible	• Ne pas diriger vers un autre professionnel de la santé; remettre le feuillet sur la prévention de l'utilisation inappropriée de médicaments	• Refaire l'évaluation dans six mois
• Risque modéré	• Aucune démarche particulière; diriger, au besoin, vers le personnel infirmier du CLSC ou faire consulter le pharmacien	• Faire, au besoin, une relance téléphonique mensuelle et une nouvelle évaluation dans six mois
• Risque élevé	• Diriger vers le médecin traitant et, au besoin, vers le personnel infirmier du CLSC	• Faire une relance téléphonique mensuelle et une nouvelle évaluation dans six mois
Consommation d'alcool		
• Risque faible	• Ne pas diriger vers un autre professionnel de la santé	• Refaire l'évaluation dans six mois
• Risque modéré	• Aucune démarche particulière; diriger, au besoin, vers le service psychosocial	• Faire, au besoin, une relance téléphonique mensuelle et une nouvelle évaluation dans six mois
• Risque élevé	• Diriger vers le médecin traitant	• Faire une relance téléphonique mensuelle et une nouvelle évaluation dans six mois
Environnement domiciliaire		
• Risque faible	• Ne pas diriger vers un autre professionnel de la santé	• Refaire l'évaluation dans six mois
• Risque modéré à élevé	• Procéder aux mesures correctives recommandées • Diriger, au besoin, vers l'ergothérapeute • Allouer, selon le cas, un montant forfaitaire destiné à un aménagement domiciliaire mineur • Faire appel, au besoin, à la famille, aux proches, etc.	• Faire une relance téléphonique mensuelle et une nouvelle évaluation dans six mois

Source : Bégin, 2002, p. 32.

3 MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION

Cette partie est consacrée à la démarche d'évaluation au sens strict. On y rappelle la finalité, les objectifs et les aspects sur lesquels devait porter l'évaluation envisagée par le devis d'implantation. Ensuite, on y décrit l'approche méthodologique adoptée pour répondre aux objectifs de l'évaluation de l'implantation et des effets.

3.1 OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION ENVISAGÉE PAR LE DEVIS D'IMPLANTATION

Le devis d'implantation du projet précisait que son évaluation se situait dans le prolongement des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* (MSSS, 1997). L'évaluation visait « à obtenir un corpus suffisant de connaissances pour permettre à l'Agence 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 » (Bégin, 2002, p. 35).

Ainsi, les aspects sur lesquels devait porter l'évaluation concernaient la faisabilité et l'acceptabilité du projet, qui réfèrent au processus d'implantation, de même que la capacité à produire les résultats attendus, qui touche les effets sociosanitaires (Bégin, 2002). Pour ce faire, le devis précisait qu'une série d'indicateurs seraient utilisés aux fins de l'évaluation. Ainsi, s'appuyant sur une conception proposée par Allard (2001a; 2001b), l'évaluation devait questionner la vraisemblance, la résilience et la performance du projet.

La question de la vraisemblance renvoie à l'adéquation entre les objectifs d'une intervention et les moyens mis en place pour les atteindre. L'analyse de la vraisemblance cherche à estimer la plausibilité du modèle théorique sur lequel repose la présomption de l'efficacité de l'intervention de même qu'à juger de la justesse du modèle opérationnel liant les ressources aux activités de production (Bilodeau et coll., 2006). La résilience comprend deux dimensions, soit l'implantation et l'adaptation. L'implantation réfère à la comparaison de l'intervention planifiée avec celle véritablement implantée. La seconde dimension, l'adaptation, consiste à se demander s'il y a eu accommodation du projet au contact du milieu d'implantation ou assimilation du milieu d'implantation par la mise en œuvre du projet (Bégin, 2002; Allard, 2001a; 2001b; Bilodeau et coll., 2006). Enfin, l'évaluation de la performance doit permettre de poser un jugement sur l'atteinte des objectifs des résultats de santé et d'apprécier ces derniers à la lumière des moyens mis en œuvre.

Plus spécifiquement, le devis d'implantation prévoyait que l'évaluation d'implantation allait porter sur la mobilisation des partenaires et des intervenants, sur les résultats opérationnels ainsi que sur les processus engagés dans l'implantation du projet en général. Quant aux effets sociosanitaires, le devis d'implantation précisait que l'évaluation porterait sur les effets intermédiaires en matière de modification des conduites ou des comportements et de l'amélioration ou du maintien des capacités ainsi que sur les effets ultimes prévus ou souhaités par le projet, telle la réduction du nombre de chutes et des blessures associées (Bégin, 2002).

Ainsi, le devis d'implantation annonçait que l'évaluation toucherait plusieurs fronts, à savoir la conception, la mise en œuvre et les effets du projet. La proposition du plan d'évaluation développée en détail par les auteurs du présent rapport et notifiée postérieurement au devis

d'implantation dans un document distinct (Leclerc et coll., 2005) a retenu les grands objectifs formulés ci-haut, quoiqu'elle en ait explicité les façons d'y parvenir.

3.2 COMITÉ DE PILOTAGE

Le mandat de réaliser l'évaluation a été confié au Service de surveillance, recherche et évaluation de la DSPE. Considérant l'existence d'un comité régional conjoint (DSPE–CLSC) de coordination et de suivi du projet, la DSPE a choisi de mettre en place un comité interne de pilotage de l'évaluation. Il était composé du responsable du projet d'intervention, du responsable de l'évaluation de ce dernier ainsi que de la coordonnatrice du Service de surveillance, recherche et évaluation.

Des spécialistes et chercheurs de l'Université de Montréal ainsi que de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, reconnus pour leur expertise en épidémiologie, en évaluation, en soins et services gériatriques ou, plus spécifiquement, au regard de la problématique des chutes, ont été invités à agir à titre consultatif.

3.3 ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION

3.3.1 La stratégie d'évaluation de l'implantation

Comme l'un des objectifs de l'intervention était de faciliter l'intégration des activités de prévention des chutes dans la programmation des services courants de soutien à domicile des CLSC (Bégin, 2002), la stratégie d'analyse de l'implantation faisant appel à l'étude de cas multiples – les six CLSC du territoire – a été retenue. Celle-ci est avantageuse lorsque les chercheurs mettent l'accent sur la compréhension du programme (Dorr-Bremme, 1995; McDonnell et coll., 2000; Patton, 1980; Yin 1999) et qu'ils souhaitent tirer des généralisations plus importantes (Champagne et Denis, 1992).

La stratégie retenue a recouru à la typologie d'évaluation de l'implantation proposée par Champagne et Denis (1992; Denis et Champagne, 1990). La première étape de l'analyse de l'implantation a consisté à mesurer l'exhaustivité des éléments mis en œuvre dans le projet et l'intensité des activités qui y étaient rattachées, pour ensuite comparer l'intervention planifiée à celle réellement implantée.

Dans la deuxième étape, l'évaluation de l'implantation a porté sur l'analyse de l'influence de sa variation sur les effets observés à la suite de la participation au projet (Carroll et coll., 2007). Cette façon de procéder visait à interpréter avec plus de justesse les résultats de l'évaluation des effets. La variation des effets dans les différents milieux ayant reçu l'intervention était un préalable à l'analyse d'implantation sous l'angle envisagé. En réalité, il aurait été peu utile de chercher à spécifier l'influence de la variation de l'implantation sur la production des effets si ces derniers n'avaient pas varié d'un milieu d'implantation à l'autre.

3.3.2 Le processus de changement organisationnel

L'appréciation de l'efficacité d'une intervention soulève des différences inhérentes selon que l'on est en situation expérimentale ou en situation réelle. Les résultats d'essais obtenus dans des situations d'intervention contrôlées ne peuvent être tenus pour équivalents à une mesure de

l'efficacité telle qu'elle est mise en évidence dans des conditions d'intervention naturelle (Habicht, Victora et Vaughan, 1999; Glasgow, Lichtenstein et Marcus, 2003; Victora, Habicht et Bryce, 2004). Le projet présente justement la particularité de s'être déroulé dans le milieu naturel et d'avoir fait participer directement les membres des équipes de soins.

La mise en œuvre d'un programme réunissant un grand nombre d'acteurs autour d'un but commun peut être assimilée à un processus d'intégration d'une innovation dans un contexte organisationnel donné (Moss, 1983; Denis, 1988; Cinq-Mars et Fortin, 1999; Carroll et coll., 2007). Ainsi, une modification au plan initial en cours de mise en œuvre de l'intervention n'est pas forcément associée à des considérations susceptibles d'en altérer l'effectivité (Cinq-Mars et Fortin, 1999). En réalité, un programme n'est jamais diffusé exactement comme il a été conçu : sa transformation est plutôt inhérente à tout processus d'implantation. Un milieu dans lequel est implanté un programme s'approprie ce programme (Callon, 1986; Chamberland et Bilodeau, 2000).

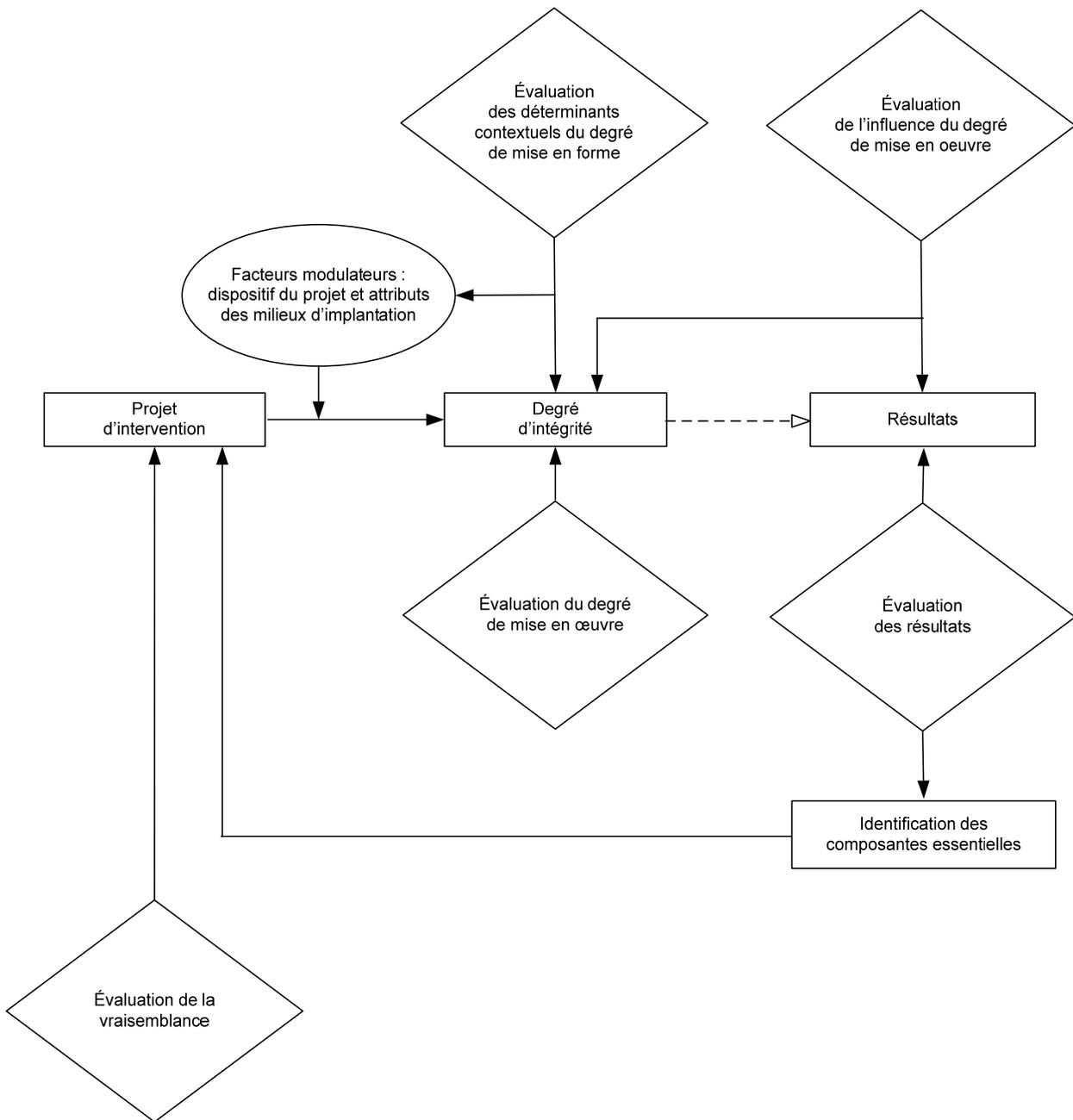
Selon les tenants de cette perspective, l'intervention effectivement mise en œuvre est le fruit des forces en présence dans un milieu donné (Cinq-Mars et Fortin, 1999; Pluye, Potvin et Denis, 2000; Chamberland et Bilodeau, 2000; Carroll et coll., 2007). Les différentes représentations des acteurs au regard de l'intervention, des négociations autour de leurs intérêts respectifs et des caractéristiques de l'environnement dans lequel elle s'implante deviennent alors objets d'analyse (Amblard et coll., 2005; Callon, 1986; Callon et Latour, 1986; Demers, Maltais et Trickey, 1993).

Le modèle théorique d'analyse du changement de Moss (1983), repris par Rousseau et son équipe (2005), a été choisi afin de guider à la fois la collecte et l'analyse des données de l'implantation. Il fournit une liste générique de variables clés pour aider à comprendre et à expliquer les barrières organisationnelles à l'implantation de programmes de santé publique. Il s'agit de la légitimité du projet et des maîtres d'œuvre, du prestige qui lui est conféré, des groupes d'enjeux et d'influence dans sa mise en œuvre ainsi que du degré d'adhésion des divers acteurs concernés, adhésion matérialisée par le soutien et l'effort déployés pour implanter l'intervention innovante.

3.3.3 Le cadre conceptuel de l'évaluation de l'implantation

L'analyse de l'implantation du projet, telle que précédemment décrite, est schématisée en cadre conceptuel à la figure 1. Celle-ci présente les éléments de l'évaluation réalisée ainsi que les relations qui les unissent. Les variables qui s'y rapportent ont été définies en concordance avec le modèle d'évaluation de l'intégrité de la mise en œuvre proposé par Carroll et ses collaborateurs (2007) ainsi qu'avec le modèle d'analyse de l'environnement organisationnel développé par Moss (1983). D'après ce cadre conceptuel, la production des résultats découle de la présence des composantes essentielles de l'intervention de même que du degré d'intégrité ou de conformité entre la programmation souhaitée et son actualisation. L'intégrité de la mise en œuvre porte sur le contenu de l'intervention, la qualité de la prestation, la « dose » d'exposition à l'intervention ainsi que sur l'engagement des personnes qui assurent la prestation et de celles qui en bénéficient. Le dispositif du projet et les particularités des milieux d'implantation conditionnent le degré d'intégrité de la mise en œuvre.

Figure 1. Schéma des éléments de l'évaluation et des relations les unissant



3.3.4 Les acteurs concernés

Les acteurs touchés par la collecte de données comprenaient, d'une part, le responsable du projet et la conseillère en nutrition à la DSPE et, d'autre part, les membres du personnel des CSLC qui ont participé à un moment ou à un autre au déploiement du projet : les gestionnaires du SAD, les intervenants spécialement dédiés au projet et certains autres professionnels

(ergothérapeutes, physiothérapeutes, thérapeutes en réadaptation physique, infirmières, nutritionnistes et médecins).

3.3.5 Les données et les méthodes de collecte

L'évaluation de l'implantation a été examinée en recourant à plusieurs sources de données, correspondant elles-mêmes à diverses techniques de collecte, à la fois quantitatives et qualitatives. Le tableau 3 énumère la liste des objets d'évaluation et des indicateurs d'intérêt portant sur la mise en œuvre.

L'information a été extraite du devis d'implantation (Bégin, 2002) ainsi que d'entrevues et de questionnaires autoadministrés réalisés auprès d'acteurs concernés dans l'élaboration, la gestion et l'implantation du projet. Les sources suivantes ont aussi été utilisées : des données du module SIC + de l'application Intégration CLSC, celles colligées par la DSPE tout au long de la mise en œuvre du projet, notamment les résultats préliminaires périodiques et les ajustements nécessaires aux procédures d'implantation (Bégin, 2004), ainsi que celles provenant des rapports annuels des établissements.

Tableau 3. Liste des objets d'évaluation et des indicateurs de la mise en œuvre

Gouvernance du projet

Reddition de comptes et suivi de l'implantation

- Mécanisme de coordination régionale et de suivi de l'implantation : conformité avec la programmation planifiée et perceptions des acteurs
- Nombre de rencontres du Comité régional de prévention des chutes, thèmes abordés et décisions prises
- Soutien et accompagnement en cours d'implantation
- Nombre de tableaux synoptiques des résultats préliminaires périodiques acheminés aux CLSC
- Nombre de recueils des ajustements aux procédures d'implantation acheminés aux CLSC
- Nombre et type d'ajustements proposés en raison de procédures insuffisamment explicites ou de situations imprévues lors de la conception du projet

Allocation budgétaire

- Respect de la base de calcul du financement prévu et perceptions des acteurs
- Sommes allouées pour ressources professionnelles
- Sommes allouées pour aménagements domiciliaires

Évaluation du projet

- Modalités d'évaluation : conformité avec la programmation planifiée et perceptions des acteurs

Recrutement des participants

- Modalités de recrutement des participants : conformité avec la programmation planifiée et perceptions des acteurs
- Nombre de participants par rapport aux objectifs préétablis
- Profil des participants
- Comparaison des caractéristiques des participants par rapport aux personnes âgées inscrites aux services de soutien à domicile des CLSC durant la période de recrutement

Dépistage et évaluation des facteurs de risque

- Modalités de dépistage et d'évaluation des facteurs de risque : conformité avec la programmation planifiée et perceptions des acteurs
- Nombre de facteurs de risque présents par participant
- Nombre d'éléments problématiques par participant, selon le facteur de risque en cause et le résultat du dépistage

Interventions des acteurs, recommandations faites aux aînés, orientation vers d'autres intervenants

- Modalités d'intervention : conformité avec la programmation planifiée et perceptions des acteurs
- Nombre d'interventions (recommandations et recommandations d'un spécialiste), selon le facteur de risque en cause et le résultat du dépistage
- Nombre d'interventions par participant enregistrées au module SIC +, selon la raison et l'acte
- Type de ressources professionnelles sollicitées
- Nombre de participants ayant accepté les recommandations, selon le facteur de risque en cause et le résultat du dépistage
- Nombre de participants ayant suivi ou cessé les interventions recommandées

Suivi et engagement des participants

- Modalités de suivi : conformité avec la programmation planifiée et perceptions des acteurs
- Nombre de réévaluations et de relances téléphoniques
- Nombre de participants ayant accepté les recommandations, selon le facteur de risque en cause et le résultat du dépistage
- Réceptivité et motivation de la clientèle à l'égard des interventions proposées
- Durée du suivi et du plan d'intervention
- Nombre et pourcentage de cessations de participation par motif identifié
- Nombre et pourcentage de participants ayant complété le projet

Mobilisation des intervenants et de l'environnement

- Participation des CLSC et de leurs collaborateurs externes : conformité avec la programmation planifiée et perceptions des acteurs
- Nombre et catégories de professionnels participant aux rencontres du Comité régional de prévention des chutes
- Assiduité et stabilité de la participation aux rencontres du Comité régional de prévention des chutes
- Nombre de recommandations d'un spécialiste effectuées par le CLSC, selon le type de collaborateurs
- Qualité de la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire

Source : Tableau élaboré notamment à partir des tableaux 12 à 14 de Bégin (2002).

Des entrevues en face-à-face individuelles et semi-structurées et l'autoadministration des questionnaires postimplantation ont eu lieu au printemps et à l'été 2005 auprès de 21 acteurs⁴. Il s'agissait de l'intervenant dédié au projet de chacun des six sites (cinq techniciennes en réadaptation physique et une infirmière), du chef de programme du SAD de chaque site, de deux médecins, d'un ergothérapeute, d'un physiothérapeute et de trois nutritionnistes. Le responsable régional du projet et la conseillère en nutrition de la DSPE ont de plus été rencontrés. Un exemplaire des questionnaires est disponible en annexe.

Les entrevues visaient à identifier les facteurs de l'environnement organisationnel précédemment mentionnés qui, d'après Moss (1983), sont susceptibles d'avoir influencé l'implantation du projet. D'autres thèmes abordaient la mise en œuvre à proprement parler des diverses composantes de l'intervention de même que leur articulation au sein de l'organisation. Le questionnaire visait quant à lui à connaître les caractéristiques, les pratiques, les attitudes et la satisfaction professionnelles des répondants, ainsi que leurs opinions quant à l'efficacité perçue des diverses composantes de l'intervention, leur faisabilité et adéquation par rapport à son actualisation.

Cette partie de l'étude a tenté d'appréhender diverses perspectives du projet et ne prétend pas donner un portrait juste au sens statistique du terme. Ces informations reposent strictement sur la perception d'un petit nombre d'acteurs du milieu. Il convient donc d'adopter une attitude de prudence dans l'interprétation des résultats.

3.3.6 L'analyse des données d'implantation

Pour répondre aux objectifs d'évaluation mentionnés antérieurement, la mise en œuvre du projet a été analysée indépendamment de ses effets.

L'analyse descriptive des données quantitatives, effectuée à l'aide du logiciel SPSS[®], visait à résumer les particularités de l'échantillon et de l'intervention selon l'établissement pourvoyeur de services. Les différences intersites ont été mises en évidence au moyen du test du khi carré pour les variables catégorielles et de l'analyse de variance pour les variables continues et discrètes. La vérification préalable du postulat d'homogénéité des variances a été faite à l'aide du test de Levene. Des méthodes d'analyse *post hoc* tenant compte de la présence d'hétérogénéité dans les variances, tels les tests de Tamhane et T3 de Dunnett, ont été utilisées si besoin était. Le seuil de signification a été fixé à 0,05.

Le traitement de l'information qualitative a été réalisé selon une formule classique basée sur l'écoute des enregistrements audio et l'analyse de contenu des transcriptions intégrales.

La discussion des résultats de la mise en œuvre et des effets a reposé sur le critère de robustesse proposé par Tornatzky et Johnson (1982). La conceptualisation que ces auteurs mettent de l'avant renvoie à l'importance du changement suscité par une intervention de même qu'au degré de constance – ou de variabilité – avec lequel il apparaît dans les différents milieux

⁴ Les questionnaires visaient l'analyse de l'influence des déterminants contextuels sur le degré de mise en œuvre du projet-pilote d'un CLSC à l'autre, d'après le modèle d'analyse politique et contingent de Denis (1988). Or, l'utilisation des résultats des questionnaires, dans le présent rapport, aurait difficilement pu garantir la confidentialité des informations fournies par les intervenants et les gestionnaires. En conséquence, seules certaines informations tirées des questionnaires ont été utilisées pour les fins de l'évaluation.

d'implantation. La conjugaison de ces deux possibilités définit quatre types de résultats engendrés par l'implantation d'une intervention (Tableau 4). Les cases A et B représentent un changement constant d'une organisation à l'autre, ce qui revient à dire que l'introduction de l'intervention produit un effet donné indépendamment des caractéristiques contextuelles. La situation des cases C et D, à l'inverse, témoigne de variations en fonction du milieu d'implantation. L'autre axe illustre la capacité de l'intervention à produire des changements, qui peuvent être importants (cases A et C) ou ténus (cases B et D).

Tableau 4. Robustesse des résultats de la mise en œuvre d'une intervention

Changement	Constant	Inconstant
Important	A	C
Limité	B	D

Source : Champagne et coll. (1991), repris par Perreault et coll. (2000).

3.4 ÉVALUATION DES EFFETS

3.4.1 La faisabilité de la détermination des effets

Le devis d'implantation visait à obtenir des résultats d'évaluation relatifs à la démonstration de l'impact de sa mise en œuvre et au processus d'intégration d'une nouvelle intervention dans un milieu de pratique. Or, le devis d'implantation a écarté la possibilité de recourir à un groupe de comparaison (Bégin, 2002). Cette décision reposait, d'une part, sur le désir de réaliser une intervention dans le milieu naturel et de procéder à une implantation généralisée à tous les CLSC de la région, rendant incompatible l'utilisation d'un groupe témoin interne. D'autre part, plusieurs interventions de différentes natures menées concomitamment dans les régions du Québec rendaient difficile la sélection d'un territoire extérieur à la région « non contaminé » par la prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées (Bégin, 2002, p. 40)⁵. Au-delà de ces justifications d'ordre pratique, précisons qu'il n'est pas inhabituel que les décisions de concepteurs et promoteurs de programme – dont les intérêts sont prioritairement centrés sur l'intervention elle-même – divergent des exigences des règles de preuve des épistémologies positivistes (Allard, 2001a; Chamberland et Bilodeau, 2000; McQueen et Anderson, 2000; Pluye, Potvin et Denis, 2000). Toutefois, ce choix a éliminé la possibilité de mesurer les changements sur l'incidence des chutes et de statuer sur leur attribution à l'intervention.

En somme, la présente évaluation n'a pu répondre formellement à la question : « Dans quelle mesure l'implantation du projet a-t-elle diminué l'incidence de chutes chez les participants? », simplement parce qu'il n'existe aucune mesure antérieure au programme ni de groupe de comparaison. Cela dit, il a été possible de déterminer les effets « bruts » du projet au point de vue des facteurs de risque des participants en comparant leurs mesures obtenues à différents points dans le temps à celles observées avant la mise en place de l'intervention. Ce schéma de

⁵ Il convient néanmoins de préciser qu'un groupe de comparaison ne doit pas obligatoirement être composé d'individus ne recevant aucune intervention de prévention des chutes. Il aurait été possible de chercher à répondre à une question telle que « Les participants au projet-pilote présentent-ils de meilleurs résultats que ceux qui ont bénéficié d'une forme de service déjà existante, mais différente? ».

l'étude ne permet cependant pas d'éliminer les explications rivales concomitantes qui pourraient justifier, à tout le moins en partie, les différences constatées entre les paramètres mesurés aux temps O₂ et O₁ (voir le schéma d'étude à la section 3.4.2), puisque le groupe témoin est en l'occurrence le groupe « expérimental » avant son exposition au projet. Au titre des limites à la validité interne, citons les événements historiques (apparition durant le déroulement de l'étude d'événements extérieurs au projet), la maturation (changements attribuables au temps écoulé et à l'expérience qui s'y rapporte plutôt qu'au projet lui-même) et l'attrition (abandon par des participants affectant la comparabilité des groupes).

D'un autre côté, l'évaluation envisagée ne visait pas à démontrer l'efficacité « nette » du projet, c'est-à-dire à apporter la preuve de l'attribution des résultats au seul fait d'avoir réalisé les interventions, et ce, en écartant toutes les autres causes possibles de cet effet (Bégin, 2002, p. 35). L'approche de l'évaluation des effets adoptée par les auteurs de la présente évaluation est celle de l'étude comparative de cas, approche qui s'avère hautement adaptée aux circonstances. En conséquence, la question à laquelle cherche à répondre l'évaluation est « Le même programme appliqué dans divers milieux produit-il des résultats différents? », ce qui revient à déterminer les éléments qui expliquent les effets observés et à questionner l'influence de la variation de mise en œuvre à cet égard. Le but de ce questionnement est d'accroître la généralisation théorique, c'est-à-dire un enrichissement de la théorie de l'action (Allard, 2001a; Bilodeau et coll., 2006; Champagne et Denis, 1992; Pawson et Tilley, 1997).

3.4.2 Le schéma de l'étude

Le projet d'intervention, lorsque traduit en schéma d'étude, s'apparente à une étude de cohorte dynamique de type préexpérimental avec série chronologique sur un groupe unique. Comme son nom l'indique, elle comprend un seul groupe de sujets (la cohorte) sur lequel on observe les paramètres à l'étude (O) à l'examen initial et après l'introduction de l'intervention (X). Elle se caractérise également par la prise de mesures répétées des facteurs de risque auprès des mêmes sujets et la surveillance des chutes postérieures au « traitement », qui s'étend sur une assez longue période. La possibilité pour les participants de s'insérer à n'importe quel moment dans le projet et de le quitter en cours de route a fait en sorte que tous les individus de la cohorte n'ont pas eu la même durée de suivi et d'exposition à l'intervention.

Le schéma est illustré comme suit : O₁ X O₂ O₃ O₄ O₅ O₆ O₇

Pour les besoins de l'étude, le terme « intervention » désigne toute démarche introduite dans le but explicite d'améliorer la situation des participants. En termes opérationnels, l'intervention débute à partir du moment où le professionnel procède à la réalisation de l'examen initial au domicile du participant. La cohorte tout entière est donc soumise à l'intervention, que des facteurs de risque chez les individus aient été dépistés ou non, qu'ils aient ou non reçu les services prescrits ou qu'ils aient ou non mis en application les recommandations reçues. En fait, ils reçoivent tous beaucoup d'attention, même ceux pour qui aucun risque n'a été identifié : contact téléphonique pour prise de rendez-vous, visite par le professionnel afin de recueillir les données de base, dépistage initial des facteurs de risque et ensuite, tous les six mois, remise de trois brochures d'information, relances téléphoniques mensuelles. Par ailleurs, l'« intervention ciblée » correspond à *toute intention d'agir sur les facteurs spécifiques repérés* – apports

énergétiques et nutritionnels, équilibre et motricité, consommation de médicaments, consommation d'alcool, environnement domiciliaire – selon le niveau de risque identifié.

3.4.3 Les variables étudiées et l'analyse des données d'effet

Le tableau 5 résume les mesures d'effet prises en considération. Le traitement statistique des données a été réalisé conjointement par le Service de surveillance, recherche et évaluation de la DSPE et le Groupe de consultation statistique du Centre de recherche de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, au moyen des progiciels SPSS® et SAS®. Le seuil de signification est fixé à 0,05. Les analyses statistiques sont décrites en détail aux sections suivantes.

Tableau 5. Mesures d'effet considérées dans l'étude

Variables	Valeurs
Apports nutritionnels	
Indice de masse corporelle	Kg/m ²
Questionnaire de Payette	Score sur 13
Évaluation des apports nutritionnels	Proportion de participants à risque élevé
Équilibre et motricité	
Échelle de Berg	Score sur 56
Test Timed Up and Go	Durée en secondes
Évaluation de l'équilibre et de la motricité	Proportion de participants à risque élevé
Médication	
Médicaments prescrits	Nombre de médicaments différents
Quatre médicaments différents et plus prescrits par jour	Oui, non
Benzodiazépines	Oui, non
Évaluation de la médication	Proportion de participants à risque élevé
Consommation d'alcool	
Consommation au cours des six derniers mois	Oui, non
Consommation au cours des sept derniers jours	Oui, non
Évaluation de la consommation	Proportion de participants à risque élevé
Environnement domiciliaire	
Risques environnementaux dans différentes pièces et aires	Nombre d'éléments sur 37 sources prédéfinies
Chutes	
Ensemble des chutes, tout type confondu	Incidence et nombre de chutes
Chutes ayant nécessité un recours médical	Incidence et nombre de chutes
Autres effets	
Risque global	Nombre d'éléments à risque élevé par participant
Impacts non liés aux objectifs du projet	Autres conséquences rapportées lors des entrevues

La mesure des effets sur les facteurs de risque

L'efficacité de l'intervention sur les facteurs de risque mesurés sur une échelle quantitative discrète (dont les seules valeurs possibles sont des nombres entiers, comme le score à l'échelle de Berg) de même que la régularité de l'effet d'un site à l'autre ont été examinées par une analyse de variance à deux facteurs, dont un à mesures répétées. En pratique, les scores d'une même variable ont été mesurés à des temps différents chez les mêmes sujets. Le sous-ensemble de sujets retenu, pour la comparaison, a alors été constitué des seuls individus

dont la durée de suivi le permettait, de sorte que des analyses de variance ont été produites distinctement à 12 et à 18 mois.

Les hypothèses de l'analyse de variance testées ont été l'effet intrasujet (facteur temps), l'effet intersujet (facteur CLSC) et l'interaction entre ces deux types d'effets. L'interaction a d'abord été testée. Une interaction significative annonce que l'effet d'une variable dépend des modalités de l'autre variable. Dans pareil cas, l'efficacité de l'intervention a été comparée séparément pour chaque CLSC, alors que l'ampleur de l'erreur de type I a été contrôlée par la procédure de Bonferroni-Holm. En absence d'interaction, une analyse *post hoc* a été effectuée afin de situer les différences de moyennes les unes par rapport aux autres, pour autant que l'analyse de variance suggérait le rejet de l'hypothèse globale d'égalité.

L'efficacité de l'intervention sur les facteurs de risque dont les valeurs étaient binaires a été examinée de façon similaire par le test de Breslow-Day et le test de McNemar. Le test de Breslow-Day a préalablement permis de vérifier l'hypothèse d'homogénéité de la réponse intersite. Le cas échéant, la comparaison dans le temps des proportions appariées a été réalisée par le test de McNemar sur l'ensemble des cas disponibles. En revanche, en l'absence d'homogénéité, la comparaison a été faite séparément pour chaque strate CLSC afin d'identifier les différences existantes.

L'analyse des effets sur les chutes

L'effet d'une intervention préventive peut s'apprécier par la comparaison de la durée sans événement qu'elle engendre chez les participants, mesurée par rapport à celle d'un groupe témoin sur lequel ne s'exerce aucune influence « expérimentale » ou à celle d'un groupe recevant une intervention indépendante. C'est cette deuxième option qui a été retenue. L'efficacité différentielle de l'intervention a été examinée entre les CLSC à l'aide d'une technique statistique d'analyse de « survie », c'est-à-dire du temps s'écoulant entre le début de l'intervention et la survenue d'une chute. Une correspondance directe existe entre la propension à chuter et le laps de temps sans chute : une valeur d'incidence de chutes plus élevée dans une population dénote un intervalle moyen plus petit entre deux points dans le temps, en l'occurrence le début de l'intervention et la survenue d'un premier événement.

La correction des courbes de survie pour l'influence du sexe, de l'âge, de l'histoire de chutes et des facteurs de risque des participants mesurés à l'examen initial a été réalisée par la méthode d'ajustement direct proposée par Zhang et ses collaborateurs (2007). Les facteurs de risque comprennent les scores à l'évaluation nutritionnelle, à l'échelle d'équilibre de Berg et au test Timed Up and Go, le nombre de médicaments différents prescrits, la fréquence de consommation d'alcool au cours des six mois précédant le début de l'étude, la consommation d'alcool au cours des sept jours précédant l'évaluation et le nombre d'éléments de risque au domicile. La comparaison deux à deux des courbes est faite à chaque temps (Zhang et coll., 2007). L'exercice a été exécuté pour l'ensemble des chutes, tout type confondu, et notamment pour celles ayant nécessité un recours à des soins ou à des services médicaux.

Les différences intersites de l'efficacité de l'intervention ont également été examinées à l'aide de la régression binomiale négative et de l'extension Wei, Lin et Weissfeld (WLW) de la régression de Cox (Leclerc et coll., 2008; Robertson, Campbell et Herbison, 2005). Ces deux approches

tiennent compte de la condition différente des participants au moment de prendre part à l'intervention, de leur durée variable de participation dans le projet ainsi que de la dépendance entre les chutes répétées chez un même individu. Elles font intervenir un estimateur de type « sandwich » pour obtenir une estimation robuste de la variance des paramètres et pour la construction des tests et des intervalles de confiance qui y sont associés.

La variable dépendante dans la régression binomiale négative a été le nombre de chutes des participants. La variable dépendante dans le cas de la régression de Cox a été la durée de suivi avant la survenue de chaque chute. La stratégie alors utilisée pour déceler d'éventuelles différences quant au rendement respectif des établissements en matière de prévention des chutes a été d'intégrer dans le modèle de régression une variable nominale tenant compte de l'effet de l'intervention. Dans la mesure où les échantillons ont été homogénéisés par contrôle statistique de l'influence du sexe, de l'âge et des facteurs de risque des participants mesurés à l'examen initial et où la conjoncture est demeurée stable d'un site à l'autre au fil du temps, il est justifié d'interpréter l'estimation paramétrique comme un effet différentiel du même traitement.

Des statistiques descriptives sur le nombre de chutes par sujet par période de six mois ont enfin été calculées pour les usagers ayant complété au moins 12 mois et au moins 18 mois de suivi. Il s'agit plus exactement du pourcentage d'usagers pour lesquels le nombre total de chutes est resté stable, a augmenté ou a diminué par rapport au nombre total de chutes survenues au cours des six premiers mois, de la variation moyenne et de l'écart-type correspondant. Ces statistiques descriptives ont été produites pour compenser le fait qu'une comparaison simple de moyennes entre deux périodes peut s'avérer trompeuse quand les gains des uns annulent les pertes des autres.

4 RÉSULTATS ET ANALYSES

Cette partie se consacre à la présentation et à l'analyse des résultats. Elle traite successivement de l'évaluation de la vraisemblance du projet, de l'analyse de l'environnement organisationnel, de l'évaluation du degré de mise en œuvre de l'IMP de prévention des chutes et, finalement, de l'évaluation des effets.

4.1 ÉVALUATION DE LA VRAISEMBLANCE DU PROJET

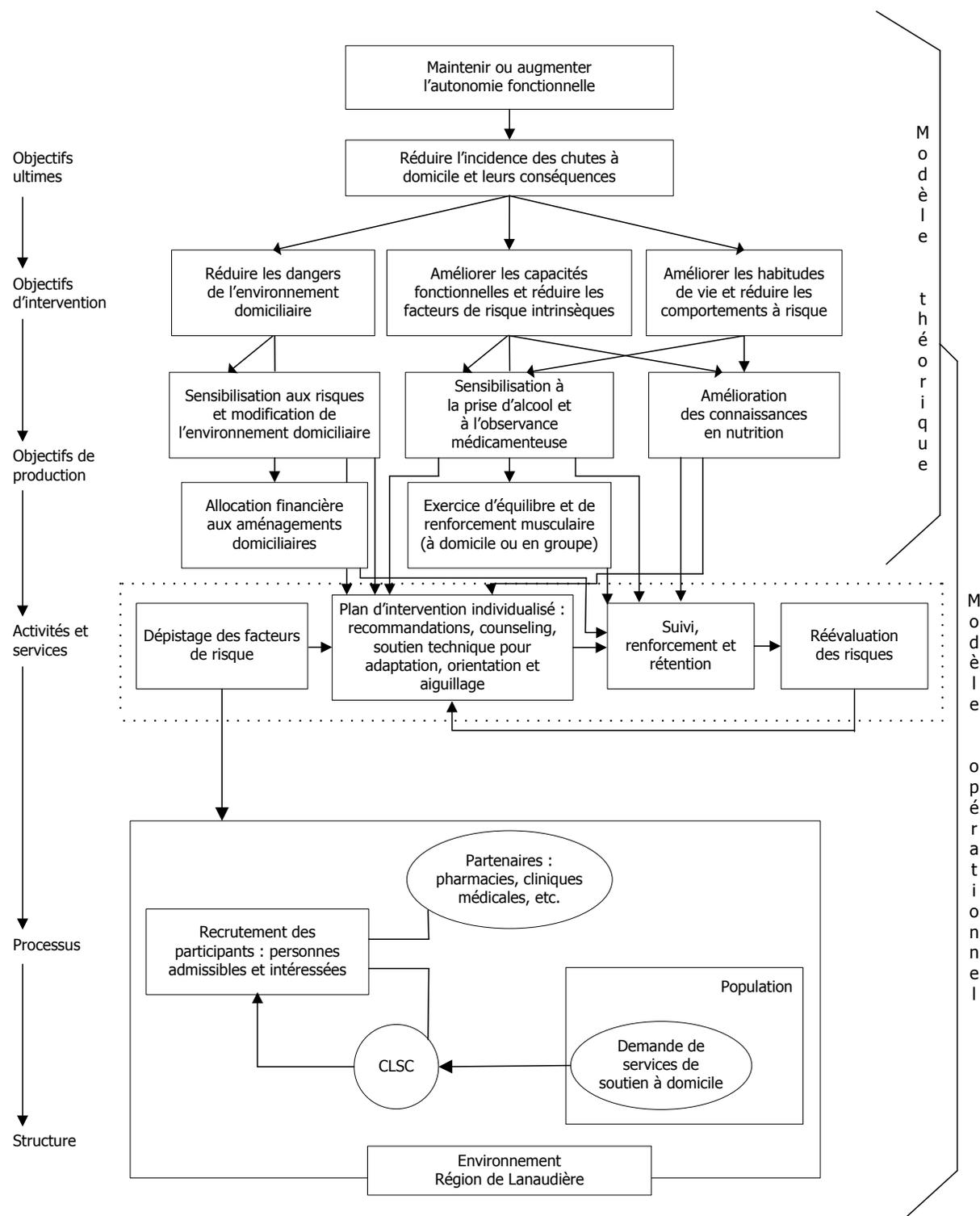
L'évaluation de la vraisemblance ou analyse logique de l'intervention consiste à cerner la théorie ou la logique sous-jacente à l'intervention.

Le modèle logique d'une intervention, aussi nommé *théorie du programme*, est une explication schématisée et structurée du processus de production des services visés et des postulats sous-jacents à la genèse des effets escomptés. La construction du modèle logique constitue une étape cruciale de l'évaluation de laquelle découle tout le questionnement subséquent en ce qui a trait à la mise en œuvre et aux effets de l'intervention (Mercer et Goel, 1994; Meeres, Fisher et Gerrard, 1995; Desrosiers et coll., 1998).

La figure 2 illustre le modèle logique théorique de l'intervention du projet. Celui-ci a été reconstitué sur la base de l'analyse du devis d'implantation (Bégin, 2002) et d'écrits scientifiques pertinents sur le sujet. Des indicateurs ont été colligés pour apprécier l'ensemble des résultats, c'est-à-dire de la prestation des activités et des services à l'apparition des résultats recherchés sur les facteurs de risque, les chutes et leurs conséquences.

Le devis d'implantation du projet s'appuyait sur les résultats d'études épidémiologiques réalisées auprès de groupes expérimentaux et témoins (Bégin, 2002). Ces résultats révélaient que la probabilité de tomber dépend des facteurs de risque en présence – plus spécifiquement de leur nature et de leur nombre –, de sorte que leur dépistage et leur élimination peuvent conduire à une diminution subséquente des chutes (Hogan et coll., 2001, rapportée par MSSS, 2004). En ce sens, les objectifs de l'intervention visaient à agir sur l'alimentation, la démarche et l'équilibre, la consommation inappropriée de médicaments et d'alcool ainsi que sur les risques environnementaux du domicile des personnes identifiées à risque sur la base de facteurs spécifiques en cause.

Figure 2. Modèle logique de l'intervention du projet

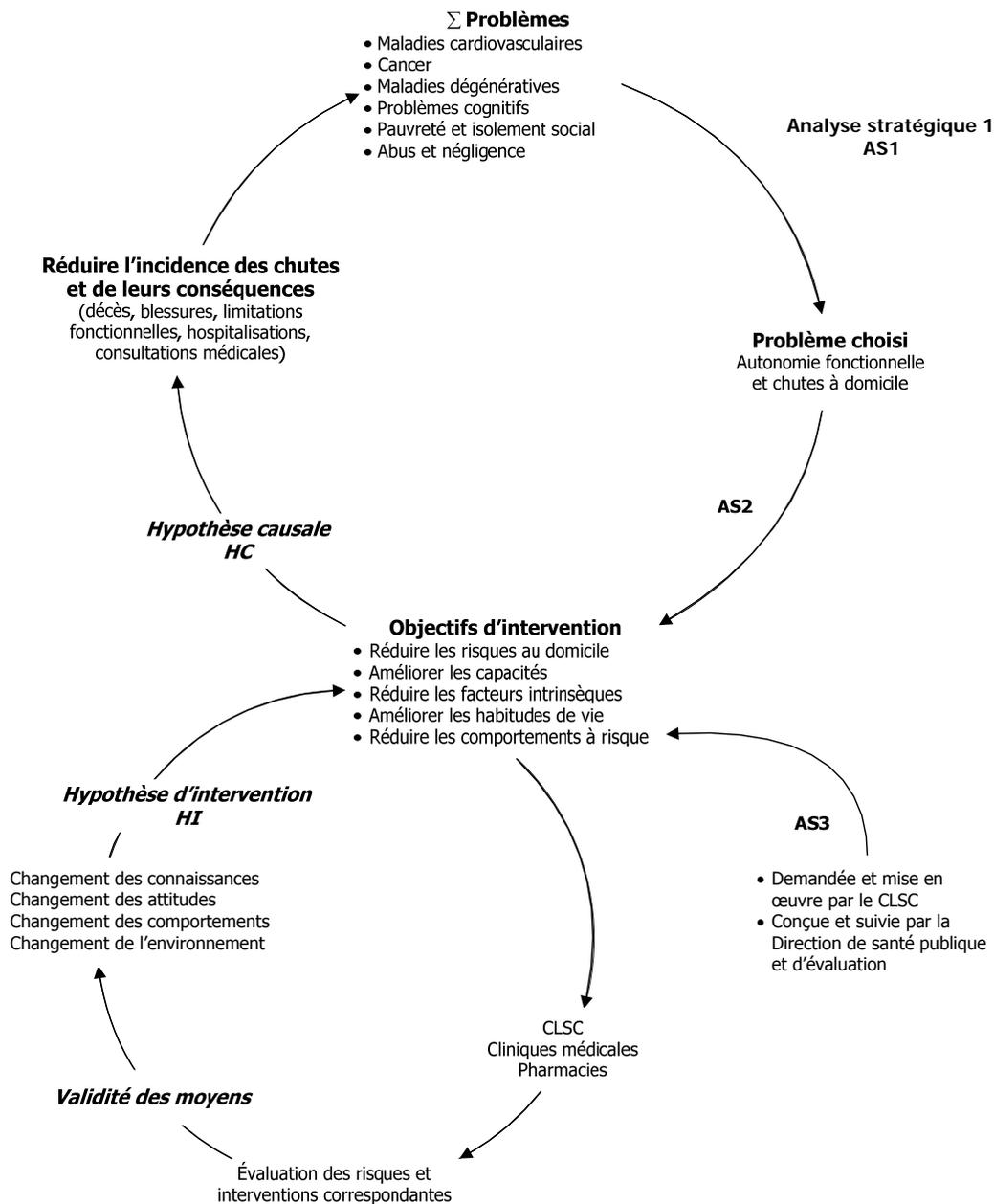


Source : Leclerc et coll., 2005, p. 41.

La figure 3 illustre cette fois l'intervention sous l'angle plus vaste de la roue de l'analyse stratégique (la signification des éléments AS1, AS2 et AS3 est donnée à la section 4.2.2). L'hypothèse d'intervention, HI, et l'hypothèse causale, HC, y sont indiquées et ont fait l'objet

d'une analyse au regard des effets qui ont été observés. D'après la première hypothèse, une évaluation systématique des facteurs de risque et une intervention ciblée devraient modifier les connaissances, les attitudes et, de façon ultime, les comportements, pour entraîner une réduction des facteurs de risque de chute et de la prise de risques par les personnes âgées. L'hypothèse qui s'ensuit soutient qu'agir sur les déterminants des chutes réduit l'incidence des chutes et de leurs conséquences.

Figure 3. Roue de l'analyse stratégique



Source : Leclerc et coll., 2005, p. 42.

Le modèle logique permet de constater que, sur le plan théorique, les liens entre les ressources, les activités et les répercussions correspondantes du projet planifié sont solides. La plausibilité du modèle causal sur lequel repose la présomption de l'efficacité de l'IMP se fonde sur des stratégies d'intervention éprouvées et conformes aux plus récentes recommandations scientifiques (Gillespie et coll., 2003; Chang et coll., 2004). Toutefois, il n'est pas possible de se prononcer quant au meilleur agencement de fréquence, d'intensité et de durée pour différentes populations de personnes âgées. Ces aspects demeurent un domaine de recherche actif (Gates et coll., 2008).

4.2 ATTRIBUTS CONTEXTUELS DES MILIEUX D'IMPLANTATION

L'étude de l'environnement organisationnel visait à analyser les facteurs précis qui, d'après Moss (1983), auraient pu avoir influencé l'implantation du projet. La configuration du territoire des différents sites d'implantation y est d'abord décrite.

4.2.1 Configuration du territoire des sites d'implantation

Les différents sites arborent des configurations territoriales différentes les uns des autres. Les renseignements fournis ici sont tirés des rapports annuels 2002-2003 des établissements et présentent la situation qui prévalait à la première année de l'implantation. Le nom des sites – les six CLSC des CSSS de la région – a expressément été remplacé par un numéro d'identification sans obligatoirement chercher à en préserver l'anonymat.

Le territoire du site n° 1 est constitué de 17 municipalités, totalisant 1 401,1 km². Alors que dans l'ensemble du Québec l'agriculture ne procurait de l'emploi qu'à 2,5 % de la population, ce chiffre atteignait 9,3 % de ce territoire. Le domaine agricole couvrait environ 60 % de sa superficie. Le nombre d'habitants était de 41 483, dont 14,0 % étaient âgés de 65 ans ou plus. Le CLSC comptait 533 employés répartis dans six points de service.

Le territoire semi-rural, semi-urbain du site n° 2, situé au cœur de la région de Lanaudière, est constitué de 10 municipalités totalisant 418,2 km² et 55 028 habitants, dont 14,9 % avaient atteint la barre des 65 ans. Le CLSC embauchait 153 personnes, dont 107,3 postes en « équivalent temps complet ».

Le site n° 3 est situé sur la rive nord de la vallée du Saint-Laurent, au nord-est de la ville de Laval et de l'île de Montréal. Son territoire, unissant nature et urbanisation, forme l'extrémité sud de la région de Lanaudière et ne comprend que quatre municipalités, totalisant 261,1 km² et 114 616 habitants. La proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus était de 5,7 %. Le CLSC comprenait six points de service où travaillaient 271 employés.

Le territoire du site n° 4, totalisant 9 266,2 km² et 43 138 habitants, est constitué de 14 municipalités, de 12 territoires non organisés et d'une réserve indienne. La proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus atteignait 19,0 %. Cette vaste étendue de terres offre une diversité de paysages naturels dont les activités économiques se concentrent principalement sur le tourisme de plein air. Le CLSC comprenait six points de service et comptait 233 employés, dont 89 en « équivalent temps complet ».

Le territoire du site n° 5, d'une superficie de 255,7 km², englobe sept municipalités et 107 504 habitants. Porte d'entrée de la région de Lanaudière, situé à l'est de l'île de Montréal

au carrefour de deux autoroutes importantes, sa position lui confère un avantage stratégique pour son développement. La proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus qui y habitaient était de 8,2 %. Le CLSC incluait trois points de services et offrait du travail à 650 employés, dont 387,9 postes en « équivalent temps complet ».

Enfin, le territoire du site n° 6 était constitué de 11 municipalités totalisant 711,7 km² et 40 032 habitants. Situé à 35 kilomètres au nord de Montréal, ce territoire se caractérise par une plaine agricole florissante au sud et une grande zone récréotouristique au nord. La proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus y était de 12,4 %. Le CLSC comptait 408 employés.

4.2.2 Analyse de l'environnement organisationnel

L'analyse de la pertinence du problème et de la population ciblée (élément AS1 de la figure 3) de même que des objectifs d'intervention (AS2) et des maîtres d'œuvre (AS3) a fait l'objet, postérieurement à l'élaboration du projet, d'un exercice pour le compte du Ministère. Le groupe d'experts concernés, à l'issue de ses travaux, a fait de la « promotion et [du] soutien de mesures multifactorielles de prévention des chutes destinées aux personnes âgées à risque » une priorité de santé publique pour tout le Québec (MSSS, 2003b; 2004). Les instances régionales et locales de santé publique doivent offrir sur leur territoire de telles interventions pour les personnes âgées des services de soutien à domicile.

L'ensemble des intervenants et des gestionnaires interrogés reconnaissaient le bien-fondé intrinsèque du projet et s'entendaient de plus pour dire que ses buts et ses objectifs généraux étaient partagés par les acteurs du soutien à domicile des organisations hôtes. Rappelons à cet égard que le projet est issu d'une demande des directeurs généraux des CLSC à la DSPE. Du reste, lorsqu'invitées à exprimer dans leurs propres mots les buts et des objectifs du projet, la très grande majorité des personnes interrogées l'associaient spontanément à une stratégie visant non seulement la prévention des chutes et de leurs conséquences immédiates, mais également la prévention d'autres maladies présentant des facteurs de risque communs et le maintien de l'autonomie des aînés.

Par ailleurs, certains intervenants et gestionnaires interrogés avaient le sentiment que les efforts de la DSPE pour promouvoir le projet auprès des médecins de clinique privée et pour inciter leur collaboration avaient été plutôt limités, sporadiques et trop peu intenses pour susciter un impact tangible. Selon ces derniers, plusieurs médecins ne connaissaient pas le projet et bon nombre d'entre eux y portaient peu d'intérêt.

La totalité des intervenants et des gestionnaires interviewés étaient d'avis que l'intervention multifactorielle de prévention des chutes qu'ils ont offerte à leur clientèle correspondait à la mission CLSC des centres de santé et de services sociaux et qu'ils en étaient des dispensateurs légitimes. Toutefois, les acteurs interrogés ont été unanimes à affirmer que, dans leur quotidien, les actions de prévention n'avaient pas de précédent comme tel dans le secteur du soutien à domicile et que leurs activités ont toujours été axées sur une approche curative. Plusieurs ont également questionné la priorité accordée à la prévention des chutes chez les personnes âgées dans un contexte où d'autres priorités étaient également criantes du côté des services de soutien à domicile. La totalité des intervenants et des gestionnaires ont rappelé la pénurie de main-d'œuvre, la surcharge de travail des professionnels en place, la pression des listes d'attente et l'alourdissement de la problématique de santé de la clientèle.

De plus, bien que le devis d'implantation précisait clairement des activités consacrées à la collecte de données pour les fins de l'évaluation, selon les propos recueillis auprès des intervenants et des gestionnaires, le projet a été perçu comme un projet de recherche à part entière, et ce, tout au long de sa conception et de sa mise en œuvre. Certains ont pour cette raison questionné leur rôle à cet égard et ont déploré la forte proportion du temps consacré à des activités de collecte, de gestion et de transmission de données au détriment des services directs aux clients.

Certains intervenants dédiés et nutritionnistes ont affirmé que l'offre de ce nouveau service contribuait à leur donner une image positive et innovatrice de leur organisation. L'allocation d'un budget réservé pour les salaires des intervenants dédiés et des nutritionnistes de même que pour l'achat d'équipement d'aide au soutien à domicile a conféré une certaine notoriété au projet au sein des organisations hôtes. Selon certains, cependant, la nature provisoire du « projet » et l'utilisation même du vocable ont été perçues comme défavorables à la visibilité accordée au projet par les collaborateurs internes du CLSC. Le sentiment le plus généralement partagé et exprimé par les intervenants est celui de la non-reconnaissance formelle de la valeur de l'initiative.

De l'avis de certains intervenants dédiés, qui cumulaient d'autres tâches dans le même établissement, les interventions de prévention des chutes n'étaient pas toujours la priorité des gestionnaires. Ils appuient leurs propos par le fait d'avoir été parfois affectés à d'autres dossiers jugés plus urgents, faute de personnel professionnel disponible. Cette situation a contraint plus d'une fois certains intervenants dédiés à reporter des rendez-vous déjà planifiés, ce qui leur a fait craindre que les clients perçoivent leur participation comme secondaire.

D'après la plupart des intervenants interviewés, le degré d'adhésion mitigé des gestionnaires à l'endroit du projet a affecté la collaboration interdisciplinaire au sein des organisations hôtes. La contribution des collaborateurs internes s'est avérée cordiale mais distante, contribution qui a d'ailleurs dû être ravivée à plusieurs reprises. En entrevue, les intervenants dédiés se sont révélés indulgents à l'égard de leur supérieur immédiat, mais la grande majorité d'entre eux ont tout de même tenu à préciser qu'un engagement plus concret de leur part aurait été apprécié, d'autant plus qu'ils auraient pu, grâce à leur position, exercer une influence importante dans une organisation. Nombreux sont ceux qui ont déploré que leur attention se soit essentiellement limitée à des impératifs de gestion mettant l'accent sur le volume de participants à respecter, sur lequel ils devaient rendre des comptes à l'Agence de Lanaudière. Aux yeux de plusieurs intervenants dédiés interviewés, les gestionnaires auraient dû manifester plus de sensibilité à la qualité de l'intervention, à l'offre des services prescrits et à la rétention des participants dans le projet.

La quasi-totalité des intervenants dédiés, des nutritionnistes et des autres professionnels interviewés ont mentionné que le projet représentait un projet spécial en marge des activités et des équipes régulières du service de soutien à domicile des CLSC. Par exemple, bon nombre d'intervenants dédiés auraient souhaité participer davantage aux rencontres d'équipe du service de soutien à domicile, mais ils en ont souvent été incapables en raison de leur charge de travail. Selon la majorité des répondants, bien que le projet ait bénéficié d'un budget dédié à sa mise en œuvre, les contraintes financières des organisations ont limité le travail en collégialité et ont limité la mise en œuvre du projet.

Selon l'ensemble des acteurs interrogés, l'insuffisance des ressources financières et, conséquemment, des ressources professionnelles en soutien à domicile, limitait la capacité à offrir des services de prévention des chutes au moment où le besoin se manifestait. Toutefois, il faut rappeler que le projet visait à s'intégrer à l'intérieur des activités et du fonctionnement courants du SAD des CLSC et, conséquemment, avec les contraintes ou avantages que cela pouvait représenter. Par exemple, selon le résultat obtenu au dépistage des facteurs de risque, les participants étaient orientés vers les ergothérapeutes et les physiothérapeutes, au même titre que n'importe quel autre usager du SAD référé par un intervenant extérieur au projet. Seule l'orientation chez la nutritionniste était prévue dans le budget alloué au projet puisque cette ressource n'existait pas au SAD au moment de l'implantation du projet. Cette situation existait également pour les orientations en physiothérapie lorsque les interventions pouvaient être accomplies par un thérapeute en réadaptation physique payé par le budget alloué au projet. Exception faite de ces deux situations, aucune priorité n'était accordée au projet de prévention des chutes dans le traitement des demandes d'orientation à des professionnels. C'est pourquoi plusieurs demandes d'orientation se sont retrouvées sur la liste d'attente des professionnels concernés.

La plupart des intervenants se sont déclarés intéressés et animés par la mission qu'ils s'étaient donnée en acceptant leur poste. De façon générale, l'adhésion des intervenants dédiés et des nutritionnistes, matérialisée par le soutien et l'effort déployés pour implanter le projet, s'est avérée totale et inconditionnelle. Il faut préciser que la presque totalité d'entre eux ont été introduits dans les CLSC en raison de l'implantation du projet et qu'un budget était réservé à leur rémunération. De fait, les nutritionnistes et les thérapeutes en réadaptation physique étaient auparavant absents de presque toutes les organisations hôtes. Quoi qu'il en soit, l'intervenant dédié est la personne qui, du point de vue de l'ensemble des acteurs interviewés, a exercé le plus d'influence sur le plan opérationnel dans la mise en œuvre du projet dans les organisations hôtes et qui y a consacré le plus d'énergie. Son leadership, son rôle pivot et son enthousiasme lui ont d'ailleurs valu la sympathie et l'admiration de son entourage, tout comme ils ont favorisé l'engagement local dans le projet.

Par ailleurs, selon les informations obtenues, les quatre nutritionnistes interrogées recherchaient une valorisation de leur profession et de leur rôle en CLSC, une reconnaissance de leurs compétences spécifiques ainsi que la promotion d'une perspective globale d'intervention les incluant. Elles espéraient ainsi que le projet leur permette de s'engager au sein d'une équipe et d'y jouer un rôle actif. Ces nutritionnistes ont adhéré profondément au projet, qui répondait à leurs valeurs et à leurs intérêts propres. Elles ont apprécié avoir pu se joindre aux rencontres régulières du Comité régional de prévention des chutes, mais elles ont déploré que l'invitation ne leur ait été faite que tardivement, voire même à la toute fin de l'implantation du projet. Il faut en effet préciser que le projet ne prévoyait pas leur participation à ce comité ni celle des autres professionnels des CLSC concernés. Il avait été convenu avec les CLSC que le rôle de l'intervenant dédié était, notamment, de faire le lien avec ces professionnels. De plus, le projet ne voulait pas dédoubler les mécanismes de fonctionnement existant à l'interne des CLSC.

Selon les propos recueillis auprès des cinq thérapeutes en réadaptation physique, le premier problème auquel la majorité d'entre eux ont été confrontés a été la nécessité de justifier leur légitimité et de délimiter leur spécificité professionnelle. L'ergothérapeute et le physiothérapeute interviewés ont en effet signifié une certaine réserve quant aux mandats qui étaient dévolus aux

thérapeutes en réadaptation physique et ont ainsi réagi négativement au fait que le projet dépendait d'un tel type de professionnel. C'est seulement lorsqu'ils ont constaté que le travail demandé était très technique qu'ils ont accepté cette situation. Pourtant, cette décision avait été convenue avec des professionnels de leur groupe qui participaient au Comité régional de prévention des chutes lors de la phase d'élaboration du devis d'implantation. Certains thérapeutes en réadaptation physique ont par ailleurs avoué en entrevue qu'il leur était arrivé assez régulièrement de réaliser eux-mêmes des interventions mineures relatives aux facteurs environnement domestique et équilibre et motricité, prétextant ne pas avoir voulu déranger inutilement leurs collègues déjà surchargés. Cette procédure était d'ailleurs permise par le devis d'implantation, à l'exception des recommandations qui nécessitaient une évaluation formelle en ergothérapie, par exemple l'évaluation de barres d'appui dans la salle de bain ou de rampes d'accès extérieurs.

L'ergothérapeute et le physiothérapeute ont, selon leurs dires, grandement apprécié le travail réalisé par les thérapeutes en réadaptation physique dans le cadre du projet et cela a facilité leur, en leur permettant de « fermer » des dossiers parce que les thérapeutes en réadaptation physique allaient assurer un suivi régulier de leurs clients. Ils ont découvert par la même occasion le potentiel inattendu apporté dans leur milieu par ce nouveau type de professionnel. De façon générale, ils ont reconnu que le projet a bonifié l'intervention auprès de la clientèle du soutien à domicile, principalement par la globalité qu'elle sous-tend. Ils ont néanmoins déploré que les thérapeutes en réadaptation physique aient été seuls à tenir le projet « à bout de bras » bien que, malgré une adhésion conceptuelle forte aux objectifs du projet, ils s'en soient perçus dans les faits totalement à l'extérieur.

L'adhésion de l'ensemble des intervenants dédiés au projet a été indéfectible. Ils se sont efforcés d'implanter et d'animer localement le projet dans le respect des compétences professionnelles de chacun et conformément aux attentes exprimées à leur égard, autant par le chef d'administration de programme de leur organisation que par le concepteur du projet à la DSPE. Plusieurs thérapeutes en réadaptation physique ont émis l'avis que les CLSC avaient fait un choix judicieux en les choisissant à titre de professionnel-ressource au CLSC pour l'IMP. Ils ont en conséquence tenu à mériter la reconnaissance de leur organisation et de leurs pairs.

Les entrevues réalisées auprès des divers acteurs témoignent que l'implication des gestionnaires a été fortement déterminée par l'engagement formel de leur organisation auprès de la DSPE de même que par leur obligation de faire rapport de leurs réalisations et de justifier les résultats obtenus. Ils ont dû composer avec les réorganisations des services de santé et des services sociaux, la pression des listes d'attente, la pénurie de main-d'œuvre, le taux de roulement du personnel et leur réaffectation courante à titre de gestionnaire. D'après la majorité des intervenants interviewés, les gestionnaires ont dans l'ensemble fourni un soutien mitigé aux nutritionnistes et aux intervenants dédiés, abstraction faite des obligations purement administratives les concernant.

De l'avis des intervenants dédiés, les médecins de clinique privée ne semblaient pas connaître le projet et ont été peu nombreux à s'y intéresser. Ils ont unanimement mentionné que plusieurs ont ignoré leurs demandes ou s'y sont même explicitement opposés, n'appréciant guère un regard extérieur sur la médication de leurs clients. L'adhésion des médecins de clinique privée aux objectifs du projet leur est apparue comme un obstacle à l'apport de changements sur le facteur de risque concerné.

Les entrevues réalisées auprès de deux médecins pratiquant en CLSC ont témoigné d'une attitude plus favorable à l'égard des demandes de révision de la médication associées à l'IMP. Ils se sont néanmoins sentis à l'écart du projet et peu informés à son sujet. De même, les intervenants dédiés interviewés n'avaient que de bons mots à dire à l'égard de la réceptivité et de la collaboration des médecins des groupes de médecine familiale de leur secteur.

4.3 ÉVALUATION DU DEGRÉ DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET

4.3.1 Le recrutement des participants

L'IMP commençait par le repérage et la vérification des critères d'admissibilité des participants. Tout intervenant du soutien à domicile pouvait proposer à un usager de participer au projet. Seules les personnes âgées de 65 ans ou plus inscrites aux services de soutien à domicile de la mission CLSC des centres de santé et de services sociaux étaient invitées à participer.

Le devis d'implantation prévoyait des objectifs en matière de participation à atteindre au terme de la première année d'implantation du projet. Toutefois, au cours de la première année d'implantation, le Comité régional de prévention des chutes a révisé à la baisse ces objectifs pour les trois années d'implantation. Cette révision a été faite principalement sur la base d'une estimation réelle du temps requis par les intervenants dédiés pour mener à bien les diverses étapes de l'IMP, et cela, tout en considérant l'allocation budgétaire du projet consentie aux ressources humaines. Cette estimation a permis de constater qu'un intervenant dédié, en équivalent temps complet, pouvait évaluer et assurer le suivi d'au plus 67 participants annuellement.

De mars 2002 à juillet 2005, 959 personnes âgées admissibles ont volontairement pris part au projet. Le tableau 6 présente les caractéristiques de ces participants en fonction du milieu d'implantation de l'intervention. Elles sont résumées ci-dessous :

- Un peu plus de trois participants sur quatre étaient de sexe féminin.
- 78 % étaient âgés de 75 ans ou plus, pour une moyenne de 80 ans.
- 86 % habitaient un domicile privé, localisé dans 58 % des cas dans une municipalité située au nord de Lanaudière.

Tableau 6. Caractéristiques des personnes âgées ayant accepté de participer au projet en fonction du milieu d'implantation de l'intervention

	Site d'implantation (CLSC)						Ensemble	p
	1	2	3	4	5	6		
	n = 119	n = 162	n = 189	n = 141	n = 211	n = 137	n = 959	
Âge								
Moyenne ± écart-type (années)	79,1 ± 7,1	79,4 ± 6,4	80,2 ± 6,6	80,0 ± 7,1	79,9 ± 6,3	77,9 ± 6,4	79,5 ± 6,7	*
≥ 75 ans (%)	76,3	77,2	81,0	79,7	81,0	72,3	78,3	ns
Sexe								
Femmes (%)	78,0	74,7	77,8	76,9	71,4	75,9	75,5	ns

* Différences statistiquement significatives à $p \leq 0,05$: des analyses supplémentaires des valeurs exprimées sous forme de moyennes indiquent une différence entre les sites d'implantation : 6 < 3; ns : non significatif.

Le devis d'implantation ne prévoyait pas consigner d'information concernant les sujets ayant refusé de participer au projet. Ainsi, il n'est pas possible de calculer un taux de refus de participation au projet⁶. Des données sur l'ensemble des usagers de 65 ans et plus inscrits aux services de soutien à domicile offerts dans le cadre du programme-service *Perte d'autonomie liée au vieillissement* de la mission CLSC des CSSS Lanaudois durant la même période ont néanmoins été extraites du module SIC + du Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (Intégration CLSC). La comparaison faite avec celles de l'échantillon a indiqué que les participants au projet étaient significativement plus âgés et qu'il y avait proportionnellement plus de femmes ($p \leq 0,05$).

Par ailleurs, l'analyse des participants selon le CLSC hôte a révélé que des groupes différaient l'un de l'autre à certains égards (Tableau 6). L'âge moyen des usagers du site n° 3 était statistiquement plus élevé, quoique de seulement 2,3 ans, que celui des usagers du site n° 6.

De l'avis de certains intervenants et gestionnaires interviewés, le caractère volontaire de la participation au projet et, conséquemment, la possibilité de s'en retirer n'importe quand sans compromettre ses droits de recevoir des soins ont facilité le recrutement des participants. Le nombre d'usagers dirigés vers le projet s'est avéré insuffisant au début de la première année d'implantation pour atteindre les quotas exigés. Des efforts de promotion et de sensibilisation ont été déployés par les intervenants spécialement dédiés au projet afin de le faire connaître davantage aux intervenants travaillant auprès de la clientèle cible. Les problèmes de recrutement se sont par la suite résorbés, tant et si bien que certains CLSC ont été incapables par la suite de répondre à la demande, occasionnant de ce fait une liste d'attente.

Malgré cela, et bien que la clarté des critères d'admissibilité ait été soulignée, un certain nombre de personnes ont mentionné que l'application des critères et du processus lui-même a rendu l'implantation du projet ardue. Les résultats des questionnaires autoadministrés ont révélé que près de la moitié des intervenants et des gestionnaires interviewés ont exprimé une certaine insatisfaction à cet égard. La nécessité pour l'intervenant dédié d'évaluer l'admissibilité des clients au moyen de la grille multiclientèle a représenté un obstacle majeur au recrutement des participants. Selon l'opinion de certains intervenants et gestionnaires, les services offerts auraient pu être bénéfiques à d'autres personnes que celles ciblées par le projet. D'autres ont au contraire considéré qu'une partie de la clientèle recrutée présentait une problématique trop lourde pour que des mesures correctrices puissent être facilement applicables ou pleinement efficaces. Ainsi, bien que rigoureusement appliqué à son tout début, le mode de sélection préconisé a été, à tout le moins dans un CLSC, volontairement assoupli vers la fin du projet afin de permettre l'accessibilité du projet à un plus large éventail de clientèles.

Il importe de rappeler que les critères d'admissibilité ont été élaborés par le Comité régional de prévention des chutes. Ces critères visaient à cibler les participants présentant une autonomie fonctionnelle suffisante à l'aide, notamment, de la grille multiclientèle. Les cas plus « lourds » ne pouvaient donc être retenus par ces critères. D'ailleurs, le client n'avait pas à être réévalué à l'aide de cette grille pour les fins du projet si celle-ci avait été remplie au cours de la dernière année. De plus, la grille de soins court terme et celle du profil évolutif de l'autonomie de l'utilisateur pouvaient également être utilisés en lieu et place.

⁶ Un taux de couverture exprimé en fonction du nombre d'usagers inscrits au SAD annuellement est cependant consigné par le MSSS depuis la mise en œuvre provinciale de l'IMP (MSSS, 2007, 2008).

Par ailleurs, selon quelques intervenants dédiés, une certaine confusion a régné quant à l'orientation des usagers de la clientèle cible. Par exemple, il arrivait que des intervenants dirigeaient parfois un même cas simultanément au répondant du projet et aux physiothérapeutes ou aux ergothérapeutes du soutien à domicile. Cela a parfois rendu plus difficile la tâche des intervenants dédiés. Enfin, aux dires de plusieurs intervenants dédiés interviewés, les clients qui ont refusé de prendre part au projet auraient surtout invoqué le fait de ne pas se sentir concernés par de tels services, alors que d'autres personnes ont eu l'impression que sa durée avait un effet dissuasif sur la participation. Il semble finalement que les aînés qui avaient déjà vécu une chute étaient plus enclins à accepter d'être recrutés que ceux qui n'avaient jamais chuté auparavant.

4.3.2 Le dépistage initial des facteurs de risque

La deuxième étape de l'IMP était le dépistage et l'évaluation des facteurs de risque par l'intervenant dédié au domicile du participant. Le résultat aux tests, examens et autres épreuves cliniques délimitait des catégories prédéfinies du risque de chute.

Il faut noter que les résultats rapportés ici portent seulement sur le dépistage initial des facteurs de risque ainsi que sur l'intervention initiale qui, selon le cas, en a résulté. Les résultats concernant les autres dépistages prévus aux 6^e, 12^e et 18^e mois, et les interventions en découlant ne sont pas présentés. Toutefois, les tableaux 10, 11 et 12 donnent certains résultats régionaux pour les recommandations émises après le dépistage initial.

Le tableau 7 montre la distribution des participants, à l'examen initial, selon le facteur de risque en cause et le résultat du dépistage. La quasi-totalité (99,6 %) des usagers présentait au moins un facteur à haut risque parmi les cinq investigués. L'exposition à des risques multiples était répandue, avec une moyenne de presque trois (2,7) facteurs à haut risque distincts par participant. Les résultats du dépistage initial sont résumés ci-dessous :

- 39 % avaient vécu au moins une chute au cours des trois mois précédant leur entrée dans le projet, alors que l'événement était survenu plus d'une fois chez 15 % des participants.
- 10 % affichaient un poids insuffisant ($IMC \leq 20 \text{ kg/m}^2$), tandis que 34 % étaient obèses ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$).
- 18 % pouvaient être considérés à risque élevé d'insuffisance d'apports énergétiques et nutritionnels (valeur ≥ 6), d'après l'outil de dépistage développé par Payette.
- 10 % présentaient une altération de l'équilibre, d'après l'échelle de Berg (valeur ≤ 30).
- 20 % montraient un problème de capacités motrices, d'après le test Timed Up and Go (valeur ≥ 30 secondes).
- 23 % présentaient une altération de l'équilibre ou des capacités motrices, d'après la batterie de tests retenus (valeur à l'échelle de Berg ≤ 30 ou valeur ≥ 30 secondes au test Timed Up and Go).
- 88 % prenaient quotidiennement plus de trois médicaments différents prescrits, et 46 %, des benzodiazépines.
- En moyenne, chaque participant consommait neuf médicaments distincts par jour.
- 90 % présentaient un risque élevé de chutes en raison du nombre de leur médication d'ordonnance (≥ 4 classes distinctes) et de la prise de benzodiazépines.

- 47 % avaient consommé de l'alcool au cours des six mois précédant leur examen initial. De ce groupe, 20 % avaient pris au moins une consommation durant la semaine précédente.
- À peine 2,2 % avaient une consommation d'alcool présentant un danger important.
- 91 % vivaient dans des habitations comportant des risques environnementaux de chute, avec en moyenne trois items dangereux par domicile.

Tableau 7. Caractéristiques des participants à la première évaluation (dépistage) en fonction du milieu d'implantation de l'intervention

	Site d'implantation (CLSC)						Ensemble <i>n</i> = 959	<i>p</i>
	1 <i>n</i> = 119	2 <i>n</i> = 162	3 <i>n</i> = 189	4 <i>n</i> = 141	5 <i>n</i> = 211	6 <i>n</i> = 137		
Histoire de chutes, au cours des trois derniers mois (%)								
Aucune	73,7	59,3	45,0	68,5	62,4	62,8	60,8	*
1 chute	18,6	24,1	32,3	17,5	25,7	23,4	24,3	
≥ 2 chutes	7,6	16,7	22,8	14,0	11,9	13,9	14,9	
Apports énergétiques et nutritionnels								
IMC	27,9 ± 6,9	27,0 ± 5,6	28,1 ± 6,8	28,2 ± 7,2	28,1 ± 6,7	27,9 ± 6,3	27,9 ± 6,6	ns
Questionnaire de Payette	3,6 ± 2,1	3,8 ± 1,9	3,2 ± 1,8	3,8 ± 1,9	4,0 ± 1,8	3,9 ± 1,9	3,7 ± 1,9	* ¹
Évaluation des apports nutritionnels (%)								
Risque faible	35,6	26,4	38,3	26,1	24,3	21,7	28,7	*
Risque modéré	46,6	54,6	51,6	56,3	54,8	57,2	53,7	
Risque élevé	17,8	19,0	10,1	17,6	21,0	21,0	17,6	
Équilibre et motricité								
Échelle d'équilibre de Berg	43,3 ± 8,8	43,8 ± 8,6	42,2 ± 9,1	43,6 ± 10,5	43,2 ± 8,6	42,4 ± 9,1	43,1 ± 9,1	ns
Test Timed Up and Go	22,6 ± 16,4	24,0 ± 12,4	26,4 ± 16,7	22,1 ± 17,0	22,7 ± 14,5	28,1 ± 25,0	24,3 ± 17,2	Ns
Évaluation de l'équilibre et de la motricité (%)								
Risque faible	43,1	39,8	33,2	52,1	42,5	41,2	41,5	*
Risque modéré	36,2	32,3	41,7	26,1	43,0	30,9	35,8	
Risque élevé	20,7	28,0	25,1	21,8	14,5	27,9	22,7	
Médication								
Nombre de médicaments prescrits	8,2 ± 3,6	8,8 ± 4,2	8,7 ± 4,3	8,4 ± 4,3	9,7 ± 4,4	8,5 ± 4,3	8,8 ± 4,3	* ²
Quatre médicaments différents et plus prescrits par jour (%)	87,2	87,2	86,7	86,0	90,5	86,8	87,6	ns
Benzodiazépines (%)	42,7	50,6	46,3	44,8	49,8	41,2	46,4	ns
Quatre médicaments + benzodiazépines (%)	37,6	47,6	43,1	43,4	47,9	39,7	43,8	ns
Évaluation de la consommation (%)								
Risque faible	1,7	0,6	0,5	0,7	0,9	0,0	0,7	ns
Risque modéré	6,7	9,2	9,5	12,0	6,6	11,2	9,1	
Risque élevé	91,6	90,2	89,9	87,3	92,5	88,8	90,2	
Consommation d'alcool								
Consommation au cours des six derniers mois (%)	45,9	46,4	49,1	31,3	47,9	59,7	47,2	*
Consommation au cours des sept derniers jours (%)	15,3	18,4	17,6	20,4	22,7	27,0	20,3	ns

Tableau 7. Caractéristiques des participants à la première évaluation (dépistage) en fonction du milieu d'implantation de l'intervention (suite)

	Site d'implantation (CLSC)						Ensemble	p
	1	2	3	4	5	6		
	n = 119	n = 162	n = 189	n = 141	n = 211	n = 137	n = 959	
Évaluation de la consommation								
Risque faible	55,5	57,1	49,2	57,0	52,4	49,3	53,2	ns
Risque modéré	42,9	42,3	47,1	38,7	46,7	48,5	44,6	
Risque élevé	1,7	0,6	3,7	4,2	0,9	2,2	2,2	
Environnement domiciliaire								
Type de résidence (%)								
Maison unifamiliale	68,7	46,0	54,2	69,5	45,5	73,0	57,6	*
Logement	7,0	15,5	7,4	12,1	5,7	10,9	9,5	
Appartement	20,9	19,9	22,6	7,1	29,9	8,0	19,2	
Résidence privée pour personnes âgées	3,5	18,0	15,8	8,5	16,6	7,3	12,6	
Autres	0,0	0,6	0,0	2,8	2,4	0,7	1,2	
Présence d'éléments (≥ 1) de risque au domicile (%)								
	93,1	75,8	95,8	89,4	94,8	94,9	90,8	*
Nombre total d'éléments de risque au domicile								
	3,5 ± 2,7	1,9 ± 1,8	4,1 ± 2,7	3,0 ± 2,1	3,5 ± 2,1	3,5 ± 2,3	3,3 ± 2,4	* ³
Nombre de facteurs à risque élevé par participant								
Nombre de facteurs	2,7 ± 1,0	2,6 ± 1,0	2,7 ± 0,9	2,6 ± 1,0	2,7 ± 0,9	2,7 ± 0,9	2,7 ± 1,0	ns

* Différences statistiquement significatives à $p \leq 0,05$: des analyses supplémentaires pour les valeurs exprimées sous forme de moyennes indiquent une différence entre les sites d'implantation : ¹3 < 5, 6; ²1 < 5; ³2 < 1, 3, 4, 5, 6; 4 < 3; ns : non significatif.

Toute proportion gardée, les participants du site n° 3 étaient plus nombreux à avoir chuté au cours des trois mois précédant leur entrée dans le projet (55 %). Inversement, 74 % des usagers du site n° 1 en ont été préservés. Les personnes qui recevaient leurs services du CLSC n° 3 ont obtenu un score moyen à l'outil de dépistage d'insuffisance d'apports énergétiques et nutritionnels (3,2) significativement plus bas que celui des participants des sites n°s 5 et 6 (4,0 et 3,9, respectivement). On a retrouvé une différence statistiquement significative concernant la consommation quotidienne de médicaments d'ordonnance entre les CLSC n°s 5 et 1 (9,7 vs 8,2). C'est enfin la clientèle du site n° 6 qui a déclaré dans la proportion la plus élevée (60 %) avoir consommé de l'alcool au cours des six derniers mois, tandis que la plus faible est provenue de celle du site n° 4 (31 %).

Les usagers des CLSC n°s 1, 4 et 6 habitaient relativement plus souvent dans une maison unifamiliale et moins couramment dans une résidence privée pour personnes âgées. Par ailleurs, vivre dans une résidence privée pour personnes âgées était davantage l'apanage des personnes établies sur le territoire des CLSC n°s 2, 3 et 5. L'environnement domiciliaire des usagers du territoire n° 2 comportait en moyenne 1,9 item à risque, à savoir significativement moins que celui de n'importe quel autre CLSC. À l'opposé, les domiciles inspectés du territoire n° 3 ont été ceux qui en obtenaient le plus. En moyenne 4,1 items dangereux ont pu y être observés.

La comparaison des participants selon les catégories de risque a démontré des variations intersites (Tableau 7). Les CLSC n^{os} 5 et 6 avaient proportionnellement plus de participants à risque élevé d'insuffisance d'apports énergétiques et nutritionnels (21 %), tandis que le site n^o 3 a été celui qui en a comporté le moins (10 %), d'où les différences concomitantes de score moyen à l'outil de dépistage. Les données ont indiqué pareillement des différences statistiquement significatives sur les plans de l'équilibre et de la motricité dépendamment du site d'implantation : les sites n^{os} 2 et 6 ont eu les plus grandes proportions (28 %) de personnes à risque élevé et le site n^o 5, la plus petite (15 %).

De l'avis de nombreux intervenants dédiés, l'étape du dépistage des facteurs de risque de chute a permis aux participants de prendre conscience des différents facteurs de risque liés à leur condition ou présents dans leur environnement. Elle constituait une occasion pour communiquer des messages de prévention des chutes tout en éveillant l'intérêt des participants. Ce dépistage initial a également été bienfaisant pour les intervenants. La systématisation de la procédure a permis au personnel travaillant auprès des personnes âgées de changer sa vision de la problématique des chutes tout comme elle a favorisé l'identification de facteurs de risque passés inaperçus lors des visites antérieures faites dans le cadre des activités courantes de soutien à domicile.

Le devis d'implantation prévoyait que l'évaluation des facteurs de risque au domicile du participant se fasse en une seule rencontre, bien qu'il était permis de le faire en deux rencontres rapprochées, particulièrement au dépistage initial. La première visite consistait surtout à rendre les gens à l'aise ainsi qu'à expliquer les objectifs du projet et ses incidences pour les participants. La seconde rencontre permettait de finaliser l'évaluation à proprement parler. Le devis d'implantation précisait que cette étape au domicile du participant pouvait prendre entre une heure et demie et trois heures. L'estimation du temps requis pour réaliser les diverses étapes du projet a démontré que, lors du dépistage initial, cette étape pouvait prendre près de sept heures, en incluant le temps de déplacement, lorsque plus d'une visite était requise. Pour les dépistages suivants, une seule visite au domicile s'avérait habituellement suffisante. Malgré cela, certains intervenants dédiés ont mentionné que la passation des outils de dépistage et d'évaluation des facteurs de risque engendrait une charge de travail importante (matériel à transporter, formulaires à remplir et présence obligatoire au domicile des participants, etc.). Certains intervenants dédiés ont également parlé du malaise ressenti tout au long du projet en raison de l'impératif d'uniformisation du travail et du recueil d'information. Ils ont craint que cette exigence n'ait pas toujours été respectée et se sont inquiétés de la comparabilité des réponses d'un site à l'autre.

Par ailleurs, les données d'entrevue et les résultats des questionnaires autoadministrés ont révélé qu'une forte majorité des intervenants dédiés et des gestionnaires interviewés ont approuvé le choix des cinq facteurs considérés pour l'évaluation du risque de chute (capacités motrices et équilibre, alimentation, consommation d'alcool, médication et environnement domiciliaire). Précisons à cet égard que le choix des facteurs de risque a été fait par le Comité régional de prévention des chutes. Dans l'ensemble, les outils utilisés ont été jugés positivement – tout particulièrement ceux associés à l'équilibre et la motricité de même qu'à l'environnement domiciliaire –, et ce, même si on leur reconnaissait des limites.

De plus, bien que le devis d'implantation ait sélectionné des outils de dépistage des facteurs de risque ciblés qui étaient validés par la littérature scientifique, une majorité de répondants ont

mentionné que la complexité des comportements liés à l'alimentation, à la consommation d'alcool et à la prise de médicaments ne peuvent être pleinement appréhendée par les instruments utilisés. Par exemple, les intervenants dédiés ont unanimement fait remarquer en entrevue que la consommation d'alcool reste un sujet tabou chez plusieurs personnes âgées, qui refusaient souvent d'aborder le sujet, occultaient le problème ou sous-estimaient intentionnellement l'importance de leur consommation.

4.3.3 L'intervention initiale

La troisième étape de l'IMP était l'intervention à proprement parler sur les facteurs de risque identifiés. Elle était formulée par écrit sous la forme d'un plan individualisé en fonction du profil spécifique à chaque participant. Le type d'intervention à offrir aux participants et le nombre d'acteurs en cause dépendaient directement du niveau de risque associé aux facteurs investigués. L'intervenant devait proposer toute recommandation prévue au devis d'implantation sans juger de sa pertinence. Aux fins du projet, le terme « recommandation » s'appliquait à toute action dont l'observance de l'application était constatable par l'intervenant lors d'une visite ou vérifiable par téléphone. Dans le cas contraire, l'action était considérée comme un simple « conseil ». Le plan d'intervention était d'autant plus spécifique et complexe lorsque l'exposition à des risques élevés était fréquente.

La recommandation vers la nutritionniste (71 %) ou vers le médecin traitant (90 %) pour une évaluation plus poussée de même que la correction des risques environnementaux au domicile de l'aîné (91 %) étaient au nombre des avenues proposées dans la majorité des cas (Tableau 8). De plus, entre 27 % et 53 % des participants ont également été dirigés vers un physiothérapeute ou un programme supervisé d'exercices de groupe ou encore ont reçu un programme d'exercices individuels adaptés pour le domicile en raison d'une suspicion de problèmes de motricité et d'équilibre. Par contre, le personnel infirmier, le pharmacien, l'ergothérapeute et le service psychosocial du CLSC ont rarement été sollicités parce que les résultats au dépistage pour les facteurs correspondant ne nécessitaient pas une intervention auprès de ces professionnels. Par ailleurs, le résultat du test de dépistage et d'évaluation de la consommation d'alcool des personnes âgées a indiqué que 45 % d'entre eux étaient classés à risque modéré. Ce risque ne demandait pas explicitement une orientation vers un intervenant du service psychosocial pour une démarche de prise en charge. D'ailleurs, à peine 0,2 % ont été orientés par l'intervenant dédié dans pareils cas.

Tableau 8. Pourcentage de recommandations émises à l'examen initial selon le facteur de risque en cause, le résultat du dépistage et le milieu d'implantation de l'intervention

	Site d'implantation (CLSC)						Ensemble <i>n</i> = 959	<i>p</i>
	1 <i>n</i> = 119	2 <i>n</i> = 162	3 <i>n</i> = 189	4 <i>n</i> = 141	5 <i>n</i> = 211	6 <i>n</i> = 137		
Apports nutritionnels								
Risque faible : aucune référence	35,6	26,4	38,3	26,1	24,3	21,7	28,7	*
Risque modéré : référence à la nutritionniste	46,6	54,6	51,6	56,3	54,8	57,2	53,7	
Risque élevé : référence à la nutritionniste	17,8	19,0	10,1	17,6	21,0	21,0	17,6	
Équilibre et motricité								
Risque faible : aucune référence	43,1	39,8	33,2	52,1	42,5	41,2	41,5	
Risque modéré	36,2	32,3	41,7	26,1	43,0	30,9	35,8	
Référence au programme d'exercices de groupe du CLSC [†]	35,7	30,4	41,2	23,9	25,5	16,5	29,2	**
Référence au programme d'exercices de groupe externe [†]	6,1	3,1	3,2	2,1	20,2	15,0	8,8	**
Référence en physiothérapie [†]	6,1	0,6	4,8	7,0	1,9	6,0	4,1	**
Remise du programme d'exercices individuels	36,2	32,3	41,7	26,1	43,0	30,9	35,8	**
Risque élevé	20,7	28,0	25,1	21,8	14,5	27,9	22,7	
Référence en physiothérapie [†]	20,7	28,0	25,1	21,8	14,5	27,9	22,7	**
Remise du programme d'exercices individuels [†]	14,8	28,0	22,5	9,2	8,7	20,3	17,1	**
Médication								
Risque faible: aucune référence	1,7	0,6	0,5	0,7	0,9	0,0	0,7	
Risque modéré	6,7	9,2	9,5	12,0	6,6	11,2	9,1	
Aucune référence [†]	5,9	8,6	9,5	8,5	5,2	9,7	7,8	ns
Référence au personnel infirmier [†]	0,8	0,6	0,0	2,8	0,9	0,7	0,9	ns
Aiguillage vers un pharmacien [†]	0,0	0,0	0,0	2,8	1,4	0,7	0,8	ns
Risque élevé	91,6	90,2	89,9	87,3	92,5	88,8	90,2	
Référence au médecin traitant [†]	91,6	90,2	89,9	87,3	92,5	88,8	90,2	ns
Référence au personnel infirmier [†]	0,8	0,6	0,5	5,6	2,4	0,0	1,7	ns
Consommation d'alcool								
Risque faible : aucune référence	55,5	57,1	49,2	57,0	52,4	49,3	53,2	
Risque modéré	42,9	42,3	47,1	38,7	46,7	48,5	44,6	ns
Aucune référence [†]	42,9	42,3	46,6	38,0	46,7	48,5	44,4	ns
Référence au service psychosocial [†]	0,0	0,0	0,5	0,7	0,0	0,0	0,2	ns
Risque élevé : référence au médecin traitant	1,7	0,6	3,7	4,2	0,9	2,2	2,2	
Environnement domiciliaire								
Risque faible: aucune référence	6,9	24,2	4,2	10,6	5,2	5,1	9,2	
Risque modéré à élevé	93,1	75,8	95,8	89,4	94,8	94,9	90,8	
Recommandation de mesures correctives [†]	93,1	75,8	95,8	89,4	94,8	94,9	90,8	*
Référence en ergothérapie [†]	3,4	1,8	3,2	9,2	13,2	3,0	6,1	*

* Différences statistiquement significatives à $p \leq 0,05$ entre les catégories de risque (faible, modéré et élevé) et les sites d'implantation. Cette information est identique à celle fournie au tableau 7; ns : non significatif.

** Différences statistiquement significatives à $p \leq 0,05$ entre les sites d'implantation et la proportion de participants pour qui la recommandation a été émise. Le test du khi carré a été fait ligne par ligne puisque la recommandation en question n'est pas mutuellement exclusive.

† Catégories non mutuellement exclusives.

L'analyse des participants selon le CLSC hôte a montré que des groupes différaient l'un de l'autre à l'égard des recommandations émises à l'examen initial (Tableau 8). Proportionnellement plus de recommandations relatives à la nutrition (21 %) ont été formulées aux clients des sites n^{os} 5 et 6 en raison du résultat obtenu à l'instrument de dépistage de risque modéré ou élevé d'insuffisance d'apports énergétiques et nutritionnels. De même, les usagers des sites n^{os} 2 et 6 ont obtenu les plus fortes proportions de participants orientés vers la physiothérapie (28 %) en raison d'un risque élevé en matière d'équilibre ou des capacités motrices, tandis que ceux du site n^o 5 l'ont été moins souvent (15 %). Par ailleurs, les usagers des milieux d'implantation n^{os} 1 à 4 ont été fréquemment orientés vers un groupe du CLSC (30 % à 41 %) et plus rarement vers un groupe à l'externe (2,1 % à 6,1 %) lorsqu'un programme d'exercices s'avérait justifié. À l'inverse, un programme d'exercices de groupe à l'externe a été une avenue plus couramment envisagée dans les sites n^{os} 5 et 6 (20 % et 15 %, respectivement). Ils se sont prévalus de cette option prévue par les procédures d'implantation du devis lorsqu'il était difficile pour un CLSC d'organiser un groupe à l'interne. Les intervenants dédiés des CLSC n^{os} 4 et 5 ont moins souvent remis le programme d'exercices individuels à leur clientèle à risque élevé de chutes associé à une altération de l'équilibre ou des capacités motrices (9,2 % et 8,7 %, respectivement). Dans de tels cas, la remise du programme était optionnelle car l'intervenant dédié devait orienter systématiquement ces participants en physiothérapie.

Les participants de ces deux CLSC (n^{os} 4 et 5) ont été plus souvent (9,2 % et 13 %) dirigés vers l'ergothérapie par les intervenants dédiés lors de l'évaluation des risques environnementaux à leur domicile. Cette situation est probablement attribuable à la nature des risques présents. En effet, tout élément nécessitant un correctif structurel (par exemple une barre d'appui, une rampe) devait faire l'objet d'une évaluation en ergothérapie. À cet égard, 24 % des participants du site n^o 2 habitaient un logement qui ne présentait aucun risque environnemental.

Aux dires de la grande majorité des intervenants dédiés, l'élaboration des plans d'intervention individualisés a été facilitée par la disponibilité d'un budget dédié à la correction des risques liés à l'environnement domiciliaire, soit pour l'achat d'équipements et d'accessoires fonctionnels, soit pour le défraiement des coûts liés aux modifications mineures de l'environnement domiciliaire. À cet effet, des ajouts à la liste initiale des dépenses admissibles à une aide financière forfaitaire ont été faits tout le long du projet et le plafond des dépenses individuelles, établi à l'origine à 300 \$, a pu être majoré au besoin, de manière à procurer le soutien requis. Les intervenants savaient dès lors qu'il était possible de fournir une solution aux problèmes identifiés, ce qui facilitait l'adhésion des aînés aux recommandations émises.

L'élaboration des plans d'intervention individualisés, tel que prévu par le devis d'implantation, demandait aux intervenants de proposer des avenues réalistes pour les participants et de les prioriser, tout en tenant compte de la réceptivité de chacun. Ces derniers ont indiqué que leur élaboration a nécessité beaucoup de temps, surtout lorsque les problèmes constatés lors de l'évaluation des facteurs de risque nécessitaient l'intervention d'un autre professionnel de la santé. Toutefois, la plupart des intervenants dédiés ont déclaré que l'aiguillage vers un tel professionnel, qu'il soit nutritionniste, physiothérapeute, ergothérapeute, travailleur social, pharmacien ou médecin, a été, semble-t-il, proposé conformément au devis d'implantation. Certains intervenants dédiés soulignent toutefois que ces recommandations ont été faites tout en sachant que les délais d'attente pour certains services pouvaient atteindre plusieurs mois. Malgré cet état de fait, les personnes ont exprimé majoritairement leur satisfaction sur le

questionnaire autoadministré quant aux modalités d'orientation des participants vers les autres intervenants de leur CLSC respectif. Cette satisfaction a été par contre beaucoup plus mitigée en ce qui concerne les modalités d'orientation vers les collaborateurs externes, dont les médecins de clinique privée, puisque les personnes qui se sont déclarées insatisfaites sur le questionnaire autoadministré ont été aussi nombreuses que celles qui se sont dites satisfaites.

4.3.4 Le suivi des participants

La quatrième étape de l'IMP était le suivi des participants et la surveillance des facteurs de risque de chute pour lesquels une intervention spécifique avait été recommandée. L'intervenant dédié était responsable du suivi téléphonique mensuel des recommandations faites aux usagers pour s'assurer de la compréhension des directives transmises et pour renforcer la motivation à s'y conformer. L'intervenant dédié devait également procéder tous les six mois au dépistage des facteurs de risque ciblés et revoir, selon le cas, le plan d'intervention.

La durée moyenne du suivi des participants a été de 477 jours; la durée médiane, de 447 jours. Il y a donc eu autant de personnes dont la durée du suivi a été inférieure que de personnes pour lesquelles elle a été supérieure à cette valeur. Le tableau 9 et la figure 4 montrent la taille relative de l'échantillon à différents temps de participation au projet. D'après les résultats obtenus, quelque 57 % ($n = 549$) des aînés rejoints ont maintenu leur participation durant 12 mois, alors que 39 % ($n = 376$) l'ont poursuivie durant 18 mois ou plus. Le nombre de cas, ayant atteint 18 mois de suivi au projet ou quatre évaluations des facteurs de risque, n'a pas atteint, pour mars 2005, l'objectif de 596, et ce, malgré un allongement de quelques mois de la durée du recrutement, soit jusqu'en juillet 2005.

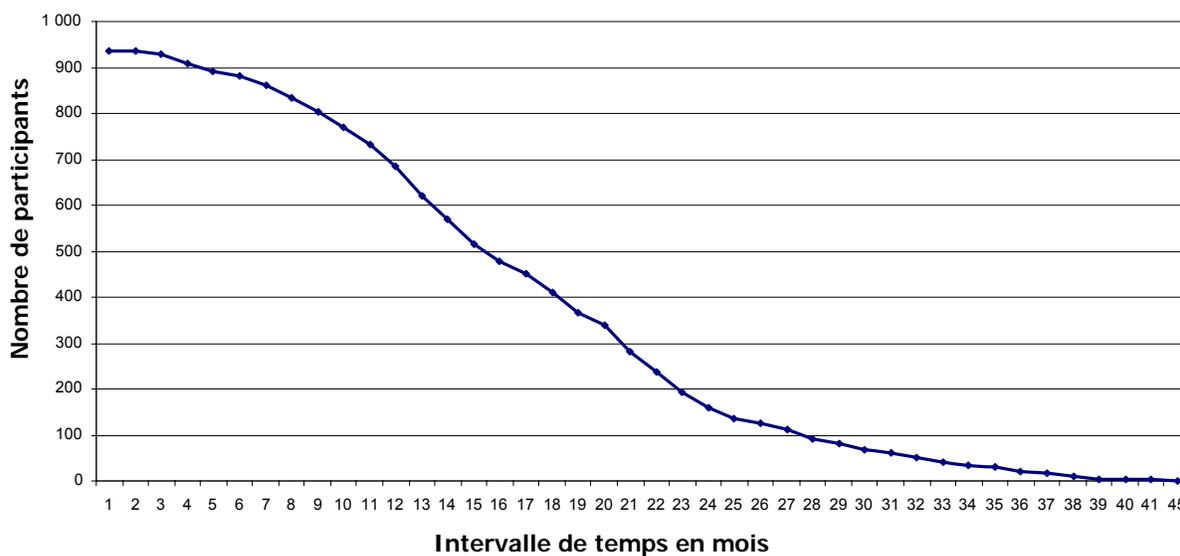
Tableau 9. Caractéristiques de la participation en fonction du milieu d'implantation de l'intervention

	Site d'implantation (CLSC)						Ensemble	<i>p</i>
	1	2	3	4	5	6		
Attrition (%)	<i>n</i> = 119	<i>n</i> = 162	<i>n</i> = 189	<i>n</i> = 141	<i>n</i> = 211	<i>n</i> = 137	<i>n</i> = 959	
1 ^{re} évaluation	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0 (959) [†]	nsp [§]
2 ^e évaluation	79,8	84,6	84,7	85,1	87,7	79,6	84,0 (806)	
3 ^e évaluation	51,3	59,9	61,4	45,4	68,2	48,9	57,2 (549)	
4 ^e évaluation	39,5	43,8	44,4	22,7	43,6	37,2	39,2 (376)	
5 ^e évaluation	19,3	20,4	2,6	3,5	7,1	5,8	9,3 (89)	
6 ^e évaluation	10,9	8,6	1,1	0,0	0,0	2,9	3,4 (33)	
7 ^e évaluation	0,0	4,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7 (7)	
Durée de participation (jours)								
Moyenne (écart-type)	553 ± 310	511 ± 283	477 ± 217	470 ± 214	429 ± 193	453 ± 256	477 ± 245	*
Médiane	541	436	546	419	419	401	447	
Motif de cessation (%)								
Décès	5,0	7,4	10,6	8,5	9,0	6,6	8,1	
Déménagement	1,7	1,9	6,3	4,3	2,8	6,6	4,0	
Hébergement	9,2	3,7	4,8	7,1	5,7	4,4	5,6	
Hospitalisation	1,7	1,2	2,1	0,7	2,8	0,0	1,6	
Refus de recevoir les services	7,6	7,4	1,6	3,5	3,3	5,8	4,6	
Atteinte des objectifs	39,5	43,8	44,4	22,7	43,6	37,2	39,2	
Fin du projet	25,2	29,0	25,9	48,9	31,8	29,2	31,5	
Autres et inconnus	10,1	5,6	4,3	4,3	1,0	10,2	5,4	

* Différence statistiquement significative à $p \leq 0,05$; $5 < 1$.

† Nombre de cas entre parenthèses.

§ nsp : ne s'applique pas, aucun test statistique n'a été réalisé pour cette variable.

Figure 4. Taille relative de l'échantillon à différents temps de participation au projet

Des individus plus frêles et possiblement plus à risque de tomber ont été parmi les plus difficiles à retenir. Les hommes, les consommateurs quotidiens d'alcool, les occupants d'une résidence privée pour personnes âgées autonomes ou en légère perte d'autonomie (requérant moins d'une heure-soins par jour) et les individus au plus faible score de Berg sont parmi ceux qui ont abrégé leur participation ($p \leq 0,05$). L'analyse des cas de cessation de participation au projet par motif identifié indique que 39 % des usagers ont atteint l'objectif visé en matière de durée de participation (18 mois), tandis que 32 % ont cessé d'être suivis par un intervenant dédié lorsque le projet a pris fin. Toutefois, les participants qui recevaient une intervention au moment de la fin officielle du projet pouvaient la poursuivre avec le professionnel concerné. Le pourcentage d'abandon volontaire et de refus de recevoir les services a représenté à peine 5 % de la population ayant commencé le projet.

La clôture du projet n'a pas signifié pour autant le désengagement des participants dans les interventions de prévention des chutes. Les interventions de prévention des chutes n'ont jamais cessé dans les CLSC, bien qu'elles aient connu quelques modifications après juillet 2005. Le Comité régional de prévention des chutes avait prévu une phase de transition à ce sujet puisque le projet-pilote a commencé sa transformation pour s'arrimer au programme IMP prévu par le MSSS. Des données sommaires colligées à des fins de reddition de comptes jusqu'au 31 mars 2007 indiquent en fait que 60,5 % des usagers dont le suivi s'est interrompu à la fin du projet avaient néanmoins poursuivi leur participation pendant au moins 18 mois.

La durée moyenne de suivi des participants a varié sur la scène régionale (Tableau 9). Le CLSC n° 5 a enregistré la durée la plus courte, 429 jours, soit 124 jours de moins que celle notée au site n° 1. Cette différence est significative sur le plan de la statistique. Par ailleurs, proportionnellement moins d'usagers (23 %) du site n° 4 sont parvenus à atteindre 18 mois de participation, alors que presque un participant sur deux (49 %) de ce territoire demeurait actif à la clôture du projet. Les sites nos 1 et 2 se distinguent manifestement des autres par le fait qu'une proportion prépondérante de participants (19 % et 20 %, respectivement) y ont reçu une cinquième réévaluation, correspondant en gros à 24 mois de participation.

Le tableau 10 témoigne des recommandations émises selon le facteur de risque en cause, le résultat du dépistage et le rang de l'évaluation. Il ressort clairement que, toute proportion gardée, le médecin traitant, la nutritionniste et le physiothérapeute sont les professionnels qui ont reçu le plus de participants dirigés, quel que soit le rang de l'évaluation considérée. En revanche, les services du personnel infirmier, du pharmacien, de l'ergothérapeute et de l'équipe psychosociale du CLSC ont reçu peu d'orientations, probablement parce que les résultats aux tests ne le justifiaient pas. On remarque également qu'une proportion importante de participants s'est maintenue dans la catégorie à risque élevé de chutes en raison du contenu et de l'importance de la médication. Le devis d'implantation prévoyait que le médecin puisse faire la révision de l'ensemble de la médication du patient. Ce dernier a probablement jugé dans bien des cas que la médication soumise à son attention était nécessaire pour répondre aux besoins particuliers de son patient. Il faut rappeler que le projet ne visait pas à diminuer la consommation de médicaments, mais à prévenir le risque de chute attribuable à une consommation inappropriée. Enfin, les proportions de participants à risque faible sur les plans de l'alcool et des dangers de l'environnement domiciliaire se sont accrues distinctement d'une évaluation à l'autre.

Les données du module SIC + d'Intégration CLSC indiquent que chaque participant aurait reçu, dans le cadre du projet en prévention des chutes, en moyenne 13,8 interventions individualisées distinctes (écart-type de 10,3). Aucune différence significative sur le plan de la statistique n'est notée entre les sites. Le cadre normatif du système d'information entend par intervention *toute action significative faite par un intervenant du CLSC dans le cadre d'un plan d'intervention pour laquelle une note est inscrite au dossier de l'utilisateur*. L'intervention pouvait être réalisée au domicile du patient ou par téléphone et pouvait comprendre un ou plusieurs actes distincts d'ordre professionnel en une même occasion.

Une majorité d'intervenants et de gestionnaires interviewés ont déclaré avoir apprécié que l'accompagnement des participants se soit étalé sur une période d'au moins 18 mois. Ils ont considéré qu'une durée moindre n'aurait pas procuré le temps nécessaire à l'intervenant dédié pour convaincre les participants d'adhérer aux recommandations émises ni permis aux personnes âgées d'y donner suite et de modifier leurs habitudes ancrées depuis des années. Selon quelques intervenants dédiés, certains participants ont trouvé la durée du projet trop longue, ce qui les aurait incités à se désengager.

Bien que prévu par le devis d'implantation, le suivi téléphonique fait sur une base mensuelle a été jugé plus ou moins positivement par certains intervenants et gestionnaires. Tout d'abord, de nombreux intervenants ont mentionné qu'une personne âgée qui est appelée régulièrement vit un sentiment de sécurité. En ce sens, ces répondants étaient d'avis que les appels téléphoniques auraient été appréciés par les participants. La durée des entretiens était d'ailleurs suffisamment longue pour permettre l'établissement d'une relation de confiance entre l'intervenant et l'aîné. L'objet des appels téléphoniques mensuels allait donc au-delà du simple suivi. Les relances constituaient autant d'occasions d'insister auprès des participants pour que les recommandations du plan d'intervention individualisé soient appliquées. Certains intervenants dédiés ont par contre jugé que la clientèle aurait davantage eu besoin de visites à domicile que de simples appels téléphoniques ou, à l'inverse, plus d'appels, selon d'autres intervenants. Pourtant, malgré ces commentaires, le devis d'implantation permettait à

l'intervenant dédié d'aller, si requis, au domicile du participant ou d'ajouter d'autres appels téléphoniques.

Tableau 10. Pourcentage de recommandations émises selon le facteur de risque en cause, le résultat du dépistage et le rang de l'évaluation

	Rang de l'évaluation			
	1 <i>n</i> = 959	2 <i>n</i> = 806	3 <i>n</i> = 549	4 <i>n</i> = 376
Apports nutritionnels				
Risque faible : aucune référence	28,7	36,4	37,0	38,4
Risque modéré	53,7	48,8	48,2	46,8
Aucune référence, état conforme à l'avis de la nutritionniste	-	2,4	4,9	6,4
Référence à la nutritionniste	53,7	46,4	43,3	40,4
Risque élevé	17,6	14,8	14,8	14,8
Aucune référence, état conforme à l'avis de la nutritionniste	-	1,1	0,7	1,3
Référence à la nutritionniste	17,6	13,7	14,1	13,5
Équilibre et motricité				
Risque faible : aucune référence	41,5	46,1	46,9	50,6
Risque modéré	35,8	31,8	31,6	28,0
Référence au programme d'exercices de groupe du CLSC*	29,2	27,0	25,1	20,0
Référence au programme d'exercices de groupe externe*	8,8	8,0	8,3	12,1
Référence en physiothérapie*	4,1	2,2	0,7	0,7
Remise du programme d'exercices individuels*	35,8	31,8	31,6	28,0
Risque élevé	22,7	22,1	21,5	21,4
Aucune référence, état conforme à l'avis du thérapeute	-	5,0	4,7	4,8
Référence en physiothérapie*	22,7	17,1	16,8	16,6
Remise du programme d'exercices individuels*	17,1	17,1	15,6	13,1
Médication				
Risque faible : aucune référence	0,7	1,7	1,6	0,6
Risque modéré	9,1	7,9	8,5	8,8
Aucune référence	7,8	7,9	8,5	8,8
Référence au personnel infirmier*	0,9	0,0	0,0	0,0
Référence au pharmacien*	0,8	0,0	0,0	0,0
Risque élevé	90,2	90,4	89,9	90,6
Aucune référence, état conforme à l'avis du médecin	-	35,0	44,7	44,1
Référence au médecin traitant*	90,2	55,4	45,2	46,5
Référence au personnel infirmier*	1,7	1,1	0,9	0,7
Consommation d'alcool				
Risque faible: aucune référence	53,2	57,3	58,7	59,6
Risque modéré	44,6	40,9	40,4	39,1
Aucune référence	44,4	40,9	40,4	39,1
Référence au service psychosocial*	0,2	0,0	0,0	0,0
Risque élevé : référence au médecin traitant	2,2	1,7	0,9	1,3
Environnement domiciliaire				
Risque faible : aucune référence	9,2	27,4	32,3	41,1
Risque modéré à élevé	90,8	72,6	67,7	58,9
Réalisation des mesures correctives*	90,8	72,6	67,7	58,9
Référence en ergothérapie*	6,1	3,6	2,1	3,4

* Catégories non mutuellement exclusives.

La durée exigée d'accompagnement et de suivi des participants a été resserrée à 18 mois à mi-parcours du projet en raison du nombre élevé de cas de cessation et de personnes âgées en attente d'une participation. L'obligation de réaliser quatre évaluations des facteurs de risque (un dépistage initial et trois réévaluations à intervalle de six mois) durant cette période n'a pas été jugée favorablement par tous les répondants. Certains intervenants dédiés ont estimé que cette exigence constituait une perte de temps chez les participants qui n'appliquaient aucune des recommandations prescrites.

La majorité des intervenants auraient souhaité pouvoir consacrer plus de temps au projet au lieu des quelques heures par jour, deux ou trois fois par semaine. Précisons que chaque CLSC était responsable de l'organisation administrative de ses ressources. Selon leur réalité organisationnelle, certains CLSC ont préféré que les intervenants combinent leur travail en prévention des chutes à celui d'autres services de santé dans le même établissement, alors que d'autres ont comblé des postes en équivalent temps complet. Ces modalités administratives ont soulevé quelques frustrations parmi plusieurs intervenants.

Dans l'ensemble, les intervenants et les gestionnaires ont rapporté que les interventions privilégiées durant le suivi ont produit des résultats inégaux selon le facteur de risque considéré. La plupart s'entendent pour affirmer que les problèmes environnementaux, lorsque les participants s'y montraient ouverts et que les équipements requis étaient disponibles, ont été rapidement corrigés. Par contre, pour ce qui est de l'alimentation, de la médication et de la consommation d'alcool, la situation était tout autre puisque, les changements ne se sont concrétisés que très lentement. Dans le cas des capacités motrices et de l'équilibre, les changements perçus semblent plus mitigés pour certains intervenants dédiés. D'un côté, d'autres intervenants ont relaté que les actions proposées en ce sens avaient contribué assez rapidement et très concrètement à améliorer les capacités physiques des participants. En contrepartie, plusieurs intervenants dédiés ont déploré le fait que l'organisation des groupes d'exercice se soit avérée aussi laborieuse, que ce soit en raison du faible nombre de participants pour la formation de groupe, de la réticence de certains à sortir de leur domicile ou à accepter de se rendre dans une autre municipalité que la leur ou de l'absence de budget prévu pour le transport des participants. Précisons que le projet ne prévoyait aucuns frais pour le transport des participants.

Les divergences d'opinions des répondants quant aux modalités de suivi des participants et de l'intervention ont été telles qu'autant d'entre eux se sont déclarés satisfaits et insatisfaits à leur égard sur le questionnaire autoadministré. Les réserves émises quant aux modalités de suivi des participants et de l'intervention se rapportaient essentiellement à l'insuffisance de temps alloué aux intervenants pour le projet, au nombre excessif d'indicateurs à suivre ainsi qu'à la complexité et à la rigidité du processus de suivi lui-même. Une forte majorité de répondants ont néanmoins exprimé une satisfaction relativement élevée envers les stratégies et les modes d'intervention mis en œuvre pour modifier les facteurs de risque touchant l'alimentation, la médication, l'environnement domiciliaire, les capacités motrices et l'équilibre. Des nutritionnistes ont cependant déploré l'absence d'outils pour le suivi des interventions nutritionnelles, reprochant au questionnaire de dépistage développé par Payette son manque de sensibilité à cette fin. Pourtant, le devis d'implantation comportait des outils d'évaluation qui ont été développés par le Comité régional de prévention des chutes pour le facteur touchant à l'alimentation. Seuls les stratégies et les modes d'intervention consacrés à la consommation d'alcool ont suscité une satisfaction moins marquée.

4.3.5 L'engagement des participants

Les tableaux 11 et 12 traduisent la réceptivité des participants à l'égard des interventions proposées à l'examen initial et aux évaluations subséquentes. Rappelons que l'approbation préalable de l'utilisateur était requise pour chacune des recommandations imposées par sa condition. Une relance téléphonique mensuelle effectuée par le professionnel dédié au projet faisait ensuite le suivi de l'application des solutions retenues par le participant.

Le tableau 11 montre d'abord que proportionnellement plus de participants à risque élevé d'insuffisance d'apports énergétiques et nutritionnels (58 % à 61 %) que de participants à risque modéré à cet égard (de 39 % à 47 %) ont accepté l'aiguillage vers la nutritionniste qui leur a été suggérée. Un pourcentage de 38 à 62 % de participants à risque élevé de chutes associé à une altération de l'équilibre ou des capacités motrices a également accueilli favorablement l'aiguillage vers la physiothérapie qui leur était adressée. Similairement, une proportion prépondérante de participants à risque élevé sur le plan de la consommation de médicaments à qui l'on a proposé l'évaluation de la médication par le médecin traitant a d'emblée accepté le conseil (84 %). Le pourcentage d'acquiescement donné à la proposition a par contre chuté d'une réévaluation à l'autre, n'étant plus qu'à 48 % à la quatrième réévaluation.

Tableau 11. Pourcentage de participants ayant accepté les recommandations parmi ceux chez qui de telles recommandations ont été émises, selon le facteur de risque en cause, le résultat du dépistage et le rang de l'évaluation

	Rang de l'évaluation			
	1	2	3	4
Apports nutritionnels				
Risque modéré : référence à la nutritionniste	46,0	46,8	38,9	42,5
Risque élevé : référence à la nutritionniste	60,9	59,8	60,0	57,5
Équilibre et motricité				
Risque modéré				
Référence au programme d'exercices de groupe du CLSC*	48,2	36,2	33,3	31,1
Référence au programme d'exercices de groupe externe*	39,1	43,3	53,6	60,9
Référence en physiothérapie*	71,8	71,4	0,0	50,0
Remise du programme d'exercices individuels*	89,9	81,3	63,4	62,5
Risque élevé				
Référence en physiothérapie*	62,3	52,4	43,1	37,8
Remise du programme d'exercices individuels*	91,3	88,0	81,8	84,2
Médication				
Risque modéré				
Référence au personnel infirmier*	88,9	-**	-	-
Référence à un pharmacien*	87,5	-	-	-
Risque élevé				
Référence au médecin traitant*	83,5	70,6	54,9	47,8
Référence au personnel infirmier*	87,5	100,0	100,0	100,0
Consommation d'alcool				
Risque modéré : référence au service psychosocial*	100,0	-	-	-
Risque élevé : référence au médecin traitant*	38,1	36,4	50,0	0,0
Environnement domiciliaire				
Risque modéré et élevé				
Réalisation des mesures correctives*				
Référence en ergothérapie*	87,9	87,0	100,0	90,0

* Catégories non mutuellement exclusives.

** L'analyse n'a pu être réalisée en raison du très petit nombre de cas à risque élevé.

De façon générale, le programme d'exercices individuels était accepté par une proportion substantielle d'usagers (de 63 % à 91 %). Enfin, toute proportion gardée, les participants ont été favorables à l'idée de consulter le personnel infirmier, le pharmacien, l'ergothérapeute et le service psychosocial du CLSC, bien que ces professionnels n'ont que rarement été sollicités.

Le tableau 12 précise l'observance des recommandations acceptées par les participants au regard des risques identifiés, et ce, pour chaque période de suivi de six mois succédant à une réévaluation rigoureuse des facteurs de risque. Dans le cadre du projet, le terme « observance » est utilisé pour représenter la *mise en pratique des recommandations acceptées par les participants*. La proportion appréciable de participants dans la catégorie « application en cours », quels que soient le facteur de risque en cause et le rang de l'évaluation, révèle qu'il faut un certain temps avant que ceux-ci puissent donner suite aux recommandations. Un délai involontaire avant l'obtention d'un rendez-vous pour une évaluation ou une intervention adaptée à la situation des participants était parfois inévitable lorsque ces derniers étaient dirigés vers un groupe d'exercices ou un autre professionnel de la santé.

Tableau 12. Observance des recommandations acceptées par les participants, selon le facteur de risque en cause et le rang de l'évaluation

	Rang de l'évaluation			
	1	2	3	4
Apports nutritionnels				
Référence à la nutritionniste				
Application complétée	18,5	17,5	20,0	16,5
Application en cours	50,9	45,6	52,2	25,9
Application nulle	3,8	2,6	4,3	1,2
Cessation de participation*	26,8	34,2	23,5	56,5
Équilibre et motricité				
Programme d'exercices individuels				
Application complétée	1,3	0,3	0,0	0,0
Application en cours	38,2	26,8	31,4	21,8
Application nulle	30,8	27,4	27,6	11,8
Cessation de participation	29,8	45,5	41,0	66,4
Programme d'exercices de groupe				
Application complétée	26,4	24,1	39,0	20,6
Application en cours	34,5	20,3	16,9	5,9
Application nulle	21,6	15,2	11,9	2,9
Cessation de participation	17,6	40,5	32,2	70,6
Référence en physiothérapie				
Application complétée	48,8	20,6	29,4	10,5
Application en cours	20,5	22,1	17,6	15,8
Application nulle	7,1	4,4	2,9	0,0
Cessation de participation	23,6	52,9	50,0	73,7
Médication				
Référence au personnel infirmier				
Application complétée	72,7	44,4	20,0	0,0
Application en cours	13,6	0,0	0,0	0,0
Application nulle	9,1	0,0	40,0	0,0
Cessation de participation	4,5	55,6	40,0	100,0
Référence à un pharmacien				
Application complétée	71,4	-**	-	-
Application en cours	0,0	-	-	-
Application nulle	0,0	-	-	-
Cessation de participation	28,6	-	-	-

Tableau 12. Observance des recommandations acceptées par les participants, selon le facteur de risque en cause et le rang de l'évaluation (suite)

	Rang de l'évaluation			
	1	2	3	4
Référence au médecin traitant				
Application complétée	61,7	41,6	38,2	29,8
Application en cours	21,8	23,5	19,9	9,5
Application nulle	2,8	2,7	1,5	2,4
Cessation de participation	13,7	32,1	40,4	58,3
Consommation d'alcool				
Référence au service psychosocial				
Application complétée	0,0	-	-	-
Application en cours	0,0	-	-	-
Application nulle	0,0	-	-	-
Cessation de participation	100,0	-	-	-
Référence au médecin traitant				
Application complétée	37,5	20,0	0,0	0,0
Application en cours	25,0	20,0	50,0	0,0
Application nulle	12,5	0,0	0,0	0,0
Cessation de participation	25,0	60,0	50,0	100,0
Environnement domiciliaire				
Référence en ergothérapie				
Application complétée	28,8	16,0	33,3	0,0
Application en cours	36,5	32,0	22,2	18,2
Application nulle	19,2	16,0	33,3	0,0
Cessation de participation	15,4	36,0	11,1	81,8

* Personnes qui ont cessé d'être suivies sans avoir complété les recommandations émises.

** L'analyse n'a pu être réalisée en raison du très petit nombre de cas à risque élevé.

Des résultats précédents ont indiqué que l'aiguillage vers la nutritionniste ou au médecin traitant pour une évaluation de l'alimentation ou de la médication était fréquemment proposé par l'intervenant dédié et généralement cautionné par les participants. Le tableau 12 témoigne, quant à lui, d'une observance respectable des participants à cet égard au terme d'un premier suivi de six mois. Ce sont d'abord 62 % de ceux ayant préalablement accepté l'aiguillage vers le médecin qui s'y sont complètement conformés, tandis que 22 % avaient entrepris une démarche en ce sens. De la même façon, 19 % des participants ont complété en tous points l'évaluation nutritionnelle et la thérapeutique prescrite, pendant qu'elles avaient cours chez 51 % d'autres. Quant aux participants à qui un aiguillage vers la physiothérapie avait été offert, ils ont complété leur recommandation environ une fois sur deux (49 %) après les six premiers mois de participation.

Par ailleurs, malgré les difficultés mentionnées par plusieurs intervenants dédiés interviewés en ce qui a trait à l'organisation du programme d'exercices de groupe (local, horaire, transport, budget par exemple), 26 % des participants ont prétendu l'avoir complété et 35 %, l'avoir débuté.

Une forte majorité des intervenants et des gestionnaires ont affirmé au questionnaire autoadministré que les participants paraissaient réceptifs au dépistage initial des facteurs de risque et motivés à suivre les recommandations émises. Toutefois, plusieurs intervenants ont souligné qu'il leur fallait procéder par étapes, de crainte que les personnes âgées ne

décrochent du projet. Ils devaient proposer aux participants des changements sans trop brusquer leurs habitudes. Des intervenants ont rapporté que cette réceptivité était tributaire de l'élaboration d'objectifs réalistes et adaptés à la réalité et aux capacités des participants. En ce sens, les recommandations se devaient d'être conformes autant à leur situation de vie qu'à leurs capacités financières.

D'après les commentaires de certains intervenants interviewés, la durée du projet a été globalement favorable au maintien de l'engagement des participants. Les 18 mois de suivi du projet, incluant ses appels mensuels et ses réévaluations périodiques, auraient contribué à établir une relation de confiance entre les intervenants et les participants. Cet élément semble important, car plusieurs participants n'acceptaient pas d'emblée les recommandations. Il fallait habituellement un certain temps avant que les participants donnent suite aux recommandations et que l'intervention entraîne les effets souhaités sur les facteurs de risque. Aux dires des intervenants, la réceptivité augmentait avec la durée du projet.

De plus, certains intervenants et gestionnaires interrogés ont indiqué que des usagers cessaient momentanément ou définitivement de participer au projet. Cette cessation pouvait être attribuable à un déménagement dans un autre domicile ou dans un centre d'hébergement, à une hospitalisation ou une résolution de leurs problèmes avant terme ou tout simplement à une perte d'intérêt pour le projet. Certains intervenants ont considéré que l'observance des recommandations, une fois acceptées par le participant, pouvait le mettre dans une position où il se sentait tenu de respecter ses propres engagements, ce qui a pu favoriser un certain nombre de désengagements.

Il est ressorti des entrevues avec les intervenants que la réceptivité et la motivation des participants étaient variables. Ainsi, selon certains, des aînés ont été exclus du projet, car il était manifeste qu'ils s'étaient inscrits dans le seul espoir de recevoir des visites et de pouvoir parler à quelqu'un, sans vraiment vouloir suivre les recommandations. D'autres se satisfaisaient de simples informations sur la prévention des chutes, démontrant peu d'intérêt à participer au projet. D'autres participants ont refusé d'appliquer un certain nombre de recommandations, mais voulaient quand même continuer à participer au projet. De l'avis de certains intervenants, le manque de réceptivité aux recommandations semblait être plus souvent l'apanage des hommes, des personnes qui jugeaient (à tort ou à raison) qu'elles avaient encore de bonnes capacités physiques, des aînés les plus âgés et de ceux qui n'avaient jamais vécu de chute à domicile. Des intervenants ont ajouté que la non-réceptivité tirait parfois son origine des pressions de la famille immédiate qui, semble-t-il, n'acceptait pas toujours positivement les recommandations. Enfin, certains participants ont accepté et appliqué systématiquement toutes les recommandations émises.

Inégaux selon les participants, cet engagement, cette réceptivité et cette motivation ont également varié en fonction des facteurs de risque en cause. De façon générale, quelques intervenants ont rapporté que les participants reconnaissaient l'utilité des exercices physiques pour réduire les risques de chute. Cependant, les séances d'exercices de groupe n'ont pas obtenu la participation espérée. D'abord, les personnes âgées, surtout durant l'hiver, étaient peu enclines à sortir de leur domicile et peu d'entre elles voulaient se déplacer sur de longues distances (aller dans un autre village, par exemple). Le fait de devoir attendre qu'il y ait un nombre suffisant d'inscriptions pour les exercices de groupe semble aussi avoir eu un effet démotivant auprès des aînés. Ce constat a d'ailleurs été relevé dans cinq des six CLSC

lanauchois. Pourtant, des modifications à la composition des groupes ont été apportées dès juin 2002. Quant aux exercices individuels à faire à la maison, certains intervenants dédiés ont souligné que le manque de forme physique des participants et la faiblesse résultant de leur grand âge ont fait en sorte que plusieurs n'avaient pas la force de les faire ou auraient vite abandonné.

Au même titre que les capacités motrices et l'équilibre, plusieurs nutritionnistes et intervenants dédiés ont précisé que les participants reconnaissaient le bien-fondé d'une meilleure alimentation afin de réduire les risques de chute. Les recommandations nutritionnelles émises ont toutefois été reçues bien inégalement. Selon certains de ces intervenants interviewés, les recommandations des nutritionnistes ont été assez bien suivies par les aînés, et ce, beaucoup plus chez les femmes que chez les hommes. D'autres, par contre, n'ont pas réussi ou voulu modifier des habitudes alimentaires acquises depuis des années. Les intervenants ont souligné que de nombreuses personnes âgées n'ont pas accepté toutes les recommandations liées à la nutrition, car à leurs yeux, leur alimentation était convenable, même si la cotation faisait parfois ressortir un risque modéré. Les intervenants ont réalisé qu'il fallait éviter de brusquer les participants et d'essayer, dès le départ, de les inciter à respecter les recommandations du *Guide alimentaire canadien*. Il fallait plutôt procéder par étape, en s'assurant que les participants puissent modifier leurs habitudes alimentaires.

Plusieurs répondants ont souligné que les participants se sont montrés sensibles à la nécessité d'évaluer leur médication et de s'interroger sur la pertinence de certaines prescriptions. Toutefois, selon eux, peu d'entre eux sont allés jusqu'à demander à leur médecin de faire les ajustements nécessaires. Bien au contraire, la majorité des intervenants ont plutôt observé une grande confiance des participants envers le médecin traitant et, jusqu'à un certain point, un désir ferme de ne pas remettre en question ses décisions. Beaucoup d'intervenants interviewés sont d'avis que, malgré une certaine réceptivité des participants, peu d'entre eux ont apporté les changements requis quant à leur consommation de médicaments. Cette réticence semblait beaucoup s'appliquer aux personnes consommant des médicaments de type benzodiazépine qui craignaient les effets d'une diminution ou d'un arrêt de leur consommation.

Ce sont les recommandations relatives à la consommation d'alcool qui, de l'avis de tous, ont soulevé le plus de réticence. Il s'agissait manifestement d'un sujet tabou envers lequel les participants se culpabilisaient rapidement et réagissaient en adoptant une attitude défensive mêlée de négation, se défendant bien d'être identifiés comme des alcooliques. Certains intervenants dédiés ont déclaré que la plupart des participants qui ont semblé avoir un problème de consommation d'alcool auraient, plus souvent qu'autrement, volontairement minimisé la déclaration de leur consommation et fait preuve de peu d'ouverture quant à la possibilité de modifier leurs habitudes à cet égard.

Selon l'ensemble des intervenants dédiés interviewés, c'est pour les recommandations concernant l'environnement domiciliaire que les participants ont fait preuve de la plus grande réceptivité. Malgré l'existence de libellés types pour plusieurs recommandations prévus par les procédures d'implantation, il n'a pas été possible de traiter l'information colligée sur le suivi des recommandations et des mesures associées à la correction des risques liés à l'environnement domiciliaire considérant la multitude des choix possibles.

La distribution d'équipements et d'accessoires fonctionnels gratuits ainsi que le défraiement des coûts liés aux modifications mineures de l'environnement domiciliaire ont probablement été des facteurs incitatifs. Malgré cette prédisposition favorable, les recommandations touchant les modifications demandées à l'environnement immédiat ont aussi rencontré une certaine forme de résistance de la part de certains participants. Il fallait y aller par étapes et sans brusquerie. Le simple fait de déplacer un fauteuil ou d'enlever un tapis pouvait exiger l'utilisation d'un large éventail d'arguments persuasifs. On a constaté, par la force des choses, qu'il n'était pas facile de changer les habitudes des gens du jour au lendemain. Il y avait une résistance associée à la peur que le changement demandé occasionne aussi des dangers (par exemple, le fait de déplacer une table ou une bibliothèque). De nombreux intervenants dédiés ont aussi souligné que le coût des modifications venait au premier rang quand il était question d'améliorer l'environnement physique. Les participants voulaient se faire payer les modifications requises et, faute de financement, ils étaient beaucoup moins motivés à les accepter. C'était plus particulièrement le cas pour les personnes moins bien nanties financièrement, alors que les gens ayant des moyens financiers suffisants acceptaient généralement d'effectuer les changements proposés. Des aînés ont été réfractaires aux recommandations proposées (par exemple, fixer une barre sur le mur côtoyant le bain) car, étant locataires, ils craignaient de déranger le propriétaire de l'immeuble.

En somme, les intervenants interviewés croient que, globalement, la clientèle a relativement bien répondu quant à la réceptivité et à la motivation, bien que fort sélectivement quant aux recommandations émises. Il y a certes eu des abandons justifiés par toutes sortes de raisons (ce n'était pas ce qu'ils espéraient, c'était trop long pour obtenir des services, etc.), mais, de l'avis de nombreux intervenants, il aurait été surprenant qu'il n'y en ait pas. Si les intervenants se sont aussi accordés pour répondre au questionnaire autoadministré que le projet a permis d'agir sur les facteurs de risque reliés aux chutes, ils ont insisté sur le fait que les résultats obtenus découlent en grande partie de la motivation des participants, de leur intérêt et des raisons pour lesquelles ils avaient accepté d'y participer, ce qui est tout à fait conforme aux attentes soulevées par le devis d'implantation.

4.3.6 La mobilisation des intervenants et de l'environnement organisationnel

Selon toutes les personnes interviewées, les nutritionnistes et les intervenants dédiés au projet se sont bien intégrés dans leur milieu et il s'en est dégagé une bonne synergie. On a reconnu par contre que ce n'était pas nécessairement le cas au tout début du projet puisque ces intervenants se sentaient seuls et en terrain inconnu. Avec le temps, ils ont toutefois appris à travailler avec les autres professionnels et à partager l'information avec eux.

L'un des freins à la mobilisation de certains intervenants dédiés au projet a vraisemblablement été l'impossibilité de s'y consacrer plus qu'un ou deux jours par semaine. Cette situation relevait de choix organisationnels selon l'allocation budgétaire allouée. Plusieurs intervenants auraient aimé pouvoir investir plus de temps à la prévention des chutes et ne pas être obligés de donner du temps à d'autres mandats dans le même établissement. Quelques autres ont au contraire exprimé leur satisfaction quant à l'obligation d'effectuer d'autres tâches que celles de la prévention des chutes. Le fait que, dans certains CLSC, les membres de l'équipe du projet n'aient pas tous été regroupés physiquement et que tous n'aient pas eu un bureau attitré a également constitué un frein à la mobilisation et à l'intégration professionnelle.

Le fort roulement du personnel dédié au projet a également été soulevé par les intervenants comme un élément démobilisateur, car plusieurs des nouveaux venus ne connaissaient rien de la prévention des chutes, ni même du soutien à domicile. Leur intégration à l'équipe déjà existante n'a pas toujours été aisée et a demandé un investissement de temps important. Qui plus est, le projet a semblé exiger une augmentation croissante de la charge de travail de plusieurs intervenants interviewés (formulaires à remplir, « paperasse » supplémentaire, etc.). Malgré cette perception des intervenants, le nombre de documents à remplir est demeuré stable pendant tout le projet et l'envoi de ces derniers à la DSPE a été espacé. À ces considérations s'ajoute le fait que le projet a été perçu unanimement par les intervenants et les gestionnaires comme un projet de recherche au cadre de gestion rigide plutôt qu'une intervention clinique, telle que présentée initialement. Il faut néanmoins rappeler que le devis d'implantation avait prévu, dès le départ, que le projet comporterait un volet évaluatif.

Tous les gestionnaires et les intervenants dédiés se sont accordés pour affirmer que les rencontres au Comité régional de prévention des chutes ont été bénéfiques au déroulement du projet, car elles leur ont permis de se parler, d'identifier les problèmes et de les résoudre. Ces rencontres ont, à coup sûr, également permis de resserrer les liens, de mieux communiquer, de faciliter le travail, d'accroître la motivation de tous et, ultimement, de réduire les frustrations vécues en début de projet. Certains intervenants et gestionnaires interviewés ont toutefois affirmé que vers la fin du projet, ces rencontres leur semblaient moins utiles et que leur fréquence était trop élevée. De fait, il y a eu trois rencontres en 2002, cinq en 2003, cinq en 2004 et trois en 2005.

Le rôle du thérapeute en réadaptation physique comme porteur de dossier et premier répondant du projet au palier local a été jugé essentiel et très mobilisateur par tous. C'est, selon une forte majorité des personnes interviewées, cette personne qui a exercé le plus d'influence au sein des autres collègues de l'interne et de l'externe des CLSC.

Cette mobilisation, forte au sein de l'équipe immédiate de prévention des chutes, l'était moins parmi les autres intervenants du CLSC. Certains d'entre eux, aux dires de quelques gestionnaires et intervenants dédiés interviewés, auraient jugé que le projet a exigé beaucoup d'argent dépensé inutilement pour de la prévention, alors qu'il aurait dû être investi pour le curatif, pour réduire les listes d'attente. Outre cet aspect, la majorité des intervenants dédiés interviewés ont noté que les collègues des autres équipes de leur CLSC avaient une connaissance restreinte, lorsqu'il ne s'agissait pas d'une méconnaissance totale, des objectifs du projet. Ils ont déploré le fait que le projet ait été peu publicisé au sein de l'organisation et que des efforts importants aient été nécessaires pour inciter les intervenants des autres équipes à diriger des usagers vers le projet. Toutefois, le devis d'implantation mentionnait que le rôle de sensibilisation et de formation du personnel revenait au CLSC. Le fort roulement du personnel dans tous les CLSC a, de surcroît, obligé l'équipe de prévention des chutes à constamment maintenir ces efforts de sensibilisation et d'information.

La plupart des intervenants dédiés interviewés ont, malgré tout, fait preuve de compréhension à l'égard de l'appui mitigé de leurs collègues des autres services du CLSC, se référant au fait que personne n'a fait catégoriquement obstruction au projet, même si l'on affirme que certains collègues y portaient peu de considération et ne distribuaient pas les dépliants d'information. De l'avis de la grande majorité des intervenants interviewés, la mise en œuvre de l'IMP préconisée par le projet s'est davantage traduite par la pluridisciplinarité que l'interdisciplinarité, entendu

qu'elle a suscité le recours à des expertises variées, mais qui ont davantage été appliquées en solo plutôt qu'en concertation.

De l'avis de plusieurs gestionnaires, leur propre rôle a été essentiel au succès de l'implantation du projet dans les CLSC. Ces gestionnaires, principalement les chefs d'administration de programme, ont offert un appui non négligeable aux intervenants dédiés au projet pour sa mise en œuvre, la sélection du personnel, la prise de décision, la résolution de problèmes, l'organisation des réunions et le transfert de l'information. Cette mobilisation des gestionnaires a été, aux dires des intervenants dédiés interviewés, inégale selon le CLSC. Pour certains CLSC, leur rôle et leur engagement sont demeurés discrets, alors que pour d'autres, ils ont été plus tangibles. De l'avis de la majorité des gestionnaires, la direction générale de chacun des CLSC croyait également à la pertinence du projet puisqu'elle en était son initiatrice, mais son rôle et son engagement sont demeurés imperceptibles tout au long du projet.

La collaboration avec les collègues et les partenaires de l'extérieur du CLSC semble être demeurée modeste et n'a pas toujours été satisfaisante pour tous. D'ailleurs, seule une faible proportion des intervenants et des gestionnaires interviewés ont exprimé une satisfaction à cet égard. Cette insatisfaction relative semble, pour l'essentiel, avoir résulté du manque de collaboration de la part de certains médecins de clinique privée. De façon générale, les intervenants recevaient plus souvent des réponses verbales rapportées par l'utilisateur lui-même qu'une correspondance écrite par son médecin traitant. Plus souvent qu'autrement, les médecins ne répondaient pas à la note envoyée par l'équipe de prévention des chutes et, lorsqu'ils envoyaient une réponse, les intervenants y interprétaient une faible volonté de collaborer et avaient la forte impression de les déranger.

Les propos recueillis de l'ensemble des intervenants dédiés ont ainsi laissé entrevoir une déception claire quant à l'engagement et à la collaboration des médecins de clinique privée. Ils auraient apprécié une plus grande mobilisation et une meilleure écoute de leur part. En contrepartie, des médecins de CLSC ont exprimé le regret de ne pas avoir été suffisamment informés des objectifs du projet. Ils ont même insisté pour dire qu'ils auraient apprécié être invités aux réunions de l'équipe de prévention des chutes.

Par ailleurs, plusieurs intervenants ont souligné que la collaboration avec les pharmaciens a été très satisfaisante (même s'ils ne pouvaient pas modifier la médication de la clientèle) et qu'il en a été de même avec le personnel des centres de jour (distribution de dépliants à leur clientèle, orientation, etc.).

Cette satisfaction a également été exprimée envers la DSPE, alors que tous ont reconnu l'importance de ses conseils et de son soutien. Elle a contribué concrètement à la résolution des problèmes et elle a offert une disponibilité suffisante pour répondre adéquatement aux questions des intervenants et des gestionnaires (réunions, appels téléphoniques, correspondance électronique). L'engagement des professionnels de la DSPE et la possibilité d'échanger facilement avec eux ont été grandement appréciés.

4.3.7 La gouvernance du projet

Ces quelques lignes abordent sommairement l'allocation budgétaire, la reddition de comptes, le suivi de l'implantation et le processus d'évaluation du projet.

L'allocation budgétaire et la reddition de comptes

L'implantation du projet a joui d'un financement distinct. Les sommes ont été allouées pour l'embauche de ressources professionnelles, soit un intervenant dédié et une nutritionniste par CLSC ainsi que pour l'achat d'équipements sécuritaires et l'aménagement du domicile des participants. Le tableau 13 détaille les sommes consenties au projet selon le type de ressources. Il faut rappeler que le budget de départ en 2002-2003 s'élevait à 323 929 \$ et qu'il atteignait 465 615 \$ à la fin du projet, en 2005-2006, excluant le montant dévolu pour l'indexation annuelle par le MSSS.

Tableau 13. Sommes consenties au projet selon le type de ressources, mars 2002 à juillet 2005

Site d'implantation	Coûts (\$)				Par participant
	Intervenant dédié	Nutritionniste	Équipement	Total	
1	127 052	30 430	11 658	169 140	1 421
2	165 916	41 550	16 421	223 887	1 382
3	173 260	33 054	13 144	219 458	1 161
4	154 662	41 499	16 475	212 636	1 508
5	206 710	46 007	17 722	270 439	1 282
6	128 549	26 143	9 997	164 689	1 202
TOTAL	956 149	218 683	85 417	1 260 249	1 314

Aucune somme n'a cependant été allouée pour les consultations en ergothérapie ou en physiothérapie ni pour les aspects médicaux. Les participants qui étaient aiguillés vers ces ressources de par leur condition suivaient donc la filière habituelle.

Chaque CLSC avait la responsabilité de rendre compte périodiquement des progrès réalisés vers l'atteinte de ses objectifs. La DSPE a assuré un suivi de gestion étroit à cet égard pendant toute la durée de la mise en œuvre du projet. Des tableaux synoptiques des résultats préliminaires périodiques étaient acheminés régulièrement aux CLSC.

L'information fournie dans le tableau 13 sur les sommes allouées et l'information disponible au tableau 6 quant au nombre d'usagers ayant débuté l'IMP permettent de calculer le coût moyen par participant. De mars 2002 à juillet 2005, ce montant se chiffrait à 1 314 \$ pour l'ensemble de la région de Lanaudière, allant de 1 161 \$ pour le site n° 3 à 1 508 \$ pour le site n° 4.

Non seulement la base de calcul du financement prévu a-t-elle été respectée, mais des sommes complémentaires aux intentions initiales ont été allouées par l'Agence lors de son implantation. Malgré tout, de l'avis de l'ensemble des gestionnaires et des intervenants interrogés, des sommes plus importantes auraient dues être investies dans le projet.

Le suivi de l'implantation

La DSPE s'est adjoint le soutien d'un Comité régional de prévention des chutes institué dès les premiers instants de la planification et de la programmation du projet, comité conjoint sous la responsabilité d'un chef de programme de l'un des CLSC concernés. Des rencontres du comité

de travail en question avaient lieu régulièrement avec le promoteur du projet, pour un total de 35 rencontres tenues entre mars 2000 et juin 2005. Elles visaient à assurer une concertation régionale entre les différents intervenants locaux et une coordination régionale du projet en vue d'en faciliter l'implantation, d'assurer le suivi des interventions en prévention des chutes et de favoriser une collecte uniforme des données.

Les données recueillies dans le cadre de l'étude ont été systématiquement validées dès leur réception. Toute information incongrue était vérifiée en joignant par téléphone le professionnel dédié du CLSC concerné. Le Comité d'évaluation avait inclus dans sa stratégie un système d'assurance et de contrôle pour faire en sorte que les données de la collecte respectent les critères de qualité et de précision préétablis. D'une part, une technicienne en recherche de la DSPE rappelait individuellement aux professionnels, au besoin et de façon continue au cours du projet, les consignes à suivre pour la collecte, l'interprétation et la codification de l'information.

Des précisions et des ajustements aux procédures d'implantation prévues ont été rassemblés dans un document et périodiquement acheminés aux CLSC. Ces envois ont été nécessaires en raison de procédures insuffisamment explicites ou d'autres impossibles à prévoir lors de la conception du devis d'implantation. Les procédures ont fait l'objet de discussions ou d'entrevues avec les représentants des CLSC et, selon le cas, avec l'équipe du Service de surveillance, recherche et évaluation de la DSPE responsable de l'évaluation du projet.

Dans l'ensemble, le responsable du projet, les gestionnaires et les intervenants dédiés ont apprécié leur expérience de concertation et ont dénoté une volonté d'arrimage chez leurs vis-à-vis malgré les différences de culture organisationnelle entre le réseau de services et celui de la santé publique. Ils ont conséquemment estimé avoir développé de nouvelles habiletés à travailler non plus sur des exercices essentiellement théoriques, mais sur des processus de mise en œuvre d'interventions en situation réelle. Le réseautage des CLSC participants a été qualifié par plus d'un comme source d'émulation.

Il n'est donc pas surprenant de constater qu'une majorité d'intervenants et de gestionnaires ont exprimé dans le questionnaire autoadministré leur satisfaction à l'égard de la coordination et du suivi du projet au palier régional ainsi que du soutien et de l'accompagnement de la DSPE en cours d'implantation. Un certain nombre d'intervenants dédiés ont souligné la disponibilité du responsable régional du projet, de la technicienne en recherche et de la conseillère en nutrition, tous trois de la DSPE, qualifiant parfois leur soutien de « soupape de sûreté ».

La grande majorité des intervenants dédiés ont néanmoins déploré la surcharge de travail de nature administrative engendrée, mais prévue, par le projet (formulaires à remplir, synthèse de résultats, photocopies des documents, envois de télécopies, etc.). Certains s'en sont même dits profondément irrités. Plusieurs intervenants et gestionnaires ont questionné ouvertement leur rôle en matière de contrôle, d'évaluation et de recherche, convaincus que leur temps aurait été mieux utilisé s'il avait été consacré aux interventions à proprement parler. Néanmoins, leur rôle avait été prévu comme tel dès la conception du projet par le Comité régional de prévention des chutes.

L'évaluation du projet

Le projet-pilote a pris naissance dans la foulée des priorités nationales de santé publique (MSSS, 1997; 1999). La consigne ministérielle sous-tendait l'expérimentation et l'évaluation de mesures de santé publique innovantes. L'évaluation de l'implantation et des effets constituait donc une partie intégrante du projet-pilote, planifiée dès son élaboration et notifiée dans un devis d'implantation formel (Bégin, 2002). De façon générale, la grande majorité des intervenants et des gestionnaires ont estimé que les procédures et les exigences qui y étaient associées nécessitaient beaucoup de rigueur de leur part et qu'elles s'avéraient ardues. D'ailleurs, comme il en a été fait allusion plus haut, ils sont plusieurs à avoir exprimé dans le questionnaire autoadministré une certaine insatisfaction à l'égard des modalités de collecte et de saisie des données aux fins de l'évaluation du projet.

La majorité des personnes interviewées, et plus particulièrement les intervenants sur le terrain, ont perçu tout au long de la mise en œuvre du projet que de nombreux aspects de la procédure d'implantation étaient des exigences liées à son évaluation plutôt que des caractéristiques relevant directement de l'intervention. Ils ont rappelé que la majorité des précisions et des ajustements aux procédures d'implantation du devis acheminés aux CLSC portaient sur la codification et la saisie de l'information, ce qui s'avérait par ailleurs conforme au devis d'implantation.

4.4 ÉVALUATION DES RÉSULTATS

Les résultats de santé et de bien-être ont successivement été examinés selon l'ordre chronologique de causalité proposé par le modèle théorique des effets (figure 2), soit les effets sur les facteurs de risque modifiables, puis ceux sur les chutes elles-mêmes. Une discussion des impacts positifs et négatifs non liés aux objectifs du projet suit ces sections.

4.4.1 Les effets sur les facteurs de risque

Le tableau 14 compare les résultats obtenus sur un ensemble de variables discrètes mesurées avant et à deux temps différents après l'intervention chez les mêmes sujets. Étonnamment, les données indiquent que le nombre de médicaments différents prescrits est plus élevé à 12 mois et à 18 mois qu'au moment de prendre part à l'intervention, en moyenne de 6,4 et 9,2 %, respectivement. La différence est sensiblement équivalente d'un site à l'autre.

Tableau 14. Effets de l'intervention sur les facteurs de risque en fonction de la durée de l'intervention et du milieu d'implantation (variables discrètes)

	12 mois				18 mois			
	Effet temps		Effet CLSC	Interaction	Effet temps		Effet CLSC	Interaction
	% de variation	p			% de variation	p		
Apports nutritionnels								
IMC	0,6	ns	ns	ns	1,4	*	ns	ns
Score au questionnaire de Payette	-10,9	na	na	*	-11,3	na	na	* ⁴
Équilibre et motricité								
Score à l'échelle d'équilibre de Berg	-0,5	ns	ns	ns	0,0	na	na	* ⁵
Score au test Timed Up and Go	0,2	na	na	* ¹	-4,5	na	na	* ⁶
Médication								
Nombre de médicaments prescrits	6,4	*	ns	ns	9,2	*	ns	ns
Environnement domiciliaire								
Nombre total d'éléments de risque au domicile	-46,5	na	na	* ²	-59,8	na	na	* ⁷
Nombre de facteurs à risque élevé par participant								
	-10,6	na	na	* ³	-13,6	na	na	* ⁸

* Différences statistiquement significatives à $p \leq 0,05$; ns = non significatif; na = non applicable en présence d'une interaction significative entre les facteurs temps et CLSC. Dans pareil cas, l'efficacité de l'intervention a été testée séparément pour chaque CLSC.

* Différences relatives statistiquement significatives à $p \leq 0,05$ après ajustement pour comparaisons multiples, de l'effet temps par site d'implantation :

- ¹ CLSC n° 4 [variation de 20,4%];
- ² 1 [-60,0], 2 [-77,0], 3 [-42,2], 4 [-31,8], 5 [-26,9], 6 [-68,3];
- ³ 1 [-13,2], 2 [-22,9], 3 [-8,1], 4 [-12,0], 6 [-24,8];
- ⁴ 3 [-27,8];
- ⁵ 5 [-6,1];
- ⁶ 6 [-28,1];
- ⁷ 1 [-71,2], 2 [-88,0], 3 [-56,3], 4 [-49,4], 5 [-35,3], 6 [-81,5];
- ⁸ 2 [-24,6], 3 [-11,4], 6 [-27,8].

Par ailleurs, l'analyse de variance à deux facteurs révèle qu'il existe une interaction entre les facteurs temps et CLSC pour certains facteurs de risque, ce qui signifie que la différence de réponse entre les niveaux d'un facteur n'est pas la même à tous les niveaux de l'autre facteur. Lorsqu'une interaction est importante, on ne peut tirer de conclusion à partir de l'effet associé au temps ou au site d'implantation. Toutefois, si l'on examine comme il se doit les effets du temps séparément pour chaque CLSC, on constate la présence de différences significatives après 12 mois et 18 mois d'intervention.

Le score au test Timed Up and Go des clients du site n° 4 s'est accru de 20,4 % après 12 mois d'intervention, témoignant d'une détérioration de leurs capacités motrices (résultat présenté dans le tableau 14). À l'inverse, ceux du site n° 6 ont avantageusement vu leur pointage décliner de 28 % après 18 mois. Les participants du site n° 5, quant à eux, ont connu une légère détérioration de leur équilibre, à en juger par la diminution de 6,1 % du score à l'échelle de Berg. Des améliorations du point de vue nutritionnel ne sont notées que chez les participants du site n° 3, leur score au questionnaire de Payette ayant chuté de 28 % après 18 mois d'intervention. Également, l'IMC des participants s'est également amélioré en 18 mois. Toutefois, bien que la différence apparaisse statistiquement significative (1,4 %) elle n'en demeure que négligeable sur le plan clinique.

Le nombre total d'éléments de risque au domicile des usagers de tous les milieux a substantiellement diminué en fonction de la durée de l'intervention. La diminution a néanmoins

été prépondérante aux sites n^{os} 1, 2 et 6. Similairement, les clients de bon nombre d'établissements ont été touchés par moins de facteurs à risque élevé après 12 mois et 18 mois de participation au projet. Les clients des sites n^{os} 2 et 6 ont d'ailleurs nettement fait meilleure figure à cet égard.

Le tableau 15 compare les résultats obtenus sur un ensemble de variables catégorielles mesurées avant et après l'intervention chez les mêmes sujets. Les données obtenues après 12 mois de participation au projet rendent compte d'une diminution de la proportion d'individus à risque élevé sur la base de leur consommation de benzodiazépines et de consommateurs d'alcool au cours des six mois précédant leur évaluation. À l'exception de la variable benzodiazépines, vraisemblablement affectée par une puissance statistique réduite (échantillon de petite taille), on note que les effets se sont maintenus après 18 mois d'intervention. À l'inverse, la proportion d'individus à risque élevé sur la base de l'échelle d'équilibre de Berg s'est accrue radicalement, passant de 6,5 % à 10,4 % après 12 mois et de 5,9 % à 11,1 % après 18 mois. La fréquence des usagers à risque du point de vue nutritionnel est quelque peu plus faible à 12 mois et à 18 mois (14,8 %) qu'au point de départ (18,7 % et 17,8 %, respectivement). Cette différence n'atteint cependant pas le seuil de signification requis. D'après le test de Breslow-Day, aucune différence significative n'est par ailleurs ressortie d'un milieu d'implantation de l'intervention en particulier.

Tableau 15. Effets de l'intervention sur les facteurs de risque en fonction de la durée de l'intervention et du milieu d'implantation (variables catégorielles)

	12 mois				18 mois			
	Effet temps ¹			Effet CLSC <i>p</i>	Effet temps ¹			Effet CLSC <i>p</i>
	% t ₀	% t ₁₂	<i>p</i>		% t ₀	% t ₁₈	<i>p</i>	
Apports nutritionnels								
Risque élevé	18,7	14,8	ns	ns	17,8	14,8	ns	ns
Équilibre et motricité								
Risque élevé à l'échelle de Berg	6,5	10,4	*	ns	5,9	11,1	*	ns
Risque élevé au test Timed Up and Go	17,6	19,8	ns	ns	17,5	18,2	ns	ns
Risque global élevé	18,7	21,5	ns	ns	19,6	21,0	ns	ns
Médication								
Quatre médicaments différents et plus prescrits par jour	90,2	91,8	ns	ns	90,2	90,9	ns	ns
Benzodiazépines	48,7	44,7	*	ns	48,1	44,8	ns	ns
Risque élevé à l'évaluation de la consommation	90,4	89,9	ns	ns	89,6	90,6	ns	ns
Consommation d'alcool								
Consommation au cours des six derniers mois	47,3	41,2	*	ns	48,8	40,4	*	ns
Consommation au cours des sept derniers jours	20,8	18,3	ns	ns	19,5	18,9	ns	ns
Risque élevé à l'évaluation de la consommation**	-	-	-	-	-	-	-	-

* Différences statistiquement significatives à $p \leq 0,05$; ns = non significatif.

** L'analyse n'a pu être réalisée en raison du très petit nombre de cas à risque élevé.

¹ Pourcentage d'individus à risque élevé au temps considéré.

4.4.2 Les effets sur les chutes et leurs conséquences

Des statistiques descriptives sur le nombre de chutes par sujet par période de six mois ont été calculées à titre indicatif pour les usagers ayant complété au moins 12 mois de suivi ainsi que pour ceux en ayant complété au moins 18 mois (Tableau 16). Les pourcentages d'usagers pour lesquels le nombre total de chutes entre le 6^e et le 12^e mois de suivi est resté stable, a augmenté

ou a diminué par rapport au nombre total de chutes entre le début du projet et le 6^e mois de suivi sont respectivement de 61,3 %, 20,3 % et 18,4 %. La diminution moyenne (et l'écart-type correspondant, donné entre parenthèses) est de 1,6 chute ($\pm 1,2$) et l'augmentation moyenne de 1,3 ($\pm 0,6$).

Les mêmes calculs ont été faits pour les usagers ayant au moins 18 mois de suivi, pour comparer le total des chutes entre le 12^e et le 18^e mois de suivi par rapport au total des chutes survenues au cours des six premiers mois. Les pourcentages d'usagers ayant eu une stabilité, diminution ou augmentation du nombre de chutes survenues sont respectivement de 60,5 %, 22,9 % et 16,6 %. Les moyennes pour la diminution et l'augmentation sont respectivement de 1,8 ($\pm 2,4$) et 1,5 ($\pm 0,8$).

Tableau 16. Effets de l'intervention sur le nombre de chutes en fonction de la durée de l'intervention

Variation	Effet temps	
	0-6 vs 6-12 mois %	0-6 vs 12-18 mois %
Stabilité	61,3	60,5
Diminution	20,3	22,9
Augmentation	18,4	16,6
Total	100,0	100,0

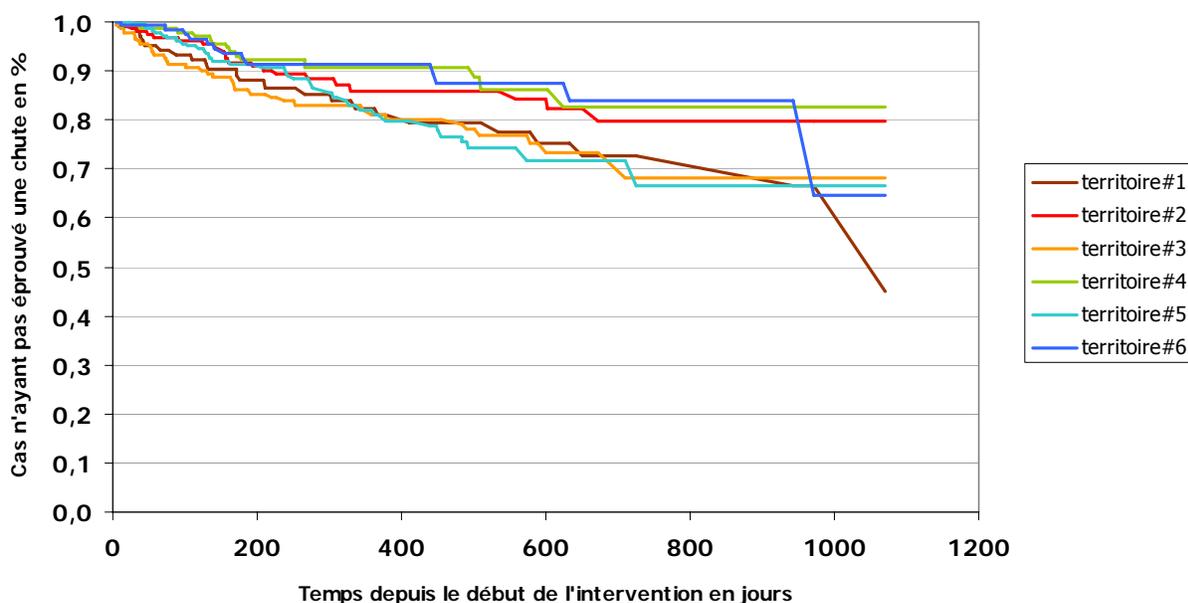
Par ailleurs, l'analyse comparative des taux de survenue d'une première chute est montrée au tableau 17 et à la figure 5. Les courbes illustrent, pour divers territoires de CLSC, le pourcentage de participants qui n'ont pas encore chuté, en fonction du temps mesuré en jours qui s'est écoulé depuis le début de l'intervention. La figure 5 laisse voir des différences intrarégionales. Une courbe plus horizontale annonce des individus qui chutent plus tardivement; elle est indicative d'une plus grande efficacité de l'intervention qui est appliquée au site correspondant. Le site n° 4 en est un exemple. Ce sont 80 % des usagers de ce CLSC qui n'ont pas encore chuté au terme des six premiers mois de participation, pourcentage qui demeure à 65 % au bout d'un an et atteint 54 % après 1,5 an (tableau 17). Réciproquement, une courbe plus abrupte caractérise le cumul de chuteurs précoces, tels les participants du site n° 3. Les probabilités correspondantes pour les participants de ce CLSC sont respectivement de 64 %, 46 % et 40 %.

La probabilité de survie, soit de ne pas chuter, associée au site n° 3 se démarque désavantageusement de celle d'autres CLSC. La probabilité qui le caractérise est supplantée par celle du site n° 5 après à peine 10 jours d'intervention, du n° 4 après 54 jours et du n° 6 après 207 jours (différences significatives à $p \leq 0,05$). Une différence significative à $p \leq 0,05$ du taux de survie est observée en fonction du site d'implantation. Le taux de survie à six mois des sites n° 1 et 3 est différent de celui des sites n° 4 et 5. Le taux à 12 mois du site n° 1 diffère de celui du site n° 4, tandis que le taux du site n° 3 se différencie significativement de celui de trois autres endroits (n°s 4, 5 et 6). Les différences intersites s'estompent néanmoins avec le temps, de sorte qu'à 18 mois, seuls les taux des sites n°s 3 et 4 s'écartent significativement l'un de l'autre.

Le complément du taux de survie à un temps donné correspond à l'incidence de l'événement à ce temps. Le tableau 17 apprend donc que l'incidence à 12 mois d'une première chute varie de 54 % au site n° 3 à 35 % au site n° 4.

Tableau 17. Taux de « survie » (%) sans chute ajustés pour les caractéristiques des participants à l'examen initial en fonction de la durée de l'intervention et du milieu de son implantation

Durée de l'intervention	Site d'implantation (CLSC)					
	1	2	3	4	5	6
6 mois	66,1	71,1	64,3	80,3	77,4	70,7
12 mois	51,4	56,3	46,4	64,7	59,7	61,1
18 mois	45,7	51,2	39,5	53,6	44,3	49,7

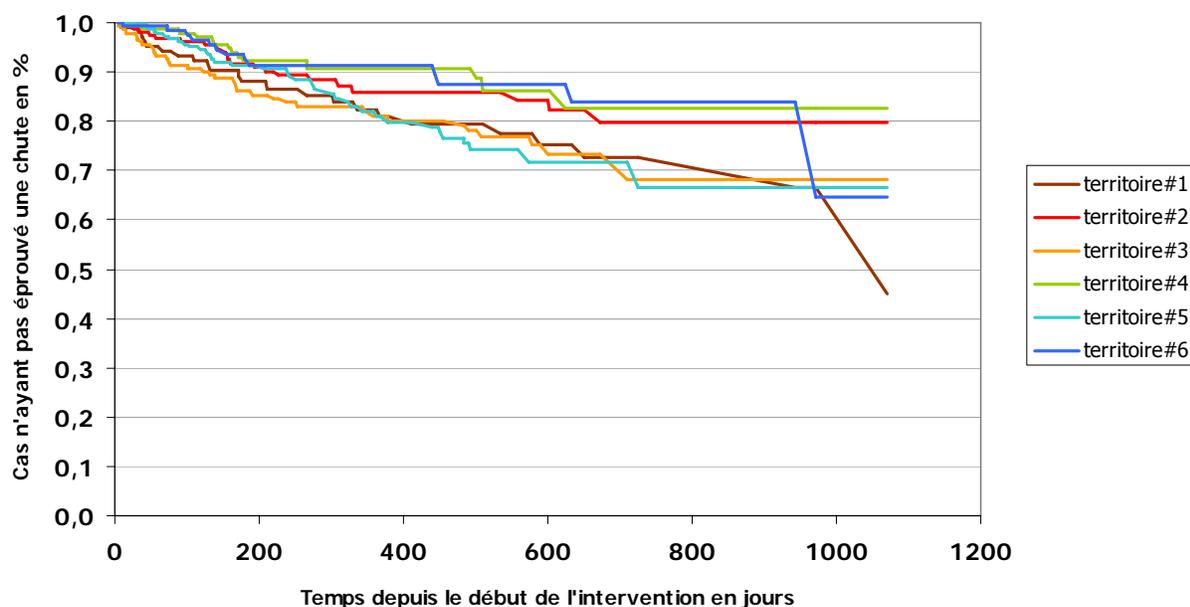
Figure 5. Comparaison des courbes de « survie » sans chute ajustées pour les caractéristiques des individus à l'examen initial en fonction du site d'implantation de l'intervention

Le tableau 18 et la figure 6 comparent cette fois les résultats relatifs à la survenue d'une première chute ayant conduit à une consultation médicale. La probabilité de survie associée au site n° 3 se différencie également à cet égard de celle d'autres CLSC. La probabilité de ne pas chuter pour un client suivi par ce CLSC est détrônée par celle du site n° 5 après 16 jours d'intervention (quoique seulement pour un temps), du n° 6 après 38 jours et du n° 4 après 22 jours (différences significatives à $p \leq 0,05$). Les différences entre les sites n°s 3 et 6 de même qu'entre les n°s 3 et 4 perdurent à 12 et 18 mois. L'incidence à 12 mois d'une première chute ayant conduit à un recours médical varie de 19 % au site n° 3 à 8,7 % au site n° 6. La figure 6 et le tableau 18 révèlent que les différences intersites se polarisent avec le passage du temps : les sites n°s 2, 4 et 6 faisant meilleure figure que les sites n°s 1, 3 et 5.

Tableau 18. Taux de « survie » (%) sans chute ayant nécessité une consultation médicale ajustés pour les caractéristiques des participants à l'examen initial en fonction de la durée de l'intervention et du milieu de son implantation

Durée de l'intervention	Site d'implantation					
	1	2	3	4	5	6
6 mois	87,9	91,8	86,1	92,1	91,3	92,5
12 mois	82,5	86,0	81,1	90,8	81,9	91,3
18 mois	77,4	86,0	76,8	86,2	74,3	87,6

Figure 6. Comparaison des courbes de « survie » sans chute ayant nécessité une consultation médicale, ajustées pour les caractéristiques des individus à l'examen initial en fonction du site d'implantation de l'intervention



Les résultats de la régression binomiale négative font état d'un rendement moindre du site n° 3 à l'égard de la réduction des chutes, qu'elles aient ou non nécessité un recours à des soins ou à des services médicaux. Plus précisément, le coefficient ajusté de la régression binomiale négative révèle que dans des conditions similaires, le nombre de chutes par jour de suivi d'un client soigné par le site n° 3 a été multiplié par un facteur de 63 % ($p = 0,02$) comparativement à ceux du site n° 6, choisi comme catégorie de référence, tandis que le nombre de chutes requérant une consultation médicale y a été environ multiplié par deux ($p = 0,04$).

La régression de Cox réalisée avec l'extension WLW qui modélise l'intervalle de temps entre chaque chute montre les mêmes résultats. On constate qu'un client pris en charge par le site n° 3 présentait invariablement un risque accru de chuter comparativement à ceux du site n° 6. Le risque relatif (RR) ajusté correspondant se chiffre à 1,40 ($p = 0,01$) pour une chute quelconque et à 1,95 ($p = 0,03$) pour une chute requérant une consultation médicale. De même, les résultats de cette régression de Cox montrent que le site n° 5 s'est également rangé du côté des ceux dont l'efficacité a été moindre pour prévenir les chutes nécessitant une consultation médicale (RR = 2,03, $p = 0,02$).

4.4.3 Les impacts non liés aux objectifs du projet

En raison de sa nature, le projet a généré des impacts qui ont dépassé ses objectifs initiaux. La grande majorité des intervenants interviewés ont ainsi affirmé que le projet a contribué à développer, dans leur pratique quotidienne, une approche plus axée sur la prévention des chutes. Le fait d'avoir été outillé en ce sens a facilité l'identification des facteurs de risque et des moyens pour les atténuer. Ce constat s'appliquait certes aux intervenants de l'équipe de prévention des chutes, mais il semble aussi avoir été observé chez les intervenants des autres services du CLSC, dont ceux du soutien à domicile. Les deux médecins interviewés dans le cadre de cette évaluation ont aussi reconnu que le projet les a incités à s'interroger quant aux impacts de la médication sur les risques de chute des aînés.

À l'intérieur des CLSC, le projet, parce qu'il privilégiait le travail en équipe, aurait également favorisé le développement d'une collaboration plus étendue entre les intervenants de certains services et une meilleure connaissance des mandats et des compétences de chacun.

Le projet n'a pas seulement généré des effets auprès du personnel puisque l'offre de service des CLSC s'en est aussi trouvée modifiée. Le projet a d'abord permis de remettre la prévention à l'avant-scène des activités des CLSC. Les interventions curatives « de crise » auprès de la clientèle du service de soutien à domicile ont ainsi, à tout le moins pour la durée du projet, cédé un peu la place à la prévention. La possibilité de procéder à une évaluation plus approfondie du milieu de vie et de l'état de santé de la clientèle a favorisé le dépistage de problèmes ou de facteurs de risque non couverts par les objectifs initiaux du projet, ce qui a incité les intervenants à offrir d'autres types de services. Cela a toutefois eu un effet moins désirable pour les responsables de certains services puisque leur liste d'attente s'est allongée d'autant.

Les intervenants ont presque unanimement insisté sur le fait que le projet a aidé les CLSC à recruter du personnel supplémentaire. Il en a notamment été ainsi pour les nutritionnistes et des thérapeutes en réadaptation physique, jusqu'alors absents de presque tous les CLSC. À l'ajout de ressources humaines s'est greffé un budget supplémentaire pour l'achat d'équipements (barres d'appui, petites lumières, bancs, etc.). Des intervenants dédiés interviewés ont toutefois relevé qu'une partie du budget alloué au projet et des équipements achetés aurait été utilisée à d'autres fins que celle de la prévention des chutes.

Le projet n'a pas eu que des impacts auprès du personnel et des services des CLSC, car il a aussi ouvert la voie, pour au moins un des six CLSC, à une collaboration plus étroite avec le centre de jour. De même, certains intervenants dédiés ont constaté que des aînés participant au projet sont devenus des agents multiplicateurs auprès des autres personnes âgées. L'un d'entre eux aurait même commencé à animer des groupes d'exercice dans la résidence où il demeure. D'autres participants, mieux informés des facteurs de risque reliés aux chutes à domicile, seraient devenus, par la force des choses, des agents multiplicateurs du projet.

CONCLUSION

Cette section présente les principales conclusions de l'évaluation du *Projet-pilote régional de prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées*. Elle fournit ensuite quelques pistes de réflexion pour l'amélioration et le développement futur de l'IMP. Cette dernière, telle que préconisée dans le programme national de santé publique (MSSS, 2003, 2008), devra s'insérer dans un continuum de services en prévention des chutes pour les aînés québécois vivant à domicile (MSSS, 2004).

Rappelons que la démarche d'évaluation a été prescrite au moment de l'élaboration du devis d'implantation du projet. La DSPE comptait sur l'évaluation pour l'aider à déterminer si les services de prévention des chutes pouvaient s'insérer facilement dans les activités quotidiennes des services de soutien à domicile de la mission CLSC des centres de santé et de services sociaux. Le Comité de pilotage de la DSPE s'est donc attaché à étudier l'implantation multisite et les effets du projet à la lumière des processus qui ont caractérisé sa mise en œuvre dans un contexte populationnel et opérationnel correspondant au milieu de généralisation envisagé.

L'information rapportée doit être considérée avec circonspection puisque l'expérimentation même de tout projet, c'est-à-dire l'observation et l'évaluation des processus engagés dans leur implantation, engendre inévitablement des artefacts. Ainsi, la portion du temps qui a été consacré à des activités de collecte, de gestion et de transmission de données pour réaliser l'évaluation d'implantation a été, depuis la fin du projet-pilote, affectée aux services directs aux clients dans l'implantation de l'IMP en prévention des chutes. Par ailleurs, l'évaluation a tenté d'appréhender diverses perspectives du projet selon le point de vue de divers acteurs engagés dans l'élaboration, la gestion et l'implantation du projet. Cette partie de l'évaluation ne peut prétendre donner un portrait juste au sens statistique du terme. Ces informations reposent strictement sur la perception d'un petit nombre de répondants. Il convient donc d'adopter une attitude de prudence dans l'interprétation des résultats.

Le constat général qui ressort de la présente évaluation est que l'ampleur de l'initiative et des changements proposés nécessitent des modifications d'attitudes et de pratique dans les milieux concernés. Les résultats de l'évaluation de l'implantation ont démontré que ses diverses composantes ont été mises en œuvre comme il était convenu de l'être par le devis d'implantation. Outre ce jugement global, porter un jugement d'ensemble sur le degré d'implantation atteint par le projet dans les six CLSC s'avère difficile en raison de la profusion et de la complexité de l'information fournie.

Toutefois, certains points méritent d'être soulignés, et ce, en se référant à la conceptualisation des types de résultats engendrés par l'implantation d'une intervention selon Tornatzky et Johnson (1982) et reprise par Perreault et son équipe (2000). Ainsi, on peut qualifier de « changements importants et constants », d'un CLSC à l'autre, les pratiques professionnelles et les modalités d'implantation liées à la gouvernance du projet, l'engagement des gestionnaires au mécanisme régional de coordination du projet, la mobilisation et l'adhésion des intervenants dédiés et des nutritionnistes ainsi que l'application, dans les grandes lignes, du processus de dépistage et d'attribution des interventions ciblées.

Certaines dimensions du projet qui exigeaient des changements importants ont au contraire montré des limites, et cela, de manière constante dans les différents CLSC. Au rang de ces

« changements limités, mais constants » se trouvent les activités multidisciplinaires à proprement parler, l'offre de programme d'exercices de groupe, la mobilisation des médecins traitants des cliniques, la participation et l'appui accordés par les gestionnaires sur leur propre terrain ainsi que les modalités de dépistage et d'intervention au regard du facteur de risque « alcool ».

Au chapitre des « changements limités et inconstants » se situe la « dose » d'exposition à l'intervention, qui met en cause la réceptivité, la motivation et l'engagement des participants à l'égard de plusieurs facteurs de risque considérés. À l'inverse, la capacité du projet à produire des changements de l'environnement domiciliaire qui varient en fonction du milieu d'implantation ainsi que le processus associé au recrutement et à la rétention des participants témoignent de « changements importants, mais inconstants ».

L'analyse transversale des six CLSC a été utilisée afin de mettre en évidence les contributions les plus significatives de la mise en œuvre des éléments du programme sur la production des effets. Cependant, force est d'admettre que les liens qui unissent les premiers aux deuxièmes s'avèrent plus complexes que nous l'avions cru au départ et que nous n'avons apporté que peu de réponses à cet égard.

La présente évaluation n'a pu déterminer les effets de l'implantation du projet pour l'ensemble de la région de Lanaudière sur la survenue de chutes chez les participants, parce qu'il n'existait ni mesure antérieure au programme ni groupe témoin. À titre indicatif, nous pouvons affirmer que pour un peu plus de 8 usagers sur 10 ayant persévéré dans le projet, le nombre de chutes survenues entre le 6^e et le 12^e mois et entre le 12^e et le 18^e mois de suivi est demeuré stable ou a diminué par rapport au nombre de chutes survenues au cours des six premiers mois. L'étude comparative des CLSC, après correction des valeurs pour contrôler l'influence du sexe, de l'âge, de l'histoire de chutes et des facteurs de risque des participants mesurés à l'examen initial, a cependant mis en évidence le fait que le même projet appliqué dans des milieux organisationnels différents produit des résultats également différents au regard de la prévention des chutes et de leurs conséquences.

Paradoxalement, l'analyse des données portant sur les facteurs de risque n'a pas permis de dégager un profil de la contribution des composantes de l'intervention multifactorielle sur la survenue des chutes selon le CLSC. Toutefois, lorsque les composantes de l'intervention sont examinées isolément pour l'ensemble des participants, les données obtenues, par exemple après 12 mois de participation au projet, rendent compte d'une diminution statistiquement significative de la proportion de consommateurs d'alcool au cours des six mois précédant leur évaluation, d'individus à risque élevé sur la base de leur consommation de benzodiazépines, du nombre d'éléments environnementaux de risque à leur domicile ainsi que du nombre total de facteurs de risque élevé pour les clients de bon nombre d'établissements.

La présente évaluation a produit un riche corpus de renseignements à l'égard des processus engagés dans l'implantation d'une IMP. Elle a également établi le degré de mise en œuvre des différents éléments du projet. Les résultats ont révélé en dernière analyse la présence de variations d'un CLSC à l'autre quant aux effets engendrés par l'intervention, malgré d'importants efforts consentis à l'harmonisation et à la coordination de la mise en œuvre sur le territoire. Ces observations appuient l'affirmation selon laquelle un même programme appliqué

dans des milieux distincts peut générer des résultats considérablement différents d'un endroit à l'autre.

La variation des effets sur la survenue de chutes d'un CLSC à l'autre ne signifie pas automatiquement que l'intervention qui y était pratiquée était plus ou moins efficace. Il convient en effet de rappeler que de nombreux facteurs confondants potentiels ne pouvaient pas être pris en considération dans les analyses statistiques. Par exemple, des différences relatives aux facteurs de risque liés aux caractéristiques des individus, à leurs comportements et à leur environnement pourraient fort bien expliquer la variation des effets sur la survenue de chutes observée entre les CLSC.

De nombreux défis se posent à la mise en œuvre d'une IMP en prévention des chutes aux aînés vivant à domicile et ayant recours aux services de soutien à domicile des CSSS. Les barrières à l'intervention identifiées relèvent de deux grandes catégories : les premières sont davantage associées à l'engagement des individus et les secondes, associées directement à l'offre de service.

Même si la plausibilité du modèle causal sur lequel repose la présomption de l'efficacité de l'IMP se fonde sur des stratégies d'intervention éprouvées, la question du soutien aux modifications de comportement des aînés mérite l'attention afin que soient optimisées les interventions en matière de prévention des chutes. Les organisations intéressées à implanter ce type d'intervention doivent faire preuve de créativité et obtenir la collaboration de nombreux partenaires pour élaborer et offrir des interventions préventives qui s'appuient sur les meilleures pratiques professionnelles pour améliorer l'état de santé et les conditions de vie des aînés.

Par ailleurs, les contraintes relatives à la mobilisation de l'ensemble des ressources des organisations et partenaires concernés doivent davantage être considérées. L'IMP pourra produire les effets attendus sur les facteurs de risque et les chutes à la condition d'assurer un suivi rapide aux recommandations faites aux personnes âgées pour qu'elles bénéficient des services requis et selon une intensité suffisante. Les résultats de l'évaluation du projet montrent que le travail de mobilisation des acteurs envisagés doit être soutenu dans le temps.

Les organisations intéressées à implanter une IMP doivent considérer l'importance des facteurs stratégiques et politiques des contextes d'implantation avec les partenaires envisagés – souvent liés au partage du pouvoir et des ressources – tout comme les facteurs structureaux et informationnels (Champagne, 2002; Rousseau et coll., 2005; Laberge, A., J. Morisset, M. Imbleau, 2007).

Dans un autre ordre d'idées, la tendance actuelle au Québec quant aux indicateurs de gestion met l'accent sur le volume de clientèle profitant d'une intervention. Aucune information sur l'efficacité ou la qualité de l'intervention n'est apportée. Par ailleurs, le cadre de référence ministériel (MSSS, 2004), *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile*, recommande un accompagnement de la personne à l'intérieur d'un programme d'une durée minimale de 12 mois, mais pouvant atteindre 18 mois. Il faut maintenir et encourager l'idée de rétention des usagers de manière à garantir une dose d'exposition à l'intervention qui soit susceptible de produire des résultats tangibles.

De plus, les organisations devront s'assurer de mettre en place un processus de repérage qui garantisse la qualité et le maintien des critères d'admissibilité des participants. Toute

considération administrative sans égard à une philosophie d'intervention centrée sur l'utilisateur pourrait amener la mise à l'écart de clientèles particulières plus difficiles à mobiliser parce que moins collaboratrices.

En somme, le Comité de pilotage de la DSPE estime que, de mars 2002 à juillet 2005, la mise en œuvre du *Projet-pilote régional de prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées* a permis à 959 Lanaudoises et Lanaudois âgés de 65 ans ou plus vivant à domicile et ayant recours aux services de soutien à domicile de recevoir une intervention multifactorielle de prévention des chutes par des professionnels formés à cet effet.

La mise en place de tout nouveau programme, à plus forte raison s'il s'appuie sur la coordination de l'action de multiples acteurs et sur la personnalisation des interventions, est une entreprise exigeante. Le projet a pu être implanté grâce au concours soutenu des gestionnaires et des intervenants des CLSC lanaudois qui se sont révélés des pionniers en la matière au Québec. Les acteurs engagés dans l'implantation du projet ont insisté sur le fait qu'il avait contribué à remettre la prévention à l'avant-scène des activités des CSSS.

Les décideurs et les planificateurs de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière et des centres de santé et de services sociaux de la région possèdent maintenant grâce à ce rapport un outil de lecture de la situation sur leur territoire et une longueur d'avance pour la poursuite de l'implantation de l'intervention multifactorielle personnalisée préconisée par le *Programme national de santé publique 2003-2012 – mise à jour 2008* (MSSS, 2008) et le *Plan d'action régional de santé publique de Lanaudière 2009-2012* (ASSS de Lanaudière, 2009). Les résultats de cette évaluation soulèvent néanmoins la réflexion sur la capacité et la suffisance des moyens mis en place pour produire les résultats souhaités. Elle convie les acteurs à l'effort concerté et intersectoriel pour faire progresser l'initiative au-delà de cette première phase d'implantation.

BIBLIOGRAPHIE

- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE. *Plan d'action régional de santé publique de Lanaudière 2009-2012*, Joliette, ASSS de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, sous la direction de Laurent Marcoux, 2009, 202 p.
- ALLARD, D. De l'évaluation des projets de démonstration à l'orientation des politiques publiques : une question de méthode?, conférence donnée dans le cadre du Séminaire international francophone de prévention des accidents et des traumatismes et de promotion de la sécurité "Les défis de l'évaluation : enjeux et outils" (Bruxelles, 8-11 juillet 2001), 2001a.
- ALLARD, D. L'évaluation en l'an 2000 : comment s'y retrouver?, conférence donnée dans le cadre de l'atelier de formation en connaissance et analyse à l'Institut national de santé publique du Québec (Montréal, 23 janvier 2001), 2001b.
- AMBLARD, H., P. BERNOUX, G. HERREROS et Y.F. LIVIAN. *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, Paris, du Seuil, 2005, 291 p.
- BÉGIN, C. *Proposition de projet régional de prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées, Document de travail*, Saint-Charles-Borromée, Service de prévention et de promotion, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, 2000, 8 p.
- BÉGIN, C. *Projet-pilote régional de prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées, Devis d'implantation dans les CLSC*, Saint-Charles-Borromée, Service de prévention et de promotion, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, 2002, 120 p.
- BÉGIN, C., V. BOUDREAULT et D. SERGERIE. *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile. Guide d'implantation – IMP*, Montréal, Institut national de santé publique du Québec, 2007, 682 p.
- BÉGIN, C. *Projet-pilote régional de prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées, Procédures d'implantation du devis*, Saint-Charles-Borromée, Service de prévention et de promotion, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, 2004, 29 p. [Document de travail]
- BERG, K. Balance and its measure in the elderly: a review. *Physiotherapy Canada* 1989;41(5):240-246.
- BERG, K.O., B.E. MAKI, J.I. WILLIAMS, P.J. HOLLIDAY et S.L. WOOD-DAUPHINEE. Clinical and laboratory measures of postural balance in an elderly population. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation* 1992a;73(11):1073-1080.
- BERG, K.O., S.L. WOOD-DAUPHINEE, J.I. WILLIAMS et B.E. MAKI. Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. *Canadian Journal of Public Health* 1992b;83(suppl.-2):S7-S11.
-

- BERG, K., S. WOOD-DAUPHINEE et J.I. WILLIAMS. The balance scale: reliability assessment with elderly residents and patients with an acute stroke. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine* 1995;27(1):27-36.
- BILODEAU, A., ALLARD, D., GENDRON, S., et L. POTVIN. Les dispositifs de la participation aux étapes stratégiques de l'évaluation. *Revue canadienne d'évaluation de programmes* 2006;21(3):257-282.
- BOUDREAU, V. et M. CARBONNEAU. *Programme de prévention de la perte d'autonomie chez les personnes âgées, Description du Programme et bilan provisoire d'implantation*, Sherbrooke, Direction de la santé publique et de l'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, 1999, 29 p.
- CALLON, M. Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles St-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. *L'année sociologique* 1986;(36):169-208.
- CALLON, M. et B. LATOUR. Les paradoxes de la modernité : comment concevoir les innovations? *Prospective et Santé* 1986;(36):13-25.
- CARROLL, C., M. PATTERSON, S. WOOD, A. BOOTH, J. Rick et S. BALAIN. A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation Science* 2007;2:40.
- CHAMBERLAND, C. et A. BILODEAU. Identité et légitimité de la promotion de la santé : la nécessaire conjugaison des paradigmes de recherche et d'action. *Ruptures, Revue transdisciplinaire en santé* 2000;7(1):138-149.
- CHAMPAGNE, F. *La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé*, Étude n° 39 présentée à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Montréal, Université de Montréal, 2002, 37 p.
- CHAMPAGNE, F. et J.-L. DENIS. Pour une évaluation sensible à l'environnement des interventions : l'analyse de l'implantation. *Service Social : L'avenir des services ou services d'avenir* 1992;41(1):143-163.
- CHANG, J.T., MORTON, S.C., RUBENSTEIN, L.Z., MOJICA, W.A., MAGLIONE, M., SUTTORP, M.J., ROTH, E.A. et P.G. SHEKELLE. Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *British Medical Journal* 2004;328(7441):680-686.
- CHEVALIER, S. et O. LEMOINE. « Consommation d'alcool », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 117-133. (Collection La santé et le bien-être)
- CINQ-MARS, M. et D. FORTIN. Perspectives épistémologiques et cadre conceptuel pour l'évaluation de l'implantation d'une action concertée. *Revue canadienne d'évaluation de programme* 1999;14(2):57-83.
- DEMERS, A., D. MALTAIS et F. TRICKEY. Construction d'un programme en santé communautaire : Du projet planifié à l'action implantée. *Revue canadienne d'évaluation de programme* 1993;8(1):11-32.

- DENIS, J.-L. *Un modèle politique d'analyse du changement dans les organisations – le cas de l'implantation de la vacation en centre d'hébergement au Québec*, Montréal, Université de Montréal, 1988, 517 p. (Thèse de doctorat).
- DENIS, J.-L. et F. CHAMPAGNE. L'analyse de l'implantation : modèles et méthodes. *La revue canadienne d'évaluation de programme* 1990;5(2):47-67.
- DESROSIERS, H., N. KISHCHUK, F. OUELLET, N. DESJARDINS, C. BOURGAULT et N. PERREAULT. *Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes – Application en promotion de la santé et en toxicomanie*, Comité aviseur sur la recherche et l'évaluation en toxicomanie, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la recherche et de l'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Québec, 1998, 130 p.
- DORR-BREMME, D.W. Ethnographic evaluation: A theory and method. *Educational Evaluation and Policy Analysis* 1995;7(1):65-83.
- FLETCHER, P.C. et HIRDES, J.P. Risk factors for falling among community-based seniors using home care services. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical* 2002;57(8):M504-10.
- GATES, S., J.D. FISHER, M.W. COOKE, Y.H. CARTER et S.E. LAMB. Multifactorial assessment and targeted intervention for preventing falls and injuries among older people in community and emergency care settings: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal* 2008;336(7636):130-133.
- GILL, T.M., C.S. WILLIAMS, J.T. ROBINSON et M.E. TINETTI. A population-based study of environmental hazards in the homes of older persons. *American Journal of Public Health* 1999;89(4):553-556.
- GILL, T.M., C.S. WILLIAMS et M.E. TINETTI. Environmental hazards and the risk of nonsyncopal falls in the homes of community-living older persons. *Medical Care* 2000;38(12):1174-1183.
- GILLESPIE, L.D., W.J. GILLESPIE, M.C. ROBERTSON, S.E. LAMB, R.G. CUMMING et B.H. ROWE. Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003, vol. 3 (CD000340).
- GLASGOW, R.E., LICHTENSTEIN, E. et A.C. MARCUS. Why don't we see more translation of health promotion research to practice? Rethinking the efficacy-to-effectiveness transition. *American Journal of Public Health* 2003;93(8):1261-1267.
- GUBA, E.G. et Y.S. LINCOLN. *Competing paradigms in qualitative research*, in DENZIN, N. et Y. LINCOLN (eds.), *Handbook of qualitative research*, New York, Sage, 1994, p. 105-117.
- HABICHT, J.P., VICTORA, C.G. et J.P. VAUGHAN. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *International Journal of Epidemiology* 1999;28(1):10-18.
- HOGAN, D.B., F.A. MacDONALD, J. BETTS, S. BRICKER, E.M. EBLY, B. DELARUE, T.S. FUNG, C. HARBIDGE, M.H., C.J. MAXWELL et B. METCALF. A randomized controlled trial of a community-based consultation service to prevent falls. *Canadian Medical Association Journal* 2001;165(5):537-543.

- HOTTIN, P. L'insomnie chez la personne âgée. *Le Médecin du Québec* 2001;36(8):45-53.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. « Annexe 3. Questionnaire autoadministré (QAA) VI – L'ALCOOL », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, (Collection La santé et le bien-être), Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 15-17.
- LABERGE, A., J. MORISSET, M. IMBLEAU. *Programme national de santé publique. Une lecture stratégique des conditions de mise en œuvre*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et Institut national de santé publique du Québec, 2007, 36 p.
- LAPORTE, M., L. VILLALON et H. PAYETTE. Simple nutrition screening tools for healthcare facilities: development and validity assessment. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research* 2001;62(1):26-34.
- LAPORTE, M., L. VILLALON, J. THIBODEAU et H. PAYETTE. Validity and reliability of simple nutrition screening tools adapted to the elderly population in healthcare facilities. *Journal of Nutrition. Health and Aging* 2001;5(4):292-294.
- LECLERC, B.S., avec la collaboration de C. BÉGIN, É. CADIEUX et G. MARQUIS. *Évaluation de l'implantation et des effets d'un projet d'intervention multifactorielle et interdisciplinaire personnalisée en prévention des chutes à domicile chez les aînés : protocole de recherche*, Joliette, Service de surveillance, recherche et évaluation et Service de prévention et de promotion, Direction de santé publique et d'évaluation, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, 2006, 332 p.
- LECLERC, B.S., C. BÉGIN, É. CADIEUX, L. GOULET, N. LEDUC, M.J. KERGOAT et P. LEBEL. Facteurs de risque de chute chez les aînés vivant dans la communauté et ayant recours aux services de soutien à domicile : modèle de risques élargi avec covariables dépendantes du temps et événements récurrents. *Maladies chroniques au Canada* 2008;28(4):123-134.
- McDONNELL, A., M. LLOYD JONES et S. READ. Practical considerations in case study research: the relationship between methodology and process. *Journal of Advances Nursing* 2000;32(2):383-390.
- McGILTON, K.S., M.T. FOX et S. SIDANI. A theory-driven approach to evaluating a communication intervention. *Canadian Journal of Program Evaluation* 2005;20(2):27-47.
- McQUEEN, D.V. et L.M. ANDERSON. Données probantes et évaluation des programmes en promotion de la santé. *Ruptures, Revue transdisciplinaire en santé* 2000;7(1):79-98.
- MEERES, S.L., R. FISHER et N. GERRARD. Evaluability assessment of a community-based program. *Canadian Journal of Program Evaluation* 1995;10(1):103-121.
- MERCER, S.L. et V. GOEL. Program evaluation in the absence of goals: A comprehensive approach to the evaluation of a population-based breast cancer screening program. *Canadian Journal of Program Evaluation* 1994;9(1):97-112.
- MILLER, R. et S. ROLLNICK. *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*, New York, NY, The Guilford Press, xvii, 1991, 348 p.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Québec, Direction générale de la santé publique, 1997, 103 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Priorités nationales de santé publique 1997-2002, Vers l'atteinte des résultats attendus : 1^{er} bilan*, Québec, Direction générale de la santé publique, 1999, 146 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Direction générale de la santé publique, 2003a, 133 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Priorités nationales de santé publique 1997-2002, Vers l'atteinte des résultats attendus : 5^{ème} bilan*, Québec, Direction générale de la santé publique, 2003b, 261 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile, Cadre de référence*, Québec, Direction générale de la santé publique, 2004, 61 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Suivi de l'implantation des activités du Programme national de santé publique 2003-2012. Bilan de la fin du premier cycle*, Québec, Service des orientations en santé publique, 2008, 53 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008*, Québec, ministère la Santé et des Services sociaux, 2008, 126 p.
- MOSS, N. An organization-environment framework for assessing program implementation. *Evaluation and Program Planning* 1983;6:153-164.
- PATTON, M.Q. *Qualitative evaluation methods*, Beverly-Hills, CA, Sage, 1980, 381 p.
- PATTON, M.Q. *Qualitative research & evaluation methods*, Thousand Oaks, Sage, 2002, 598 p.
- PAWSON, R. et N. TILLEY. *Realistic evaluation*, London, Sage, 1997, 235 p.
- 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*, Sherbrooke, Centre de recherche en gérontologie et gériatrie, Centre d'expertise en gérontologie et gériatrie inc., Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, pages multiples.
- PAYETTE, H., Y. GUIGOZ et B.J. VELLAS. « Study Design for Nutritional Assessments in the Elderly », dans *Methods in Aging Research*, B.P. YU (ed), Boca Raton (Florida), CRC Press LLC, 1999, p. 301-320.
- PERREAULT, M., G. BOYER, C. COLIN, J.-F. LABADIE, J.-L. DENIS et P. RACINE. *Naître égaux – Grandir en santé. Évaluation de la mise en œuvre initiale du volet prénatal dans 4 CLSC de Montréal*, Montréal, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 2000, 365 p.

- PLUYE, P., L. POTVIN et J.-L. DENIS. La pérennisation organisationnelle des projets pilotes en promotion de la santé. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé* 2000;7(1):99-113.
- PODSIADLO, D. et S. RICHARDSON. The timed "up & go": A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society* 1991;39(2):142-148.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE. *Formulaires et outils de cueillette de données, Résultats du dépistage des facteurs de risque*, Document non publié, Sherbrooke, Direction de la santé publique, 2001, pages multiples.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE. *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007*, Saint-Charles-Borromée, Direction de santé publique et d'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, 2003, 157 p.
- RÉSEAU FRANCOPHONE DE PRÉVENTION DES TRAUMATISMES ET DE PROMOTION DE LA SÉCURITÉ. *Référentiel de bonnes pratiques. Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile*, Paris, éditions INPES, 2005, 156 p.
- ROBERTSON, M.C., A.J. CAMPBELL et P. HERBISON. Statistical analysis of efficacy in falls prevention trials. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences* 2005;60(4):530-4.
- ROUSSEAU, L., M. GUAY, D. ARCHAMBAULT, Z. EL M'MALA et N. ABDELAZIZ. *Analyse descriptive et organisationnelle de l'accessibilité à la vaccination contre l'influenza et le pneumocoque*, Laval, Équipe de recherche appliquée en santé (ÉRAS), Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de santé et de services sociaux de Laval, 2005, 86 p.
- TINETTI, M.E. Prevention of falls and falls injuries in elderly persons: a research agenda. *Prevention Medicine* 1994;23(5):756-762.
- TINETTI, M.E. Clinical practice. Preventing falls in elderly persons. *New England Journal of Medicine* 2003;348(1):42-9.
- TORNATZKY, L.G. et E.C. JOHNSON. Research on implementation. Implications for evaluation practice and evaluation policy. *Evaluation and Program Planning* 1982;5(3):193-198.
- VICTORA, C.G., HABICHT, J.P. et J. BRYCE. Evidence-based public health: moving beyond randomized trials. *American Journal of Public Health* 2004;94(3):400-405.
- YIN, R.K. Enhancing the quality of case studies in health services research. *Health Services Research* 1999;34(5)Pt 2:1209-1224.
- ZHANG, X., F.R. LOBERIZA, J.P. KLEIN ET M.-J. ZHANG. A SAS macro for estimation of direct adjusted survival curves based on a stratified Cox regression model. *Computer Methods and Programs in Biomedicine* 2007;88(2):95-101.

ANNEXE I
Préambule d'entrevue

ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION ET DES EFFETS DU « PROJET-PILOTE RÉGIONAL DE PRÉVENTION DES CHUTES À DOMICILE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES »

Préambule d'entrevue

Remerciements. Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette entrevue.

Présentation. Je me présente, je suis [nom], [fonction] au Service de surveillance, recherche et évaluation de la Direction de santé publique et d'évaluation de Lanaudière. Je collabore à l'évaluation du projet-pilote.

Responsable de l'évaluation. L'évaluation est menée par Bernard-Simon Leclerc, agent de recherche à la Direction de santé publique et d'évaluation de Lanaudière, en collaboration avec un comité d'évaluation.

Objectifs de l'évaluation. L'étude vise, dans son ensemble, à évaluer l'implantation du projet-pilote ainsi que ses effets sur certains facteurs de risque et les chutes. Cette collecte d'information cherche plus particulièrement à mieux comprendre le contexte dans lequel s'est inscrit le projet-pilote de même qu'à identifier les conditions qui ont facilité ou entravé la mise en œuvre de ses diverses composantes.

Personnes interviewées. Différents acteurs directement engagés dans l'élaboration, la gestion et l'implantation du projet-pilote dans les divers milieux seront également interviewés. Il s'agit du coordonnateur du soutien à domicile et d'une intervenante dédiée de chaque CLSC, ainsi que d'autres professionnels qui ont offert des services directs aux participants (ergothérapeutes, physiothérapeutes, médecins et nutritionnistes).

Déroulement de l'entrevue. L'entrevue comprend 16 questions au total et devrait durer approximativement une heure. Une première partie du questionnaire concerne vos fonctions au CLSC et en soutien à domicile en général alors que la seconde partie se rapporte spécifiquement au projet-pilote. La participation à cette étude vous permet d'exprimer librement votre point de vue quoique des réponses concises sont suggérées.

Période de référence. Les questions de l'entrevue ne concernent que le projet-pilote c'est-à-dire les évaluations faites et les services offerts en prévention des chutes entre le 1^{er} mars 2002 et le 31 juillet 2005.

Autorisation pour enregistrement et politique en matière de confidentialité. Pour faciliter le travail de collecte et d'analyse de l'information, nous souhaiterions recevoir votre accord pour que l'entrevue fasse l'objet d'un enregistrement audio. Nous tenons à vous assurer de la plus stricte confidentialité des renseignements individuels qui nous seront fournis. Seuls la technicienne en recherche, le chercheur principal et une secrétaire du service pourront prendre connaissance de vos réponses afin d'en faire la transcription, l'analyse et la compilation. Les bandes audio seront gardées sous clef et détruites à la fin de l'étude. Seuls certains renseignements anonymisés ou agrégés pourront être rendus publics dans un rapport de recherche.

Questions ou commentaires. Avez-vous des questions ou des commentaires au sujet du projet d'évaluation avant de débiter l'entrevue?

Il vous sera toujours possible de contacter en tout temps le responsable de cette étude si vous désiriez obtenir des renseignements complémentaires [remettre une carte professionnelle].

ANNEXE II
Formulaire de consentement

ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION ET DES EFFETS DU PROJET-PILOTE RÉGIONAL DE PRÉVENTION DES CHUTES À DOMICILE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

Formulaire de consentement

L'évaluation est menée par Bernard-Simon Leclerc, agent de recherche à la Direction de santé publique et d'évaluation de Lanaudière, en collaboration avec un comité d'évaluation.

L'étude vise, dans son ensemble, à évaluer l'implantation du projet-pilote ainsi que ses effets sur certains facteurs de risque et les chutes. Cette collecte d'information cherche plus particulièrement à mieux comprendre le contexte dans lequel s'est inscrit le projet-pilote de même qu'à identifier les conditions qui ont facilité ou entravé la mise en œuvre de ses diverses composantes.

Différents acteurs directement engagés dans l'élaboration, la gestion et l'implantation du projet-pilote dans les divers milieux seront également interviewés. Il s'agit du coordonnateur du soutien à domicile et d'une intervenante dédiée de chaque CLSC, ainsi que d'autres professionnels qui ont offert des services directs aux participants (ergothérapeutes, physiothérapeutes, médecins et nutritionnistes).

Environ une heure est nécessaire pour répondre aux questions. L'entrevue comprend 16 questions au total. Une première partie du questionnaire concerne vos fonctions au [...] alors que la seconde partie se rapporte spécifiquement au projet-pilote.

Pour faciliter le travail de collecte et d'analyse de l'information, nous souhaitons recevoir votre accord pour que l'entrevue fasse l'objet d'un enregistrement audio. Nous tenons à vous assurer de la plus stricte confidentialité des renseignements individuels qui nous seront fournis. Seuls la technicienne en recherche, le chercheur principal et une secrétaire du service pourront prendre connaissance de vos réponses afin d'en faire la transcription, l'analyse et la compilation. Les bandes audio seront gardées sous clef et détruites à la fin de l'étude. Seuls certains renseignements anonymisés ou agrégés pourront être rendus publics dans un rapport de recherche.

La participation à cette étude vous permet d'exprimer librement votre point de vue. Nous tenons cependant à vous rappeler que vous êtes entièrement libre de répondre aux questions, sans avoir à subir d'inconvénient ou de préjudice quelconque.

Je déclare avoir pris connaissance de ce formulaire de consentement et certifie qu'on a répondu à toutes mes questions avant de prendre ma décision. J'accepte de plein gré de participer à cette entrevue.

Signature du participant

Signature de l'intervieweur

Date

ANNEXE III
Schéma d'entrevue pour les gestionnaires et les professionnels

ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION DU « PROJET-PILOTE RÉGIONAL DE PRÉVENTION DES CHUTES À DOMICILE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES »

SCHÉMA D'ENTREVUE POUR LES GESTIONNAIRES ET LES PROFESSIONNELS

Variables contextuelles politiques

A. Services de soutien à domicile en général

- 1.1. Définissez brièvement vos fonctions au CLSC.
- 1.2. Quelles sont vos attentes sur les plans organisationnel, professionnel et personnel à l'égard des fonctions que vous occupez présentement?
- 1.3. Que pensez-vous de la façon dont votre CLSC s'occupe des personnes âgées en soutien à domicile?
- 1.4. Que pensez-vous de la place qu'occupent la promotion de la santé et la prévention des maladies, des blessures et des problèmes sociaux en soutien à domicile dans votre CLSC?
- 1.5. Pensez-vous que votre CLSC utilise efficacement les compétences des professionnels en soutien à domicile? Si oui, comment? Si non, pourquoi?

B. Projet-pilote de prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées

- 1.6. Quels étaient, d'après vous, les buts et les objectifs du projet-pilote de prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées? Que pensez-vous de ces objectifs?
- 1.7. D'après vous, est-ce que les activités retenues et les moyens déployés dans le cadre du projet-pilote de prévention des chutes vous paraissent susceptibles d'agir sur les risques identifiés et de prévenir la survenue de chutes chez les personnes âgées? En quoi et pourquoi?
- 1.8. En considérant les ressources investies et les moyens mis en œuvre dans le cadre du projet-pilote de prévention des chutes, l'implantation de ce type d'initiative représentative, d'après vous, un choix judicieux? En quoi et pourquoi?
- 1.9. Est-ce que le projet-pilote de prévention des chutes a eu des répercussions sur votre travail ou votre pratique? Si oui, lesquelles?
- 1.10. Qui, d'après vous, exerçait le plus d'influence sur l'implantation du projet-pilote dans votre CLSC? En quoi et pourquoi? Pouvez-vous nommer les acteurs-clés par ordre d'importance selon cette influence?

Appréciation de l'implantation du projet-pilote de prévention des chutes

- 1.11. Que pensez-vous de la participation et de l'appui accordé à l'implantation du projet-pilote de prévention des chutes par les intervenants et gestionnaires de votre CLSC? Étaient-ils suffisants? Que pensez-vous de la participation et de l'appui de la Direction de santé publique et d'évaluation?
- 1.12. Que pensez-vous du degré de réceptivité et de motivation* de la clientèle à l'égard du projet-pilote de prévention des chutes et des interventions qui leur étaient proposées?
- 1.13. Parmi les divers éléments ou composantes du projet-pilote de prévention des chutes, lesquels vous sont apparus les plus difficiles à mettre en œuvre? En quoi et pourquoi?
- 1.14. Pouvez-vous identifier les principaux aspects ou forces qui ont facilité l'implantation du projet-pilote de prévention des chutes dans son ensemble? Si oui, lesquels et en quoi ont-ils facilité l'implantation?
- 1.15. Pouvez-vous identifier les principaux aspects ou limites qui ont entravé l'implantation du projet dans son ensemble? Si oui, lesquels et en quoi ont-ils entravé l'implantation?

En conclusion

- 1.16. Auriez-vous des suggestions ou des recommandations à formuler pour améliorer l'intégration actuelle ou future des interventions en prévention des chutes dans votre CLSC?

Merci de votre collaboration !

* La motivation peut être définie, d'un point de vue opérationnel, comme « la probabilité qu'une personne adopte, poursuive et respecte une stratégie particulière » (Miller et Rollnick, 1991).

ANNEXE IV
Schéma d'entrevue pour les médecins

ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION DU « PROJET-PILOTE RÉGIONAL DE PRÉVENTION DES CHUTES À DOMICILE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES »

SCHÉMA D'ENTREVUE POUR LES MÉDECINS

Variables contextuelles politiques

A. Services de soutien à domicile et pratiques médicales préventives en général

- 1.1. Définissez brièvement vos fonctions au CLSC.
- 1.2. Quelles sont vos attentes sur les plans organisationnel, professionnel et personnel à l'égard des fonctions que vous occupez présentement?
- 1.3. Que pensez-vous de la façon dont votre CLSC s'occupe des personnes âgées en soutien à domicile?
- 1.4. Que pensez-vous de la place qu'occupent la promotion de la santé et la prévention des maladies, des blessures et des problèmes sociaux en soutien à domicile dans votre CLSC?
- 1.5. Que pensez-vous des pratiques cliniques préventives (dépistage, counseling, etc.) et du rôle du médecin en CLSC à cet égard?

B. Projet-pilote de prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées

- 1.6. Quels étaient, d'après vous, les buts et les objectifs du projet-pilote de prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées? Quel était votre rôle à cet égard? Pendant combien de temps avez-vous collaboré au Projet-pilote de prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées entre le 1^{er} mars 2002 et le 31 juillet 2005?
- 1.7. D'après vous, est-ce que vos interventions cliniques préventives en matière de consommation d'alcool et de médicaments réalisées dans le cadre du projet-pilote de prévention des chutes sont susceptibles d'avoir agi sur les risques de chute chez les personnes âgées? En quoi et pourquoi?
- 1.8. En considérant les ressources investies et les moyens mis en œuvre dans le cadre du projet-pilote de prévention des chutes dans son ensemble, l'implantation de ce type d'initiative représente-t-elle, d'après vous, un choix judicieux? En quoi et pourquoi?
- 1.9. Est-ce que le projet-pilote de prévention des chutes a eu des répercussions sur votre travail ou votre pratique? Si oui, lesquelles?
- 1.10. Qui, d'après vous, exerçait le plus d'influence sur l'implantation du projet-pilote dans votre CLSC? En quoi et pourquoi? Pouvez-vous nommer les acteurs-clés par ordre d'importance selon cette influence?

Appréciation de l'implantation des pratiques cliniques en prévention des chutes

- 1.11. Que pensez-vous de l'appui accordé par les intervenants et gestionnaires de votre CLSC pour soutenir la prestation de pratiques cliniques en prévention des chutes? Était-il suffisant? En quoi et pourquoi? Que pensez-vous de l'appui de la Direction de santé publique et d'évaluation?
- 1.12. Que pensez-vous du degré de réceptivité et de motivation* de la clientèle à l'égard de vos interventions cliniques préventives en matière de consommation d'alcool et de médicaments?
- 1.13. Que pensez-vous de la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire manifestée dans le cadre du projet-pilote de prévention des chutes?
- 1.14. Pouvez-vous identifier les principaux aspects qui ont facilité l'intégration des pratiques cliniques préventives au projet-pilote de prévention des chutes dans son ensemble? Si oui, lesquels et en quoi ont-ils facilité leur implantation?
- 1.15. Pouvez-vous identifier les principaux aspects qui ont limité l'intégration des pratiques cliniques préventives au projet dans son ensemble? Si oui, lesquels et en quoi ont-ils entravé l'implantation?

En conclusion

- 1.16. Auriez-vous des suggestions ou des recommandations à formuler pour améliorer l'intégration actuelle ou future des interventions cliniques en prévention des chutes dans la pratique médicale de première ligne?

Merci de votre collaboration !

* La motivation peut être définie, d'un point de vue opérationnel, comme « la probabilité qu'une personne adopte, poursuive et respecte une stratégie particulière » (Miller et Rollnick, 1991).

ANNEXE V
Schéma d'entrevue pour la conseillère en nutrition à la DSPE de
l'Agence de Lanaudière

ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION DU « PROJET-PILOTE RÉGIONAL DE PRÉVENTION DES CHUTES À DOMICILE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES »

SCHÉMA D'ENTREVUE POUR LA CONSEILLÈRE EN NUTRITION À LA DSPE DE L'AGENCE DE LANAUDIÈRE

Variables contextuelles politiques

A. Fonctions en nutrition en général

- 1.17. Définissez brièvement vos fonctions à la Direction de santé publique et d'évaluation de l'Agence de Lanaudière.
- 1.18. Quelles sont vos attentes sur les plans organisationnel, professionnel et personnel à l'égard des fonctions que vous occupez présentement?
- 1.19. Que pensez-vous de la façon dont l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière et, plus largement, le réseau lanaudois de la santé et des services sociaux s'occupent des personnes âgées en soutien à domicile?
- 1.20. Que pensez-vous de la place qu'occupent la promotion de la santé et la prévention des maladies, des blessures et des problèmes sociaux en soutien à domicile dans les CLSC?
- 1.21. Que pensez-vous des pratiques cliniques préventives (dépistage, counseling, etc.) et du rôle des nutritionnistes en CLSC à cet égard?

B. Projet-pilote de prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées

- 1.22. Quels étaient, d'après vous, les buts et les objectifs du projet-pilote de prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées? Quel était votre rôle à cet égard?
- 1.23. D'après vous, est-ce que les activités retenues et les moyens déployés dans le cadre du projet-pilote de prévention des chutes vous paraissent susceptibles d'agir sur les risques identifiés et de prévenir la survenue de chutes chez les personnes âgées? En quoi et pourquoi? Que pensez-vous plus spécifiquement des interventions cliniques préventives en nutrition réalisées dans le cadre du projet-pilote?
- 1.24. En considérant les ressources investies et les moyens mis en œuvre dans le cadre du projet-pilote de prévention des chutes, l'implantation de ce type d'initiative représentative, d'après vous, un choix judicieux? En quoi et pourquoi?
- 1.25. Est-ce que le projet-pilote de prévention des chutes a eu des répercussions sur votre travail ou votre pratique? Si oui, lesquelles?
- 1.26. Qui, d'après vous, exerçait le plus d'influence sur l'implantation du projet-pilote dans les CLSC? En quoi et pourquoi? Pouvez-vous nommer les acteurs-clés de la Direction de santé publique et d'évaluation ou des CLSC par ordre d'importance selon cette influence?

Appréciation de l'implantation du projet-pilote de prévention des chutes

- 1.27. Que pensez-vous de la participation et de l'appui accordé à l'implantation du projet-pilote de prévention des chutes par les intervenants et gestionnaires des CLSC? Étaient-ils suffisants? Que pensez-vous de la participation et de l'appui de la Direction de santé publique et d'évaluation?
- 1.28. Que pensez-vous du degré de réceptivité et de motivation* de la clientèle à l'égard du projet-pilote de prévention des chutes et des interventions qui leur étaient proposées?
- 1.29. Parmi les divers éléments ou composantes des interventions cliniques préventives en nutrition réalisées dans le cadre du projet-pilote de prévention des chutes, lesquels vous sont apparus les plus difficiles à mettre en œuvre? En quoi et pourquoi?
- 1.30. Pouvez-vous identifier les principaux aspects ou forces qui ont facilité l'implantation du projet-pilote de prévention des chutes dans son ensemble? Si oui, lesquels et en quoi ont-ils facilité l'implantation?
- 1.31. Pouvez-vous identifier les principaux aspects ou limites qui ont entravé l'implantation du projet dans son ensemble? Si oui, lesquels et en quoi ont-ils entravé l'implantation?

En conclusion

- 1.32. Auriez-vous des suggestions ou des recommandations à formuler pour améliorer l'intégration actuelle ou future des interventions cliniques préventives en nutrition en prévention des chutes dans les CLSC? Des interventions de prévention des chutes dans son ensemble?

Merci de votre collaboration !

* La motivation peut être définie, d'un point de vue opérationnel, comme « la probabilité qu'une personne adopte, poursuive et respecte une stratégie particulière » (Miller et Rollnick, 1991).

ANNEXE VI
**Schéma d'entrevue pour le concepteur et promoteur du devis
d'implantation à la DSPE de l'Agence de Lanaudière**

ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION DU « PROJET-PILOTE RÉGIONAL DE PRÉVENTION DES CHUTES À DOMICILE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES »

SCHÉMA D'ENTREVUE POUR LE CONCEPTEUR ET PROMOTEUR DU DEVIS D'IMPLANTATION À LA DSPE DE L'AGENCE DE LANAUDIÈRE

Variables contextuelles politiques

A. Services de soutien à domicile en général

- 1.33. Définissez brièvement vos fonctions à la Direction de santé publique et d'évaluation de l'Agence de Lanaudière.
- 1.34. Quelles sont vos attentes sur les plans organisationnel, professionnel et personnel à l'égard des fonctions que vous occupez présentement?
- 1.35. Que pensez-vous de la façon dont l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière et, plus largement, le réseau lanaudois de la santé et des services sociaux s'occupent des personnes âgées en soutien à domicile?
- 1.36. Que pensez-vous de la place qu'occupent la promotion de la santé et la prévention des maladies, des blessures et des problèmes sociaux en soutien à domicile dans les CLSC?
- 1.37. Que pensez-vous des pratiques cliniques préventives (dépistage, counseling, etc.) et du rôle des professionnels en CLSC à cet égard?

B. Projet-pilote de prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées

- 1.38. Quels étaient les buts et les objectifs du projet-pilote de prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées? Quel était votre rôle à cet égard?
- 1.39. D'après vous, est-ce que les activités retenues et les moyens déployés dans le cadre du projet-pilote de prévention des chutes vous paraissent susceptibles d'agir sur les risques identifiés et de prévenir la survenue de chutes chez les personnes âgées? En quoi et pourquoi?
- 1.40. En considérant les ressources investies et les moyens mis en œuvre dans le cadre du projet-pilote de prévention des chutes, l'implantation de ce type d'initiative représentative, d'après vous, un choix judicieux? En quoi et pourquoi?
- 1.41. Est-ce que le projet-pilote de prévention des chutes a eu des répercussions sur votre travail ou votre pratique? Si oui, lesquelles?
- 1.42. Qui, d'après vous, exerçait le plus d'influence sur l'implantation du projet-pilote dans les CLSC? En quoi et pourquoi? Pouvez-vous nommer les acteurs-clés de la Direction de santé publique et d'évaluation ou des CLSC par ordre d'importance selon cette influence?

Appréciation de l'implantation du projet-pilote de prévention des chutes

- 1.43. Que pensez-vous de la participation et de l'appui accordé à l'implantation du projet-pilote de prévention des chutes par les intervenants et gestionnaires des CLSC? Étaient-ils suffisants? Que pensez-vous de la participation et de l'appui de la Direction de santé publique et d'évaluation?
- 1.44. Que pensez-vous du degré de réceptivité et de motivation* de la clientèle à l'égard du projet-pilote de prévention des chutes et des interventions qui leur étaient proposées?
- 1.45. Parmi les divers éléments ou composantes du projet-pilote de prévention des chutes, lesquels vous sont apparus les plus difficiles à mettre en œuvre? En quoi et pourquoi?
- 1.46. Pouvez-vous identifier les principaux aspects ou forces qui ont facilité l'implantation du projet-pilote de prévention des chutes dans son ensemble? Si oui, lesquels et en quoi ont-ils facilité l'implantation?
- 1.47. Pouvez-vous identifier les principaux aspects ou limites qui ont gêné l'implantation du projet dans son ensemble? Si oui, lesquels et en quoi ont-ils fait obstacle à l'implantation?

En conclusion

- 1.48. Auriez-vous des suggestions ou des recommandations à formuler pour améliorer l'intégration actuelle ou future des interventions en prévention des chutes dans les CLSC?

Merci de votre collaboration !

* La motivation peut être définie, d'un point de vue opérationnel, comme « la probabilité qu'une personne adopte, poursuive et respecte une stratégie particulière » (Miller et Rollnick, 1991).

ANNEXE VII
Évaluation de l'implantation et des effets

**« PROJET-PILOTE RÉGIONAL DE PRÉVENTION DES CHUTES À DOMICILE
CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES »**

ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION ET DES EFFETS

Questionnaire autoadministré

Bernard-Simon Leclerc

Agent de recherche sociosanitaire

en collaboration avec

Claude Bégin

Agent de planification et de programmation

Élizabeth Cadieux

Agente de recherche sociosanitaire

et

Geneviève Marquis

Technicienne en recherche psychosociale

SERVICE DE SURVEILLANCE, RECHERCHE ET ÉVALUATION

et

SERVICE DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION

Direction de santé publique et d'évaluation

Agence de la santé et de services sociaux de Lanaudière

Janvier 2006

INSTRUCTIONS GÉNÉRALES

La Direction de santé publique et d'évaluation de Lanaudière procède actuellement à la dernière étape de collecte d'information pour l'évaluation de l'implantation du Projet-pilote régional de prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées. Dans le but de nous aider à améliorer, si nécessaire, les interventions de prévention des chutes à domicile chez les aînés dans la région de Lanaudière et à mieux comprendre les facteurs permettant l'intégration dans le milieu de programmes de prévention en général, nous apprécierions grandement que vous puissiez prendre quelques minutes de votre temps pour répondre aux questions suivantes. Vos réponses demeureront strictement confidentielles et ne seront divulguées à aucune personne de votre CLSC ni à qui que ce soit d'autre. Seul le personnel de recherche du Comité d'évaluation pourra en prendre connaissance afin d'en faire l'analyse et la compilation.

Nous vous demandons de remplir et de remettre le questionnaire à l'intervieweur qui vous rencontrera sous peu pour une entrevue individuelle. Veuillez s'il vous plaît répondre à toutes les questions.

Pour toute information supplémentaire concernant ce questionnaire, communiquez avec :

Bernard-Simon Leclerc, agent de recherche sociosanitaire
Téléphone : 450 759-1157, poste 4324 ou, sans frais, 1 800 668-9229, poste 4324
Courriel : bernard-simon_leclerc@ssss.gouv.qc.ca

Merci de votre collaboration !

8. Depuis combien de temps travaillez-vous pour ce CLSC?

9. Depuis combien de temps travaillez-vous auprès des personnes âgées en soutien à domicile?

10. Pendant combien de temps avez-vous travaillé au Projet-pilote régional de prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées entre le 1^{er} mars 2002 et le 31 juillet 2005?

11. Combien d'heures par semaine consacriez-vous au Projet-pilote de prévention des chutes?

Nous désirerions également connaître votre sentiment d'appartenance envers différents groupes reliés aux fonctions que vous occupez.

12. Quel est votre degré d'attachement?

	Très grand attachement	Grand attachement	Certain détachement	Grand détachement
a. Au CLSC où vous travaillez présentement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. À votre groupe de travail immédiat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. À votre profession	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nous aimerions maintenant connaître votre opinion à propos de l'implantation du « Projet-pilote régional de prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées ».

13. Quel est votre degré de satisfaction à l'égard des éléments suivants mis en œuvre sur le territoire de votre CLSC?

	Très grande satisfaction	Grande satisfaction	Certaine insatisfaction	Grande insatisfaction	Ne sais pas
a. La coordination et le suivi du projet au palier régional	<input type="checkbox"/>				
b. La coordination du projet au palier local (à votre CLSC)	<input type="checkbox"/>				
c. Le soutien et l'accompagnement de la Direction de santé publique et d'évaluation en cours d'implantation	<input type="checkbox"/>				
d. Le soutien et l'accompagnement de votre CLSC en cours d'implantation	<input type="checkbox"/>				
e. La formation offerte par la Direction de santé publique et d'évaluation	<input type="checkbox"/>				
f. La collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire à votre CLSC	<input type="checkbox"/>				
g. La collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire avec les partenaires extérieurs à votre CLSC	<input type="checkbox"/>				
h. Le mandat et les rôles de chaque intervenant et collaborateur de votre CLSC	<input type="checkbox"/>				
i. Le nombre d'intervenants affectés au projet	<input type="checkbox"/>				

(suite)	Très grande satisfaction	Grande satisfaction	Certaine insatisfaction	Grande insatisfaction	Ne sais pas
j. Le type d'intervenants affectés au projet	<input type="checkbox"/>				
k. Les modalités de recrutement des participants	<input type="checkbox"/>				
l. Les outils et les procédures de dépistage et d'évaluation des facteurs de risque reliés à l'utilisation de médicaments	<input type="checkbox"/>				
m. Les outils et les procédures de dépistage et d'évaluation des facteurs de risque reliés aux capacités motrices et d'équilibre	<input type="checkbox"/>				
n. Les outils et les procédures de dépistage et d'évaluation des facteurs de risque reliés à l'alimentation	<input type="checkbox"/>				
o. Les outils et les procédures de dépistage et d'évaluation des facteurs de risque reliés à la consommation d'alcool	<input type="checkbox"/>				
p. Les outils et les procédures de dépistage et d'évaluation des facteurs de risque reliés à l'environnement domiciliaire	<input type="checkbox"/>				
q. Les modalités d'intervention en général	<input type="checkbox"/>				
r. Les modalités d'orientation des participants vers les intervenants et collaborateurs de votre CLSC	<input type="checkbox"/>				
s. Les modalités d'orientation des participants vers les partenaires extérieurs à votre CLSC	<input type="checkbox"/>				
t. La réceptivité et la motivation de la clientèle à l'égard du projet et des interventions qui leur ont été proposées	<input type="checkbox"/>				
u. Les modalités de suivi des participants et de l'intervention	<input type="checkbox"/>				
v. Les modalités de collecte et de saisie des données aux fins de l'évaluation du projet	<input type="checkbox"/>				

Pour terminer, nous aimerions savoir votre opinion relativement aux objectifs du Projet-pilote de prévention des chutes et aux possibilités de les atteindre.

14. Dans quelle mesure êtes-vous en accord ou en désaccord avec les énoncés suivants?

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord	Ne sais pas
a. Les buts et objectifs généraux du Projet-pilote de prévention des chutes sont partagés par tous les intervenants et collaborateurs du soutien à domicile de votre CLSC	<input type="checkbox"/>				
b. Les stratégies et modes d'intervention mis en œuvre en matière d'utilisation de médicaments ont un potentiel d'efficacité suffisant pour réduire les risques à cet égard	<input type="checkbox"/>				
c. Les stratégies et modes d'intervention mis en œuvre en matière de capacités motrices et d'équilibre ont un potentiel d'efficacité suffisant pour réduire les risques à cet égard	<input type="checkbox"/>				
d. Les stratégies et modes d'intervention mis en œuvre en matière d'alimentation ont un potentiel d'efficacité suffisant pour réduire les risques à cet égard	<input type="checkbox"/>				
e. Les stratégies et modes d'intervention mis en œuvre en matière de consommation d'alcool ont un potentiel d'efficacité suffisant pour réduire les risques à cet égard	<input type="checkbox"/>				
f. Les stratégies et modes d'intervention mis en œuvre en matière d'environnement domiciliaire ont un potentiel d'efficacité suffisant pour réduire les risques à cet égard	<input type="checkbox"/>				

*Agence de la santé
et des services sociaux
de Lanaudière*

Québec

