

**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

par

**Bernard-Simon Leclerc
Agent de recherche sociosanitaire**

avec la collaboration

de

**Claude Bégin
Agent de planification et de programmation**

**Élizabeth Cadieux
Agente de recherche sociosanitaire**

**Geneviève Marquis
Technicienne en recherche**

**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**

Décembre 2005

Rédaction : Bernard-Simon Leclerc
Comité de lecture : André Guillemette et Caroline Richard
Mise en pages : Jacinthe Bélisle et Marie-Josée Charbonneau

Ce document a été publié en quantité limitée. Un exemplaire peut cependant être consulté à l' :
Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière
245, Curé-Majeau
Joliette (Québec) J6E 8S8
Téléphone : (450) 759-1157, poste 4324
Télécopieur : (450) 759-1969

Toute information extraite de ce document devra porter la source suivante :

LECLERC, Bernard-Simon, Claude BÉGIN (coll.), Élisabeth CADIEUX (coll.) et Geneviève MARQUIS (coll.) (2005). *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, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, Service de prévention et de promotion, 116 p.

Pour toute information supplémentaire concernant ce document, communiquez avec :
Bernard-Simon Leclerc, agent de recherche sociosanitaire
Téléphone au (450) 759-1157, poste 4324 ou, sans frais, 1 800 668-9229, poste 4324
Courriel : bernard-simon_leclerc@ssss.gouv.qc.ca

Numéro de Santécom : 14-2005-051

Dépôt légal :
ISBN : 2-89475-283-0
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec
Quatrième trimestre 2005

REMERCIEMENTS

L'auteur remercie ses collègues André Guillemette et Caroline Richard, du Service de surveillance, recherche et évaluation de la Direction de santé publique et d'évaluation de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, qui ont bien accepté de relire le document quant à sa forme et à son contenu.

Enfin, il est reconnaissant à Daniel Desrochers pour son infatigable et minutieux travail de révision linguistique ainsi qu'à Jacinthe Bélisle et à Marie-Josée Charbonneau pour la mise en pages. Un merci non moins sincère s'adresse à Guylaine Arbour, alors à la charge de l'Agence de Lanaudière, qui a prêté son concours aux étapes initiales de la planification de l'évaluation.

AVANT-PROPOS

L'auteur du présent protocole entend réaliser cette recherche dans le cadre de ses fonctions professionnelles à la Direction de santé publique et d'évaluation de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière de même que des exigences de l'obtention du grade de doctorat en santé publique, option épidémiologie, à l'Université de Montréal. Il est intégré à une équipe et tire son sujet de thèse d'un projet en cours. Il en est cependant l'auteur, le chercheur central et le principal commettant.

Une version abrégée de l'ouvrage a été soumise aux fins d'un examen général de synthèse passé avec succès le 23 juin 2005. Le protocole a alors été défendu devant un jury composé de Lise Goulet, Michèle Rivard et Pierre Philippe, du Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal, de Nicole Leduc, du Département d'administration de la santé du même endroit, et de Yvonne Robitaille, de l'Institut national de santé publique du Québec.

Le document ne présente pas un projet achevé pas plus qu'il ne constitue un quelconque engagement de la part de l'auteur.

À Sophie, dont la grandeur d'âme et de cœur n'a d'égal que sa foi en Marie.

Quand je suis en présence
je suis décidé
mon bonheur est un bonheur
comme un nid d'hirondelles
je suis tenu d'avoir ce que j'ai
je ne suis pas tenu à l'impossible
de ce qui me manque peut-être

c'est ce précis moment-ci que j'attendais
ne me parlez pas de la mort
ne parlez pas de la mort à un oiseau en plein vol
planant dans la nécessité de voler
volontaire mon bonheur est mise en place
de quelques nécessités amoureuses
dont je saisis pour l'heure
la source et la valeur

mon bonheur n'a pas de circonstance
sauf du hasard d'être encore vivant

je sais que je suis

M. Garneau

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	XI
LISTE DES FIGURES.....	XIII
LISTE DES ANNEXES	XV
1. INTRODUCTION	1
2. CONTEXTE ET HISTORIQUE.....	7
3. RECENSION DES ÉCRITS	13
3.1 Portrait démographique et de santé des aînés	13
3.2 Incidence des chutes	15
3.3 Conséquences des chutes.....	16
3.3.1 Blessures.....	16
3.3.2 Traumatismes postchute	17
3.3.3 Hospitalisations.....	17
3.3.4 Institutionnalisation.....	18
3.3.5 Décès.....	18
3.4 Fardeau économique de la maladie	19
3.5 Causes et facteurs de risque de chutes	19
3.6 Prévention des chutes.....	28
3.6.1 Dépistage des personnes à risque	28
3.6.2 Mesures efficaces.....	29
4. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE.....	31
4.1 Projet de prévention des chutes.....	31
4.2 Projet de recherche.....	31
4.2.1 Objectifs de l'étude	32
4.2.2 Hypothèses de recherche	33
5. MÉTHODOLOGIE	35
5.1 Formation et période d'essai.....	35
5.2 Sujets à l'étude.....	36
5.3 Recrutement des sujets.....	38

5.4	Modélisation de l'intervention	40
5.5	Évaluation des chutes et du risque de chutes	44
5.5.1	Apports nutritionnels.....	45
5.5.2	Équilibre et motricité.....	45
5.5.3	Médication.....	47
5.5.4	Consommation d'alcool.....	47
5.5.5	Environnement domiciliaire.....	48
5.5.6	Défavorisation matérielle et sociale	48
5.6	Description de l'intervention	49
5.7	Validité de l'information.....	51
5.8	Représentativité de l'échantillon.....	53
5.9	Évaluation des effets.....	54
5.9.1	Type d'étude et de devis	54
5.9.2	Variables étudiées et analyses statistiques.....	54
5.10	Évaluation de l'implantation.....	64
5.10.1	Objets d'évaluation	64
5.10.2	Positionnement épistémologique.....	65
5.10.3	Modèle théorique de changement organisationnel.....	67
5.10.4	Type d'étude	69
5.10.5	Planification opérationnelle de la recherche	70
5.10.5.1	<i>Population à l'étude</i>	70
5.10.5.2	<i>Variables, sources de données et méthodes de collecte</i>	70
5.11	Analyse des données.....	76
5.12	Portée et limites	77
6.	PERTINENCE ET IMPACT DE L'ÉTUDE.....	81
7.	BIBLIOGRAPHIE	83
	ANNEXES.....	101

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Incidence de chutes à domicile chez les aînés	16
Tableau 2. Facteurs de risque de chute et de chute avec blessures	23
Tableau 3. Facteurs de risque de chutes organisés selon la matrice de Huddon	23
Tableau 4. Facteurs de risque intrinsèques de chutes et de traumatismes	27
Tableau 5. Cheminement des participants au projet	39
Tableau 6. Processus d'intervention lié à l'évaluation des facteurs de risque de chutes	52
Tableau 7. Facteurs de risque et autres variables indépendantes considérés dans l'étude	59
Tableau 8. Liste des objets d'évaluation et indicateurs d'intérêt	73
Tableau 9. Répartition des entrevues par catégorie de répondant et par site	76
Tableau 10. Robustesse des résultats de la mise en œuvre du projet lanaudois d'intervention en prévention des chutes à domicile chez les aînés	77
Tableau 11. Échéancier du projet	82

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Genèse des chutes et des fractures liées aux chutes d'après la matrice de Haddon	20
Figure 2. Modèle logique de l'intervention.....	41
Figure 3. Roue de l'analyse stratégique de l'intervention.....	42
Figure 4. Chaîne de production des résultats du modèle logique de l'intervention	43
Figure 5. Modèle politique et contingent (structurel) du contexte d'implantation du projet lanauois d'intervention en prévention des chutes à domicile chez les aînés	68

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1	Lettre adressée aux pharmaciens de la région de Lanaudière par le directeur de santé publique et d'évaluation de l'Agence de Lanaudière	101
Annexe II	Lettre adressée aux médecins de la région de Lanaudière par le chef du Département régional de médecine générale de l'Agence de Lanaudière.....	105
Annexe III	Formulaire Évaluation de l'autonomie multiclientèle	109
Annexe IV	Formulaire Évaluation de l'autonomie – Clientèle de soins court terme.....	131
Annexe V	Formulaire Profil évolutif de l'autonomie	137
Annexe VI	Formulaire Prise de contact.....	145
Annexe VII	Lettre de présentation du projet au participant.....	151
Annexe VIII	Brochure Prévenir les chutes à domicile. Quelques conseils utiles	155
Annexe IX	Brochure L'information est la meilleure prescription. Ce que vous devez savoir sur vos médicaments	159
Annexe X	Brochure La saine alimentation... Une alliée dans la prévention des chutes	163
Annexe XI	Fiche de référence interne	201
Annexe XII	Formulaire Histoire de chute antérieure	205
Annexe XIII	Registre des chutes	209
Annexe XIV	Calendrier aide-mémoire pour le monitoring des chutes	213
Annexe XV	Questionnaire de Payette pour déterminer le besoin d'aide alimentaire des personnes âgées et documents qui s'y rapportent	217
Annexe XVI	Échelle d'équilibre de Berg et test Timed Up and Go.....	225
Annexe XVII	Outil de collecte de données sur les médicaments et de dépistage de problèmes attribuables à leur consommation.....	231
Annexe XVIII	Outil d'évaluation de la consommation d'alcool.....	237
Annexe XIX	Outil d'évaluation des facteurs de risque liés à l'environnement du domicile.....	241
Annexe XX	Fiche de prêt d'équipement de maintien à domicile.....	249
Annexe XXI	Lettre d'allocation d'aide financière forfaitaire à l'aménagement du domicile ou à l'achat d'équipements sécuritaires.....	253
Annexe XXII	Formulaire Critères d'admissibilité aux aménagements domiciliaires.....	257

Annexe XXIII	Programme d'exercices individuels.....	261
Annexe XXIV	Programme d'exercices de groupe.....	265
Annexe XXV	Fiche de liaison CLSC.....	273
Annexe XXVI	Lettre de référence médicale.....	277
Annexe XXVII	Formulaire Synthèse des résultats de l'évaluation domiciliaire	281
Annexe XXVIII	Tableau de bord du suivi des participants	285
Annexe XXIX	Modélisation linéaire structurale et données longitudinales.....	295
Annexe XXX	Schémas d'entrevue pour les médecins, les gestionnaires et les professionnels.....	299
Annexe XXXI	Formulaire de consentement.....	305
Annexe XXXII	Questionnaire autoadministré.....	309

1. INTRODUCTION

Chaque année, environ une personne de 65 ans ou plus sur trois tombe au moins une fois (O'Loughlin et coll., 1993). La moitié de ces personnes chutent à plusieurs reprises (Santé Canada, 2002). En 2004, les chutes auraient été à la source de 12 681 hospitalisations et de 608 décès parmi les Québécoises et les Québécois de ce groupe d'âge (MSSS, 2004). Même si toutes les chutes n'occasionnent pas de blessures, la peur de tomber peut affecter la confiance de la personne, restreindre sa mobilité et ses capacités physiques, puis augmenter ses risques de tomber à nouveau (Dargent-Molina et Bréart, 1995).

Le tableau s'assombrit lorsqu'on considère qu'avec le vieillissement de la population – la proportion d'aînés augmentera de 40 % d'ici à 2016 (Marquis et Cadieux, 2005) –, le nombre de victimes risque d'augmenter substantiellement (Hamel et coll., 2005). 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 aînés représentent un problème de santé publique criant au Québec. Certains chercheurs n'hésitent d'ailleurs pas à parler d'une épidémie « silencieuse », étant donné que les individus perçoivent, à tort, les chutes davantage comme la conséquence d'actes fortuits que comme des événements prévisibles et évitables¹ (Fondation Sauve-qui-pense, 1988). Justement, il devient d'autant plus pressant d'agir pour réduire le fardeau sur la population et la société que plus du tiers des chutes et des traumatismes qui en découlent pourraient être prévenus (Campbell, 2002).

Les dernières décennies ont été l'occasion de questionnements sur les facteurs influençant le risque de chutes et sur les stratégies permettant de les prévenir. À ce sujet, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec promeut diverses mesures, dont la première a été la « Politique de la santé et du bien-être² », rendue publique en juin 1992, pour favoriser la compréhension du problème des chutes et agir sur lui (MSSS, 1992). Actuellement, s'il est une chose sur laquelle les professionnels, les chercheurs et les dirigeants du MSSS et des organismes publics du secteur de la santé s'entendent, c'est bien sur le fait que la chute est un événement qui résulte de facteurs de risque liés à la condition de l'individu, à ses comportements et à son environnement. La connaissance des mécanismes de l'interaction entre ces multiples facteurs et de l'importance relative de chacun demeure cependant lacunaire (MSSS, 2004).

¹ Au même titre que pour la maladie cardiaque ou le cancer, le taux élevé de cholestérol sanguin et l'usage du tabac sont considérés comme des causes probables et prévisibles que la prévention permet d'éviter.

² Une des voies d'action prioritaires retenues par la politique touchait la réorganisation des services sociosanitaires et proposait un réaménagement mettant à contribution l'ensemble des ressources pour assurer le maintien et l'intégration des aînés à leur communauté et pour leur permettre de demeurer le plus longtemps possible dans leur milieu habituel de vie.

Quelque 400 variables associées aux chutes ont été recensées à ce jour (Skelton et Dinan, 1999) mais des données probantes n'existent que pour une dizaine d'entre elles (MSSS, 2004). De fait, les facteurs de risque de chutes ne décrochent pas tous le même degré de preuve scientifique. Certains, parmi la gamme des facteurs dits *intrinsèques*, ont davantage retenu l'attention des chercheurs et leur lien avec les chutes a été démontré de façon satisfaisante. Les interventions à leur endroit se sont d'ailleurs avérées parmi les plus efficaces. Il s'agit, par exemple, de l'altération de l'équilibre et de la marche, et de la prise de médicaments. En revanche, d'autres, comme les facteurs comportementaux et environnementaux³, ont été moins étudiés ou ont conduit à des résultats contradictoires. Nombre d'auteurs croient néanmoins que l'ajout d'actions de cet ordre peut augmenter l'efficacité des programmes (Day et coll., 2002).

L'état des connaissances actuelles laisse croire que le rôle de chaque facteur de risque pris isolément est souvent assez faible et que les chutes résultent plutôt de leurs effets cumulatifs (Campbell, Borrie et Spears, 1989). En conséquence, maints experts (*American Geriatrics Society*, *British Geriatrics Society* et *American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention*, 2001 ; Campbell, 2002 ; Feder et coll., 2000 ; *National Ageing Research Institute*, 2000 ; Stevens et Olson, 2000 ; Tinetti, 2003) soutiennent que les bienfaits d'une stratégie de promotion de la santé et de prévention des chutes seront multipliés par l'adoption d'une approche multifactorielle. Ils recommandent prioritairement des actions³ visant à améliorer les capacités motrices, à éliminer les dangers de l'environnement domiciliaire – et la prise de risque à cet égard –, et à diminuer la consommation de médicaments, dont les psychotropes.

Le point de vue de la Direction générale de la santé publique du MSSS (2003b, 2004), qui s'est prononcée sur le sujet, va dans le même sens. Elle recommande que soit planifiées et implantées dans l'ensemble des régions du Québec, entre autres modes de prévention des chutes chez les aînés qui vivent à domicile, des stratégies basées sur l'évaluation individuelle des facteurs de risque et l'intervention multifactorielle et interdisciplinaire personnalisée portant sur les facteurs intrinsèques, comportementaux et environnementaux. Une récente recension des écrits à partir de la *Database of Systematic Reviews* de la Librairie Cochrane de même qu'une nouvelle méta-analyse réalisée à partir de sources multiples cautionnent cette position. Gillespie et ses collaborateurs (2003) ainsi que Chang et son équipe (2004), qui en sont respectivement les instigateurs, confirment l'efficacité de l'évaluation individuelle des facteurs de risque et de l'intervention multifactorielle interdisciplinaire pour les personnes âgées, que celles-ci présentent ou non des facteurs de risque connus.

³ Bien que le rôle exact des facteurs environnementaux sur le risque de chute ne soit pas encore bien connu, les stratégies d'évaluation et de modification de l'environnement domiciliaire ont quant à elles fait leurs preuves pour prévenir l'événement (MSSS, 2004).

Le plaidoyer en faveur de l'efficacité apparente de l'approche multifactorielle dans son ensemble ou, à tout le moins, des composantes qu'elle intègre – qu'elle soit fondée sur un consensus d'experts ou établie à partir de protocoles rigoureux – renvoie à la logique dominante⁴ qui trouve son inspiration dans les modèles d'essais cliniques (Tilley, 1996). Cette logique est difficilement applicable à des programmes communautaires qui font appel à de multiples manœuvres et acteurs, ainsi que des environnements dynamiques et changeants. Leur application dans divers contextes mènerait, selon la perspective relativiste, à des interventions différentes produisant, la plupart du temps, des résultats ambivalents. Pour tout dire, ces interventions se révèlent beaucoup trop liées au contexte et à l'environnement pour penser à une duplication et à une généralisation selon l'idée classique qu'on s'en fait (Pawson et Tilley, 1997 ; Allard, 2001a ; 2001b).

Toujours est-il qu'à l'instrumentalisme des tenants de la science expérimentale, obnubilés par le contrôle des biais externes au programme, s'oppose l'angle de vue de chercheurs plus pragmatiques qui soutiennent que les approches courantes d'évaluation ne peuvent, dans la majorité des cas, s'appliquer aux interventions reposant sur l'action sociale et la participation de la communauté. Selon ces critiques, toute règle de preuve doit pouvoir s'ajuster à la diversité des pratiques et des cadres locaux, attendu qu'il peut s'avérer impossible voire inapproprié d'étudier les phénomènes sociaux en dehors de leur environnement naturel (Chamberland et Bilodeau, 2000 ; McGilton Fox et Sidani, 2005 ; McQueen et Anderson, 2000). Face à la prise de conscience du milieu de ces limites, une certaine conception théorique semble gagner la faveur de plus en plus de scientifiques : la perspective émergente rallie participation, environnement, contexte et dynamisme, non pas comme des covariables dont on doit isoler les effets mais comme parties intégrantes de la réalité à intégrer au processus évaluatif, lui-même centré sur l'approche d'observation comme fondement méthodologique de l'explication. Dans cette voie, il peut s'avérer plus important d'examiner des échantillons représentatifs de situations ou d'environnements plutôt que de sujets (Chamberland et Bilodeau, 2000 ; McQueen et Anderson, 2000).

L'appréciation de l'efficacité d'une intervention soulève donc, quant à sa définition même, des différences inhérentes selon que l'on soit en situation expérimentale (*efficacy*) ou en situation réelle (*effectiveness*). Les études cliniques mesurent l'efficacité expérimentale au sens où leurs résultats sont obtenus par des protocoles expérimentaux et dans des situations d'intervention contrôlées. Ces résultats ne peuvent donc être tenus pour équivalents à une mesure de l'efficacité telle qu'elle pourrait être mise en évidence dans des conditions d'intervention ordinaires. Or, c'est évidemment l'efficacité en situation réelle (*effectiveness*) qui intéresse le décideur (Habicht, Victora et Vaughan, 1999 ; Glasgow, Lichtenstein et Marcus, 2003 ; Victora, Habicht et Bryce, 2004).

⁴ On fait allusion ici à la logique du « duplicisme » selon laquelle une même intervention appliquée plusieurs fois devrait produire les mêmes résultats positifs, advenant son caractère généralisable (Allard, 2001a ; 2001b).

Dans le cadre du projet d'intervention lanauchois, la complexité rencontrée à réunir un grand nombre d'acteurs, issus de disciplines et d'établissements différents, et à agir sur plusieurs fronts simultanément pendant une période prolongée⁵ pose un défi majeur sur le seul plan de la faisabilité. De surcroît, le projet présente la particularité d'une implantation généralisée sur le territoire, c'est-à-dire celle de se dérouler dans son milieu naturel, et fait participer directement les membres de l'équipe de soins qui auront à intégrer cette nouvelle intervention dans leurs mandats et leurs tâches (Bégin, 2002). Sa couverture opérationnelle et populationnelle correspond au milieu éventuel de généralisation.

Il serait peu pertinent de s'intéresser aux résultats sans s'assurer au préalable que les paramètres de l'intervention sont effectivement mis en œuvre et que les participants observent les recommandations qui leur sont faites. La nature dynamique et complexe du projet (plusieurs éléments séquentiels, plusieurs collaborateurs, plusieurs milieux, etc.) ne peut toutefois pas être saisie par les manières traditionnelles d'aborder les évaluations d'implantation. Ces dernières, essentiellement descriptives, se limitent le plus souvent à documenter l'intervention et à mesurer le degré de conformité entre un projet initialement planifié et sa version empirique. Il convient d'ajouter une dimension analytique en vue d'accroître la validité externe (Champagne et Denis, 1992). La réalisation de l'évaluation doit dépasser un but strictement sommatif et permettre à l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière⁶ et aux constituantes CLSC des CSSS⁷ de la région de se prononcer non seulement sur l'efficacité, mais aussi sur les facteurs explicatifs des résultats obtenus en vue de bonifier ultérieurement l'intervention⁸ (Chamberland et Bilodeau, 2000). Nous inscrivons notre réflexion dans le courant de l'évaluation orientée par la théorie (« Theory-driven approach ») dont Bickman (1987) et Chen (1990) sont les plus actifs défenseurs. Cette approche vise à combler les failles d'une évaluation de programme faite uniquement sur la base de la congruence entre objectifs et résultats obtenus.

⁵ La Direction générale de la santé publique du MSSS (2004) recommande un accompagnement du participant à l'intérieur du programme d'une durée idéale de douze ou dix-huit mois, avec une réévaluation tous les six mois.

⁶ À la suite de l'adoption, en décembre 2003, de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, l'appellation Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière a été remplacée par celle d'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Lanaudière. En vertu des modifications proposées à la Loi sur les services de santé et les services sociaux par le projet de loi n° 83 adopté et sanctionné en novembre 2005, le nom de l'organisation régionale a été remplacé une fois de plus par celui d'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière. L'expression « Agence » sans autre dénomination utilisée dans le document désigne cette même organisation.

⁷ En juin 2004, les centres locaux de services communautaires (CLSC) ont été fusionnés aux centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et aux centres hospitaliers de la région de Lanaudière. Ils forment depuis deux nouveaux établissements appelés « centre de santé et de services sociaux » (CSSS). Il s'agit du CSSS du Nord de Lanaudière (CLSC-CHSLD D'Autray, Carrefour de la santé et des services sociaux de Matawinie, CLSC de Joliette, CLSC-CHSLD Montcalm et Centre hospitalier régional De Lanaudière) et du CSSS du Sud de Lanaudière (CLSC Lamater, CLSC-CHSLD Meilleur et Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur).

⁸ Cette logique rejoint celle des évaluateurs « réalistes » qui partent du principe qu'il faut décrypter la « boîte noire » de l'intervention en ses composantes principales et intégrer à l'investigation des mécanismes causaux sous-jacents des dimensions du contexte duquel est introduite l'intervention (Allard, 2001a ; 2001b).

Le but de l'étude prospective consiste en une évaluation d'une approche multifactorielle de prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées admises aux services de soutien à domicile des CLSC⁹ et qui présentent déjà pour la majorité, en raison de leur état de santé ou d'incapacités, soit une histoire de chute, soit un risque de chutes éventuelles. La stratégie d'intervention consiste en un dépistage des facteurs de risque intrinsèques et extrinsèques liés aux chutes afin de prescrire un plan d'intervention individualisé. Les interventions ciblent 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 (Bégin, 2002). Les travaux de recherche consistent plus spécifiquement à évaluer l'efficacité réelle des mesures visant la réduction de la prévalence des facteurs de risque de chutes ainsi que de l'incidence des chutes elles-mêmes et leurs conséquences, puis à déterminer la contribution relative des différentes composantes de l'intervention à la production des effets sur l'incidence de chutes. Ils visent enfin à comprendre les conditions de mise en œuvre des interventions et les processus de production des effets.

⁹ Les usagers du maintien ou du soutien à domicile sont l'une des clientèles des grandes stratégies du PNSP (MSSS, 2003b ; MSSS, 2004).

2. CONTEXTE ET HISTORIQUE

Il est pertinent, avant d'aborder l'évaluation comme telle, de situer le projet d'intervention par rapport au courant québécois de réexamen des pratiques efficaces en matière de prévention des chutes chez les aînés vivant à domicile et à la demande exprimée par les établissements pourvoyeurs de services.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec lançait, en mars 1997, un document d'orientation qui déterminait les priorités de santé publique pour l'ensemble de la province (MSSS, 1997). L'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 chutes¹⁰. 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 de mettre l'accent 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 précise qu'on entend, par projet-pilote, « toute action de santé publique visant à tester une intervention » (MSSS, 1999, p. 119). Pour être qualifié de la sorte, un projet doit 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 sont alors évoquées comme des aspects de l'intervention pouvant être testés.

Les objectifs quelque peu ambitieux 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 évidemment pas été atteints en mars 2002¹¹. 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 un espace de temps suffisamment long (MSSS, 2000). L'initiative nationale aura néanmoins permis de recenser quelques « projets

¹⁰ Le libellé exact des actions à réaliser s'énonçait ainsi : *Que d'ici 1999, cinq projets pilotes visant la prévention des blessures à domicile aient été expérimentés et évalués ; Qu'en 2002, les mesures dont l'efficacité aura été démontrée par ces projets pilotes aient été appliquées dans toutes les régions du Québec.*

¹¹ Denis Allard, l'un des membres du groupe de travail chargé de porter un jugement sur l'actualisation de cette priorité pour l'équipe d'évaluation, a affirmé, lors du « Séminaire international francophone de prévention des accidents et des traumatismes et de promotion de la sécurité » tenu à Bruxelles en juillet 2001, que la logique qui a animé l'État dans la proposition de l'objectif de démontrer l'efficacité des projets mis en œuvre était, au mieux, insuffisamment définie et appuyée, au pire, irréaliste. Il soutient que l'évaluation des programmes faisant appel à de multiples stratégies et acteurs est trop sensible à l'environnement des interventions et que les résultats manifestent le relativisme des situations d'implantation (Allard, 2001a ; 2001b).

prometteurs¹² » et de noter des failles importantes en ce qui a trait à l'offre de service en prévention des chutes à domicile (MSSS, 2003a ; 2004). En effet, quand ce n'est pas la disponibilité même des programmes qui fait défaut, c'est l'insuffisance et l'inadéquation de leurs composantes qu'on déplore :

- *trop peu de programmes ciblant des changements physiologiques réversibles sont accessibles aux aînés pour réduire leur vulnérabilité relativement aux chutes associées au vieillissement ;*
- *les programmes offerts dans les milieux communautaires ou cliniques n'ont pas forcément tous les ingrédients essentiels pour réduire l'incidence des chutes ;*
- *les personnes à moyen et à haut risques de chute ou de fracture ont peu, ou n'ont pas accès à des programmes individualisés pour évaluer et pour corriger leurs risques, bien qu'elles consultent pour des blessures survenues à la suite d'une chute ou pour des problèmes directement associés aux chutes (MSSS, 2004, p. 1).*

Au vu de ces résultats, la Direction générale de la santé publique du MSSS 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 2003–2012 » (PNSP). Un an plus tard, en novembre 2002, le gouvernement du Québec adoptait le PNSP, qui assurait la continuité des précédentes « Priorités nationales de santé publique 1997–2002 » (MSSS, 2003b). Ce programme, actuellement en déploiement, précise notamment les activités de santé publique à intensifier, à la grandeur du Québec, pour atteindre les objectifs en matière de prévention des chutes chez les aînés. Le PNSP prévoit explicitement la promotion et le soutien, auprès des cliniciens, de l'évaluation multidisciplinaire des facteurs de risque de chutes chez les personnes âgées à risque, non moins que la promotion et le soutien de mesures multifactorielles¹³ de prévention des chutes destinées aux personnes âgées à risque, notamment celles qui ont déjà fait une chute.

Un retour au matériel de base ayant servi à élaborer le programme confirme que ces deux activités sont fondées sur des données provenant d'évaluations menées selon les règles de l'art¹⁴. Elles font partie d'une approche globale en prévention des chutes qui intègre l'identification des personnes à risque, l'évaluation des risques et, enfin, la correction des risques. Trois références ont appuyé ce choix : Gillespie (2000) et ses collaborateurs, Feder (2000) et les siens, puis Gardner, Robertson et Campbell (2000). D'autres références ont par ailleurs soutenu l'une ou

¹² 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).

¹³ Les principales mesures multifactorielles visées par cette activité touchent 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).

¹⁴ Information tirée du matériel ayant servi à l'élaboration du « Programme national de santé publique 2003–2012 » (MSSS, 2003b) et communiquée par Marthe Hamel, alors coordonnatrice du projet d'élaboration du programme de la Direction générale de la santé publique au MSSS.

l'autre composante de l'intervention. Il s'agit des travaux des équipes de Buchner (1997), de Campbell (1997), de Close (1999), de Hornbrook (1994), de Tinetti (1994), de Province (1995), de Wagner (1994) et de Wolf (1996).

Dans la région de Lanaudière, le « Plan d'action régional de santé publique 2004–2007 » de l'Agence (RRSSS de Lanaudière, 2003) et, par voie de conséquence, les « Plans d'action locaux de santé publique 2004–2007 » des établissements exploitant un centre local de services communautaires sur le territoire, retiennent des activités de cette nature. Ces documents rappellent que les CLSC de la région sont déjà engagés dans le projet clinique de prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées.

Plus récemment, 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 programme de prévention des chutes et de leurs séquelles dans un continuum de services pour les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile (MSSS, 2004). Ce cadre de référence fournit en somme des propositions pour rendre opérationnelles les cibles d'intervention mentionnées précédemment 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. Si le groupe de travail met en évidence la complexité du phénomène des chutes et 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 l'importance de poursuivre le travail d'évaluation des interventions afin de mieux agir à cet égard (MSSS, 2004, p. 42).

Le projet lanauois de prévention des chutes s'inscrit donc dans la foulée des priorités nationales et du programme national de santé publique. Il tire plus précisément son origine d'une demande adressée en décembre 1999 à la Direction de santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière par les directeurs généraux des CLSC de la région (Bégin, 2002). Ces derniers souhaitaient que s'élabore et s'implante un projet de prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées de leur territoire et dans lequel une attention toute particulière serait portée à l'utilisation inappropriée des médicaments. Une proposition d'implantation d'un projet systémique et coordonné d'interventions cliniques préventives interdisciplinaires axé sur l'évaluation de facteurs de risque de chutes chez la clientèle des aînés admis aux services de soutien à domicile a été développée par le Service de prévention et de promotion de la Direction de santé publique et d'évaluation de l'Agence de Lanaudière (Bégin, 2000). Celle-ci leur a ensuite été soumise par le truchement du Comité de coordination en soutien à domicile. Sa version finale a été ultimement acceptée par un comité de travail conjoint dûment constitué en février 2000 pour étudier la question.

La Direction de santé publique et d'évaluation, organisation promotrice du projet, privilégie depuis le départ une approche centrée sur la participation active des différents acteurs engagés dans la prévention des chutes chez les aînés à domicile ainsi que sur la négociation des éléments au cœur de l'élaboration de la démarche, de sa mise en œuvre, de son suivi et de son évaluation. Cette approche, à laquelle adhèrent de plus en plus d'adeptes de l'évaluation, rend l'intervention plus ancrée dans le milieu et plus susceptible de produire des résultats utilisables (Leclerc, Lemire et Poissant, 2000).

À cet effet, le Comité régional de prévention des chutes, un comité de travail conjoint où sont représentés différents intérêts – des CLSC et de la Direction de santé publique et d'évaluation – a établi des critères 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 Québec¹⁵, 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 des mesures de prévention dont l'efficacité est 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 et de réaliser une évaluation de son implantation et de ses effets. Le Comité régional de prévention des chutes est également celui qui suit et coordonne l'implantation du projet. Son travail vise à assurer le bon déroulement des activités et des interventions préventives planifiées ainsi que de proposer toute adaptation de l'intervention de manière à permettre l'atteinte des objectifs visés.

Par ailleurs, le mandat de réaliser l'évaluation de l'implantation et des effets a été confié au Service de surveillance, recherche et évaluation de la Direction de santé publique et d'évaluation. Il dispose pareillement, par la mise en place d'un comité indépendant, d'un mécanisme multiacteurs d'examen des décisions du processus d'évaluation¹⁶. Le présent protocole de recherche s'inscrit dans une démarche globale de travail d'implantation à l'échelle de Lanaudière

¹⁵ Le projet lanauois reprend les grandes lignes du programme « Personnes âgées en perte d'autonomie » de l'Agence de l'Estrie (Boudrault et Carbonneau, 1999), dont les préoccupations se rapprochent le plus de celles du comité de travail. Il n'en est cependant pas une copie exacte. Dans un cas, le projet est intégré au « Plan régional d'organisation de services aux personnes âgées » alors que dans l'autre, le projet constitue une intervention à titre expérimental inscrite dans le « Programme régional de santé publique de Lanaudière ». Le premier encore s'adresse aux CLSC, aux centres de jour et aux organismes communautaires, alors que le second vise essentiellement les CLSC, sans toutefois exclure l'existence possible de liens avec des organismes communautaires, des pharmaciens et des médecins traitants. Deux lettres ont d'ailleurs été adressées aux pharmaciens et aux médecins de la région de Lanaudière, une première par le Directeur régional de santé publique (annexe I) et une autre par le Chef du Département régional de médecine générale (annexe II). Elles visaient à présenter le projet à leurs destinataires et les conviaient à collaborer lorsque leur participation serait requise. Enfin, l'enveloppe budgétaire allouée au projet estrien est nettement plus importante, ce qui, d'ailleurs, a justifié le choix dans Lanaudière de considérer le facteur de risque portant sur la consommation d'alcool plutôt que celui sur l'hypotension orthostatique, comme c'est le cas dans l'Estrie.

¹⁶ Le Comité d'évaluation est composé du concepteur du projet d'intervention du Service de prévention et de promotion, de deux agents de recherche du Service de surveillance, recherche et évaluation, dont l'auteur du présent protocole, et d'une technicienne en recherche du même service. Tous sont rattachés à la Direction de santé publique et d'évaluation de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière. Des démarches sont par ailleurs en cours afin d'obtenir la participation à titre consultatif de représentants des CLSC.

du Projet-pilote régional de prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées, mené par le Service de prévention et de promotion de la Direction de santé publique et d'évaluation (Bégin, 2002). Le but premier de l'évaluation, planifiée dès l'élaboration du projet-pilote et notifiée dans un devis d'implantation formel (Bégin, 2002), vise essentiellement à porter un jugement sur sa possibilité de pérennisation dans les établissements concernés¹⁷. Le document précise les objets d'évaluation, ces « quoi juger » parfois appelés *référénts* par certains auteurs. Ainsi, dans le prolongement des Priorités nationales de santé publique (MSSS, 1997), le document spécifie certains des aspects sur lesquels va porter l'évaluation, tels la faisabilité et l'acceptabilité du projet, qui réfèrent au processus d'implantation, de même que sa capacité à produire les résultats attendus, qui concerne les effets sociosanitaires. Il renchérit par ailleurs en précisant que l'évaluation questionnera la vraisemblance¹⁸, la résilience¹⁹ et la performance du projet, des dimensions se rangeant cette fois sous la terminologie d'Allard (2001a ; 2001b). Les questions qui jalonnent la démarche touchent donc plusieurs fronts à la fois, à savoir la conception, la mise en œuvre et les effets du programme, lesquels concourent à l'analyse du contexte d'implantation tout autant qu'à celle du produit. La perspective d'évaluation envisagée dans le devis d'implantation s'affilie à une réflexion ambitieuse puisqu'elle aborde des enjeux contextuels tels le degré d'ancrage des solutions envisagées, la force d'entraînement auprès d'acteurs stratégiques, la qualité de la mobilisation et l'adaptabilité aux dynamiques du milieu.

Le lecteur sera à même de comprendre que l'évaluation que nous entendons réaliser arrive au moment opportun pour aider les gestionnaires et les planificateurs du réseau de la santé et des services sociaux des paliers local, régional et national ainsi que les autres partenaires communautaires à déterminer les modalités de mise en œuvre de stratégies efficaces de prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile.

¹⁷ La pérennisation organisationnelle des projets est la capacité des organisations à maintenir les services et à produire les bénéfices attendus après l'arrêt de l'apport de ressources extérieures, pérennisation qui n'est pas uniquement suspendue aux résultats d'évaluation des effets (Pluye, Potvin et Denis, 2000).

¹⁸ La question de la vraisemblance renvoie à l'analyse stratégique et à l'analyse logique. L'analyse stratégique évalue la pertinence de l'intervention, c'est-à-dire l'adéquation entre le programme et le problème à résoudre. L'analyse logique, quant à elle, détermine l'adéquation entre les objectifs de problème à résoudre. L'analyse logique, quant à elle, détermine l'adéquation entre les objectifs de l'intervention et les moyens mis en place pour les atteindre. L'on comprend de l'analyse logique qu'elle veuille 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.

¹⁹ La résilience comprend deux dimensions, soit l'implantation et l'adaptation. L'implantation consiste entre autres à comparer ce qui a été réalisé sur le plan opérationnel à ce qui était prévu. La seconde dimension, l'adaptation, consiste à se demander s'il a eu accommodation ou assimilation du projet. Il y a une accommodation lorsque le projet se transforme au contact du milieu d'implantation. À l'inverse, il y a une assimilation lorsque le milieu d'implantation se modifie par la mise en œuvre du projet (Bégin, 2002).

3. RECENSION DES ÉCRITS

La première partie de cette recension brosse un portrait général de la démographie et de la santé des personnes âgées à travers les enquêtes réalisées au Québec et au Canada. Les deuxième et troisième parties rendent compte de l'ampleur du problème des chutes, respectivement en ce qui concerne leur incidence et leurs diverses conséquences. La quatrième partie traite des conséquences sociétales des chutes en matière de demande de services et de coûts. La cinquième partie énonce ensuite les causes et les facteurs de risque qui conditionnent l'apparition des chutes. Enfin, sont plus spécifiquement examinées les façons de prévenir le problème dans la sixième et dernière partie.

3.1 Portrait démographique et de santé des aînés

Près du tiers des personnes âgées au Québec se déclaraient veuves au recensement canadien de 2001, alors que près de 20 % se disaient célibataires, séparées ou divorcées. Neuf personnes sur dix vivaient en ménage privé et 31 % d'entre elles vivaient seules. La génération actuelle de personnes âgées est moins scolarisée que les plus jeunes gens : 12 % ont des études postsecondaires à leur actif (Lefebvre, 2003). Au chapitre de la situation économique, 23 % des personnes âgées des ménages privés québécois vivaient sous le seuil du faible revenu durant l'année civile 2000, 18 % dans Lanaudière. La valeur régionale varie cependant d'une MRC à l'autre, de 10 à 31 %. Le revenu brut annuel médian des aînés du Québec s'établissait à 15 814 \$, soit à 13 941 \$ pour une femme et à 19 529 \$ pour un homme (Statistique Canada, non daté).

À l'instar des autres sociétés industrialisées, le vieillissement de la population et ses conséquences sur l'ensemble de la société québécoise préoccupent les gouvernants et les planificateurs de la santé depuis plusieurs années. Actuellement, plus d'un million de citoyens comptent 65 années de vie ou plus²⁰. La majorité (55 %) ont actuellement entre 65 et 74 ans, alors qu'un peu plus du tiers (35 %) ont entre 75 et 84 ans. Les femmes sont plus nombreuses. En 2005, tout près de six personnes âgées sur dix (58 %) sont des femmes. Leur proportion croît avec l'avancement en âge, étant donné une espérance de vie qui les avantage ; elle passe de 53 % entre 65 et 69 ans à 72 % à partir de 85 ans (Marquis et Cadieux, 2005). Une femme ayant atteint l'âge de 65 ans en 1998 pouvait s'attendre à vivre encore 20 ans, comparativement à 16 ans pour un homme au Québec et, respectivement, 20 et 15 ans dans Lanaudière (Cadieux et coll., 2005).

²⁰ Plus exactement, 1 043 989.

En 2005, la proportion des aînés atteint 14 % au Québec et 12 % dans Lanaudière (Marquis et Cadieux, 2005). Le phénomène du vieillissement de la population paraît tout à fait éloquent lorsqu'on se rappelle que les personnes de 65 ans ou plus ne constituaient en 1976 que 7 % de la population québécoise (Milette, 1999). Plus récemment, cependant, en 1991 et 1996, ces pourcentages se situaient respectivement à 11 % et à 12 % au Québec et à 8 % et à 9 % dans Lanaudière (Lemire, 2002). Si, toutes proportions gardées, les aînés lanaudois apparaissaient moins nombreux que leurs congénères québécois, la croissance de leur nombre absolu de 1991 à 2005 a toutefois été deux fois plus importante dans la région de Lanaudière que dans l'ensemble du Québec (67 % *vs* 33 %) (Lemire, 2002 ; Marquis et Cadieux, 2005).

Le phénomène démographique du vieillissement s'accroîtra au cours du prochain siècle, de façon plus importante au Québec qu'ailleurs dans le monde (MSSS, 2001). La population de personnes âgées passera vraisemblablement à 24 % d'ici à 2026 (Marquis et Cadieux, 2005). Une part importante de l'accroissement de ce segment de la population se fera dans la catégorie des « vieilles » personnes âgées de 85 ans et plus. L'allongement de l'espérance de vie et la faible natalité des dernières décennies conjugués à l'entrée des *baby-boomers* dans le troisième âge, en 2011, expliqueraient cette situation.

La durée de vie après 65 ans sera cependant entachée d'incapacités. De fait, l'« Enquête québécoise sur les limitations d'activités (EQLA) 1998 », tel que le rapporte Lefebvre (2003), souligne que les femmes passeront sept ans du reste de leur vie avec une incapacité modérée à grave, alors que les hommes vivront ainsi pendant quatre ans. Au moment d'être interviewés, 42 % des aînés disaient présenter une incapacité et près des deux tiers d'entre eux en cumulaient plus d'une. Qui plus est, 27 % des aînés sont atteints d'au moins une incapacité suffisamment importante pour entraîner une demande de services ; cette proportion grimpe même à 41 % lorsqu'on ne considère que les plus vieux d'entre eux, soit ceux âgés de 75 ans et plus (MSSS, 2001). La prévalence de la perte d'autonomie liée à une incapacité est estimée à 18 % chez les personnes de 65 à 74 ans et à 39 % chez celles qui ont 75 ans ou plus (Gosselin, Choinière et Wilkins, 2001).

La perte d'autonomie présente cependant un caractère réversible. À cet égard, l'inactivité physique, la malnutrition, l'isolement social, la consommation d'alcool, la consommation inappropriée de médicaments ainsi que les chutes sont identifiés dans le « Programme national de santé publique 2003–2012 » comme des facteurs susceptibles d'affecter l'autonomie des personnes âgées pour lesquels on peut escompter des gains par l'intervention en santé publique (MSSS, 2003b).

L'Ordre professionnel des diététistes du Québec a également fait part de ses inquiétudes en ce qui a trait à la malnutrition qui afflige fréquemment les personnes âgées. Bien que la prévalence du problème soit directement associée au critère utilisé pour définir la dénutrition protéino-énergétique, l'auteure du résumé des recherches nord-américaines sur le sujet (incluant des données ontariennes et québécoises) indique qu'elle serait de l'ordre de 3 à 7 % dans la population âgée vivant à domicile, de 5 à 12 % chez la clientèle âgée qui reçoit des services à domicile et de 35 à 65 % chez les aînés admis à l'hôpital pour des soins aigus. D'autres études encore montrent que 40 à 50 % des personnes âgées vivant à domicile courent un risque allant de modéré à élevé de souffrir de malnutrition, surtout lorsqu'elles demeurent seules et qu'elles ont des limitations physiques (Ouellette, 1999). Par ailleurs, l'« Enquête sociale et de santé 1998 » indique que 37 % des aînés québécois présentaient un poids insuffisant et quelque 31 %, un excès de poids (Guillemette et coll., 2001).

Les personnes âgées du Québec de 65 ans ou plus consomment également un grand nombre de médicaments. En 1998, un peu plus de la moitié (52 %) de la population âgée absorbait trois médicaments distincts ou plus sur une période de deux jours (Guillemette et coll., 2001). Les données de l'enquête de 1998 montrent également que 34 % des Québécois âgés de 65 ans ou plus avaient pris de une à six consommations d'alcool au cours des sept jours précédant l'entrevue, 11 %, de sept à treize et enfin, 10 %, quatorze ou plus.

3.2 Incidence des chutes

Il est habituel d'entendre dire, au sujet des chutes à domicile, qu'environ le tiers des aînés soit environ près de 300 000 personnes (MSSS, 2004) tombent au moins une fois par année. Dans son mémoire de maîtrise, Raïche (2000) a rapporté les résultats d'un certain nombre d'études prospectives sur le sujet. Le tableau 1 compilé par l'auteur montre que le pourcentage de personnes âgées faisant au moins une chute par année se situe effectivement autour de 33 %, à tout le moins dans le cas des études réalisées auprès d'un échantillon probabiliste et représentatif. Cette valeur se traduit par un taux d'incidence de chutes de l'ordre de 39 et 57 chutes par 1000 personnes-mois. Le taux de récurrence dans l'année est également élevé. Par exemple, O'Loughlin et ses collaborateurs (1993) montrent que jusqu'à 40 % des chuteurs ont revécu l'événement durant les 48 semaines de leur suivi.

Tableau 1. Incidence de chutes à domicile chez les aînés

Études	O'Loughlin 1993 ¹	Tinetti 1988	Tinetti 1995	Luukinen 1995	Campbell 1989	Vellas 1993	Vellas 1998
Durée	48 semaines	1 an	31 mois	2 ans	1 an	1 an	2 ans
Échantillon	représentatif	représentatif	probabiliste de résidences	représentatif	quasi représentatif	de convenance	de convenance
Sujets	409	335	1103	979	761	466	482
Âge	+ 65 ans	+ 75 ans	+ 72 ans	+ 70 ans	+ 70 ans	+ 63 ans	+ 60 ans
Taux de chute ²	41,4	---	38,8	30-50	56,9	---	53,5
Pourcentage de chutes	29	32	49	---	35,2	39,5	61

¹ Le lecteur est invité à consulter le document original d'où est tiré le tableau pour connaître les références bibliographiques qui y sont citées.

² Nombre par 1000 personnes-mois.

Source : Raïche, 2000, p. 16

3.3 Conséquences des chutes

Les conséquences des chutes sont multiples et plus fréquentes dans les cas de chutes répétées. Bon nombre d'entre elles ont des répercussions psychologiques, ou conduisent à des blessures, à l'hospitalisation, ou encore contribuent au déclin de l'autonomie des personnes et à leur institutionnalisation, voire même à leur mort.

3.3.1 Blessures

En 1998, près de 5 % des aînés ont rapporté, pour une période d'un an, une chute dont l'importance a nécessité une consultation médicale ou limité leurs activités (Robitaille et coll., 2000). La moitié des chutes causent une blessure mineure, telles des éraflures, des écorchures et des contusions, alors que de 5 à 25 % occasionnent une blessure plus grave, telles une fracture, une entorse et des lacérations nécessitant des points de suture (Alexander, Rivara et Wolf, 1992 ; Nevitt, Cummings et Hudes, 1991). Des sources finlandaises indiquent des taux d'incidence de chutes avec blessures mineures de 175 et de 71 par 1000 personnes-années, chez les femmes et chez les hommes respectivement, alors qu'ils se chiffrent à 65 et à 45 pour les blessures majeures touchant les tissus mous et à 12 et à 33 pour celles ayant occasionné des fractures (Luukinen et coll., 1995). Une étude montréalaise révèle quant à elle des taux d'incidence de chutes avec blessures, tous types confondus, de 21,4 personnes-mois chez les femmes et de 15,3 chez les hommes (O'Loughlin et coll., 1993).

D'autre part, l'« Enquête sociale et de santé 1998 » (Robitaille et coll., 2000) souligne que le domicile (intérieur et extérieur) est le lieu où les accidents avec blessures surviennent le plus souvent pour les adultes de 65 à 74 ans (57 %) et de 75 ans ou plus (76 %). On y découvre également que la chute à l'extérieur du domicile est la circonstance la plus fréquente d'accidents avec blessures chez les personnes de 65 à 74 ans, alors que chez les plus vieux, il s'agit de la chute survenant à l'intérieur du domicile.

3.3.2 Traumatismes postchute

Les séquelles psychologiques d'une chute, même sans blessures, peuvent être importantes. La crainte de chuter de nouveau peut compromettre la qualité de vie et l'autonomie future de la personne. La tendance à restreindre les activités qui s'installe parfois à la suite d'une chute risque d'occasionner la survenue d'autres chutes, parfois plus fâcheuses (Arfken et coll., 1994 ; Bruce, Devine et Prince, 2002 ; Hill et coll., 1996 ; Nevitt, Cummings et Hudes, 1991 ; Tinetti et coll., 1994). C'est ainsi que l'appellation « syndrome postchute » a été introduite pour illustrer cet effet pervers (Campbell, Borrie et Spears, 1989 ; Dargent-Molina et Bréart, 1995).

Une telle peur de tomber est une préoccupation courante chez les personnes âgées, comme le montre fort bien le fait qu'elle soit rapportée chez 40 à 70 % de celles ayant déjà chuté et chez 15 à 46 % des autres qui n'ont pas chuté (King et Tinetti, 1995 ; Nevitt et coll., 1989 ; Tinetti et coll., 1994). Quatre chuteurs sur dix affirment même avoir limité leurs activités par peur de retomber (Murphy, Williams et Gill, 2002 ; Nevitt, Cummings et Hudes, 1991 ; Tinetti et coll., 1994 ; Vellas et coll., 1997).

3.3.3 Hospitalisations

Un groupe de travail provincial estime que les chutes accidentelles pourraient avoir entraîné pas moins de 12 681 hospitalisations au cours de l'année 2004 chez les personnes âgées. Selon ces mêmes experts, le taux annuel d'hospitalisation²¹ pour cause de chute au Québec atteindrait 12,4 pour 1000 aînés durant la période de 1999 à 2002 (MSSS, 2004). Toujours dans la province, les personnes âgées hospitalisées à la suite d'une chute y séjournent en moyenne 15 jours et totalisent à elles seules 163 000 journées d'hospitalisation par année (Hamel, 2001). Les cas hospitalisés proviennent en forte proportion des personnes qui habitent à domicile (Robitaille et Gratton, 2005). Par ailleurs, l'équipe de Sattin (1990), après avoir décortiqué les

²¹ Il convient de rappeler au lecteur qu'il s'agit d'un taux d'hospitalisation et non d'un taux de personnes hospitalisées, une même personne ayant pu avoir été hospitalisée plus d'une fois pour le même problème ou pour une même chute. Les blessures causées par les chutes listées dans la banque de données MED-ÉCHO correspondent à celles des codes E880 à E888 de la neuvième révision de la Classification internationale des maladies. Robitaille et Gratton (2005) rappellent qu'il existe une différence réelle, de 18,3 % pour la période 2000-2003, entre le nombre annuel total d'admissions à l'hôpital pour une chute (indicateur de volume) et le nombre de chutes ayant entraîné une hospitalisation (indicateur de morbidité).

données sur les chutes d'un système de surveillance états-uniens, indique qu'environ 42 % des chutes à domicile avec blessures nécessitant une attention médicale se sont traduites par une admission à l'hôpital.

De toutes les causes de blessures chez les personnes âgées, les chutes constituent, de loin le problème le plus grave. De fait, l'Institut canadien d'information sur la santé (2004), qui s'est penché sur les hospitalisations dans les établissements canadiens de soins de courte durée à la suite de blessures en 2001–2002, a souligné que les chutes représentaient 85 % de toutes les admissions à la suite de blessures chez les aînés.

3.3.4 Institutionnalisation

Les chutes, surtout lorsqu'elles surviennent de façon récurrente, anticipent l'entrée des personnes âgées en hébergement et leur placement institutionnel ; elles en constituent un important prédicteur (Dargent-Molina et Bréart, 1995 ; Tinetti et Williams, 1997 ; Wolinsky, Johnson et Fitzgerald, 1992). À preuve, l'étude prospective menée dans le Gloucestershire (Donald et Bulpitt, 1999) apprend que les personnes qui ont chuté, ne serait-ce qu'une seule fois, dans les trois mois précédant leur examen initial, courent 3,8 fois plus de risque d'être institutionnalisées après un an que celles qui n'ont pas chuté. Pire encore, celles qui ont expérimenté plus d'un événement durant la même période de référence voient leur risque accru de 4,5 fois par rapport à celui des non-chuteurs.

Aux États-Unis d'Amérique, environ 50 % des aînés victimes d'une chute avec blessures s'étant produite à la maison et ayant exigé une hospitalisation ont été orientés vers une maison de soins infirmiers (Sattin et coll., 1990). Dans sa recension des écrits, Rawsky (1998) soutient que 40 % des admissions en centre d'accueil seraient directement attribuables à une chute.

3.3.5 Décès

Les chutes comptent pour plus de la moitié (57 %) des décès imputables aux blessures chez les Canadiennes âgées et pour plus du tiers (36 %) chez les Canadiens (Raina et coll., 1997). Au Québec, en 2004, on dénombrait 608 décès attribuables aux complications d'une chute (MSSS, 2004). Les chutes à répétition sont par ailleurs plus susceptibles d'entraîner la mort (Bath et Morgan, 1999).

3.4 Fardeau économique de la maladie

En plus de causer des blessures et des morts humaines, on comprendra aisément d'après ce qui précède que les chutes entraînent également des coûts imposants en soins de santé. L'étude sur le fardeau économique des blessures non intentionnelles au Canada (Fondation Sauve-qui-pense, 1988) souligne que 980 millions de dollars ont été consacrés en 1995 en coûts directs²² en soins de santé pour le traitement de chutes chez les personnes âgées. Des données québécoises rajoutent que le coût moyen d'une hospitalisation en soins de courte durée pour chute accidentelle²³ s'élevait à 6 321 dollars par aîné pour l'année financière 1996–1997, cumulant des dépenses totales de 76,6 millions de dollars pour l'ensemble de la population âgée (MSSS, 2004).

3.5 Causes et facteurs de risque de chutes²⁴

Une diversité de facteurs ont été associés à la survenue de la chute, bien que tous ne jouissent pas de la même crédibilité scientifique et que le mécanisme d'action qui les sous-tend soit plus souvent intuitif que clairement établi. On sait néanmoins que ces facteurs agissent ultimement sur les mécanismes mis en jeu par le système nerveux pour maintenir la station debout face à diverses contraintes, des fonctions visuelles, proprioceptives et vestibulaires jusqu'au système musculosquelettique (Horak, Shupert et Mirka, 1989 ; Nashner et coll., 1989). La présence d'éléments de risque dans l'environnement domiciliaire peut évidemment déclencher la chute, mais les causes sont internes et indépendantes du milieu dans d'autres cas.

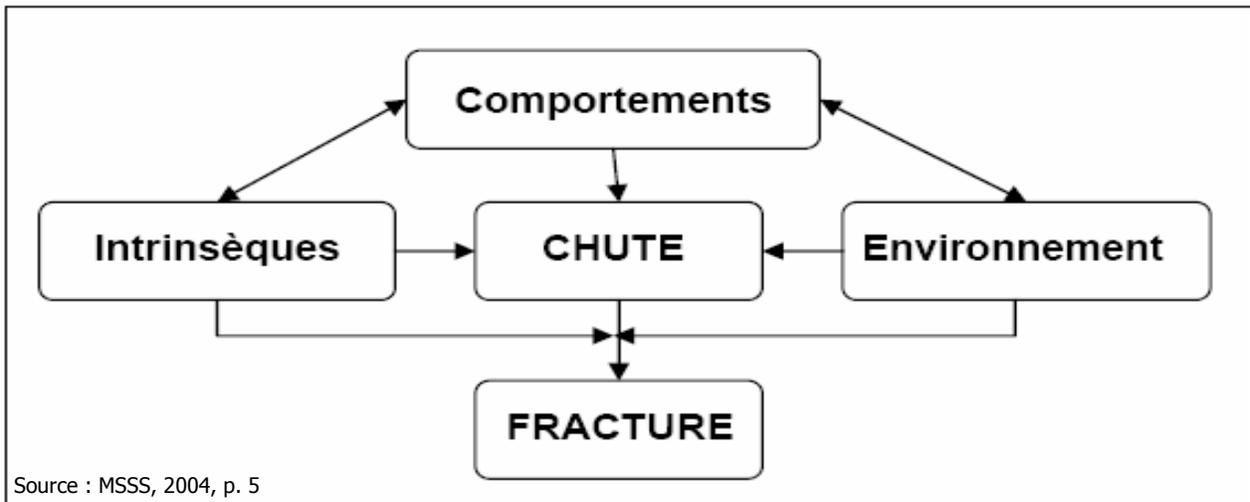
Le foisonnement des facteurs de risque a donné lieu à différentes classifications. Celle qui tend à s'imposer les regroupe selon la condition de l'individu, ses comportements ou son environnement ; certains chercheurs appellent les deux dernières classes *facteurs extrinsèques*, pour mieux les opposer aux précédents, qualifiés de *facteurs intrinsèques*. Par contre, les chutes non intentionnelles découlent rarement d'une cause unique, mais résultent plus souvent de l'interaction complexe de ces facteurs (MSSS, 2004). C'est ce qu'illustre le cadre conceptuel mis au point par William Haddon (figure 1). Précisons de plus que le profil de risque de chutes est somme toute sensiblement équivalent, qu'elle entraîne ou non des blessures (Davis et coll., 1999 ; Nevitt, Cummings et Hudes, 1991 ; O'Loughlin et coll., 1993 ; Tinetti et coll., 1995 ; Tinetti, Doucette et Claus, 1995 ; Vellas et coll., 1998).

²² Il s'agit des coûts occasionnés par les soins hospitaliers, les services médicaux, les médicaments de prescription délivrés, les modifications au domicile ou les services de réadaptation professionnelle.

²³ Excluant les soins de réadaptation.

²⁴ La notion de *facteur de risque* ne fait référence qu'à une probabilité plus élevée de la maladie chez les sujets exposés. Elle ne suggère donc pas forcément un rôle causal (Leclerc et coll., 1990).

Figure 1. Genèse des chutes et des fractures liées aux chutes d'après la matrice de Haddon



Certains ouvrages ont recensé les causes les plus fréquentes de chute à domicile chez les personnes âgées de 65 ans ou plus. Les plus minutieux se sont limités à juste titre aux facteurs dont l'association a été confirmée sur le plan de la statistique par des études prospectives recourant à des stratégies d'analyses statistiques multivariées (MSSS, 2004 ; Raïche, 2000 ; National Ageing Research Institute, 2000). De fait, si tout un éventail de facteurs de risque a été associé à la survenue de chutes lors d'analyses statistiques simples, peu d'entre eux « survivent » à l'analyse multivariée quand les effets parasites d'autres variables sont pris en compte. Par exemple, la valeur prédictive de l'âge et du sexe peut être en partie attribuable aux conditions de santé ainsi que d'autres facteurs de risque mutuellement présents chez la femme et avec l'avancement en âge. L'étiologie multifactorielle des chutes et la concomitance par ailleurs tellement courante d'autres événements de santé chez les personnes âgées rendent difficile l'attribution de telle ou telle fraction de l'incidence de chute à chaque facteur spécifique. Dans cette situation, la validité des mesures épidémiologiques est mise à rude épreuve en raison de l'imprécision apportée par la confusion et les biais possibles. L'occurrence est alors le résultat d'influences diverses et un excès de risque est quelque peu difficile à mettre en évidence (Leclerc, 2005).

Si l'examen des corrélations partielles peut être d'une grande utilité dans la recherche des influences réciproques de plusieurs variables et dans la mise en évidence de relations erronées ou apparentes que suggérerait une corrélation simple, la régression multiple n'est pas la panacée. Son utilisation arbitraire et « épidémique » en épidémiologie a d'ailleurs été dénoncée par Weitkunat et Wildner (2002). La faute survient lorsque des facteurs causaux plus distaux sont improprement contrôlés pour l'influence d'autres facteurs plus proximaux, avec pour conséquence une réduction ou la disparition de l'effet pourtant réel de ces facteurs distaux (Victoria et coll., 1997 ; Weitkunat et Wildner, 2002). Par exemple, on ne peut déterminer avec certitude dans

quels cas une variable donnée constitue une variable explicative indépendante et dans quels autres cas elle n'est pas une variable intermédiaire présente dans le chemin causal – telle l'influence de la médication, qui peut être contenue en partie dans le facteur « équilibre et motricité » (Cumming, Kelsey et Nevitt, 1990 ; O'Loughlin et coll., 1993).

Quoi qu'il en soit, un comité d'experts en prévention des chutes mandaté par le MSSS conclut que les facteurs de risque les plus probants sont liés aux conditions de santé des aînés, tels les maladies chroniques²⁵, l'altération de l'équilibre et de la motricité, les déficits visuels, l'hypotension orthostatique, les affections cognitives, la dépression, l'incontinence urinaire et la prise de médicaments, dont les psychotropes et ceux pris pour le traitement d'une maladie cardiovasculaire. À ces causes, il faut ajouter les facteurs comportementaux, qui réfèrent autant à la prise de risque (grimper sur une chaise, par exemple) qu'à l'attitude développée par la personne âgée à l'égard des facteurs intrinsèques et extrinsèques (Trickey et coll., 1999). Même si les facteurs comportementaux tels que les habitudes de vie (consommation d'alcool, sédentarité et malnutrition) et la prise de risque n'ont pas atteint de hauts degrés de preuve scientifique, le comité ministériel est d'avis qu'il est nécessaire de s'y intéresser dans le cadre d'une intervention de prévention des chutes. Une intervention sur la prévention des chutes peut cependant avoir un effet paradoxal et amener un tel sentiment de contrôle et de confiance chez certaines personnes âgées au point qu'elles vont jusqu'à redoubler leur prise de risque comportemental.

La présence d'éléments de risque dans l'environnement domiciliaire est un déterminant des chutes qui s'impose à l'esprit par son caractère d'évidence. Certains auteurs estiment que de 30 à 50 % des cas de chutes comporteraient une composante environnementale (Reinsch et coll., 1992b ; Sattin, 1992 ; Speechley et Tinetti, 1991). Pourtant, le rôle des facteurs environnementaux est encore méconnu et les évidences scientifiques à cet égard sont fragmentaires. Cet état de fait confirmerait, selon Raïche (2000), l'hypothèse selon laquelle la cause première serait davantage intrinsèque qu'extrinsèque, même si le déclencheur de la chute puisse être externe. Selon cet auteur, « les capacités à anticiper, ajuster, corriger les mouvements de rééquilibrage pour éviter une chute semblent indépendantes des risques provenant de l'environnement ». Les experts sont néanmoins d'avis que les interventions sur l'environnement sont pertinentes, car elles peuvent contribuer à accroître l'efficacité des programmes multifactoriels de prévention des chutes (MSSS, 2004 ; Day et coll., 2002 ; Feder et coll., 2000).

²⁵ Notamment le diabète, l'arthrite et la maladie de Parkinson.

Le tableau 2 résume les principaux facteurs de risque de chutes qui ont été recensés par Raïche (2000). Les données sont tirées d'études prospectives, à l'exception de Blake et de ses collaborateurs (1988), auprès d'échantillons de 300 à 1100 sujets. Suivent ensuite les tableaux 3 et 4, qui présentent respectivement des facteurs de risque de chutes organisés selon la matrice de Huddon et une compilation des facteurs de risque intrinsèques de chutes et de traumatismes (MSSS, 2004).

Tableau 2. Facteurs de risque de chutes et de chutes avec blessures

	O'Loughlin et al. 1993 ¹	Tinetti et al. 1988	Campbell et al. 1989	Nevitt et al. 1989	Blake et al. 1988	Teno et al. 1990	Graafmans et al. 1996	Lord et al. 1994	Vellas et al. 1998	Tinetti et al. 1995 ²
Sujets :										
nombre	409	336	761	325	1042	586	345	341 femmes	482	1103
âge	+ 65 ans	+ 75 ans	+ 70 ans	+ 60 ans	+ 65 ans	+ 65 ans	+ 70 ans	+ 65 ans	+ 60 ans	+ 72 ans
Âge	Non ³	Non	Oui/non	Non	Non	Oui	Non	---	Oui	Non
Sexe	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	---	Non	Oui
Race caucasienne	---	Non	---	Oui	---	Non	---	---	---	Non
Vivre seul	---	---	---	Non	---	Non	---	---	Non	---
Équilibre précaire	---	Oui	Oui	---	---	---	Oui	Oui	Oui	Oui
Problèmes à la marche	---	Oui	---	Oui	---	Oui	Oui	---	Non	Oui
Ambulation	---	---	Oui	---	---	---	Oui	---	---	Non
Mobilité	Oui	Oui	Oui (H) ⁴ Non (F)	Oui	---	---	Oui	---	Non	Non
Capacité physique	Oui	---	---	Non	---	---	---	---	---	Non
Activité physique	Oui/non-protecteur	Non	Oui (H) Non (F)	---	Non	Non	---	---	---	---
Faiblesse musculaire	---	---	Non	Non	Oui	---	---	Oui	---	Non
Temps de réaction	---	---	---	Non	---	---	---	Oui	---	---
Problèmes membres inférieurs	---	Oui	---	---	Oui	---	Non	---	---	---

¹ Le lecteur est invité à consulter le document original d'où est tiré le tableau pour connaître les références bibliographiques qui y sont citées.

² Facteurs de risque de chutes avec blessures.

³ Oui : identifié comme facteur de risque de chutes ; non : pas un facteur de risque ; --- : pas mesuré.

⁴ (F) : femme ; (H) : homme.

Source : Raïche, 2000, p. 34

Tableau 2. (suite) Facteurs de risque de chutes et de chutes avec blessures

	O'Loughlin et al. 1993 ¹	Tinetti et al. 1988	Campbell et al. 1989	Nevitt et al. 1989	Blake et al. 1988	Teno et al. 1990	Graafmans et al. 1996	Lord et al. 1994	Vellas et al. 1998	Tinetti et al. 1995 ²
Problèmes de vision	--- ³	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	---	Non
Proprioception réduite	---	Non	---	---	---	---	---	Oui	---	---
Sensations cutanées réduites	---	---	---	---	---	---	---	Oui	---	---
Atteinte des fonctions cognitives	---	Oui	Non	---	---	---	Oui	---	---	Oui
AVC	---	---	Non (H) ⁴ Oui (F)	---	Non	---	Oui	---	---	---
Parkinson	---	---	---	Oui	---	---	---	---	---	---
Arthrite	---	---	Oui	Oui	Oui	---	---	---	---	---
MPOC	---	---	---	Non	---	---	---	---	---	---
Nombre de conditions chroniques	Non	---	---	---	---	---	---	---	---	Oui
Histoire de chute	Oui	Oui	Oui	Oui	---	Oui	Oui	---	Oui	---
Étourdissements	Oui	Non	---	---	Oui	---	Oui	---	---	Non
Santé perçue	---	---	---	---	---	Oui	---	---	---	---
Perte d'autonomie, AVQ et AVD	---	---	---	Non	---	Non	Non	---	---	Non

¹ Le lecteur est invité à consulter le document original d'où est tiré le tableau pour connaître les références bibliographiques qui y sont citées.

² Facteurs de risque de chutes avec blessures.

³ Oui : identifié comme facteur de risque de chutes ; non : pas un facteur de risque ; --- : pas mesuré.

⁴ (F) : femme ; (H) : homme.

Source : Raïche, 2000, p. 34

Tableau 2. (suite) Facteurs de risque de chutes et de chutes avec blessures

	O'Loughlin et al. 1993 ¹	Tinetti et al. 1988	Campbell et al. 1989	Nevitt et al. 1989	Blake et al. 1988	Teno et al. 1990	Graafmans et al. 1996	Lord et al. 1994	Vellas et al. 1998	Tinetti et al. 1995 ²
Hospitalisation, alitement	--- ³	Non	---	---	Oui	---	Oui	---	---	---
Restriction des activités	Oui	Non	Non	Non	Non	---	---	---	---	---
Hypotension orthostatique	---	Non	Non	---	---	---	Oui	---	---	Non
IMC bas	Non	Non	---	---	---	---	---	Non	Non	Oui
Consommation d'alcool	Oui/protecteur	Non	---	Non	---	Non	---	---	---	Non
Dépression	---	Non	---	Non	Non	---	Non	---	---	Non
Nombre de médicaments	Non	---	Non (H) ⁴ Oui (F)	---	Non	---	Non	---	Oui	Non
Médicaments : psychotropes et sédatifs	---	Oui	Oui (F)	Non	Non	---	---	---	Oui/protecteur	Non
Médicaments : antihypertenseurs ou cardiaques	Oui/protecteur	Non	Non	---	Non	---	Non	---	Non	Non
Nombre de risques environnementaux	---	Non	---	---	---	Non	---	---	---	---
Nombre total de facteurs de risque de chutes	---	Oui	---	Oui	---	---	Oui	---	---	---

¹ Le lecteur est invité à consulter le document original d'où est tiré le tableau pour connaître les références bibliographiques qui y sont citées.

² Facteurs de risque de chutes avec blessures.

³ Oui : identifié comme facteur de risque de chutes ; non : pas un facteur de risque ; --- : pas mesuré.

⁴ (F) : femme ; (H) : homme.

Source : Raïche, 2000, p. 34

Tableau 3. Facteurs de risque de chutes organisés selon la matrice de Haddon

Axe temporel	Axe factoriel			
	Individus		Environnement physique et technologique	Environnement socioéconomique
Avant l'événement : risque de chutes	<p>Facteurs intrinsèques</p> <ul style="list-style-type: none"> Santé générale et fonctionnement <ul style="list-style-type: none"> Âge Diminution de l'autonomie fonctionnelle Histoire antérieure de chute ou de fracture Peur de tomber Problèmes de santé <ul style="list-style-type: none"> Arthrite, séquelles d'accident vasculaire cérébral Diabète Maladie de Parkinson Incontinence urinaire, maladie des pieds Hypotension orthostatique, étourdissements Malnutrition Problèmes musculosquelettiques et neuromusculaires <ul style="list-style-type: none"> Diminution de la force des genoux, des hanches et des chevilles Diminution de la force de préhension Problèmes aux pieds Marche, équilibre et performance physique <ul style="list-style-type: none"> Trouble de la marche Difficultés dans les transferts assis-debout Trouble de l'équilibre État cognitif et psychologique <ul style="list-style-type: none"> Troubles cognitifs et démence Dépression Déficits visuels et auditifs Utilisation de quatre médicaments et plus, de médicaments cardiovasculaires ou de psychotropes 	<p>Facteurs comportementaux</p> <ul style="list-style-type: none"> Habitudes de vie <ul style="list-style-type: none"> Inactivité physique (sédentarité) Consommation excessive d'alcool Alimentation inadéquate Prise de risque <ul style="list-style-type: none"> Geste inadéquat pour l'activité à réaliser (grimper, se hâter, marcher avec la vue obstruée, etc.) Non-utilisation ou utilisation inadéquate d'aides à la marche ou d'autres équipements et accessoires sécuritaires (souliers, etc.) Utilisation d'aides à la marche en mauvais état Port de souliers non sécuritaires (semelles glissantes, absence de contrefort, etc.) 	<p>Facteurs extrinsèques</p> <ul style="list-style-type: none"> Domiciliaires <ul style="list-style-type: none"> Éclairage insuffisant Absence de barres d'appui ou de mains courantes Surfaces des planchers (glissantes, inégales, avec seuils, etc.) Aires de circulation encombrées (fils électriques non fixés, boîtes, meubles, etc.) Équipements et accessoires non sécuritaires ou en mauvais état (escabeaux, mains courantes, etc.) Éléments extérieurs du domicile en mauvais état (allées, trottoirs, mobilier, échelles, escabeaux, etc.) Lieux publics <ul style="list-style-type: none"> Éléments de l'infrastructure et du mobilier urbains en mauvais état (fissures ou trous dans la chaussée, surfaces inégales ou glacées des trottoirs, escaliers, éclairage, aires de repos, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> Codes non appliqués ou normes inadéquates en matière de sécurité Conception ou entretien inadéquat des immeubles Conditions de vie inadéquates des personnes âgées (revenu, emploi, logement, etc.) Déficiences de l'environnement social (solitude, réseau d'amis, parents, réseau social et d'entraide, etc.) Facteurs iatrogéniques liés aux ordonnances potentiellement non appropriées Insuffisance du continuum de services pour le maintien des capacités ou leur optimisation
Pendant l'événement : risque de traumatismes	<ul style="list-style-type: none"> Faible densité de la masse osseuse, ostéoporose Insuffisance du tissu musculaire Faible indice de la masse corporelle, perte de poids Inefficacité des réactions de protection pour amoindrir la chute Non-utilisation de protecteurs de hanches chez les personnes vulnérables 		<ul style="list-style-type: none"> Matériaux de recouvrement des planchers, d'escaliers, de la chaussée et des trottoirs qui n'absorbent pas les chocs Mobilier du domicile et des lieux publics potentiellement contondant 	
Après l'événement : risque d'aggravation des traumatismes et des séquelles	<ul style="list-style-type: none"> Incapacité à se relever après la chute Non-application des premiers soins (par soi-même ou des proches) Développement du syndrome post-chute Mauvais état de santé général (fragilité) Mauvaise condition physique Degré de la gravité des blessures (transfert d'énergie au cours de l'événement) 		<ul style="list-style-type: none"> Non-utilisation du téléphone ou autres équipements et accessoires de sécurité Non-proximité des services de première ligne (CLSC, cliniques médicales), des services d'ambulance et d'urgence ou d'un centre de traumatologie 	<ul style="list-style-type: none"> Soins et services médicaux déficients (urgence, traumatologie, chirurgie, etc.) Soins et services de réadaptation déficients Continuum de services déficients (hospitaliers, réadaptation, communautaires, médicaux, CLSC)

Source : MSSS, 2004, p. 6

Tableau 4. Facteurs de risque intrinsèques de chutes et de traumatismes

Facteurs	Variables	Chutes	Trauma
Sociodémographiques et indicateurs de vulnérabilité	- Âge (Dargent-Molina et coll., 1995 ¹ ; Gordon et coll., 1995 ; Huang et coll., 1996 ; Vellas et coll., 1997 ; Brown et coll., 2002)	X	X
	- Race blanche (Nevitt et coll., 1989 ; Gordon et coll., 1995)	X	X
	- Sexe féminin (Luukinen et coll., 1996 ; Tinetti et coll., 1995 ; Gordon et coll., 1995)	X	X
	- Utilisation d'aides à la marche (Campbell et coll., 1989 ; Maki et coll., 1994)	X	
	- Histoire de chute antérieure (Campbell et coll., 1989 ; Luukinen et coll., 1996 ; Nevitt et coll., 1989)	X	
	- Histoire familiale d'ostéoporose (Brown et coll., 2002)		X
	- Histoire personnelle de fracture antérieure (Huang et coll., 1996 ; Brown et coll., 2002)		X
Problèmes de santé	- Présenter au moins deux conditions médicales chroniques (Tinetti et coll., 1995)	X	X
	- Incontinence urinaire (Luukinen et coll., 1996)	X	
	- Parkinson (Nevitt, 1989)	X	
	- Accident vasculaire-cérébral (Campbell et coll., 1989 ; Friedman et coll., 2002 ; Jorgensen et coll., 2002)	X	
	- Arthrite (Nevitt et coll., 1989 ; Campbell et coll., 1989)	X	
	- Diabète (Gregg et coll., 2000 ; Schwartz, 2002)	X	
	- Hypotension orthostatique (Luukinen et coll., 1996)	X	
	- Étourdissements (Luukinen et coll., 1996 ; O'Loughlin et coll., 1993)	X	
	- Pathologie des pieds (Tinetti et coll., 1988 ; Koski et coll., 1996)	X	
	- Diminution de la densité osseuse (Dargent-Molina et coll., 1995 ; Nevitt et coll., 1993)	X	X
	- Faible indice de masse corporelle (Tinetti et coll., 1995 ; Nevitt et coll., 1993 ; Meyers, Tverdal et Falch, 1993)		X
- État nutritionnel inadéquat (Huang, Himes et McGovern, 1996)		X	
Capacités motrices	- Altération de la démarche (Dargent-Molina et coll., 1996 ; Kemoun et coll., 2002 ; Koski et coll., 1996 ; Lord et coll., 1996)	X	X
	- Altération de l'équilibre (Maki et coll., 1994 ; Panel on Fall Prevention [AGS, BGS et AAOS], 2001 ; Tinetti et coll., 1988 ; Vellas et coll., 1997)	X	X
	- Diminution de la force musculaire (Nevitt et coll., 1993 ; Campbell et coll., 1989)	X	X
	- Difficulté à se lever d'une chaise (Campbell et coll., 1989 ; Nevitt, 1989) ou à se pencher (O'Loughlin et coll., 1993)	X	
Déficits visuels et somatosensoriels	- Altération de la vision (Nevitt, 1989 ; Legood et coll., 2002 ; Lord et coll., 2001 ; Dargent-Molina, 1996)	X	X
	- Altération du système somatosensoriel (Lord, 1994)	X	
État cognitif et psychologique	- Peur de tomber (Cumming et coll., 2002 ; Hill et coll., 1999 ; Luukinen et coll., 1996)	X	
	- Déficits cognitifs (Tinetti et coll., 1988)	X	
	- Histoire de dépression (Maki et coll., 1994)	X	
Médicaments	- Nombre de médicaments (Campbell et coll., 1989 ; Leipzig et coll., 1999b)	X	
	- Prise de psychotropes (Tinetti et coll., 1988 ; Leipzig et coll., 1999a ; Maki et coll., 1994 ; Liu et coll., 1995)	X	
	- Prise de médicaments cardiovasculaires (Leipzig et coll., 1999b)	X	

¹ Le lecteur est invité à consulter le document original d'où est tiré le tableau pour connaître les références bibliographiques qui y sont citées.

Source : MSSS, 2004, p. 11 de l'annexe.

3.6 Prévention des chutes

Des stratégies de prévention ont donné des résultats concluants sur la réduction des chutes. La prévention des chutes et de leurs conséquences s'étend d'une simple vérification des précautions comportementales et environnementales aux essais contrôlés et hasardisés qui ciblent spécifiquement des facteurs de risque intrinsèques ou extrinsèques. La majorité des études ont néanmoins porté sur les facteurs de risque intrinsèques par l'application de programmes d'exercices, d'éducation ou d'amélioration des aptitudes comportementales (MSSS, 2004).

Les interventions les plus probantes privilégient les actions auprès de chuteurs reconnus ou de clientèles présentant déjà un ou plusieurs facteurs de risque de chutes. Comme le rapporte Raïche (2000), « une chute peut survenir par "accident" comme cela se produit tout au long de la vie, à cinq, vingt ou soixante ans ». Chuter fait effectivement partie des événements que toute personne peut s'attendre à expérimenter au cours de son existence, qu'elle soit alors jeune ou moins jeune. Toutefois, comme le spécifie encore cet auteur, « la deuxième chute identifierait les *chuteurs*, celle-ci étant plus liée à la condition de la personne qu'au hasard ». De plus, les interventions ciblant des facteurs de risque spécifiques à chaque individu s'avèrent plus efficaces qu'une approche générale commune appliquant la même intervention à tout un groupe d'individus (MSSS, 2004 ; Reinsch et coll., 1992a). L'identification des antécédents de chute et des personnes à risque à cet égard constitue donc une avenue prometteuse (Tinetti, 1994).

3.6.1 Dépistage des personnes à risque

Différentes approches, rassemblées sous l'appellation de *tests de dépistage*, sont proposées pour évaluer le risque de chutes d'une personne. Par définition, le dépistage consiste à identifier précocement, à l'aide de tests d'application simple et standardisée, les sujets présumés atteints d'un problème de santé passé jusque-là inaperçu. Le dépistage revient à repérer les aînés les plus susceptibles de chuter.

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, autrefois connu sous le nom de *Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique*, indiquait en 1994²⁶ que l'on ne disposait pas de données suffisantes pour recommander d'inclure le dépistage du risque de chutes dans l'examen de routine des personnes âgées. Le Groupe était cependant d'avis que l'aiguillage des personnes qui avaient fait une chute vers une équipe d'évaluation interdisciplinaire avait atteint un degré de preuve suffisant (Elford, 1994). Cette position rejoint l'approche opportuniste de dépistage que prônent les autorités ministérielles québécoises en matière de santé : pratiquer des interventions systématiques de type médical préventif auprès des aînés pour qui la conséquence d'une chute entraîne un recours au système de soins (MSSS, 2004).

²⁶ Cette position est demeurée inchangée depuis (<http://www.ctfphc.org/Tables/Ch7tab.htm>).

Les facteurs de risque indépendamment associés aux chutes lors d'études prospectives constituent en soi des prédicteurs de chute. Ainsi, l'hypotension orthostatique, l'altération de l'équilibre et de la démarche, le nombre de médicaments absorbés, la consommation de psychotropes et la possibilité d'interactions problématiques, les dangers liés à l'environnement du domicile de même que le cumul des facteurs de risque accroissent le risque de tomber. Cependant, ces facteurs n'ont pas été développés dans l'optique d'un test clinique de dépistage des personnes âgées à risque de chutes. Quelques tentatives pour regrouper des facteurs multiples en équation de régression prédictive ont été faites, mais aucune d'elles n'a donné des résultats acceptables, soit parce que les auteurs ne rapportent pas l'efficacité de leur outil à identifier les chuteurs ou parce qu'ils ont utilisé un devis rétrospectif, un échantillon de taille insuffisante ou composé d'individus vivant en établissement (Blake et coll., 1988 ; Clark et coll., 1993 ; Lord et coll., 1994 ; Robbins et coll., 1989).

Les seuls véritables tests cliniques dont la validité prédictive a été éprouvée de façon satisfaisante concernent les mesures fonctionnelles de l'équilibre et de la motricité. Favier (1999) a fait une recension de plus d'une dizaine de ces tests et a décortiqué les études réalisées pour en évaluer la sensibilité et la spécificité. L'auteur précise que ces tests sont utiles soit pour dépister les sujets à risque, soit pour évaluer les résultats des programmes d'intervention thérapeutique. Il conclut que la valeur prédictive n'est établie que pour le Performance-Oriented Mobility Assessment, plus communément appelé *test de Tinetti*, du nom de l'auteure la plus prolifique sur le sujet, de même que pour l'échelle d'équilibre de Berg et que pour le Functional Reach, un test mesurant la stabilité lors d'un mouvement volontaire d'inclinaison vers l'avant induisant un déport du centre de gravité corporel. Par ailleurs, Raïche (2000) a suivi pendant un an des Sherbrookoïses de 75 ans et plus vivant à domicile pour documenter la valeur prédictive de chute d'une batterie d'outils cliniques conçus par d'autres chercheurs. Il arrive à la conclusion que le test d'équilibre de Tinetti est le meilleur prédicteur de chute, un score de 36 et moins permettant d'identifier 70 % des chuteurs (sensibilité de 70 % et spécificité de 52 %).

3.6.2 Mesures efficaces

Les recherches montrent qu'il est possible de modifier les facteurs de risque et de prévenir les chutes lorsque les mesures nécessaires sont prises. Il y a consensus sur le fait que les interventions sur les facteurs intrinsèques et les stratégies d'interventions multifactorielles de prévention des chutes sont les plus efficaces. L'analyse des données probantes pour les meilleures pratiques du Groupe de travail provincial en prévention des chutes chez les aînés vivant à domicile (MSSS, 2004) et du Comité fédéral, provincial et territorial des hauts fonctionnaires pour les ministres responsables des aînés (2001) aboutit à recommander l'implantation de ces pratiques opérantes.

Tinetti et son équipe (1994) ont les premiers démontré de façon rigoureuse – avec devis hasardisé et groupe témoin – l'efficacité concluante d'interventions multifactorielles et interdisciplinaires en prévention des chutes. Leur étude a adopté une approche tenant compte des facteurs de risque tels que les déficiences liées à l'équilibre ou à la marche, l'hypotension, la consommation de médicaments, les problèmes liés aux pieds et l'utilisation de la toilette ou du bain. Les stratégies combinant le dépistage auprès de personnes âgées vivant dans la communauté et l'intervention ciblée sur les facteurs de risque de chutes identifiés sont les causes d'une diminution effective du risque de chutes, que les participants soient recrutés dans la population générale (risque relatif « RR » de 0,73 avec intervalle de confiance à 95 % compris entre 0,63 et 0,85) ou sélectionnés en raison d'antécédents de chute et de la présence de facteurs de risque (RR : 0,86 ; IC à 95 % : 0,76 à 0,98). Si ce genre de stratégie est habituellement associé à une réduction significative du risque de chutes chez les participants et à une amélioration de leur confiance dans la réalisation de leurs activités quotidiennes, les études permettent rarement de déterminer la contribution relative des composantes de l'intervention et des facteurs de risque en cause dans la production des effets.

Selon la recension des écrits de Gillespie et de ses collaborateurs (2003), les programmes de renforcement d'exercices d'équilibre à domicile, les programmes de contrôle postural de taï chi, l'évaluation du domicile, le suivi par un professionnel et le retrait de la médication sont les interventions dont l'efficacité est reconnue pour prévenir les chutes. Les experts s'accordent pour prescrire en priorité des interventions visant à améliorer l'équilibre, la force et la démarche, à réduire l'utilisation des psychotropes et à diminuer le nombre de médicaments, à corriger l'hypotension orthostatique et à traiter les problèmes cardiaques, à modifier les dangers de l'environnement, ainsi qu'à améliorer le comportement en matière de santé (*American Geriatrics Society, British Geriatrics Society et American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on falls Prevention, 2001 ; Campbell, 2002 ; Feder et coll., 2000 ; MSSS, 2004 ; National Ageing Research Institute, 2000 ; Stevens et Olson, 2000 ; Tinetti, 2003*).

Par ailleurs, même si certaines études ont échoué à montrer une association statistique entre la présence d'éléments hasardeux dans l'environnement et le risque de chuter (Sattin et coll., 1998), d'autres ont confirmé leur existence (Northridge et coll., 1995 ; Clemson, Cumming et Roland, 1996). Après l'amélioration de la sécurité du domicile des personnes âgées, des chercheurs ont observé une réduction des chutes de plus de 50 % (Plautz et coll., 1996).

4. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

Ce chapitre expose brièvement en quoi consiste le projet lanaudois de prévention des chutes et les objectifs qu'il poursuit. Il décrit ensuite les objectifs de l'évaluation et explicite les hypothèses formulées.

4.1 Projet de prévention des chutes

Le projet de prévention des chutes à domicile chez une clientèle d'aînés à risque à cet égard consiste en une intervention multifactorielle et interdisciplinaire qui porte sur les facteurs de risque reconnus dans la documentation scientifique.

Le but général du projet d'intervention est de maintenir, voire même d'augmenter, l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées de 65 ans ou plus vivant à domicile et recevant des services de soutien à domicile. Il vise, dès lors, à diminuer l'incidence des chutes. Le projet s'appuie sur la prémisse 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 conduisent à une diminution subséquente des chutes. En ce sens, les objectifs de l'intervention s'attachent à influencer l'apport nutritionnel, la démarche et l'équilibre des personnes identifiées à risque sur la base de facteurs spécifiques en cause, de même qu'à diminuer leur consommation inappropriée de médicaments, leur consommation d'alcool et les risques environnementaux de leur domicile.

4.2 Projet de recherche

Le but principal de l'étude consiste en une investigation de l'épidémiologie des chutes à domicile chez les personnes âgées de même qu'en l'évaluation d'une approche multifactorielle de prévention. Les travaux consistent notamment à évaluer l'efficacité pragmatique de l'intervention – c'est-à-dire celle observée en milieu naturel – sur la réduction de la prévalence des facteurs de risque de chutes ainsi que de l'incidence des chutes elles-mêmes et leurs conséquences, puis à délimiter les conditions de mise en œuvre de l'intervention et les processus de production des effets.

Il s'agit essentiellement de produire un corpus de connaissances suffisant pour permettre à l'Agence de Lanaudière et aux CLSC de la région de porter un jugement sur la capacité du projet d'intervention à produire les résultats attendus et à déterminer les conditions

d'implantation nécessaires à l'intégration des activités de promotion de la santé et de prévention des chutes dans la programmation des services courants de soutien à domicile des CLSC²⁷ (Bégin, 2002).

4.2.1 Objectifs de l'étude

Étudier l'épidémiologie des chutes et évaluer les effets de l'intervention :

- déterminer la prévalence des facteurs de risque de chutes retenus dans l'étude et présents avant l'introduction de l'intervention ;
- déterminer rétrospectivement la prévalence de chuteurs et l'incidence de chutes survenues dans les trois mois précédant l'examen initial ainsi que leurs conséquences relatives aux traumatismes, à l'utilisation de services de santé et aux limitations fonctionnelles ;
- déterminer les profils types de participants au regard de leurs facteurs de risque présents à l'examen initial ;
- déterminer de façon longitudinale les facteurs ou la combinaison de facteurs associés au taux d'incidence de chutes, de chutes avec blessures, de chutes avec limitations fonctionnelles, de chutes ayant nécessité une consultation médicale et de chutes ayant mené à une hospitalisation ;
- déterminer les effets de l'intervention sur le taux d'incidence de chutes, de chutes avec blessures, de chutes avec limitations fonctionnelles, de chutes ayant nécessité une consultation médicale et de chutes ayant mené à une hospitalisation à différents temps à la suite de la participation au projet²⁸ ;
- déterminer les effets de l'intervention sur les facteurs de risque retenus dans l'étude à différents temps à la suite de la participation au projet²⁹ ;
- valider une structure de causalité théorique et explicative de la production des effets des différentes composantes de l'intervention sur l'incidence de chutes.

Évaluer l'implantation de l'intervention :

- déterminer le degré de mise en œuvre de l'intervention ainsi que le degré de conformité entre la programmation souhaitée et son actualisation ;
- déterminer l'observance des recommandations par les participants, la progression de ces derniers dans le projet d'intervention de même que les caractéristiques associées tant à l'observance qu'à la persévérance ;
- analyser l'influence des facteurs organisationnels et contextuels des milieux d'implantation sur le degré de mise en œuvre et d'intégrité de l'intervention ;

²⁷ Il faut cependant spécifier que la programmation des services courants de soutien à domicile des CLSC Lanaudois devra également s'arrimer avec la nouvelle donne ministérielle, et ce, avant même que les résultats de la présente étude ne soient rendus disponibles. En effet, le récent cadre de référence sur la prévention des chutes dans un continuum de services aux aînés vivant à domicile impose à l'ensemble des régions du Québec la mise en œuvre de trois types d'intervention, ciblés selon des paramètres précis, favorisant la prévention des chutes (MSSS, 2004).

²⁸ Cet objectif devrait permettre également de déterminer le décalage entre l'introduction de l'intervention et l'apparition des premiers effets de même que la durée pendant laquelle ceux-ci se maintiennent.

²⁹ Cet objectif devrait permettre également de déterminer le décalage entre l'introduction de l'intervention et l'apparition des premiers effets de même que la durée pendant laquelle ceux-ci se maintiennent.

- analyser l'influence du degré et des variations de mise en œuvre de l'intervention sur les effets produits par celle-ci.

4.2.2 Hypothèses de recherche

En fonction de ces objectifs, les hypothèses³⁰ suivantes sont avancées :

- que l'intervention multifactorielle personnalisée diminue globalement de 20 % le taux d'incidence de chute, réduit d'autant le nombre moyen de chutes chez un même individu et espace l'intervalle de temps séparant leurs occurrences ;
- que le degré de mise en œuvre de l'intervention diffère selon des attributs liés aux participants et aux milieux dans lesquels le projet est introduit ;
- que l'efficacité de l'intervention diffère selon le degré et les variations de sa mise en œuvre ;
- qu'il est impossible d'isoler une contribution significative pour tous les facteurs de risque retenus et pour toutes les composantes de l'intervention ;
- que les interventions ciblées les plus efficaces sont celles qui agissent sur l'équilibre et la motricité, la consommation de médicaments et l'environnement domiciliaire ;

L'évidence pour certains facteurs pourra possiblement rester dans l'ombre pour des motifs de validité de l'information recueillie (par exemple la consommation d'alcool), de variabilité marginale du facteur mesuré dans la population fondamentalement homogène (par exemple la consommation de quatre médicaments différents et plus prescrits par jour), de questions d'observance des recommandations émises et de disparité entre les hypothèses d'intervention et les situations observées (par exemple pour l'alimentation).

³⁰ Ces hypothèses sont celles émises par le chercheur principal. Elles ne sont pas forcément partagées par les autres membres du Comité d'évaluation, par ceux du Comité régional de prévention des chutes, du Service de surveillance, recherche et évaluation ou du Service de prévention et de promotion de la Direction de santé publique et d'évaluation.

5. MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre résume le projet d'intervention et les principaux rudiments méthodologiques sous-jacents au déroulement de l'étude et à la production des données. On y aborde les dimensions liées à l'échantillonnage, au cheminement des participants dans le projet, aux types de données recueillies, aux outils utilisés ainsi qu'au traitement statistique.

La stratégie de recherche comprend deux volets. L'un, essentiellement quantitatif, repose sur une enquête épidémiologique. Il vise à déterminer les prédicteurs et les conséquences des chutes de même que les effets intermédiaires et les effets ultimes de l'intervention implantée, soit, respectivement, les effets sur les facteurs de risque et ceux sur les chutes. L'autre, quantitatif et qualitatif, porte sur l'implantation du projet. Il examine le processus d'opérationnalisation de l'intervention et l'influence du contexte de mise en œuvre sur la production des effets.

5.1 Formation et période d'essai

Plusieurs travaux préparatoires à la mise en œuvre du projet d'intervention ont été réalisés (Bégin, 2002). Ils ont d'abord consisté en une formation pertinente du personnel visé par l'implantation du projet offerte par le responsable régional. Des rencontres de rodage, d'une durée de vingt heures, se sont tenues en juin et en septembre 2001 auprès des membres du Comité régional de prévention des chutes ainsi que des intervenants spécialement dédiés au projet par leur établissement (ergothérapeutes, physiothérapeutes, thérapeutes en réadaptation physique et infirmières). Elles ont porté principalement sur le processus d'implantation, à savoir le cheminement des participants dans le projet, l'utilisation des outils retenus, le type d'intervention requis ainsi que le suivi envisagé. Une journée de formation distincte sur le dépistage et l'intervention en nutrition a spécialement été offerte aux mêmes intervenants, en juin 2002, par la conseillère en nutrition de la Direction de santé publique et d'évaluation en collaboration avec les nutritionnistes des CLSC affectées au projet. Toutes les activités de formation avaient également comme but d'uniformiser l'administration des outils afin d'accroître la fidélité des résultats.

Par ailleurs, une rencontre de sensibilisation à l'importance du projet de prévention des chutes et à son implantation dans le milieu s'est déroulée en juin 2001 avec les chefs de programme des Services de soutien à domicile des CLSC et des centres de jour des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) de la région. Des rencontres similaires ont enfin été réalisées entre février et avril 2002 auprès du personnel des CLSC, dont celui affecté au soutien à domicile.

Une période d'essai a eu lieu d'octobre 2001 à février 2002 auprès de 83 aînés sélectionnés parmi les usagers des services de soutien à domicile de l'ensemble des CLSC lanauois. Elle visait à permettre au personnel de se familiariser avec la procédure générale ainsi qu'avec l'utilisation des instruments aux étapes de recrutement, de dépistage, de collecte de données, de recommandation et de suivi. Les résultats de ce prétest ont montré que dix participants présentaient un risque élevé à l'évaluation des apports alimentaires, que quatorze étaient considérés à risque élevé en ce qui avait trait à l'équilibre et à la motricité, que 69 prenaient plus de trois médicaments prescrits par jour, alors que la consommation d'alcool n'a paru inquiétante pour aucun d'entre eux. L'évaluation des risques environnementaux a permis d'identifier 370 éléments jugés problématiques. Quelque 25 chutes ont été déclarées par les participants lors de la période d'essai (Bégin, 2002).

À l'issue de cette période d'essai, certains ajustements ont permis de peaufiner le protocole d'intervention et de formuler la version définitive des instruments. La voie était alors ouverte pour l'implantation officielle du projet, qui a débuté en mars 2002.

5.2 Sujets à l'étude

Les sujets lanauois de 65 ans et plus vivant à domicile et pouvant s'exprimer en français ou en anglais ont été recrutés parmi les usagers des services de soutien à domicile, à l'exception de ceux des soins palliatifs, de l'un ou l'autre des six CLSC de la région. Ils peuvent être propriétaires ou locataires (chambre ou appartement) ou résider dans une maison unifamiliale, un logement, un appartement ou une résidence privée. Dans ce dernier cas, il s'agit d'une résidence offrant des services³¹ à des occupants relativement autonomes ou en légère perte d'autonomie. Ces personnes peuvent y être hébergées à la condition de requérir moins d'une heure-soins par jour de services individuels (en vertu de la Loi sur la santé et les services sociaux). La quantité et la qualité des services qui y sont offerts peuvent varier considérablement, tout comme le nombre d'occupants qui y habitent, le nombre de chambres ou d'appartements pouvant varier de quelques-uns à plus d'une centaine. Les pensionnaires des résidences publiques du réseau de la santé et des services sociaux tels les CHSLD, les ressources de type familial, les ressources intermédiaires ainsi que ceux qui hébergent dans les CHSLD privés non conventionnés détenteurs d'un permis du MSSS sont cependant exclus.

Les usagers présentant un problème d'autonomie fonctionnelle physique et cognitive prééminent ont été expressément exclus. Il s'agit de ceux incapables de se mouvoir sur une distance de six mètres, de ceux qui se déplacent en permanence en fauteuil roulant et de ceux ayant obtenu une cote de -3 à l'un ou l'autre item de la section « Mobilité » (6 items) ou une cote de -2 ou -3 à un

³¹ Par exemple, salle à manger, salle de séjour et loisirs, buanderie, assistance médicale, accompagnement, transport.

item de la section « Communication » (3 items) ou « Fonctions mentales » (5 items) du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) d'Hébert et de ses collaborateurs (Hébert, Carrier et Bilodeau, 1988a), tel qu'il apparaît dans le formulaire de l'« Évaluation de l'autonomie multiclientèle » (Formulaire SAD-02-FS-94, annexe III), de l'« Évaluation de l'autonomie – Clientèle de soins court terme » (SAD-03-FS-94, annexe IV) ou du « Profil évolutif de l'autonomie » (SAD-04-FS-94, annexe V).

Les qualités métrologiques du SMAF sont bien documentées (Desrosiers et coll., 1995 ; Hébert, Carrier et Bilodeau, 1988b). La fidélité interjuges de l'instrument indique que, globalement, deux observateurs sont en accord dans 75,3 % des cas ; les taux d'accord varient de 61 % à 94 % selon les fonctions considérées. Les analyses témoignent également d'une bonne fidélité en ce qui a trait à la profession de l'observateur et à son milieu de pratique. Des études supplémentaires de fidélité intrajuge et interjuges montrent des coefficients respectifs de corrélation intraclasse (CCI) de 0,95 et de 0,96 pour le score total.

À titre de vérification de la validité concomitante, les résultats obtenus au SMAF chez une clientèle de personnes âgées comparés à ceux du FRAN (Formule de Relevé des Actions Nursing) du système PLAISIR (Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis) indiquent une relation très étroite entre les deux instruments ($r = 0,88$, $p < 0,0001$). Par ailleurs, les clients de trois genres d'institutions dont les soins offerts diffèrent ont été évalués afin de vérifier sa validité de construit. L'échelle témoigne d'une distinction très nette de leur autonomie fonctionnelle en ce qui a trait aux activités de la vie quotidienne et à la mobilité selon qu'ils résident dans un pavillon, un centre d'accueil ou un centre d'hébergement et de soins prolongés. L'évaluation de la sensibilité de l'instrument au changement apprend qu'un changement de cinq points et plus est considéré comme significatif sous l'angle métrique et clinique.

5.3 Recrutement des sujets

Le recrutement des sujets s'est déroulé du 1^{er} mars 2002 au 31 juillet 2005. Toute nouvelle demande de services de soutien à domicile est dirigée vers un membre du personnel de ce service du CLSC qui recueille auprès de l'utilisateur les renseignements nécessaires à son inscription sur le formulaire « Prise de contact » (SAD-01-FS-94, annexe VI) ou sur le « Formulaire SIC + » du Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (Intégration CLSC). Un participant peut également être sélectionné parmi les clients déjà inscrits aux services de soutien à domicile de l'intervenant. Celui initialement affecté au dossier détermine si le client répond aux critères d'âge et d'autonomie mentionnés plus haut et, le cas échéant, l'invite à participer au projet de prévention des chutes à domicile. Le projet est ensuite expliqué au client et une lettre de présentation lui est remise (annexe VII) en même temps qu'une brochure portant sur la prévention des chutes à domicile (annexe VIII), qu'une autre sur la prévention de l'utilisation inappropriée de médicaments (annexe IX) et qu'une dernière sur la promotion d'une saine alimentation (annexe X).

La participation est volontaire et révocable en tout temps. Toutes les procédures ont reçu l'approbation des directeurs généraux des CLSC 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 Direction de santé publique et d'évaluation de l'Agence de Lanaudière. Il convient toutefois de garder à l'esprit que le projet d'intervention est réalisé dans le cadre de la mission légale d'un centre local de services communautaires (article 80 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., chapitre S-4.2) et que son évaluation est faite en conformité avec les obligations légales en la matière dévolues aux agences régionales (articles 340 et 346 de la même loi).

Un usager non éligible au projet ou ayant signifié son refus d'y participer continue de recevoir les services réguliers de soutien à domicile auxquels il a droit. Par ailleurs, le dossier de celui qui répond favorablement est transmis au professionnel du CLSC spécialement dédié à la coordination du projet par l'intermédiaire de la « Fiche de référence interne » (annexe XI). Ce dernier veille à inscrire l'utilisateur au sous-programme « Prévention des chutes » dans le module SIC + de l'application Intégration CLSC et à identifier son dossier en conséquence au moyen d'une estampille spéciale. Le tableau 5 résume, étape par étape, le cheminement des participants au projet.

Tableau 5. Cheminement des participants au projet

Cheminement des participants	Outils
<p>1 Accueil</p> <p>Demande de services de soutien à domicile par l'utilisateur (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>Usager est-il admissible au projet ?</p> <p>Intervenant assigné évalue l'admissibilité au moyen de la grille multiclientèle ou de la grille clientèle de soins court terme :</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 : Intervenant assigné présente le projet à l'utilisateur et lui remet les trois brochures</p> <p>Non : 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 • Brochure « Prévenir les chutes à domicile. Quelques conseils utiles » • Brochure « L'information est la meilleure prescription. Ce que vous devriez savoir sur vos médicaments » • Brochure « La saine alimentation... Une alliée dans la prévention des chutes »
<p>3 Participation</p> <p>Usager est-il intéressé à participer volontairement au projet ?</p> <p>Oui : Intervenant assigné transmet la réponse à l'intervenant dédié au projet pour inscription au SIC +</p> <p>Non : Usager 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 référence interne (interservices) • Fiche de demande CLSC (SIC +)
<p>4 Évaluation</p> <p>Facteurs de risque de chutes à domicile sont-ils présents chez l'utilisateur ?</p> <p>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 : Intervenant discute avec l'utilisateur de l'intervention envisagée</p> <p>Non : 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>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 (Fiche de liaison CLSC) • Critères d'admissibilité financière aux aménagements domiciliaires
<p>6 Suivi</p> <p>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) • Registre des chutes • Tableau de bord du suivi des participants

Source : Bégin, 2002, p. 31

5.4 Modélisation de l'intervention

Le modèle logique d'une intervention, aussi nommé *théorie de l'intervention*, est une explication schématisée et structurée du processus de production des services visés et des postulats sous-jacents à la genèse des effets escomptés. Sa construction constitue une étape essentielle de l'évaluation de laquelle découle tout le questionnement évaluatif subséquent en ce qui a trait à la mise en œuvre et aux effets de l'intervention (Bickman, 1987 ; Chen, 1990 ; Chen et Rossi, 1983 ; Dwyer et Makin, 1997 ; Reynolds, 1998 ; Weiss, 1997 ; 1998). La figure 2 illustre le modèle logique de l'intervention du projet lanauois d'intervention multifactorielle et interdisciplinaire personnalisée en prévention des chutes à domicile chez les aînés. Celui-ci a été reconstitué sur la base de notre analyse du devis d'implantation rédigé par son concepteur et promoteur (Bégin, 2002) et de la recension des écrits scientifiques pertinents sur le sujet.

La figure 3 centre l'intervention dans une perspective plus vaste représentée par la roue de l'analyse stratégique³². L'hypothèse d'intervention, *HI*, et l'hypothèse causale, *HC*, y sont indiquées et feront l'objet d'une analyse au regard des résultats qui seront observés. D'après la première hypothèse, *HI*, 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 chutes et de la prise de risques par les personnes âgées. L'hypothèse *HC* qui s'ensuit soutient qu'agir sur les déterminants des chutes devrait réduire l'incidence des chutes et de leurs conséquences. Par ailleurs, l'analyse de la pertinence du problème choisi (AS1)³³, des objectifs d'intervention (AS2) et des maîtres d'œuvre (AS3)³⁴ ajoutera de la perspective à l'ensemble des faits rapportés et des connaissances acquises dans le but d'alimenter la discussion des résultats.

³² Cette illustration, fournie uniquement à titre indicatif, a été réalisée par l'auteur du présent protocole dans le cadre du cours ASA 6178 – Méthodes d'évaluation offert par François Champagne, professeur titulaire au Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal.

³³ L'analyse de AS1 serait de peu d'intérêt dans le cas présent, étant donné que l'exercice a récemment été réalisé par un groupe d'experts pour le compte du MSSS qui, à l'issue de ses travaux, a clairement reconnu la « promotion et [le] soutien de mesures multifactorielles de prévention des chutes destinées aux personnes âgées à risque » dans son *Programme national de santé publique 2003–2012* (MSSS, 2003b ; 2004). Les instances régionales et locales de santé publique sont donc contraintes de par la Loi à offrir de telles interventions sur leur territoire.

³⁴ L'analyse de AS2 et de AS3 pourrait être justifiée. En effet, si l'importance du problème choisi fait l'unanimité et que le consortium de maîtres d'œuvre est indéniablement judicieux, on est en droit de se demander s'il n'aurait pas été utile de mobiliser d'autres acteurs (organismes communautaires ou services des loisirs du secteur municipal, par exemple) et d'intervenir sur d'autres facteurs entrant en ligne de compte dans l'apparition des chutes (hypotension orthostatique ou déterminants plus globaux et distaux comme l'isolement social, par exemple).

Figure 2. Modèle logique de l'intervention

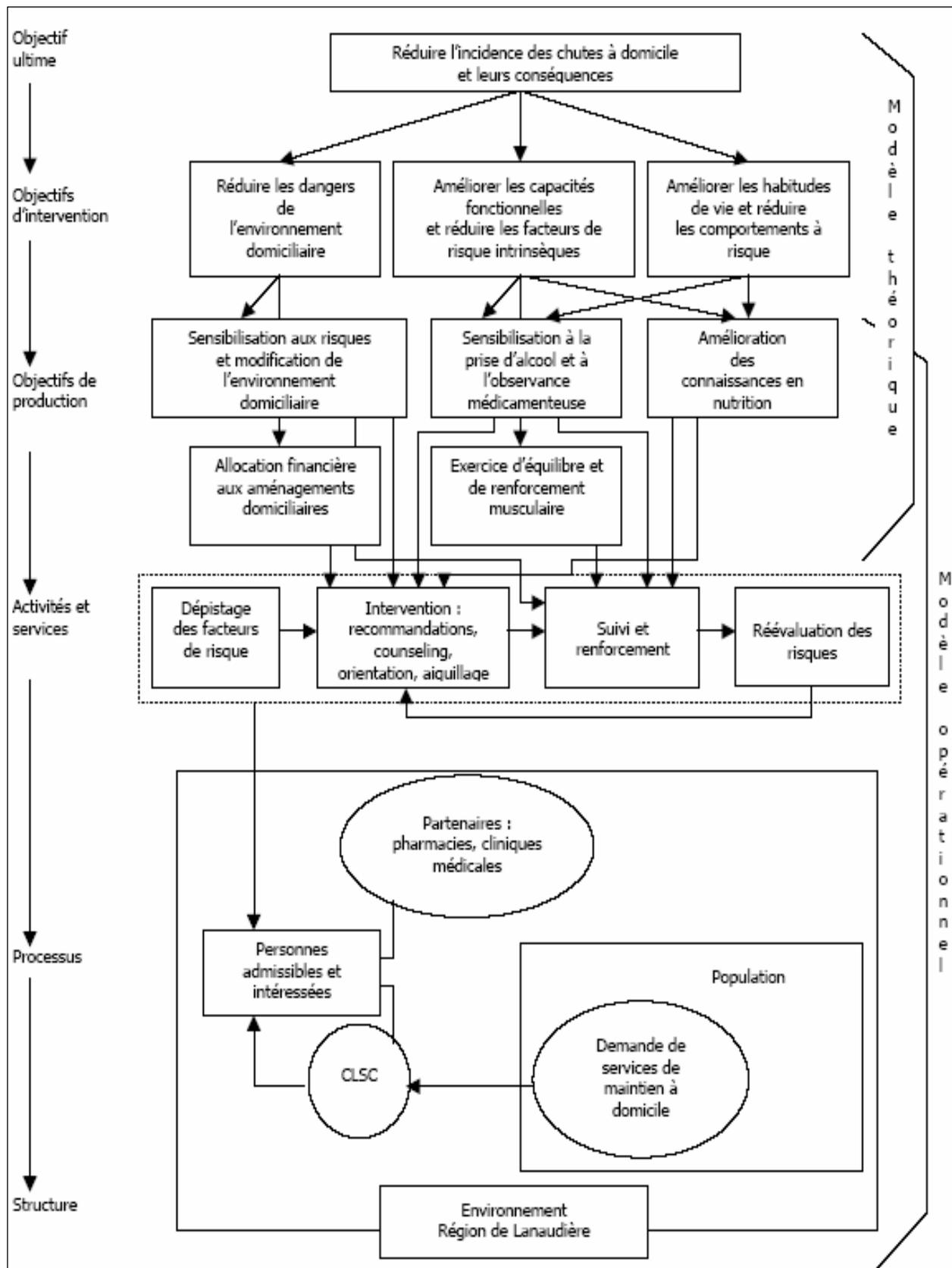
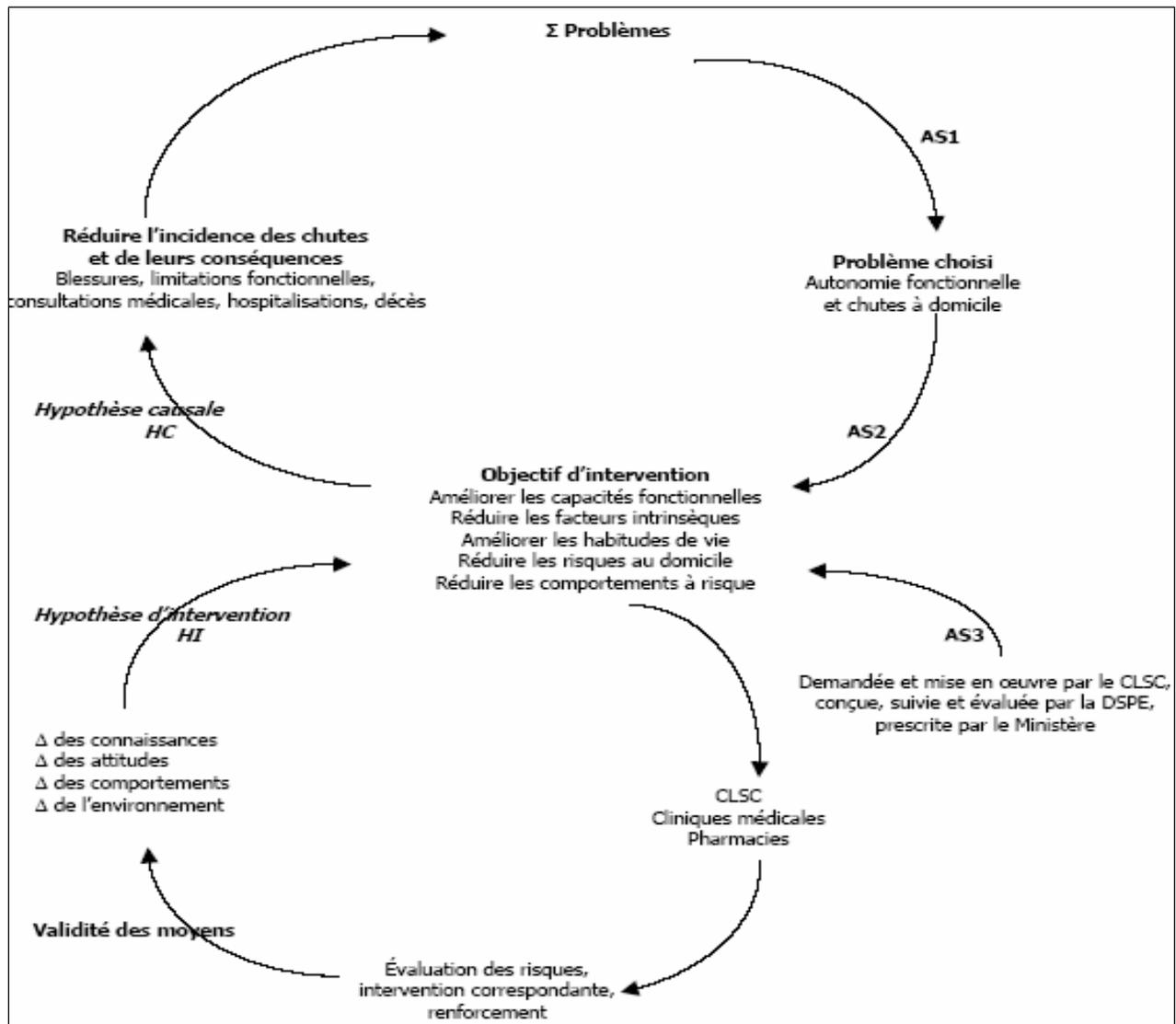
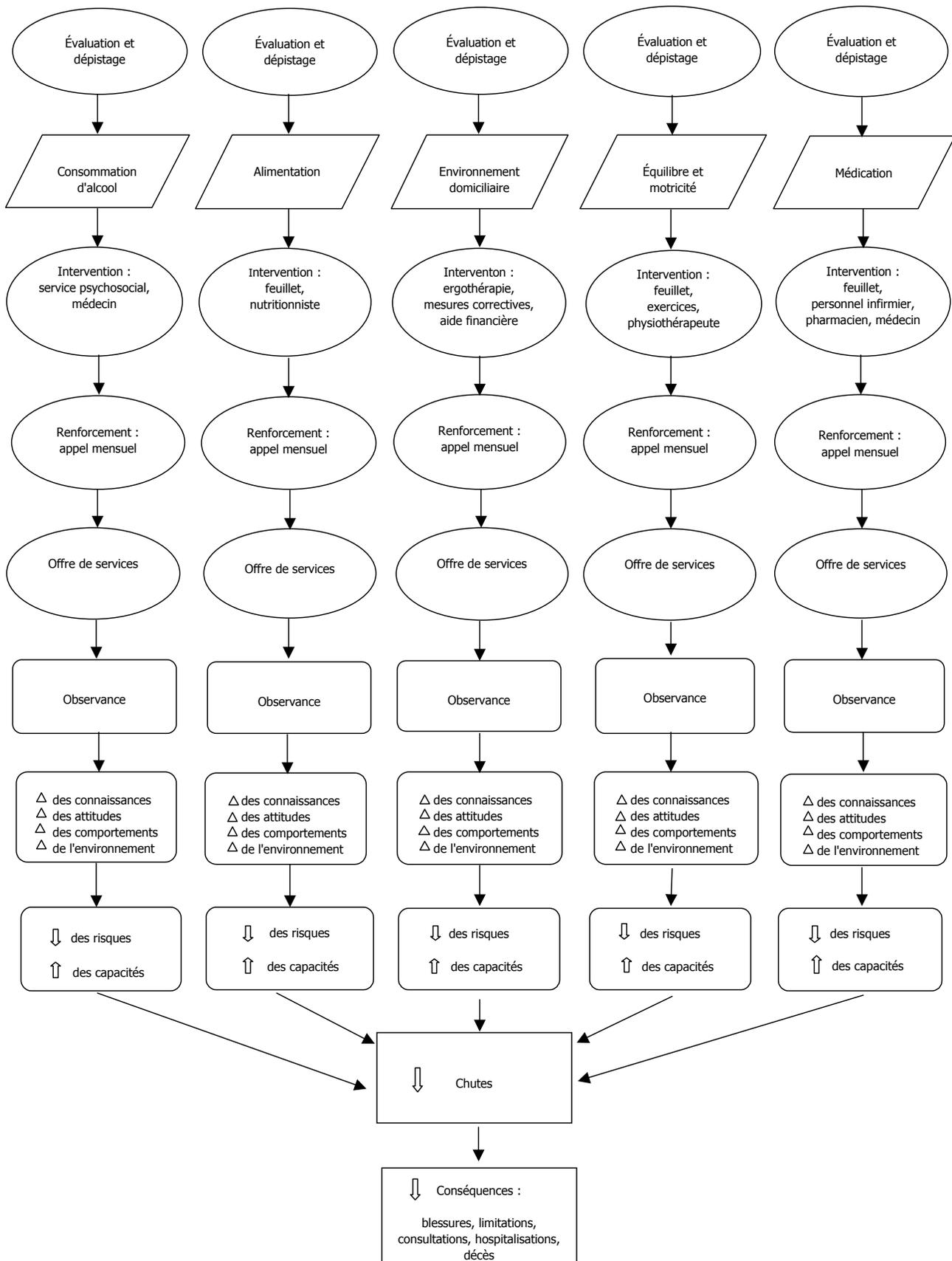


Figure 3. Roue de l'analyse stratégique de l'intervention



La figure 4, enfin, documente la chaîne de production des résultats. Les formes géométriques illustrent les différentes composantes de l'intervention : les activités et services (ovales), les déterminants et facteurs de risque (parallélogrammes), les résultats intermédiaires (rectangles aux coins arrondis) et les résultats ultimes de santé (rectangles aux angles droits). Chacune des flèches du modèle correspond à une hypothèse qui sera mise à l'épreuve empiriquement. Des indicateurs ont été colligés pour apprécier l'ensemble des résultats, des plus proximaux aux plus distaux, c'est-à-dire de la prestation des activités et des services à l'apparition des résultats recherchés sur les chutes et leurs conséquences. Les prochaines sections explicitent les différentes étapes du projet et rendent compte de sa nature systémique et dynamique.

Figure 4. Chaîne de production des résultats du modèle logique de l'intervention



5.5 Évaluation des chutes et du risque de chutes

Le professionnel spécialement dédié au projet prend connaissance de l'ensemble du dossier, puis contacte le participant et convient avec lui d'un rendez-vous à son domicile pour procéder à une première évaluation. Elle consiste en un dépistage des personnes susceptibles de chuter, lequel s'effectue à l'aide de tests, d'examen ou d'autres techniques d'application rapide qui mesurent un ou des facteurs de risque de chutes. Ceux retenus dans l'étude sont de différents ordres : intrinsèques (altération de la démarche, troubles de l'équilibre et de la motricité, prise de psychotropes ou polymédication), comportementaux (alimentation inadéquate, poids insuffisant, consommation excessive d'alcool) et environnementaux (aménagement intérieur et extérieur non sécuritaire du domicile).

Une relance téléphonique mensuelle est ensuite faite afin de vérifier si les acquis ont été maintenus et si les recommandations ont été mises en application. Le professionnel spécialement dédié au projet interroge également le participant au sujet des chutes survenues depuis le dernier contact (formulaire « Histoire de chute antérieure », annexe XII) et collige l'information dans le « Registre des chutes » (annexe XIII). Pour l'aider à se remémorer ces événements, le participant est invité à consulter pendant l'entrevue de suivi le calendrier qui lui a préalablement été fourni en guise d'aide-mémoire³⁵ (annexe XIV). Celui-ci avait reçu la consigne d'y noter les dates où une chute s'était produite, l'endroit où elle avait eu lieu de même que la façon dont elle était survenue. Le même professionnel doit procéder, dans les six mois suivant la première évaluation, à une nouvelle évaluation au domicile du participant de ses facteurs de risque. Par la suite, il réévalue le sujet à la même fréquence jusqu'à la fin de sa participation au projet ou à la clôture de ce dernier.

Dans le cadre de l'étude, une chute est définie comme un événement au cours duquel une personne se retrouve, malgré elle ou par inadvertance, sur le sol, le plancher ou toute autre surface de niveau inférieur. La personne a pu s'affaisser au sol, tomber par terre, trébucher dans l'escalier, glisser ou perdre l'équilibre, ou se heurter contre un objet. La chute peut avoir lieu à l'intérieur ou à l'extérieur de la maison, mais est exclue celle survenue en pratiquant un sport (O'Loughlin et coll., 1993)³⁶.

³⁵ Cummings et ses collaborateurs (1988) de même que Hale et les siens (1993) se sont intéressés à la question des biais de mémoire lors du rappel des chutes dans les études rétrospectives. Le constat de biais importants à cet égard amène les auteurs à croire que le devis prospectif est nécessaire pour mesurer adéquatement la relation entre les chutes et les prédicteurs de chute. La technique de monitoring des chutes, qui semble actuellement reconnue comme la plus fiable, jumelle la technique du calendrier à l'appel téléphonique mensuel (Tinetti et coll., 1995a ; O'Loughlin et coll., 1993).

³⁶ Il s'agit d'une adaptation de la définition proposée par le *Kellogg International Work Group on the Prevention of Falls by the Elderly* (1987).

Certains des outils standardisés de mesure et d'évaluation utilisés et présentés ci-dessous ont déjà fait l'objet d'une étude de leurs qualités métrologiques. Ils produisent dans l'ensemble des résultats de fidélité et de validité reconnus et satisfaisants. Des questions ont été tirées de questionnaires d'enquêtes canadiennes ou québécoises largement validés. Par validité, nous référons à la clarté des questions, à la conformité entre les réponses et l'intention de la question ainsi qu'à l'influence des opérations de collecte et de saisie sur la qualité des données.

5.5.1 Apports nutritionnels

L'identification précoce des personnes à risque d'insuffisance d'apports énergétiques et nutritionnels et, du fait, de celles qui requièrent de l'aide pour améliorer leur alimentation et combler leurs besoins nutritionnels, est effectuée à l'aide du *Questionnaire pour déterminer le besoin d'aide alimentaire des personnes âgées* développé par Payette de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (Payette, non daté ; Payette, Guigoz et Vellas, 1999). Ce questionnaire a été conçu pour être utilisé par le personnel des services d'aide à domicile auprès de personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile. Il comprend dix énoncés, soit neuf questions posées à la personne âgée et une mesure de son indice de masse corporelle (IMC). L'IMC est calculé comme le rapport du poids de l'individu sur le carré de sa taille. Le poids est mesuré au moyen d'un pèse-personne. La taille est mesurée par l'intervenant au moyen d'une équerre et d'un mètre à ruban. L'instrument et les documents qui s'y rapportent sont présentés à l'annexe XV.

Le questionnaire identifie le niveau de risque nutritionnel des personnes sur la base du calcul d'un score global : faible (0-2), modéré (3-5) ou élevé (6-13). La sensibilité de l'instrument est de 78 %, sa spécificité de 77 % et sa précision³⁷ de 69 %. La fidélité intrajuge révèle un CCI de 0,87, alors que la fidélité interjuges égale 0,84 (Laporte, Villalon et Payette, 2001 ; Laporte et coll., 2001).

5.5.2 Équilibre et motricité

L'évaluation de l'équilibre et de la motricité est réalisée à l'aide de l'échelle d'équilibre de Berg (1989), qui est une adaptation du test de Tinetti, et du test Timed Up and Go (Podsiadlo et Richardson, 1991), qui est lui-même une adaptation de Podsiadlo et Richardson du test Get-up and Go, développé initialement par Mathias et ses collaborateurs (annexe XVI). L'utilisation de l'échelle de Berg repose sur l'observation des aptitudes d'un sujet à exécuter une série de quatorze mouvements courants de la vie quotidienne.

³⁷ La précision réfère au pourcentage de sujets qui sont bien classés par le test, soit le total des vrais positifs et des vrais négatifs divisé par le nombre de sujets.

Le système de cotation est une échelle à cinq niveaux (0 à 4), déterminés selon la qualité du mouvement et de la posture et du temps pris pour la réalisation de la tâche. Un résultat atteignant 45 représente la limite supérieure pour discriminer les sujets autonomes en ce qui concerne la marche sans aide mécanique. Un résultat compris entre 31 et 44 indique la nécessité d'utiliser un accessoire à la marche à l'extérieur ou pour les longues distances, alors qu'un résultat chutant entre 20 et 30 signifie qu'un accessoire est requis en tout temps.

Une étude de validité de construit a estimé le degré de concordance entre la mesure obtenue avec l'échelle de Berg et les concepts théoriques relatifs au phénomène étudié chez des victimes d'accident vasculaire cérébral. Les résultats montrent que l'échelle de Berg rend effectivement compte du changement dans le temps quant à l'équilibre lorsque celui-ci est mesuré simultanément au moyen de l'échelle de Barthel et de Fugl-Meyer. Les corrélations notées entre l'échelle de Berg et celle de Barthel varient de 0,80 à 0,94, et entre 0,62 à 0,94 pour celle de Fugl-Meyer. La validité concourante démontre un degré de concordance parallèle qualifié de *mitigé à bon* entre la mesure de Berg et un certain nombre d'autres critères externes. La validité prédictive de la mesure indique la capacité d'un score inférieur à 45 à prédire la survenue de chutes multiples au cours d'une période de douze mois. Une évaluation prospective de ce test donne une faible sensibilité pour identifier les futurs chuteurs, mais une bonne spécificité pour reconnaître les non-chuteurs. Par ailleurs, l'étude de fidélité montre d'excellents résultats à cet égard. Le coefficient de cohérence interne alpha de Cronbach atteint 0,96, alors que le CCI de fidélité intrajuge se chiffre à 0,99. Cette dernière valeur est identique au CCI de fidélité interjuges (Favier, 1999 ; Berg et coll., 1992a ; 1992b ; 1995).

Le test Timed Up and Go permet quant à lui de chronométrer le temps qu'il faut à un sujet pour se déplacer et d'apprécier la façon dont il accomplit cette tâche. Il consiste à lui demander de se lever d'un siège, de marcher sur une distance de trois mètres, de faire demi-tour, de revenir à la chaise, de se retourner et de se rasseoir. Ce test permet de déterminer la mobilité des patients selon trois groupes : ceux qui réalisent le test en 20 secondes ou moins sont totalement indépendants ; ceux qui le réalisent en plus de 20 secondes mais moins de 30 ont des aptitudes de mobilité incertaines ; puis ceux qui prennent 30 secondes ou plus sont jugés dépendants physiquement pour l'ensemble des actes de la vie courante.

Le CCI pour la fidélité intrajuge et interjuges sont respectivement de 0,98 et 0,99. Les valeurs obtenues au test Timed Up and Go ont été comparées à celles d'autres outils pour en mesurer la validité concomitante. Les résultats indiquent une relation très étroite entre l'instrument et l'échelle de Berg, la vitesse de la démarche et la mesure de l'autonomie fonctionnelle de Barthel ($r = -0,81, -0,61$ et $-0,78$, respectivement) (Podsiadlo et Richardson, 1991). Lin et ses collaborateurs (2004) soulignent que, d'après leur expérimentation des propriétés

psychométriques de divers instruments, le test de Tinetti surpasse le test Timed Up and Go, mais que tous deux présentent d'excellentes valeurs de fiabilité et de validité discriminante dans une population d'aînés à domicile. Leur capacité de réponse aux modifications des capacités d'accomplissement des tâches de la vie courante est cependant faible.

5.5.3 Médication

L'outil de collecte de données sur les médicaments et de dépistage de problèmes attribuables à leur consommation s'inspire de l'« Inventaire de la médication » développé par l'Agence de l'Estrie pour leur programme « Personnes âgées en perte d'autonomie », auquel s'ajoute un questionnaire visant à déterminer le mauvais usage ou l'abus de médicaments (Hottin, 2001 ; Larose, non daté ; RRSSS de l'Estrie, 2001). L'outil est présenté à l'annexe XVII. Il est d'abord demandé au participant de laisser voir, pour identification, tous les médicaments acquis, prescrits ou non, de même que les vitamines, minéraux et autres suppléments alimentaires dont il fait usage. Ces médicaments et autres produits peuvent ne pas être ingérés durant la période de l'inventaire. Le professionnel inscrit alors le nom de tous les médicaments, la posologie de chacun et, s'il y a lieu, le nom du médecin prescripteur. Les questions posées ensuite, au nombre de treize, portent notamment sur la consommation de plusieurs médicaments prescrits, dont les benzodiazépines, la connaissance du médicament et des bonnes pratiques d'usage, le respect des consignes, le partage de médicaments, leur obtention de plusieurs pharmacies, ainsi que sur la consommation de médicaments périmés ou en vente libre.

Une présomption de consommation quotidienne de psychotropes de type benzodiazépine ou de quatre médicaments d'ordonnance ou plus, excluant ceux à prendre au besoin, signale un individu à risque élevé. D'un autre côté, une réponse affirmative à l'une ou l'autre des onze autres questions du questionnaire identifie ceux à risque modéré. Les autres participants n'appartenant pas à ces catégories sont d'emblée considérés à risque faible.

5.5.4 Consommation d'alcool

La consommation d'alcool a été examinée au moyen du questionnaire de l'« Enquête sociale et de santé 1998 » développé par la Direction Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ, 1998 ; Chevalier et Lemoine, 2000). Seules six questions touchant à la quantité d'alcool consommé et à la fréquence de consommation élevée ont été retenues, afin de réduire la durée de passation du questionnaire. Elles s'adressent aux personnes qui ont pris au moins une consommation au cours des six mois ayant précédé l'entrevue. Au sens du questionnaire, une consommation équivaut à 360 millilitres (douze onces) de bière, ou de 120 à 150 millilitres (de quatre à cinq onces) de vin, ou encore de 30 à 40 millilitres (d'une once à une once et demie) de

liqueur forte ou de spiritueux. La bière titrée à 0,5 % d'alcool est exclue du calcul des consommations. La version abrégée du questionnaire apparaît à l'annexe XVIII.

Lorsqu'elle excède douze consommations par semaine ou trois par jour, la prise d'alcool est associée, pour les fins de l'étude, à un risque élevé de chute. Au reste, toute autre personne qui déclare avoir bu de l'alcool au cours de la période de référence, que la consommation soit sporadique, occasionnelle ou régulière, est considérée à risque modéré. Les justifications qui s'y attachent sont que le risque d'événement accidentel existe même avec une faible consommation d'alcool (Bégin et coll., 2000) et que, dans l'ensemble, les répondants tendent à sous-estimer leur consommation réelle (Burton et Blair, 1991 ; Presser, 1984).

Les questions portant sur la consommation d'alcool peuvent être embarrassantes pour certaines personnes. Aussi sont-elles posées plus tardivement dans l'entrevue. Il est généralement reconnu que la fiabilité des questions servant à établir la consommation d'alcool est moindre pour les personnes dont la consommation est problématique (Seppä, Sillanaukee et Koivula, 1990 ; Webb et coll., 1991).

5.5.5 Environnement domiciliaire

Bien qu'il existe une multitude d'outils d'évaluation des facteurs de risque liés à l'environnement du domicile, peu d'entre eux ont fait l'objet d'une évaluation clinique de leurs qualités métrologiques (Bégin, 2002). Nous avons retenu l'outil normalisé appelé « Environmental Assessment » (Gill et coll., 1999 ; Gill, Williams et Tinetti, 2000) pour procéder à l'évaluation environnementale du domicile. Il a été mis au point par Gill et ses collaborateurs³⁸, puis traduit et adapté par le Service de prévention et de promotion de la Direction de santé publique et d'évaluation de Lanaudière (annexe XIX).

Il ne consiste pas en un questionnaire auquel le sujet doit répondre, mais plutôt en une liste d'items qu'utilise le personnel clinique spécialement formé pour vérifier les risques environnementaux de chute que comporte le domicile du répondant. Il s'agit, à notre connaissance, du premier emploi de cet outil dans sa version française.

5.5.6 Défavorisation matérielle et sociale

Un indice de défavorisation matérielle et sociale a été imputé à chaque participant d'après son code postal de résidence. Pampalon et Raymond (2000, 2003 ; Pampalon, Hamel et Raymond, 2004), les concepteurs de l'indice en question, décrivent la défavorisation comme un « état

³⁸ L'outil a été obtenu directement de Gill, en mai 2001, à la suite d'une communication personnelle, l'instrument utilisé dans le cadre d'études réalisées aux États-Unis d'Amérique n'étant pas reproduit dans les articles scientifiques publiés par l'auteur.

observable et démontrable de désavantage relatif face à la communauté locale ou à l'ensemble de la société à laquelle appartient l'individu, la famille ou le groupe ». Tel qu'énoncé, ce désavantage revêt deux formes : l'une, matérielle, reflète la privation de biens et de commodités de la vie courante – et se rapproche du concept de pauvreté – ; l'autre, sociale, renvoie à la fragilité du réseau social et à l'isolement entre les personnes, et ce, du noyau familial jusqu'à la communauté.

Le recours à ce « substitut » de type écologique contourne le manque d'information individuelle à caractère socioéconomique de l'étude. L'indice regroupe six indicateurs³⁹ : la forme matérielle est associée aux variations de la scolarité, de l'emploi et du revenu, alors que la forme sociale traduit plutôt les variations de la structure familiale et de l'état matrimonial. Il a été mis à jour à partir des données du plus récent recensement canadien, soit celui de 2001.

À l'échelle du Québec et pour chacune des dimensions de la défavorisation, la population a d'abord été répartie en quintiles de défavorisation (groupe de 20 %). Le premier quintile représente alors le cinquième de la population du Québec le plus favorisé, tandis que le dernier quintile représente le cinquième le plus défavorisé. La version originale de l'indice a été redéfinie par le Service de surveillance, recherche et évaluation de la Direction de santé publique et d'évaluation de Lanaudière, lequel a considéré uniquement les valeurs d'indice de défavorisation propres à son territoire, de manière à donner une référence locale aux variations de l'indice⁴⁰ (Leclerc, Marquis et Payette, 2005).

5.6 Description de l'intervention

Comme mentionné précédemment, le dépistage est accompagné d'un plan d'intervention interdisciplinaire individualisé selon les facteurs spécifiques repérés, leur nombre et le niveau de risque correspondant à chacun. Une recommandation ou une intervention appropriée est prévue pour l'un et l'autre des facteurs selon le niveau de risque – modéré ou élevé – identifié. Aucune intervention ni orientation du sujet à un spécialiste n'est entreprise dans le cas d'un risque faible, si ce n'est la remise de matériel éducatif au participant. Le processus d'intervention est résumé au tableau 6.

³⁹ Plus précisément, les indicateurs retenus pour la construction de l'indice de défavorisation sont les suivants : la proportion, exprimée en pourcentage, de personnes de 15 ans et plus n'ayant pas de diplôme d'études secondaires ; le rapport, exprimé en pourcentage, des personnes de 15 ans et plus occupant un emploi ; le revenu annuel moyen des personnes de 15 ans et plus, en dollars courants ; la proportion, exprimée en pourcentage, des personnes de 15 et plus vivant seules ; la proportion, exprimée en pourcentage, des personnes séparées, divorcées ou veuves de 15 ans et plus ; la proportion, exprimée en pourcentage, de familles monoparentales.

⁴⁰ Les valeurs centiles de l'indice sont aussi disponibles, de sorte que la variable peut être traitée sous la forme catégorielle (quintiles) ou continue (centiles).

En somme, à la fin de l'évaluation des facteurs de risque, l'intervenant présente par écrit les résultats au participant, renforce les points positifs qui en ressortent et émet des conseils à l'égard des éléments problématiques identifiés. Un plan d'intervention est alors élaboré avec son accord ; il comporte des recommandations, l'aiguillage vers un spécialiste et le suivi envisagé. Ce plan comprend également la possibilité de prêter de l'équipement d'aide au soutien à domicile (annexe XX) ou d'apporter des corrections ou des modifications à l'environnement domiciliaire. Les mesures peuvent aller jusqu'à la sollicitation du soutien de la famille et des proches ou jusqu'à l'allocation d'une aide financière forfaitaire à l'aménagement du domicile ou à l'achat d'équipements sécuritaires (annexe XXI)⁴¹. Le professionnel dédié au projet favorise l'application du plan d'intervention par l'utilisateur, le CLSC et les collaborateurs. Il s'assure ainsi, autant à la première évaluation qu'au cours des évaluations et des suivis subséquents, que les recommandations retenues par le participant sont appliquées et, s'il y a lieu, que la liaison avec les ressources concernées s'effectue de façon adéquate (avec le médecin traitant, par exemple).

Dans tous les cas, le renvoi à un spécialiste et le suivi s'effectuent par le CLSC et par l'intervenant attribué au projet de l'établissement en question. Celui-ci doit, dans certains cas, diriger le participant vers d'autres intervenants du CLSC, selon leurs compétences spécifiques, ou, dans d'autres cas, vers des ressources externes. Le client peut être adressé à la nutritionniste dédiée au projet afin qu'elle procède à une évaluation de son profil alimentaire et le conseille à ce sujet. En matière d'équilibre et de motricité, on peut lui offrir plutôt, selon le résultat de l'évaluation, d'adhérer à un programme d'exercices individuel à réaliser à la maison (annexe XXIII), de s'inscrire au programme d'exercices de groupe du CLSC ou du centre de jour (annexe XXIV) ou de consulter un physiothérapeute. Celui dont la médication est préoccupante est dirigé vers le personnel infirmier du CLSC, son pharmacien ou, dans le cas d'un risque élevé à cet égard, son médecin traitant advenant l'accord du participant. Similairement, toute suspicion de consommation d'alcool est mentionnée au service psychosocial du CLSC ou, si elle est jugée excessive, au médecin traitant. Enfin, il peut être conseillé au participant de recourir à l'expertise d'une ergothérapeute pour procéder à certains ajustements de son environnement domiciliaire.

La raison et l'acte d'intervention sont inscrits dans le module SIC + de l'application Intégration CLSC. Un sous-programme et une liste de codes ont été créés à cet effet. La « Fiche de référence interne » (annexe XI) est utilisée, dans le cadre d'une consultation à l'interne du CLSC, pour adresser une demande de service à l'une des ressources professionnelles concernées par l'intervention : physiothérapeute, ergothérapeute, nutritionniste, infirmière, travailleur social, etc. Par ailleurs, la « Fiche de liaison CLSC » (annexe XXV) est requise, dans le cadre d'une référence à l'externe du CLSC, pour faire parvenir à la ressource professionnelle concernée le résumé de

⁴¹ Le formulaire « Critères d'admissibilité aux aménagements domiciliaires » est utilisé pour déterminer l'admissibilité du participant à une aide financière (annexe XXII).

l'évaluation des facteurs de risque et les observations. La ressource professionnelle consultée y inscrit ses recommandations ou ses ordonnances et la retourne au CLSC. La « Lettre de référence médicale » (annexe XXVI) accompagne, s'il y a lieu, la « Fiche de liaison CLSC » dans les cas de consommation inappropriée de médicaments ou d'alcool.

Les facteurs problématiques identifiés, les recommandations qui en découlent, les réponses du participant et les résultats du suivi postintervention sont consignés à son dossier, dans le formulaire « Synthèse des résultats de l'évaluation domiciliaire » (annexe XXVII) ainsi que dans le « Tableau de bord du suivi des participants » (annexe XXVIII).

5.7 Validité de l'information

Une procédure de transmission des renseignements anonymisés des CLSC au Service de surveillance, recherche et évaluation a été établie afin de protéger la confidentialité des participants. La transmission était faite par l'entremise d'un télécopieur réservé spécifiquement au projet, dont l'accès est réservé à la technicienne en recherche en charge de la saisie. 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 a inclus dans sa stratégie un système d'assurance et de contrôle qui fait en sorte que les données de la collecte respectent les critères de qualité et de précision préétablis. D'une part, la technicienne en recherche rappelait individuellement aux professionnels, au besoin et de façon continue au cours du projet, les consignes à suivre eu égard à la collecte, à l'interprétation et à la codification de l'information. D'autre part, des rencontres du comité de travail conjoint avaient lieu régulièrement avec le promoteur du projet au Service de prévention et de promotion et la technicienne en recherche de la Direction de santé publique et d'évaluation. Elles assuraient 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 donner une formation continue en matière de collecte de données.

Des tableaux croisés de variables ont ensuite été produits afin de repérer et de corriger, le cas échéant, les réponses incohérentes résultant d'erreurs de codification ou de saisie. La saisie et le traitement des données sont réalisés par le Service de surveillance, recherche et évaluation de la Direction de santé publique et d'évaluation, au moyen du logiciel Microsoft Access[®] 2000 et du logiciel SPSS[®] 12.0/13.0 for Windows respectivement.

Tableau 6. Processus d'intervention lié à l'évaluation des facteurs de risque de chutes

Évaluation (Facteurs de risque)	Interventions (Recommandations écrites au participant)	Suivi (Intervenant dédié au projet)
Apports alimentaires		
<ul style="list-style-type: none"> Risque faible Risque modéré 	<ul style="list-style-type: none"> Aucune référence ; remettre le feuillet sur l'alimentation Référer à la nutritionniste du CLSC et remettre le feuillet sur l'alimentation 	<ul style="list-style-type: none"> Refaire l'évaluation dans six mois Faire une relance téléphonique mensuelle et une nouvelle évaluation dans six mois
<ul style="list-style-type: none"> Risque élevé 	<ul style="list-style-type: none"> Référer à la nutritionniste du CLSC et remettre le feuillet sur l'alimentation 	<ul style="list-style-type: none"> Faire une relance téléphonique mensuelle et une nouvelle évaluation dans six mois
Équilibre et motricité		
<ul style="list-style-type: none"> Risque faible 	<ul style="list-style-type: none"> Aucune référence ; remettre le feuillet sur le programme d'exercices individuels 	<ul style="list-style-type: none"> Refaire l'évaluation dans six mois
<ul style="list-style-type: none"> Risque modéré 	<ul style="list-style-type: none"> Référer au programme d'exercices de groupe et remettre le feuillet sur le programme d'exercices individuels Référer en physiothérapie s'il n'a pas d'accessoire à la marche pour l'extérieur ou pour les longues distances 	<ul style="list-style-type: none"> Faire une relance téléphonique mensuelle et une nouvelle évaluation dans six mois
<ul style="list-style-type: none"> Risque élevé 	<ul style="list-style-type: none"> Référer en physiothérapie et remettre, au besoin, le feuillet sur le programme d'exercices individuels 	<ul style="list-style-type: none"> Faire une relance téléphonique mensuelle et une nouvelle évaluation dans six mois
Médication		
<ul style="list-style-type: none"> Risque faible 	<ul style="list-style-type: none"> Aucune référence ; remettre le feuillet sur la prévention de l'utilisation inappropriée de médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> Refaire l'évaluation dans six mois
<ul style="list-style-type: none"> Risque modéré 	<ul style="list-style-type: none"> Aucune démarche particulière ; référer, au besoin, au personnel infirmier du CLSC ou faire consulter le pharmacien 	<ul style="list-style-type: none"> Faire, au besoin, une relance téléphonique mensuelle et une nouvelle évaluation dans six mois
<ul style="list-style-type: none"> Risque élevé 	<ul style="list-style-type: none"> Référer au médecin traitant et, au besoin, au personnel infirmier du CLSC 	<ul style="list-style-type: none"> Faire une relance téléphonique mensuelle et une nouvelle évaluation dans six mois
Consommation d'alcool		
<ul style="list-style-type: none"> Risque faible 	<ul style="list-style-type: none"> Aucune référence 	<ul style="list-style-type: none"> Refaire l'évaluation dans six mois
<ul style="list-style-type: none"> Risque modéré 	<ul style="list-style-type: none"> Aucune démarche particulière ; référer, au besoin, au service psychosocial 	<ul style="list-style-type: none"> Faire, au besoin, une relance téléphonique mensuelle et une nouvelle évaluation dans six mois
<ul style="list-style-type: none"> Risque élevé 	<ul style="list-style-type: none"> Référer au médecin traitant 	<ul style="list-style-type: none"> Faire une relance téléphonique mensuelle et une nouvelle évaluation dans six mois
Environnement domiciliaire		
<ul style="list-style-type: none"> Risque faible 	<ul style="list-style-type: none"> Aucune référence 	<ul style="list-style-type: none"> Refaire l'évaluation dans six mois
<ul style="list-style-type: none"> Risque modéré à élevé 	<ul style="list-style-type: none"> Procéder aux mesures correctives recommandées Référer, au besoin, en ergothérapie Allouer, selon le cas, un montant forfaitaire destiné à un aménagement domiciliaire mineur Référer, au besoin, à la famille, aux proches, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Faire une relance téléphonique mensuelle et une nouvelle évaluation dans six mois

Source : Bégin, 2002, p. 32

5.8 Représentativité de l'échantillon

L'échantillon final comprend 960 volontaires⁴². L'information concernant les sujets ayant refusé de participer au projet n'a pas été consignée, ce qui empêche le calcul du taux de participation et de toute comparaison des participants aux non-participants. Des données sur l'ensemble de la clientèle de personnes âgées répondant aux critères d'éligibilité et admises aux services de soutien à domicile des CLSC durant la période de recrutement – pour qui il est impossible de savoir si elles ont ou non été sollicitées – pourront néanmoins être extraites du module SIC + de l'application Intégration CLSC⁴³. Leur comparaison sommaire avec celles de l'échantillon permettra de déterminer dans quelle mesure les participants investigués dans le cadre de cette étude sont représentatifs de la population à laquelle ils appartiennent et, plus largement, des usagers de services de soutien à domicile des CLSC.

L'analyse des cas de cessation de participation au projet par motif identifié sera également informative. Il faudra connaître les caractéristiques des personnes qui ont abandonné le projet car les effets observés pourraient être dus au fait que les participants les plus motivés ont tenu le coup jusqu'à la fin. Si le taux de « mortalité expérimentale »⁴⁴ est élevé, le programme peut paraître un succès pour les participants qui ont fait preuve d'une grande observance, alors qu'il n'a eu qu'un impact négligeable sur l'ensemble du groupe. Le pourcentage d'abandon volontaire et de refus de recevoir les services par rapport à la population ayant débuté le projet reflète le degré d'acceptabilité du protocole. Cependant, l'écueil apparaîtra plus inquiétant si la perte de sujets au cours du suivi dépend de l'exposition à un facteur de risque quelconque, de l'événement à l'étude, ou des deux. La validité des résultats observés en serait alors entachée. Par exemple, Campbell et ses collaborateurs (1999) ont noté dans leur essai clinique hasardeux que les personnes âgées plus frêles, moins actives physiquement et plus craintives à l'idée de chuter étaient moins enclines à réaliser les exercices qui leur étaient recommandés et à continuer de participer au programme de prévention des chutes basé sur l'exercice à domicile. À l'opposé, celles qui avaient chuté au cours de l'année précédant leur entrée dans le programme étaient plus sujettes à persévérer. Il faudra donc prendre en compte les facteurs de risque dépistés chez ceux qui se seront retirés de l'étude.

⁴² Ce nombre comprend les 83 participants investigués dans le cadre du prétest. Pour des considérations éthiques et pratiques, la participation de ces sujets a été maintenue dans l'étude après leur évaluation initiale des facteurs de risque. Le prétest n'a effectivement conduit qu'à des ajustements mineurs sans incidence importante sur la qualité des données.

⁴³ Il s'agit, entre autres, de l'âge, du sexe, du type de résidence, de la situation matrimoniale, de l'indice de défavorisation matérielle et sociale et du territoire de CLSC.

⁴⁴ Le principal défi dans les études de cohorte est lié à la nécessité de suivre les individus pendant un certain temps après une exposition pour appréhender l'apparition de l'événement à l'étude. Or, la participation de certains sujets peut être perdue pour divers motifs tels que l'abandon volontaire, le refus de recevoir les services, un déménagement, une hospitalisation, l'institutionnalisation, le décès, etc. C'est ce qu'on appelle la *mortalité expérimentale*.

5.9 Évaluation des effets

Cette section porte sur les grandes lignes de l'approche quantitative utilisée afin de vérifier les hypothèses de recherche. Elle présente le schéma d'étude, les variables considérées de même que les techniques statistiques envisagées pour analyser les données.

5.9.1 Type d'étude et de devis

Il s'agit d'une étude de cohorte dynamique de type pré-expérimental avant-après 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) avant et après l'introduction de l'intervention (X). Elle se caractérise également par la prise de mesures répétées en diverses occasions postérieurement au « traitement » auprès des mêmes sujets, qui s'étend sur une période de temps assez longue⁴⁵. La prise répétée de mesures permet de considérer les éventuelles variations des facteurs de risque en fonction du temps. Le rôle du devis est de déterminer les facteurs de risque associés à la survenue des événements de même que les effets de l'intervention (qui constitue le facteur d'exposition) sur les variables dépendantes, puis de quantifier ces associations. La séquence temporelle de la cause vers l'effet justifie que l'on parle aussi d'enquête longitudinale prospective. Enfin, la variation temporelle d'indicateurs de santé – lorsque enregistrés à intervalles réguliers – constitue ce qu'on appelle une *série chronologique*.

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

La possibilité pour les participants de s'insérer à n'importe quel moment dans le projet et de pouvoir le quitter en cours de route, volontairement ou non, fait en sorte que tous les individus de la cohorte n'auront pas la même durée de suivi et d'exposition à l'intervention. Pour prendre en compte ces différences de durée, le suivi de chaque individu sera décomposé en personnes-temps (plus précisément en personnes-mois). D'après cette mesure, une personne suivie douze mois contribuera à la taille de la cohorte autant que deux autres suivies durant six mois chacune.

5.9.2 Variables étudiées et analyses statistiques

La taille de l'échantillon ainsi que la puissance statistique résultante sont essentielles pour évaluer l'influence du hasard comme explication alternative des résultats d'une étude. On cherchera donc à calculer la puissance de l'étude en fonction de la taille de l'échantillon total, c'est-à-dire à connaître la probabilité d'identifier dans le groupe de sujets un effet statistiquement significatif,

⁴⁵ Un suivi d'au moins dix-huit mois est recherché. Évidemment, les sujets recrutés au début du projet pourraient théoriquement avoir été suivis pendant toute sa durée (du 1^{er} mars 2002 au 31 juillet 2005). Une consultation des données colligées montre toutefois qu'aucun sujet n'a maintenu sa participation au-delà de sept évaluations des facteurs de risque, ce qui équivaut à une durée totale de trois ans (examen initial au temps zéro, suivi d'une évaluation tous les six mois).

d'une amplitude donnée et d'une erreur de type alpha de 0,05 bidirectionnelle, dans les cas où cet effet existe réellement. La formule appropriée sera dictée par les caractéristiques du schéma d'étude, par la question que l'on propose de résoudre ainsi que par le type de données concernées.

Tout d'abord, des analyses descriptives seront effectuées pour résumer les caractéristiques de l'échantillon à l'examen initial. Les valeurs seront ventilées par sexe, groupe d'âge (65–69 ans, 70–74 ans, 75–79 ans, ≥ 80 ans), antécédents de chute (aucune, une chute, deux chutes et plus), quintile de défavorisation matérielle et sociale⁴⁶ et territoire de CLSC. Les différences de moyennes ou de proportions entre catégories seront respectivement déterminées par le test *t* de Student, l'analyse de variance et le khi-deux. Les tests non paramétriques seront utilisés dans toute situation où la condition de normalité sera manifestement violée. La relation entre le risque de chutes et l'ensemble des variables présélectionnées sera mise en évidence à l'aide de diverses techniques d'analyse multivariée dont le choix tient essentiellement à l'objectif à évaluer et à la nature de la variable à expliquer (Breslow, 1992 ; Holford, 2002 ; Lee et Wang, 2003).

Une analyse de classification hiérarchique permettra de révéler, le cas échéant, l'existence de profils de risque (groupes d'individus homogènes) parmi l'échantillon de sujets. Cette technique a l'avantage d'édifier les règles de décision à partir des données elles-mêmes plutôt qu'à partir des choix du chercheur. La classification sera basée sur la mesure de la vraisemblance de la procédure TwoStep Cluster Analysis pour variables catégorielles (Norusis, 2004). La procédure de classification sera répétée avec des cas assortis selon différents ordres aléatoires afin de s'assurer de la stabilité des résultats produits et de minimiser les effets causés par l'ordre d'introduction des cas dans l'analyse. Les variables considérées dans l'analyse correspondent au niveau de risque – faible, modéré ou élevé – de chacun des facteurs intrinsèques, comportementaux et environnementaux à l'examen initial. Le niveau faible du risque environnemental du domicile équivaut à l'absence d'éléments comportant un risque, puis les niveaux modéré et élevé de risque seront définis d'après le nombre médian d'éléments identifiés (valeur inférieure à la médiane, valeur plus grande ou égale à la médiane).

L'épidémiologie des chutes introduit le problème de l'étude statistique des expositions qui varient dans le temps et des événements récurrents chez un même individu. Dans l'étude de cohorte, les expositions dont on veut évaluer les effets sont le plus souvent des variables fixes, définies à l'examen initial (t_0). Elles concernent les caractéristiques intrinsèques des sujets (par exemple le sexe), les expositions passées (par exemple les antécédents de chute) ou les expositions présentes à t_0 (par exemple la consommation de médicaments). Or, il arrive qu'une exposition

⁴⁶ Des travaux récents sur le sujet indiquent que de façon générale les personnes défavorisées sont proportionnellement plus nombreuses à souffrir de divers problèmes de santé et ont moins tendance à recourir aux services vers lesquels elles sont dirigées (test de dépistage du cancer du sein, par exemple) (Leclerc, Marquis et Payette, 2005).

puisse survenir après t_0 ou varier au cours du suivi d'un individu (Desquilbet et Meyer, 2005 ; O'Loughlin et coll., 1993). La négligence de la prise en compte d'une telle exposition dépendante du temps peut conduire à des erreurs d'interprétation, comme cela s'est produit dans l'analyse des données du Stanford Heart Transplantation Program (Clark et coll., 1971). D'un autre côté, la conception d'une étude de cohorte exige habituellement qu'au moment où une exposition est définie, les sujets soient indemnes de la « maladie » sous investigation. Les participants sélectionnés sont alors suivis pendant une période de temps déterminée pour appréhender l'apparition de l'événement, généralement à occurrence unique ou dont on veut étudier la première occurrence. Cependant, le contexte dans lequel surviennent les chutes fait en sorte qu'un individu peut tout aussi bien avoir des antécédents de chute au moment où il débute l'étude qu'il pourra être confronté à la survenue de plus d'une chute au cours de son suivi. Glynn et Buring (1996) constatent que plusieurs techniques statistiques communément utilisées pour les problèmes récurrents sont fondamentalement inappropriées. Par exemple, les auteurs rappellent que la survenue d'événements multiples chez un même individu est rarement le fait d'observations indépendantes les unes des autres, certaines personnes pouvant avoir une propension plus grande à la récurrence que d'autres (Glynn et Buring, 1996 ; 2001). En effet, le fait d'avoir déjà chuté est un prédicteur attesté de nouvelles chutes (Nevitt et coll., 1989).

La variable dépendante, celle que l'on cherche à expliquer, peut donc être l'état de chuteur – le sujet qui accuse au moins une chute pendant la période de suivi⁴⁷ – ou le taux d'incidence de chutes, appelée encore *densité d'incidence*. L'une et l'autre variables renvoient cependant à des objectifs de recherche différents. Dans la première situation, la question revient à demander pourquoi certaines personnes sont des chuteurs et d'autres ne le sont pas. La seconde stratégie vise plutôt à comparer le taux de chutes chez les personnes exposées à certains facteurs de risque – ou à l'intervention préventive – avec le taux de chutes de celles qui en sont exemptes. La subtilité entre les questions posées peut incriminer des facteurs de risque de chutes totalement différents. Les facteurs dont l'exposition chez un individu est stable ou fluctue peu dans le temps sont plus à même de prédire l'état de chuteur. L'influence d'autres facteurs, par contre, tels les risques environnementaux du domicile, la médication et la consommation d'alcool, peut se manifester de façon intermittente chez différentes personnes et, en conséquence, être davantage reliée au taux de chutes. Cette dernière mesure est d'autant plus pertinente en santé publique que chaque chute représente un risque de blessures (Cumming, Kelsey et Nevitt, 1990).

Les facteurs de risque associés au taux d'incidence de chutes seront identifiés par une extension du modèle de Cox pour variables dépendantes du temps à changements multiples (D'Agostino et coll., 1990 ; Desquilbet et Meyer, 2005) appliqué aux événements récurrents (Cleves, 1999 ; Prentice, Williams et Peterson, 1981 ; Lancar, 1999). Cette technique décrit la relation entre des

⁴⁷ Les auteurs s'entendent habituellement pour définir la récurrence de chute à partir de deux événements, mais ils n'ont pas établi le laps de temps pouvant les séparer.

variables indépendantes et le risque instantané de survenue d'un événement (taux d'incidence) en fonction du temps et prend en compte la modification de l'exposition d'un sujet au cours de son suivi dans la cohorte : $h(t) = \lambda_0(t) \exp\{(\beta X) + \beta Z(t)\}$, où $\lambda_0(t)$ est une fonction du risque de base (le risque commun à tous les individus), X , les variables indépendantes constantes au cours du temps, Z , les variables indépendantes « dépendantes du temps » et β , les coefficients correspondants à chaque variable indépendante. Le rapport des risques instantanés ne peut plus être supposé proportionnel dans la mesure où il dépend du temps. L'interprétation du risque relatif reste cependant valable (Desquilbet et Meyer, 2005). La variance des coefficients est ensuite ajustée par l'approche proposée par Prentice, Williams et Peterson (1981 ; Lancar, 1999) pour tenir compte du problème de la corrélation entre les chutes multiples chez un même individu⁴⁸. Cette technique connue sous l'appellation anglo-saxonne *conditional risk set model* s'apparente au processus de comptage d'Andersen et Gill⁴⁹ (1982), à la différence que l'intervalle de temps séparant chaque chute est calculé d'après le moment de survenue de la chute précédente. Chaque intervalle représente donc une période d'observation indépendante, de sorte qu'un sujet peut contribuer plusieurs fois au calcul, c'est-à-dire à chaque nouvel événement.

La date de survenue de la chute est soit connue précisément, soit estimée (une date entre deux relances téléphoniques mensuelles peut par exemple être arbitrairement attribuée). Un sujet doit avoir complété au moins la première relance téléphonique suivant l'examen initial pour être inclus dans l'analyse. Les variables indépendantes sont relatives aux expositions mesurées par les outils cliniques au t_0 , réactualisées tous les six mois, ainsi que certaines données sociodémographiques tirées du module SIC + de l'application Intégration CLSC. Le tableau 7 résume les facteurs de risque pris en considération. La valeur de l'exposition introduite dans l'analyse est celle de la dernière mesure réalisée avant l'événement ; l'hypothèse d'une exposition constante entre la date de la mesure et la date de l'événement est alors posée. L'hypothèse nulle (H_0) testée dans le modèle des chances proportionnelles pour variables dépendantes du temps à changements multiples est la suivante : la valeur de l'exposition recueillie au cours du suivi n'est pas associée au risque de survenue de l'événement par la suite (Desquilbet et Meyer, 2005). Le paramètre d'intérêt est le rapport de taux d'incidence. Le numérateur du taux d'incidence est constitué par le nombre de nouveaux cas de chute dans l'échantillon. Le dénominateur correspond à la somme des durées d'exposition au risque de chaque individu ou à la somme des périodes d'exposition de chaque sujet durant sa période d'observation avant l'apparition de la chute. Le rapport de taux d'incidence brut et ajusté sera calculé pour toute variable significativement (test du rapport des vraisemblances, test de Wald à $p < 0,05$) liée au taux d'incidence de chutes en général de même qu'à d'autres variables connexes telles que le taux d'incidence de chutes avec blessures, de

⁴⁸ L'hypothèse d'indépendance des événements successifs peut être vérifiée au moyen de tests disponibles ou contrecarrée par le recours à des estimateurs robustes comme l'estimateur *jackknife* « à un pas » proposé par Lipsitz et Parzen ou celui proposé par Wei, Lin et Wessfeld (Lancar, 1999).

⁴⁹ L'utilisation du processus d'Andersen et Gill violerait la règle d'indépendance entre les événements, vu qu'une chute donnée est liée au risque de récurrence chez un individu.

chutes avec limitations fonctionnelles, de celles ayant nécessité une consultation médicale et de celles ayant mené à une hospitalisation⁵⁰.

La variable indépendante *histoire de chute antérieure* sera introduite en dernier dans la régression, après la réalisation d'une première analyse stratifiée selon l'histoire de chute (aucune, une, deux et plus). Cette stratégie de pratique courante (Hogan et coll., 2001) a été initialement suggérée par Cumming, Kelsey et Nevitt (1990) pour compenser le fait que le rôle joué par ce facteur de risque n'est pas clairement connu. En effet, on ne peut encore parfaitement déterminer dans quels cas la variable constitue une variable explicative indépendante et dans quels autres elle n'est pas qu'une simple variable de confusion qui, étant simultanément et fortement associée à d'autres facteurs non pris en compte, occasionne un problème de multicollinéarité (Cumming, Kelsey et Nevitt, 1990). O'Loughlin et ses collaborateurs (1993) croient que les antécédents de chute peuvent masquer l'influence d'autres facteurs, alors que l'équipe de Graafmans (1996) dira plutôt que le statut de variable « explicative » ou « expliquée » devient ambigu lorsque les antécédents de chute sont considérés dans l'analyse.

Les effets de l'intervention sur le taux d'incidence de chutes seront déterminés par le modèle de Cox de façon similaire à ce qui a été décrit précédemment⁵¹. Précisons tout d'abord que pour les fins de l'étude, le terme « intervention » désigne toute démarche introduite avec le but explicite d'améliorer la situation des participants. En termes plus opérationnels, l'intervention débute à partir du moment où le professionnel procède à la réalisation de l'examen initial au domicile du sujet. La cohorte tout entière est donc soumise à l'intervention, que l'on ait ou non dépisté des facteurs de risque chez les individus, 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 chez 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'information⁵², puis relances téléphoniques mensuelles. Par ailleurs, nous entendons par « intervention ciblée », toute intention d'agir sur les facteurs spécifiques repérés – apports nutritionnels, équilibre et motricité, consommation de médicaments, consommation d'alcool, environnement domiciliaire – selon le niveau de risque modéré ou élevé identifié.

⁵⁰ La difficulté à obtenir des échantillons dont la taille est appropriée à l'étude des conséquences des chutes peut dans certains cas entraîner une faible puissance statistique.

⁵¹ Une intervention de prévention des chutes peut non seulement réduire le taux d'incidence de chutes mais également espacer l'intervalle de temps séparant leurs occurrences chez un même individu. Hogan et ses collaborateurs (2001) ont observé ce phénomène sans bien comprendre toute sa portée clinique. Un avantage supplémentaire et non négligeable de l'extension du modèle de Cox auquel nous référons est justement la possibilité d'étudier l'effet du projet sur l'intervalle moyen entre les chutes.

⁵² Une brochure porte sur la prévention des chutes à domicile, une autre sur la prévention de l'utilisation inappropriée de médicaments et une dernière sur la promotion d'une saine alimentation.

Tableau 7. Facteurs de risque et autres variables indépendantes considérés dans l'étude

Variables	Valeurs
Variabes sociodémographiques	
Âge	Années
Sexe	Homme, femme
Indice de défavorisation matérielle	Centiles, quintiles de référence
Indice de défavorisation sociale	Centiles, quintiles de référence
Territoire de CLSC	Six catégories possibles
Début de la participation au projet	≤ 2002, 2003, 2004, 2005
Histoire de chute antérieure à l'intervention	
Chutes au cours des trois derniers mois	Oui, non ; nombre de chutes
Chutes avec blessures	Oui, non
Chutes avec limitations d'activité	Oui, non
Chutes avec consultation médicale	Oui, non
Chutes avec hospitalisation	Oui, non
Apports nutritionnels	
Indice de masse corporelle	Kg/m ²
Questionnaire de Payette	Score sur 13
Évaluation des apports nutritionnels	Risque faible, modéré ou élevé
Équilibre et motricité	
Échelle de Berg	Score sur 56
Test Timed Up and Go	Nombre de secondes
Évaluation de l'équilibre et de la motricité	Risque faible, modéré ou élevé
Médication	
Médicaments prescrits	Nombre de médicaments différents
Médicaments non prescrits	Nombre de médicaments différents
Quatre médicaments différents et plus prescrits par jour	Oui, non
Benzodiazépines	Oui, non
Évaluation de la médication	Risque faible, modéré ou élevé
Consommation d'alcool	
Consommation au cours des six derniers mois	Oui, non ; fréquence de consommation ; fréquence de cinq consommations ou plus en une même occasion
Consommation hebdomadaire habituelle	Nombre de consommations
Consommation au cours des sept derniers jours	Oui, non ; nombre de consommations pour chacun des jours
Évaluation de la consommation	Risque faible, modéré ou élevé
Environnement domiciliaire	
Type de résidence	Unifamiliale, logement, appartement, résidence privée, autres
Risques environnementaux du domicile*	Présence ou non de 37 sources prédéfinies de risque dans différentes pièces et aires ; nombre d'éléments comportant des risques
Évaluation de l'environnement domiciliaire	Risque faible, modéré ou élevé

* Voir l'annexe XIX pour la liste des éléments.

Les effets ultimes de l'intervention sur l'incidence des chutes sont tributaires de changements intermédiaires (modification de conduites et de comportements, amélioration des capacités, correction de l'environnement domiciliaire), eux-mêmes assujettis à l'observance des recommandations par les participants (Campbell et coll., 1999) et à l'offre de services spécifiques à leur endroit⁵³. Certains auteurs (Lamouroux, Magnan et Vervloet, 2005) prétendent que plus de 80 % des patients atteints de maladie chronique ne suivraient pas suffisamment leurs thérapeutiques pour obtenir les bénéfices optimaux. L'observance constitue un enjeu de santé publique dans la mesure où elle permet de réduire les facteurs de morbidité. Par conséquent, chacune des cinq interventions ciblées sera introduite en première analyse comme une variable indépendante catégorielle distincte couplée à l'observance des recommandations par les participants (*aucune intervention prescrite, intervention prescrite mais observance nulle, observance intermédiaire* ou *observance complète*). Cette façon de faire permettra d'identifier la contribution relative des différentes composantes de l'intervention à la production des effets sur le taux d'incidence de chutes, contribution qui sera d'ailleurs épurée de l'effet « Hawthorne ». Les gens peuvent effectivement réagir positivement au fait que l'on s'occupe d'eux pour améliorer leur situation. Toutefois, cette partie de l'effet, qui n'est pas attribuable au plan d'intervention individualisé comme tel mais à l'impact psychologique que la conscience de participer à une recherche et d'être l'objet d'une attention spéciale exerce sur eux, agira similairement quelque soit l'intervention ciblée.

L'observance est un phénomène dynamique dans la durée mais aussi face aux événements de vie rencontrés par les participants au cours de leur traitement (Lamouroux, Magnan et Vervloet, 2005). Aussi, sera-t-elle introduite comme une variable dépendante du temps. Les analyses seront ajustées pour les covariables *âge, sexe, défavorisation*, tant matérielle que sociale, *type de résidence* et *antécédents de chute* au cours des trois mois précédant l'examen initial. Tout éventuel effet significatif sur le plan de la statistique pour l'une ou l'autre des composantes de l'intervention ciblée devrait ressortir comme un facteur de protection dans la régression. Les résultats de la fonction de survie et de la fonction de risque (taux d'incidence instantané) seront portés en graphe selon la méthode de Kaplan et Meier et les fonctions seront comparées au moyen du test de comparaisons non paramétriques sur k échantillons. Le seuil de rejet de l'hypothèse d'égalité des distributions est fixé à 5 %.

⁵³ Des participants au projet peuvent, à certains moments du suivi, ne pas s'être conformés aux directives qui leur ont été faites pour des motifs qui échappaient totalement à leur contrôle, la couverture des services par les établissements et les collaborateurs, par exemple. Dans le cadre des analyses statistiques, le terme *observance* est utilisé indistinctement pour représenter ces deux réalités. Par ailleurs, Lamouroux, Magnan et Vervloet (2005) font une distinction nette entre « observance » et « adhésion » et considèrent que chacun de ces termes renvoie à des notions différentes d'un point de vue sémantique. Selon eux, il est préférable de parler d'*adhésion* lorsque l'intérêt de notre propos est centré sur les dimensions attitudeles et motivationnelles des individus à se soigner et à suivre leur traitement et d'utiliser le terme *observance* lorsque nous nous référons uniquement aux pratiques de soins effectives des patients, à la dimension comportementale et mesurable relative au fait de suivre la thérapeutique prescrite.

Les motifs signalés au début du paragraphe précédent portent à penser que les effets de l'intervention sur les chutes pourront n'apparaître qu'après un certain laps de temps à la suite de la participation au projet. Peu d'expériences se sont attardées à l'évaluation minutieuse de la durée et du suivi liés à l'intervention (Van Haastregt et coll., 2000 ; Gill, Williams et Tinetti, 2000). Néanmoins, la Direction générale de la santé publique du MSSS (2004) recommande un accompagnement du participant à l'intérieur du programme d'une durée idéale de douze ou dix-huit mois, avec une réévaluation tous les six mois. Le taux d'incidence instantané à différents temps à la suite de la participation au projet (par tranche de trois ou de six mois) sera déterminé à partir des analyses de régression⁵⁴. Les taux notés plus tardivement dans l'histoire de l'expérience des sujets dans le projet depuis leur examen initial ($t_{6\text{mois}}$, $t_{12\text{mois}}$, $t_{15\text{mois}}$, $t_{18\text{mois}}$, $t_{21\text{mois}}$, $t_{24\text{mois}}$, ..., $t_{36\text{mois}}$) seront comparés aux taux observés aux premiers intervalles de temps après l'introduction de l'intervention ($t_{3\text{mois}}$) par des tests statistiques pour échantillons appariés (Stijnen et Van Houwelingen, 1993). Une autre façon de procéder s'inspire des travaux de Lacroix et Van Audenrode (2000) sur les changements apportés dans les politiques publiques. Leur stratégie fort simple intègre une variable nominale dans le modèle de Cox qui saisit l'effet de l'intervention⁵⁵ ; la variable équivaut à 1 pour la période qui a suivi l'intervention et à 0 pour la période qui l'a précédée. Dans la mesure où les échantillons « avant » et « après » sont homogènes⁵⁶ et où la conjoncture est demeurée stable au fil du temps, ces auteurs soutiennent qu'il est justifié « d'interpréter l'estimation paramétrique comme un effet pur du traitement ». Dans le cas qui nous occupe, l'intervention pourrait être comparée aux premiers trois mois de participation au projet selon l'hypothèse d'une telle durée de temps de latence avant l'apparition des premiers effets du projet d'intervention⁵⁷.

L'efficacité de l'intervention sera également comparée selon l'établissement pourvoyeur de services (six CLSC) afin de déceler d'éventuelles différences quant à leur rendement⁵⁸ respectif, selon le profil type d'utilisateur mis en évidence par l'analyse de classification hiérarchique (nombre de catégories à déterminer *a posteriori*) et selon l'année du début de la participation du sujet à l'étude (quatre catégories) pour déterminer l'influence du rodage des processus d'interventions.

⁵⁴ Ce n'est pas le temps chronologique qui est utilisé mais un réaligement des durées de suivi sur une origine commune des temps. En effet, le temps 0 de chaque participant est celui du début de la durée qui le concerne.

⁵⁵ Leurs travaux portent sur l'évaluation de l'incidence de diverses composantes du projet de loi C-12 sur la durée des périodes de chômage.

⁵⁶ Nous renvoyons le lecteur à notre discussion précédente portant sur la mortalité expérimentale dans la section « Représentativité de l'échantillon » du document.

⁵⁷ N'eût été de l'ignorance des périodes d'exposition de chaque sujet avant l'apparition de chacune des chutes survenues durant sa période d'observation pré-intervention, il aurait été possible d'envisager la possibilité de délimiter l'intervalle de référence entre les trois mois précédant l'examen initial et les trois suivant sa participation au projet. Une procédure d'imputation pourrait contrer ce problème. Le rappel des chutes antérieures à l'intervention peut cependant être entaché d'un biais de mémoire plus important que celui des chutes rapportées de façon prospective.

⁵⁸ D'après Saucier et Brunelle (1995), le vocable *rendement* exprime la relation entre les ressources investies et les moyens mis en œuvre, d'une part, et les résultats de santé et de bien-être, d'autre part, contrairement à la *productivité* qui se rapporte plutôt aux résultats de production (produits et services).

L'identification des prédicteurs de chute et l'évaluation de l'efficacité de l'intervention seront complétées par une méthode statistique de classification et de régression par arbre de décision à partir de données de survie censurées (Davis et Anderson, 1989 ; Huang, Chen et Soong, 1998 ; LeBlanc et Crowley, 1992 ; 1993 ; Segal et Bloch, 1989 ; Xu et Adak, 2002).

Cette analyse diffère de l'analyse de classification hiérarchique décrite plus haut, notamment parce qu'elle opère en sens inverse. Dans le premier cas, l'analyse vise essentiellement à déterminer des groupes de personnes homogènes sur le seul plan de leurs facteurs de risque. Il est ensuite projeté de soumettre le résultat de la classification (variable nominale) à une analyse distincte, en l'occurrence une régression de Cox, dans le but de déterminer le taux ajusté d'incidence de chutes associé à chaque groupe. Dans le présent cas, le regroupement des individus est plutôt guidé par le taux d'incidence de chutes. La construction de l'arbre est quant à elle guidée par le « désordre ». Le désordre d'un échantillon est mesuré à partir de sa répartition en n groupes, n étant le nombre de valeurs possibles que peut prendre la variable à expliquer. Le désordre est considéré nul si tout l'échantillon se trouve dans un même groupe (tous les individus ont la même valeur pour cette variable), alors qu'il est maximal quand l'échantillon est réparti à égalité dans chacun des groupes (il y a autant d'individus pour chaque valeur). À chaque étape, le processus choisit la variable prédictive qui diminue le plus le désordre.

Des analyses de classification et de régression par arbre de décision seront réalisées séparément pour trois ensembles de covariables : 1) les facteurs de risque présélectionnés dans leur échelle de mesure initiale ; 2) les niveaux de risque correspondant à chacun des facteurs ; 3) les interventions ciblées couplées à l'observance des recommandations par les participants. Un nombre de logiciels et d'options sont disponibles pour contrôler la construction de l'arbre, son élagage et la sélection de la meilleure solution, dont les extensions de l'algorithme, largement utilisé, de *classification and regression trees*.

Les moyennes obtenues par des échantillons appariés peuvent être examinées par une analyse de variance de type *modèle linéaire général* pour mesures répétées⁵⁹. En pratique, il s'agira de comparer les valeurs pour les mêmes différentes variables mesurées chez les mêmes sujets à divers temps à la suite de la participation au projet et d'attribuer à l'intervention le changement observé. L'échantillon de sujets retenu pour les fins de la comparaison entre t_0 et un temps quelconque, t_x , après l'introduction de l'intervention sera constitué des seuls individus dont la durée de suivi le permettra, de sorte que de telles analyses de variance seront produites pour différents intervalles de temps. Les facteurs intrasujets représentent le score à l'évaluation de chacun des facteurs de risque, le nombre de facteurs jugés à risque, le nombre de recommandations et le nombre de chutes, qu'elles aient ou non conduit à des conséquences. L'âge sera utilisé comme covariable, alors que le sexe, les antécédents de chute au cours des

⁵⁹ Procédure *General linear model Repeated Measures*, dans SPSS.

trois mois précédant l'examen initial, le type de résidence et la défavorisation, tant matérielle que sociale, l'établissement pourvoyeur de services, le profil type d'utilisateur, puis l'année du début de la participation du sujet à l'étude seront les facteurs intersujets.

Pour terminer, une analyse de parcours (*path analysis*) par le modèle des équations structurelles déterminera la contribution relative des différentes composantes de l'intervention à la production des effets sur l'incidence des chutes (Bagozzi et Yi, 1989 ; Bagozzi, Yi et Singh, 1991 ; Jöreskog, 1993 ; Jöreskog et Sörbom, 1989)^{60,61}. Cette technique statistique permet d'étudier les relations entre un ensemble de variables dont certaines sont considérées comme indépendantes et d'autres dépendantes. La méthode du maximum de la vraisemblance estimera les équations structurales. L'objet de l'analyse est d'optimiser l'estimation des divers paramètres du modèle de manière à ce qu'ils rendent compte le plus fidèlement possible de la matrice de covariances obtenue entre les variables observées, ce qui permettra d'obtenir la meilleure estimation des coefficients. Les coefficients structurels obtenus sont des coefficients de régression partielle réduits, dont la valeur quantifie le poids d'une variable sur une autre, quand l'influence d'autres variables dans le modèle est contrôlée. En un mot, ce type d'analyse permet de distinguer le type d'effets (positif ou négatif) des variables entre elles, d'estimer leur importance relative et de déterminer par quelle voie (directe ou indirecte) chaque variable influence la suivante.

Le modèle des équations structurelles ne permet pas de prouver l'exactitude d'un ensemble de relations de causalité⁶². Il permet seulement de rendre explicite une structure de causalité hypothétique et de la tester. L'analyse de la structure de causalité passe donc, dans un premier temps, par la construction du modèle théorique. La structure à examiner est fixée par le chercheur et trouve sa justification dans ses connaissances de la situation et en particulier dans celle de la séquence temporelle des variations des variables (Hiddink et coll., 1997 ; Victoria et coll., 1997). La spécification des relations possibles entre les variables reposera sur une recension extensive des écrits et s'organisera d'abord selon la chaîne de production des résultats illustrée à la figure 4. Pour l'heure, les interrelations entre les facteurs de risque ont été volontairement omises, telle la contribution indirecte de la médication (Cumming, Kelsey et Nevitt, 1990 ;

⁶⁰ Hiddink et ses collaborateurs (1997) de même que Weitkunat et Wildner (2002) ont argué que la question-clé qui doit suivre l'identification des déterminants concerne celle de la structure théorique ou du mécanisme d'action sous-jacent. Cette seconde approche requiert une stratégie d'analyse différente de la première : « le choix des facteurs à inclure dans le modèle multivarié n'est pas strictement basé sur des associations statistiques », mais doit plutôt reposer sur un « cadre conceptuel décrivant les relations hiérarchiques et structurelles » (Victoria et coll., 1997, p. 225). La structure à examiner est fixée par le chercheur et trouve sa justification dans ses connaissances de la situation.

⁶¹ À en juger par les propos de G.D. Garson (<http://www2.chass.ncsu.edu/garson/pa765/structur.htm>), l'importance de la bibliographie proposée par J. Newsom (<http://www.upa.pdx.edu/IOA/newsom/semrefs.htm>) et le courriel (annexe XXIX) reçu d'un membre d'*epidemo-l*, le groupe international de discussion en épidémiologie sur Internet, à la suite d'une interrogation de l'auteur, l'analyse de données expérimentales, longitudinales, de type avant-après et d'autres mesures répétées chez un même sujet par le modèle des équations structurelles est techniquement possible. Néanmoins, bien qu'il ait basé son mémoire de maîtrise en sciences biomédicales – option recherche clinique biomédicale – sur la vérification d'une structure de causalité par un modèle d'équations structurelles, l'auteur du présent protocole doit admettre en toute humilité qu'au moment d'écrire ces lignes, ses connaissances sur la façon d'opérer l'analyse requise sont plutôt parcellaires.

⁶² Étant donné que d'autres modèles non testés peuvent s'avérer tout aussi plausibles, voire même meilleurs, la confirmation statistique d'un modèle donné équivaut seulement à un non-rejet de ce dernier.

O'Loughlin et coll., 1993) ou de l'état nutritionnel de l'individu opérant en partie par l'intermédiaire du facteur « équilibre et motricité » (Vellas et coll., 1992).

Un panel d'experts confirmera la structure de causalité théorique avancée avant qu'elle soit soumise à la validation statistique⁶³. À cette étape, les relations causales possibles (sous réserve de leur pertinence théorique) seront conservées ou éliminées en fonction de la signification statistique de leur coefficient de régression.

Le traitement des données est réalisé par le Service de surveillance, recherche et évaluation de la Direction de santé publique et d'évaluation, au moyen du progiciel SPSS® 12.0/13.0 for Windows. Le logiciel Stata ou S-PLUS sera cependant utilisé pour les analyses complexes de régression de Cox, alors que le recours à LISREL⁶⁴ sera nécessaire pour les analyses de modélisation structurale.

5.10 Évaluation de l'implantation

Ce chapitre décrit les fondements conceptuels et les outils méthodologiques nécessaires à l'étude des éléments environnementaux et contextuels entourant l'implantation de l'intervention. Il présente le positionnement épistémologique à partir duquel prend appui l'évaluation d'implantation de l'intervention de prévention des chutes, le cadre théorique, à tout le moins conceptuel, retenu pour l'analyse de la mise en œuvre et de l'influence du milieu, puis les considérations méthodologiques propres à la collecte d'information permettant d'appréhender les phénomènes à l'étude.

5.10.1 Objets d'évaluation

La présente se rapporte à la typologie d'évaluation de l'implantation proposée par Champagne et Denis (1992). Elle se distingue d'approches conventionnelles d'évaluation de l'implantation essentiellement descriptives en ce sens qu'elle ajoute une dimension analytique à l'évaluation en cherchant à expliquer les variations dans sa mise en œuvre et ses effets. Par *implantation*, on entend d'abord le transfert sur le plan opérationnel d'une intervention ou, autrement dit, son intégration dans un contexte organisationnel donné (Champagne et Denis, 1992 ; Contandriopoulos et coll., 2000).

⁶³ Des professionnels, professeurs et chercheurs des universités du Québec, de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal et de celui de Sherbrooke et de l'Institut national de santé publique du Québec, de même que des membres du « Groupe de travail provincial en prévention des chutes chez les aînés vivant à domicile » et des chercheurs canadiens et internationaux reconnus seront sollicités à cet égard.

⁶⁴ Le modèle des équations structurelles a été formalisé au milieu des années 1960 par Jöreskog (1993) et a donné lieu à une première version du logiciel LISREL (LInear Structural RELations) élaborée en collaboration avec Sörbom (Jöreskog et Sörbom, 1989). Cette technique statistique constitue, selon Valette-Florence (1988), une méthode statistique avancée au nombre des méthodes d'analyse multivariée de « deuxième génération ».

La première étape de l'analyse de l'implantation consistera à mesurer l'exhaustivité des éléments mis en œuvre dans l'intervention et l'intensité des activités qui y sont rattachées. Elle visera ainsi à documenter et à suivre l'opérationnalisation de l'intervention ; il s'agit, pour reprendre les termes de Patton (1986), de l'évaluation de l'effort et du monitoring. Concrètement, elle réfère à la comparaison de l'intervention planifiée avec celle véritablement implantée. La seconde étape s'intéressera à identifier les déterminants contextuels du degré de mise en œuvre de l'intervention. Elle permettra de mieux comprendre les causes des variations observées quant à l'intégrité de l'intervention (Yeaton et Seachrest, 1985) en supposant que celle-ci influence fortement les effets produits (Scheirer, 1987). Le degré de mise en œuvre de l'intervention constitue alors la variable dépendante à expliquer⁶⁵, celle qui sera mise en relation avec les caractéristiques contextuelles et les particularités des milieux d'implantation⁶⁶.

Dans un troisième temps, l'évaluation de l'implantation portera sur l'analyse de l'influence de sa variation sur les effets observés par le projet, ce qui permettra d'interpréter avec plus de justesse les résultats de l'évaluation des effets et d'identifier les composantes de l'intervention responsables de l'atteinte des résultats. À ce propos, Dobson et Cook (1980) ont qualifié d'« erreur de troisième type » le problème de la mesure des effets d'une intervention dont le degré d'implantation est insuffisant, par analogie tout à fait évidente avec les termes statistiques d'erreur de premier et de second types. Contrairement à la précédente analyse, le degré de mise en œuvre de l'intervention joue maintenant le rôle de variable indépendante alors que les effets observés à la suite de la participation au projet représentent les variables dépendantes. La variation des effets dans les différents milieux ayant reçu l'intervention est un préalable à l'analyse d'implantation sous l'angle envisagé. De fait, il serait peu utile de chercher à spécifier la diversité des facteurs autres que l'intervention liés à la production des effets si ces derniers ne variaient pas dans les divers milieux d'implantation.

5.10.2 Positionnement épistémologique

Il convient de rappeler que « les connaissances produites par l'évaluation [...] ne sont pas le produit unique d'une rationalité scientifique pure » (Contandriopoulos et coll., 2000). De fait, derrière les choix de méthode résident des choix plus fondamentaux sur la nature des choses, sur la représentation de la réalité (Guba et Lincoln, 1994). Patton (1986) tient sensiblement le même raisonnement. Pour lui, les visions différentes du monde auxquelles les chercheurs adhèrent – ce que d'autres qualifient de « paradigmes » – sous-tendent qu'ils privilégient certains objets ou aspects d'un même objet de recherche au détriment d'autres.

⁶⁵ Il peut s'agir, par exemple, de l'intégrité du contenu de l'intervention, de l'intensité avec laquelle les activités sont réalisées, de leur qualité ou de leur adéquation aux normes existantes, de leur suffisance quantitative, de l'utilisation adéquate des instruments d'évaluation et de dépistage, etc.

⁶⁶ Il peut s'agir, par exemple, des ressources dont disposent les organisations chargées d'appliquer le projet, du type et du degré de formation des intervenants, de leur expérience, de leur appui variable au projet de même que de la cohérence entre les activités du projet et les pratiques cliniques habituelles.

La mise en œuvre d'une politique ou d'un programme peut être considérée comme le processus d'intégration d'une innovation dans un contexte organisationnel donné. À cet égard, la production du changement dans les organisations comporte, selon Denis (1988), un certain nombre d'étapes, dont :

1. L'initiation : c'est l'étape de réflexion, où les initiateurs interagissent pour concevoir l'idée innovante et les procédures de sa mise en œuvre.
2. La diffusion : c'est la soumission de l'innovation à la probation d'un autre groupe plus élargi que le premier, qui doit détenir l'expertise et le pouvoir requis pour statuer sur son avenir avant de la diffuser à plus grande échelle.
3. L'adoption : c'est le transfert des différentes composantes de l'intervention à un niveau opérationnel.
4. L'implantation : c'est l'institutionnalisation qui consiste à rendre routinières les différentes composantes de l'intervention au sein de l'organisation.
5. L'ex-novation : c'est l'abandon ou la disparition de l'intervention ou de l'une de ses composantes du milieu d'implantation après un degré de mise en œuvre donné.

Cinq-Mars et Fortin (1999), quant à eux, résumant de façon analogue les étapes du processus de développement d'une action concertée réunissant un grand nombre d'acteurs autour d'un but commun. Selon leur examen des écrits de divers auteurs, on retrouverait généralement les phases suivantes :

1. Un stade de formation de l'action concertée, lequel inclut l'émergence du projet, la mobilisation et le recrutement de ses membres autour d'un intérêt commun, et l'adoption d'une mission conjointe ;
2. Un stade de développement, lequel réfère à un processus de planification proprement dit, incluant souvent une étude de besoins, la recherche d'un consensus sur la priorisation des activités, l'élaboration d'un plan d'action, et la mise en œuvre des interventions ;
3. Un stade de résultats et d'institutionnalisation⁶⁷, lequel englobe la rencontre des résultats visés par la mission (l'évaluation des succès et des échecs) et un retour aux stades préliminaires en vue d'une replanification, dans un processus itératif, pour la poursuite de la mission.

La proposition d'implantation du projet lanauois de prévention des chutes s'appuie sur l'idée qu'une mise en œuvre inadéquate ou incomplète des éléments critiques de l'intervention peut limiter l'ampleur des effets escomptés. Néanmoins, bien qu'il soit conçu et proposé comme un produit initialement bien défini, il n'en forme pas moins un qui soit entièrement immuable. 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, tel que l'entend la logique dite de « diffusion » utilisée dans les analyses d'implantation traditionnelles (Cinq-Mars et Fortin, 1999). En réalité, un programme n'est jamais diffusé exactement comme il a été conçu :

⁶⁷ À noter que Pluye, Potvin et Denis (2000) croient que les propositions théoriques, auxquelles les concepts de routines et de routinisation renvoient, permettent de mieux expliquer les retombées des projets-pilotes dans les organisations, que celles sur lesquelles repose l'institutionnalisation.

sa transformation est plutôt inhérente à tout processus d'implantation. Un programme est approprié par le milieu dans lequel il est implanté, donc « traduit » (Callon, 1986 ; Chamberland et Bilodeau, 2000). C'est cette même vision qu'avait le concepteur du projet lanauois de prévention des chutes à domicile lorsqu'il fait mention dans le devis d'implantation des deux composantes de l'adaptation : l'*accommodation*, lorsque le projet se transforme au contact du milieu d'implantation, et l'*assimilation*, lorsque le milieu d'implantation se modifie par sa mise en œuvre (Bégin, 2002).

La logique de la « traduction », développée pour étudier l'implantation d'innovations technologiques, offre un attrait évident pour aborder les processus d'adaptation mutuelle entre interventions, acteurs et environnement. De fait, 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). Les sources de pouvoir y sont effectivement nombreuses et variées. Elles fournissent aux membres d'une organisation divers moyens de servir leurs intérêts, et de résoudre ou de perpétuer les conflits. Entre autres sources possibles, Morgan (1989) mentionne l'autorité formelle ou hiérarchique, le contrôle des ressources rares, le contrôle de la prise de décision, le contrôle des connaissances et de l'information, les alliances interpersonnelles et les réseaux informels. Les différentes traductions – ou 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).

5.10.3 Modèle théorique de changement organisationnel

En conséquence, les modèles d'analyse du changement élaborés en théorie des organisations peuvent servir de cadre d'étude à l'implantation des interventions. Ils fournissent ainsi des hypothèses utiles pour expliquer le degré d'implantation d'une intervention et la manière dont le contexte l'influence. Plus spécifiquement, le modèle contingent, développé par Denis (1988) et repris par Denis et Champagne (1990b), a été choisi afin de guider à la fois la collecte et l'analyse des données de l'implantation (Figure 1). Il postule que le processus d'adoption et d'implantation d'une intervention dépend des enjeux politiques et de la poursuite d'intérêts personnels des acteurs influents dans l'organisation en même temps que des pressions d'une contingence structurelle (caractéristiques des professionnels, des gestionnaires, de l'environnement et de l'organisation). Selon cette approche, la probabilité de succès de la mise en œuvre des éléments d'un programme est accrue si elle reçoit l'adhésion des acteurs qui exercent des contrôles importants à cet égard. Cette adhésion est elle-même fonction du degré de cohérence des caractéristiques et des objectifs du changement qui s'opère par rapport aux intérêts particuliers des acteurs qui y sont engagés, s'ils y voient un moyen d'actualisation de leurs stratégies.

Le recours à des propositions théoriques formelles constitue une façon de minimiser les biais d'observation. Un chercheur pourrait en effet se laisser influencer par des notions préconçues ou des interprétations suggérées par les personnes interviewées. La figure 1 illustre le modèle politique et contingent adapté à l'analyse de l'implantation du projet d'intervention multifactorielle et interdisciplinaire personnalisée en prévention des chutes à domicile chez les aînés. Les propositions théoriques suivantes sont dérivées du modèle susmentionné.

Hypothèse n° 1 : *Plus un acteur donné perçoit les caractéristiques du projet comme cohérentes avec ses stratégies et intérêts, plus il va soutenir son implantation.*

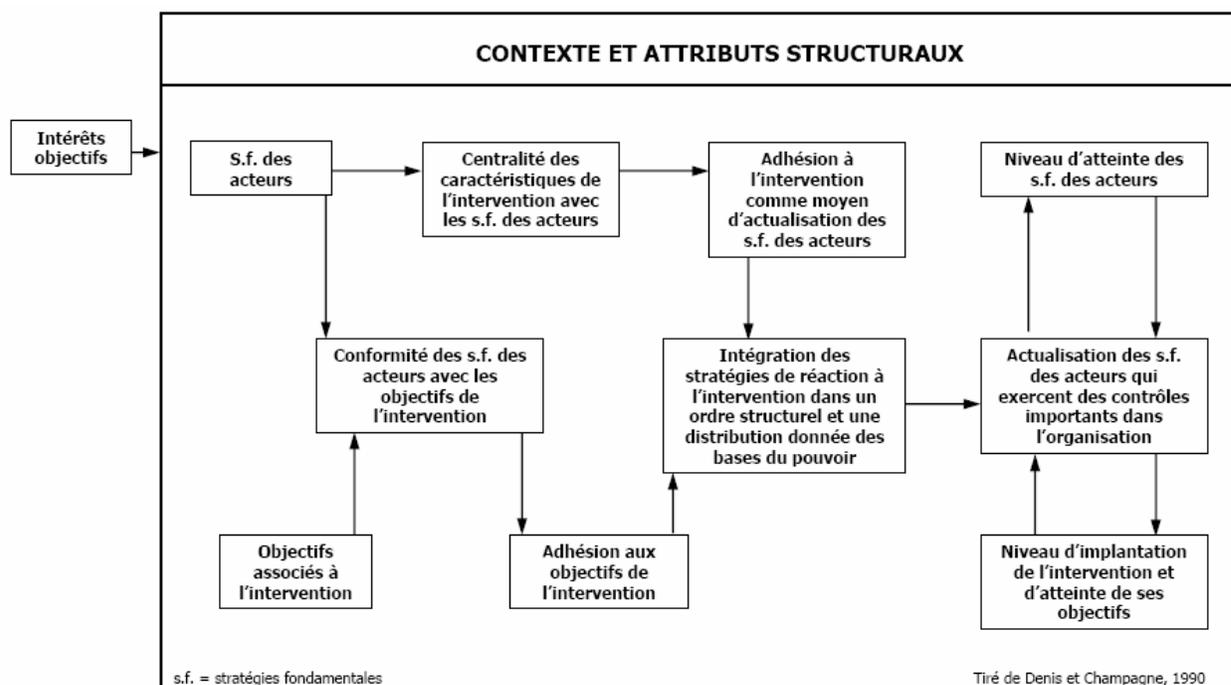
Cette cohérence dépend de deux facteurs :

- la « centralité » du changement par rapport aux stratégies de l'acteur en question, ce qui revient à dire que ce dernier peut soutenir des objectifs différents de ceux associés initialement à l'innovation, dans le but d'actualiser ses stratégies fondamentales.
- la conformité des objectifs associés à ce changement avec les stratégies fondamentales de l'acteur, ce qui signifie en d'autres mots que ce dernier va appuyer le changement, tant que ses objectifs sont conformes aux siens.

Hypothèse n° 2 : *Plus un acteur donné a une base de pouvoir importante, plus son influence sur le degré de mise en œuvre du projet est grande.*

Hypothèse n° 3 : *Plus la dynamique structurelle du milieu est importante, plus le degré de mise en œuvre du projet est élevé.*

Figure 5. **Modèle politique et contingent (structurel) du contexte d'implantation du projet lanadois d'intervention en prévention des chutes à domicile chez les aînés**



Ce modèle s'est notamment révélé fort utile dans l'évaluation de mise en œuvre initiale du volet prénatal du programme intégré *Naître égaux – Grandir en santé* (NEGS). L'étude menée par Perreault et ses collaborateurs (2000) présente un degré de similitude évident quant à sa nature dynamique et complexe mettant en relation un grand nombre de collaborateurs de plusieurs CLSC. Il nous est donc apparu pertinent pour documenter et expliquer le degré d'implantation des éléments du projet lanauchois de prévention des chutes.

5.10.4 Type d'étude

La stratégie de recherche à l'analyse de l'implantation fait appel à l'étude de cas, plus spécifiquement l'étude de cas multiples – les six CLSC du territoire – avec niveaux d'analyse imbriqués (Denis et Champagne, 1990a). De fait, cette stratégie s'avère tout à fait avisée lorsque l'accent est mis sur la compréhension du programme, qu'il est difficile de distinguer les effets produits par une intervention de ceux qui peuvent être attribués aux caractéristiques du milieu d'implantation et que, expressément, l'on souhaite connaître l'influence de ce contexte. (Dorr-Bremme, 1995 ; McDonnell, 2000 ; Patton, 1980 ; Yin 1981a, 1981b, 1999)⁶⁸. La puissance explicative s'appuie sur la profondeur de l'analyse du cas.

D'abord, comme l'un des objectifs de l'évaluation est de faciliter l'intégration des activités de promotion de la santé et de prévention des chutes dans la programmation des services courants de soutien à domicile de l'ensemble des CLSC lanauchois (Bégin, 2002), si ses effets se révèlent significatifs, l'étude des six CLSC du territoire devrait permettre de tirer des généralisations plus importantes. L'analyse de l'influence du contexte sur le degré de mise en œuvre d'une intervention renvoie donc directement à la question de la « transférabilité » des résultats.

Ensuite, deux niveaux d'analyse ont été définis. Dans un premier niveau, notre intérêt portera sur les réactions et l'influence stratégique des divers groupes d'acteurs, puis le deuxième niveau sera consacré à expliquer le comportement de l'organisation dans son ensemble. Une analyse transversale des six CLSC permettra alors de comparer les organisations entre elles afin de mettre en évidence les contributions les plus significatives à la mise en œuvre des éléments du programme et à la production des effets. La stratégie d'analyse par appariement de modèle sera privilégiée. Jugée la plus appropriée pour l'étude de cas (Yin, 1989), elle consiste à opposer un ensemble de propositions théoriques dérivées d'un modèle à la réalité empirique observée.

⁶⁸ De plus en plus d'épidémiologistes formulent des demandes pressantes pour que soit davantage pris en compte le contexte du phénomène que l'on cherche à saisir. Leclerc (2005), notamment, stipule que l'inattention du contexte et la négligence générale de l'environnement dans lequel la maladie se produit [et l'intervention prend place] mènent à une base de connaissance limitée et périlleuse pour l'action de santé publique. Il s'agit de la charge centrale qui reçoit l'aval de plus en plus de chercheurs, dont les évaluateurs et les épidémiologistes.

5.10.5 Planification opérationnelle de la recherche

Aucune méthode, aussi sophistiquée soit-elle, ne peut prétendre, seule, prendre en compte de manière satisfaisante l'ensemble des situations possibles. Il devient dès lors nécessaire de combiner différentes approches, différents points de vue. L'évaluation de l'implantation sera ainsi examinée en recourant à plusieurs sources de données, correspondant elles-mêmes à diverses techniques de collecte, à la fois quantitatives et qualitatives. Le tableau 1 énumère précisément la liste des objets d'évaluation et des indicateurs d'intérêt dans cette étude. Par ailleurs, le tableau 2 montre la répartition des entrevues par catégorie de répondants et par site. Étant donné le nombre élevé d'intervenants et de gestionnaires engagés dans le projet, une sélection restreinte de trois acteurs par CLSC est rendue nécessaire.

5.10.5.1 Population à l'étude

La population touchée par la collecte de données comprend la majorité des acteurs concernés par le projet. Il s'agit du concepteur du projet, qui a également assuré la coordination d'ensemble de l'implantation du projet ainsi qu'un suivi de gestion pour la durée de sa mise en œuvre, de la technicienne en recherche chargée de la saisie des données et de la conseillère en nutrition, tous trois de la Direction de santé publique et d'évaluation à l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière. Il s'agit, encore, des membres du Comité de coordination en soutien à domicile et du Comité régional de prévention des chutes ainsi que d'autres intervenants offrant des services directs à la population qui ont été, à un moment ou à un autre du déploiement de l'intervention, spécialement dédiés au projet par leur établissement (ergothérapeutes, physiothérapeutes, thérapeutes en réadaptation physique, infirmières et nutritionnistes)⁶⁹.

5.10.5.2 Variables, sources de données et méthodes de collecte

L'information portant sur la mise en œuvre proviendra du devis d'implantation élaboré par l'instigateur du projet ainsi que de divers documents administratifs. Il s'agit notamment des comptes rendus des réunions du Comité de coordination en soutien à domicile et du Comité régional de prévention des chutes ainsi que de données du module SIC + de l'application Intégration CLSC et de celles colligées tout au long de la mise en œuvre du projet par le son concepteur et coordonnateur régional dans le cadre d'une démarche de reddition de compte et de suivi de gestion⁷⁰. Il s'agit également des résultats préliminaires périodiques et des ajustements

⁶⁹ Le devis d'implantation stipule que de l'information pourrait être obtenue directement des participants au projet. Compte tenu de l'envergure déjà considérable de l'investigation, il est douteux que ce volet soit réalisable, même si le Comité d'évaluation juge que de telles données seraient utiles et complémentaires aux autres (Bégin, 2002).

⁷⁰ La reddition de compte et le suivi de gestion sont des approches de monitoring, davantage administratives, de mise en place et de suivi des actions et des interventions. Elles nécessitent une application et une attention constantes lors de leur déroulement. Elles appartiennent à une approche plutôt « descriptive » qui sous-tend l'obtention récurrente d'information sur l'implantation et le fonctionnement des interventions, des activités ou des services. Elles permettent de faire le point périodiquement sur l'utilisation des ressources disponibles, sur les clientèles rejointes, sur le déroulement du programme et sur ses résultats, et donc de mesurer, du coup, la conformité entre ce qui devait être fait et ce qui a effectivement été réalisé (Leclerc, Lemire et Poissant, 2000).

qui ont été nécessaires aux procédures d'implantation du devis⁷¹, lesquels ont été rassemblés et périodiquement acheminés aux CLSC (Bégin, 2004). D'autres données proviendront d'entrevues auprès d'acteurs pertinents.

Les données sur les caractéristiques structurelles et les variables politiques du contexte d'implantation – c'est-à-dire les variables indépendantes – proviendront des rapports annuels des établissements, de données du Système d'information des ressources humaines (application SIRH), d'un questionnaire autoadministré et d'entrevues individuelles semi-structurées, en face-à-face ou téléphoniques, auprès des acteurs engagés dans l'élaboration, la gestion et l'implantation du projet dans les divers milieux⁷². Les schéma d'entrevues, que l'on retrouve à l'annexe XXX, ont été élaborés en fonction du modèle politique et contingent d'analyse retenu. Les entrevues viseront à dégager les stratégies fondamentales des acteurs ou groupes d'acteurs (les intérêts qu'ils poursuivent au sein de l'organisation en tant qu'individu et en tant qu'acteur rattaché à un groupe de professionnels ou de gestionnaires), leurs stratégies de réaction (leurs réactions à l'intervention, leurs façons de se l'approprier), la centralité du changement par rapport à leurs stratégies et leur adhésion aux objectifs matérialisée par le soutien et l'effort déployés pour implanter l'intervention innovante. D'autres thèmes abordent la mise en œuvre à proprement parler du projet et portent plus spécifiquement sur les divers composantes et éléments de l'intervention de même que sur leur articulation au sein de l'organisation.

Un préambule sera utilisé pour guider les entrevues. En plus des remerciements d'usage, on y retrouvera notamment une présentation de l'intervieweur et de l'accompagnateur, le cas échéant, la période de référence de l'étude, la durée approximative de l'entrevue, les thèmes qui y seront abordés ainsi qu'une demande d'autorisation pour un enregistrement audio. Les participants seront invités à apporter des réponses concises. La confidentialité des réponses fournies ainsi que leur sera garantie. Au surplus, ils seront assurés que l'enregistrement ne pourra être utilisé que par l'intervieweur et le personnel de recherche du Comité d'évaluation ainsi que par une secrétaire de la Direction de santé publique et d'évaluation (annexe XXXI).

Le questionnaire, dont on trouvera un exemplaire à l'annexe XXXII, assurera une collecte complémentaire uniforme de certaines données portant sur la mise en œuvre et les caractéristiques structurelles du contexte d'implantation. Il permettra entre autres choses de connaître les caractéristiques, les pratiques, les attitudes et la satisfaction professionnelles des répondants, ainsi que leurs opinions quant à l'efficacité perçue des divers éléments et composantes de l'intervention, leur faisabilité et adéquation par rapport à son actualisation.

⁷¹ Ces modifications et éclaircissements visent à compléter les procédures du devis d'implantation du projet insuffisamment explicites ou impossibles à prévoir lors de sa conception.

⁷² Les mêmes répondants participeront à la fois à l'entrevue individuelle et à l'enquête par questionnaire.

La variable dépendante renvoie aux éléments suivants de la mise en œuvre du projet : la gouvernance du projet, la formation des intervenants, la mobilisation de l'environnement, le recrutement des participants, le dépistage et l'évaluation des facteurs de risque, les interventions des acteurs du projet, les recommandations faites aux aînés, l'orientation de ces derniers vers d'autres intervenants, le suivi des participants et, enfin, l'évaluation du projet.

Tableau 8. Liste des objets d'évaluation et indicateurs⁷³ d'intérêt

1. Variables dépendantes de la mise en œuvre

1.1 Gouvernance du projet

1.1.1 Reddition de compte et suivi de l'implantation

- Mécanisme de coordination régionale et de suivi de l'implantation : conformité par rapport à 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

1.1.2 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

1.1.3 Formation des intervenants

- Nombre et contenu des formations offertes : conformité par rapport à la programmation planifiée et perceptions des acteurs

1.2 Mobilisation de l'environnement

- Participation des CLSC et de leurs collaborateurs externes : conformité par rapport à la programmation planifiée et perceptions des acteurs
- Nombre et diversité des 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 d'intervenants et composition des équipes affectées aux services offerts aux participants
- Nombre de références effectuées par le CLSC, selon le type de collaborateurs
- Qualité de la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire

1.3 Recrutement des participants

- Modalités de recrutement des participants : conformité par rapport à la programmation planifiée et perceptions des acteurs
- Nombre de participants par rapport aux objectifs pré-établis
- Profil des participants
- Pourcentage de participants par rapport au nombre de personnes âgées répondant aux critères d'éligibilité et inscrites aux services de soutien à domicile des CLSC durant la période de recrutement
- Nombre et pourcentage de cessations de participation par motif identifié

1.4 Dépistage et évaluation des facteurs de risque

- Modalités de dépistage et d'évaluation des facteurs de risque : conformité par rapport à 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
- Nombre de réévaluations et de relances téléphoniques complétées
- Intervalles de temps séparant les évaluations et les relances téléphoniques
- Qualité de l'information portée au dossier des participants

⁷³ Un même indicateur peut s'appliquer à plus d'une variable selon l'angle d'analyse envisagé. En plus du nombre absolu, un pourcentage sera également déterminé là où le calcul s'applique.

1.5 Recommandations faites aux aînés, interventions des acteurs, orientation vers d'autres intervenants

- Modalités d'intervention : conformité par rapport à la programmation planifiée et perceptions des acteurs
- Nombre d'interventions (recommandations et références) par participant, selon le facteur de risque en cause et le résultat du dépistage
- Nombre d'interventions par participant enregistrées au module SIC + de l'application Intégration CLSC, selon la raison et l'acte
- Durée du plan d'intervention
- Durée des interventions, selon le facteur de risque en cause et le résultat du dépistage
- 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
- Nombre de demandes d'aide financière forfaitaire effectuées pour la correction ou l'adaptation domiciliaire
- Nombre d'aides financières octroyées
- Nombre de demandes de prêt d'équipements sécuritaires effectuées
- Cheminement des participants et trajectoires d'utilisation de services
- Nombre de brochures remises
- Qualité de l'information portée au dossier des participants

1.6 Suivi des participants

- Modalités de suivi : conformité par rapport à la programmation planifiée et perceptions des acteurs
- Nombre de réévaluations et de relances téléphoniques complétées, au total et par participant
- Intervalle de temps séparant les réévaluations et les relances téléphoniques
- Qualité de l'information portée au dossier des participants
- Durée du plan d'intervention
- Durée du suivi
- Nombre et pourcentage de cessations de participation par motif identifié
- Nombre de participants ayant accepté les recommandations, selon le facteur de risque en cause et le résultat du dépistage

1.7 Évaluation du projet

- Modalités d'évaluation : conformité par rapport à la programmation planifiée et perceptions des acteurs
- Qualité de l'information portée au dossier des participants

2. Variables indépendantes du contexte d'implantation

2.1 Aspects politiques

- Stratégies fondamentales des acteurs
- Conformité des stratégies fondamentales des acteurs avec les objectifs de l'intervention
- Centralité des caractéristiques de l'intervention avec les stratégies fondamentales des acteurs
- Adhésion à l'intervention comme moyen d'actualisation des stratégies fondamentales des acteurs
- Stratégies de réaction à l'intervention
- Distribution des bases du pouvoir
- Degré d'atteinte des stratégies fondamentales des acteurs
- Degré d'actualisation des stratégies fondamentales des acteurs qui exercent des contrôles importants dans l'organisation

2.2 Aspects structurels

2.2.1 Contexte organisationnel

- Nombre et taux d'usagers inscrits au programme Personnes âgées en perte d'autonomie
- Nombre d'interventions par usager inscrit au programme Personnes âgées en perte d'autonomie
- Taille de la population, par groupe d'âge
- Superficie du territoire
- Nombre de points de service des CLSC
- Stabilité du personnel
- Données organisationnelles, par centre d'activités et services (âge, sexe, années de service, années d'ancienneté, type de poste, personnel cadre, temps régulier, temps supplémentaire, absentéisme, etc.⁷⁴)

2.2.2 Caractéristiques des professionnels

- Sexe et âge
- Niveau de formation
- Discipline ou profession
- Ancienneté ou expérience de travail dans la profession
- Ancienneté ou expérience de travail en soutien à domicile
- Ancienneté ou expérience de travail en prévention des chutes
- Statut d'emploi
- Horaire de travail
- Satisfaction face au travail
- Identification à la profession
- Identification à l'organisation
- Attachement au groupe

2.2.3 Caractéristiques des participants

- Âge
- Sexe
- Type de résidence
- Situation matrimoniale ou modalités de vie
- Indice de défavorisation matérielle et sociale
- Réceptivité et motivation de la clientèle à l'égard des interventions proposées

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

⁷⁴ Selon la disponibilité des données dans le Système d'information des ressources humaines (application SIRH).

Tableau 9. Répartition des entrevues par catégorie de répondant et par site

Acteurs	Sites						
	CLSC des Moulins	CLSC de L'Assomption	CLSC D'Autray	CLSC de Joliette	CLSC de Matawinie	CLSC Montcalm	DSPE
Coordonnateur du soutien à domicile	1	1	1	1	1	1	
Intervenante dédiée ¹	1	1	1	1	1	1	
Infirmière							
Nutritionniste ²							1
Ergothérapeute ²							
Physiothérapeute ²							
Médecin ²							
Pharmacien							
Concepteur du projet							1
Technicienne en recherche							1

¹ Il s'agit d'une technicienne en réadaptation physique dans cinq cas et d'une infirmière dans un autre cas.

² Des nutritionnistes, ergothérapeutes, physiothérapeutes et médecins seront également sollicités parmi les CLSC. Leur nombre et leur site d'appartenance seront déterminés ultérieurement.

5.11 Analyse des données

L'analyse des données quantitatives sera effectuée à l'aide du progiciel SPSS. Elle requerra une analyse statistique multiniveaux. Cette méthodologie, en départageant les impacts causés par les caractéristiques individuelles de ceux provenant de l'environnement et de l'organisation, permet de prendre en compte la structure hiérarchique des données (Chaix et Chauvin, 2002). Le traitement de l'information qualitative sera réalisée selon une formule classique basée sur l'analyse de contenu à l'aide du logiciel Nu*dist. Les données seront extraites et regroupées en fonction de thèmes traceurs, d'entités organisationnelles, dont les acteurs et groupes d'acteurs et, le cas échéant, d'événements importants. La suite du processus d'analyse consistera en l'identification de thèmes émergents et de « patterns », à la manière de Mintzberg (1978), permettant l'interprétation des données, non seulement dans un mode déductif en fonction du modèle théorique de l'implantation choisi dans cette évaluation – donc à l'intérieur d'un paradigme positiviste –, mais encore dans un mode inductif permettant de modifier ou de compléter le modèle – suivant dès lors un paradigme constructiviste.

Par ailleurs, considérant la profusion d'information qui devrait logiquement découler de la présente évaluation de la mise en œuvre effective du projet de prévention des chutes sur le territoire des six CLSC, la discussion des résultats de la mise en œuvre reposera sur le critère de robustesse proposé par Champagne et ses collaborateurs (1991) et repris par Perreault et son équipe (2000). La conceptualisation que ces auteurs mettent de l'avant renvoie à l'importance du changement produit par une intervention de même qu'au degré de constance – ou de variabilité – avec lequel il apparaît dans les différents milieux d'implantation (Tornatsky et Johnson, 1982). La conjugaison de ces deux possibilités définit quatre types de résultats engendrés par l'implantation

d'une intervention (Tableau 10)⁷⁵. 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 10. Robustesse des résultats de la mise en œuvre du projet lanauois d'intervention en prévention des chutes à domicile chez les aînés

Changement	Constant	Inconstant
Important	A	C
Limité	B	D

(d'après Champagne et coll., 1991, repris par Perreault et coll., 2000)

5.12 Portée et limites

Il importe de préciser que la présente recherche est intégrée à un projet d'intervention en cours. Aussi, maints aspects méthodologiques, dont l'échantillonnage, le devis et les outils de mesure, ont été décidés par les promoteurs du projet d'intervention. L'auteur est donc tributaire de ces choix. Par exemple, le Comité régional de prévention des chutes a écarté la possibilité de recourir à un groupe témoin à l'extérieur de la région de Lanaudière. Plusieurs interventions de différentes natures sont actuellement menées dans les régions du Québec. Ainsi, il devenait quasiment impossible de sélectionner un territoire « non contaminé » par la prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées et dans lequel le profil sociodémographique des individus soit en tout points comparable. Le souhait de réaliser une intervention dans le milieu naturel et de procéder à une implantation généralisée ajoute également des contraintes auxquelles fait face l'évaluation du projet.

Le schéma de l'étude ne peut pas assurer une validité interne aussi grande que celle des devis expérimentaux ou quasi expérimentaux, choix ultimement valorisés par la communauté scientifique. En d'autres mots, l'absence de groupe témoin externe rend difficile la mesure des changements et leur attribution à l'intervention. D'autres explications plausibles pourraient en effet justifier, à tout le moins en partie, les différences constatées entre O₂ et O₁, puisque le groupe témoin est en l'occurrence le groupe expérimental avant son exposition au projet. Au titre des menaces à la validité interne, citons les événements historiques (apparition durant le déroulement de l'étude d'événements extérieurs au projet), la maturation (changements

⁷⁵ L'analyse des effets de l'intervention d'une organisation à l'autre sur les facteurs de risque retenus et sur l'incidence de chutes peut être abordée par cette même conceptualisation.

découlant du temps écoulé plutôt qu'attribuables au projet lui-même) et l'attrition (abandon par des participants affectant la comparabilité des groupes).

D'un autre côté, l'évaluation envisagée ne vise 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. Plusieurs auteurs, dont Chamberland et Bilodeau (2000), McQueen et Anderson (2000), et Pluye, Potvin et Denis (2000), dénoncent d'ailleurs le caractère réducteur de telles conceptions rationalistes et expérimentales. Bien qu'ils reconnaissent leur valeur pour tester de nombreuses hypothèses concernant des phénomènes physiologiques selon des relations simples et directes, ils ne les jugent ni applicables ni souhaitables pour évaluer l'efficacité d'interventions communautaires ou pour aborder des phénomènes sociaux complexes. Force est d'admettre que les exigences des règles de la preuve et des conventions des épistémologies positivistes ne concordent pas toujours avec les besoins et intérêts des acteurs, les contraintes organisationnelles ou les impératifs des relations entre les organisations. De plus, dans les situations où il existe une volonté de changement de connaissances, d'attitudes et de comportements, le devis de recherche peut rarement posséder la structure rigoureuse d'une expérience, permettre le recours à un groupe de contrôle pour effectuer des comparaisons ou être ramené à une banale manipulation du sujet à l'étude sans tenir compte de son contexte. En fait, l'éclairage de ces critiques modifie l'angle de vue du déploiement des projets-pilotes en promotion de la santé et en prévention des maladies, en replaçant les acteurs organisationnels au centre du processus d'intégration et d'analyse, plutôt que d'y placer l'expérimentation et ses résultats. « Placer les acteurs au centre du processus accroît significativement le potentiel explicatif de l'approche, la routinisation des projets-pilotes pouvant être comprise en fonction des processus décisionnels engageant les acteurs organisationnels et donc selon les intérêts et la contingence. », comme le concluent Chamberland et Bilodeau (2000).

La valeur explicative de l'étude devrait être relativement grande, puisqu'elle permet une analyse en profondeur des processus qui ont cours dans le déroulement du programme. L'évaluation simultanée de l'implantation de l'intervention, de l'observance des recommandations par les participants, des effets de l'intervention sur les facteurs de risque ainsi que sur la survenue des événements est plus facilement susceptible de mettre en lumière les facteurs de réussite ou d'échec du projet de prévention. La taille de l'échantillon devrait également permettre l'établissement du lien statistique entre les variantes régionales de la prestation et les résultats observés.

Enfin, l'approche méthodologique envisagée tient compte de certains problèmes inhérents à l'étude des chutes dans la communauté et aux recommandations émises à cet égard par Gillespie et ses collaborateurs (2003) et par l'équipe de Cumming (1990). Les principaux sont ici sommairement exposés :

- Le caractère prospectif permet l'éclaircissement de la séquence chronologique entre l'exposition et la survenue des événements de même qu'il en procure une estimation plus fiable en réduisant les biais de mémoire.
- La prise de mesures répétées limite les biais d'information puisque les données sont enregistrées avant la survenue des événements, chez tous les sujets et indépendamment de leur devenir.
- La prise de mesures répétées quant aux facteurs de risque ainsi que l'utilisation d'analyses multivariées adaptées et de la densité d'incidence, lesquelles font appel à la totalité de l'information disponible (multiples événements chez un même participant, périodes d'exposition différentes et prise en compte de la modification de l'exposition initiale au cours du suivi), favorisent une identification plus précise des rôles joués par l'exposition et l'intervention sur la survenue des événements.

6. PERTINENCE ET IMPACT DE L'ÉTUDE

La problématique des chutes est préoccupante pour les intervenants de la santé et les autorités gouvernementales en raison du nombre de personnes qu'elle touche et de ses conséquences sur leur autonomie.

En raison de la taille de l'échantillon, de l'envergure du déploiement de l'intervention, de la durée du suivi et de l'exhaustivité de l'investigation, il n'est pas présomptueux de croire que les données recueillies par l'étude puissent mettre à jour quelques éléments pertinents du phénomène des chutes. Les décideurs et les planificateurs de l'Agence de Lanaudière et des CLSC de la région posséderont une meilleure notion de l'ampleur de la situation sur leur territoire et de la genèse de la chute chez les aînés à domicile.

La connaissance des facteurs de risque modifiables par une approche multifactorielle de prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées permettra aux décideurs et aux planificateurs de tout palier – local, régional et national – de remonter plus en amont dans le processus d'apparition du risque de chutes et d'en amoindrir d'autant les conséquences. L'analyse de l'observance des recommandations par les participants en appellera de la plausibilité des hypothèses d'intervention (modifier les connaissances, les attitudes et, de façon ultime, les comportements, pour réduire les facteurs de risque) et de la justesse des moyens déployés pour agir sur les causes identifiées. Par ailleurs, l'évaluation de l'implantation permettra d'en connaître davantage sur les conditions de mise en œuvre de telles approches et sur les facteurs explicatifs des résultats obtenus et de bonifier ultérieurement l'intervention.

Il appert enfin que l'utilisation d'une approche pragmatique en évaluation qui associerait des hypothèses théoriques explicites, des méthodes de recherche qualitative et des techniques statistiques multivariées, dont la modélisation structurale, jusqu'à récemment l'apanage des sciences sociales et économiques, pourrait être prometteuse pour la recherche en épidémiologie et en santé publique. Les investigateurs, après avoir confronté leurs théories à l'analyse, seraient munis d'outils additionnels valables pour l'étude de relations causales entre variables de systèmes complexes.

Tableau 11. Échéancier du projet

Étapes	Participants concernés	Échéancier
Rédaction du protocole de recherche	B.-S. Leclerc, Comité d'évaluation	Mai 2005
Collecte et saisie des données de l'évaluation des effets	G. Marquis, collaborateurs des CLSC	Juillet 2005
Validation des données	B.-S. Leclerc, G. Marquis, Comité d'évaluation	Septembre 2005
Recherche documentaire et synthèse des données de suivi de gestion	B.-S. Leclerc, C. Bégin	Septembre 2005
Recension des écrits sur l'évaluation de l'implantation et la prise en compte du contexte, conceptualisation	B.-S. Leclerc, C. Richard	Octobre 2005
Préparation des outils de collecte de données de l'évaluation de l'implantation	B.-S. Leclerc, G. Marquis, C. Richard, C. Bégin, Comité d'évaluation	Octobre 2005
Mise sur pied d'un comité d'experts pour la validation du modèle théorique	B.-S. Leclerc, C. Bégin	Octobre 2005
Collecte de données de l'évaluation de l'implantation	B.-S. Leclerc, C. Richard, G. Marquis, C. Bégin, et usagers, collaborateurs des CLSC	Novembre 2005
Extraction de données du module SIC + de l'application Intégration CLSC	B.-S. Leclerc, É. Cadieux, G. Marquis, directeurs généraux des établissements	Novembre 2005
Développement des stratégies d'analyse quantitative	B.-S. Leclerc	Novembre 2005
Transcription intégrale des comptes rendus	B.-S. Leclerc, M.-J. Charbonneau, C. Richard, collaborateurs des CLSC	Décembre 2005
Recension des écrits sur les chutes et construction du modèle théorique de causalité	B.-S. Leclerc, C. Bégin	Décembre 2005
Validation du modèle théorique de causalité	B.-S. Leclerc, C. Bégin, experts externes	Décembre 2005
Traitements statistiques	B.-S. Leclerc, G. Marquis	Mars 2006
Validation statistique du modèle théorique de causalité	B.-S. Leclerc, G. Marquis	Avril 2006
Analyse des données quantitatives et qualitatives	B.-S. Leclerc, C. Bégin, C. Richard, experts externes, Comité d'évaluation	Juin 2006
Production du rapport préliminaire	B.-S. Leclerc, M.-J. Charbonneau, Comité d'évaluation	Septembre 2006
Dépôt du rapport final	B.-S. Leclerc, M.-J. Charbonneau, Comité d'évaluation	Décembre 2006
Dépôt de la thèse	B.-S. Leclerc	Été 2007

7. BIBLIOGRAPHIE

ALEXANDER, B.H., F.P. RIVARA et M.E. WOLF (1992). « The cost and frequency of hospitalization for fall-related injuries in older adults », *American Journal of Public Health*, vol. 82, n° 7, p. 1020-1023.

ALLARD, D. (2001a). « 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).

ALLARD, D. (2001b). « 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).

AMBLARD, H., P. BERNOUX, G. HERREROS et Y.F. LIVIAN (2005). *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, Paris, du Seuil, 291 p.

ANDERSEN, P.K. et R.D. GILL (1982). « Cox's regression model for counting processes : A large sample study », *The Annals of Statistics*, vol. 10, n° 4, p. 1100-1120.

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, BRITISH GERIATRICS SOCIETY ET AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDIC SURGEONS PANEL ON FALLS PREVENTION (2001). « Guidelines for the prevention of falls in older persons », *Journal of American Geriatrics Society*, vol. 49, n° 5, p. 664-672.

ARFKEN, C.L., H.W. LACH, S.J. BIRGE et J.P. MILLER (1994). « The prevalence and correlates of fear of falling in elderly persons living in the community », *American Journal of Public Health*, vol. 84, n° 4, p. 565-570.

BAGOZZI, R.P. et Y. YI (1989). « On the use of structural equation models in experimental designs », *Journal of Marketing Research*, vol. 26, n° 3, p. 271-284.

BAGOZZI, R.P., Y. YI et S. SINGH (1991). « On the use of structural equation models in experimental designs: two extensions », *International Journal of Research in Marketing*, vol. 8, n° 2, p. 125-140.

BATH, P.A. et K. MORGAN (1999). « Differential risk factor profiles for indoor and outdoor falls in older people living at home in Nottingham, UK », *European Journal of Epidemiology*, vol. 15, n° 1, p. 65-73.

BÉGIN, C. (2000). *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, 8 p.

BÉGIN, C. (2002). *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, 120 p.

BÉGIN, C. (2004). *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, 29 p. [Document de travail]

BÉGIN, C., H. BÉLANGER-BONNEAU, M. LAVOIE, D. LESAGE, M. PARENT et M. ST-LAURENT (2000). *Livre vert « La sécurité routière au Québec : un défi collectif »*, Mémoire, Québec, Conseil des directeurs de la santé publique, Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec, 48 p.

BERG, K. (1989). « Balance and its measure in the elderly : a review », *Physiotherapy Canada*, vol. 41, n° 5, p. 240-246.

BERG, K.O., B.E. MAKI, J.I. WILLIAMS, P.J. HOLLIDAY et S.L. WOOD-DAUPHINEE (1992a). « Clinical and laboratory measures of postural balance in an elderly population », *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, vol. 73, n° 11, p. 1073-1080.

BERG, K.O., S.L. WOOD-DAUPHINEE, J.I. WILLIAMS et B. MAKI (1992b). « Measuring balance in the elderly: validation of an instrument », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 83 (suppl.-2), p. S7-S11.

BERG, K., S. WOOD-DAUPHINEE et J.I. WILLIAMS (1995). « The balance scale : reliability assessment with elderly residents and patients with an acute stroke », *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, vol. 27, n° 1, p. 27-36.

BICKMAN, L. (1987). « The functions of program theory », dans *Using program theory in evaluation. New Directions for Program Evaluation*, n° 33, BICKMAN, L. (Éd.), San Francisco : Jossey-Bass, p. 5-18.

BLAKE, A.J., K. MORGAN, M.J. BENDALL, H. DALLOSSO, S.B. EBRAHIM, T.H. ARIE, P.H. FENTEM et E.J. BASSEY (1988). « Falls by elderly people at home : prevalence and associated factors », *Age and Ageing*, vol. 17, n° 6, p. 365-372.

BOUDRAULT, V. et M. CARBONNEAU (1999). *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, 29 p.

BRESLOW, N. (1992). « Use of the logistic and related models in longitudinal studies of chronic disease risk. Application: coronary heart disease in Framingham », dans *Statistical models for longitudinal studies of health, Monographs in epidemiology and biostatistics*, vol. 16, DWYER, J.H., FEINLEIB, M., LIPPERT, P. et H. HOFFMEISTER (ed.), New York, Oxford University Press, p. 163-197.

BRUCE, D.G., A. DEVINE et R.L. PRINCE (2002). « Recreational physical activity levels in healthy older women: the importance of fear of falling », *Journal of American Geriatrics Society*, vol. 50, n° 1, p. 84-89.

BUCHNER, D.M., M.E. CRESS, B.J. de LATEUR, P.C. ESSELMAN, A.J. MARGHERITA, R. PRICE et E.H. WAGNER (1997). « The effect of strength and endurance training on gait, balance, fall risk, and health services use in community-living older adults », *The Journals of Gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, vol. 52A, p. 218-224M.

BURTON, S. et E. BLAIR (1991). « Task conditions, response formulation processes, and response accuracy for behavioral frequency questions in surveys », *Public Opinion Quarterly*, vol. 55, n° 1, p. 50-79.

CADIEUX, É., A. GUILLEMETTE, C. GARAND, G. MARQUIS, B.-S. LECLERC (coll.) et M. RENAUD (coll.) (2005). *Un réseau et des chiffres. Volet I – Données populationnelles, Tableau de bord - CSSS du Sud de Lanaudière*, Saint-Charles-Borromée, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Lanaudière, sous la coordination de la DSPE, 60 p.

CALLON, M. (1986). « 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*, n° 36, p. 169-208.

CALLON, M. et B. LATOUR (1986). « Les paradoxes de la modernité : comment concevoir les innovations ? », *Prospective et Santé*, n° 36, p. 13-25.

CAMPBELL, A.J. (2002). « Preventing fractures by preventing falls in older women », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 167, n° 9, p. 1005-1006.

CAMPBELL, A.J., M.J. BORRIE et G.F. SPEARS (1989). « Risk factors for falls in a community-based prospective study of people 70 years and older », *Journal of Gerontology : Medical Sciences*, vol. 44, n° 4, p. M112-117.

CAMPBELL, A.J., M.C. ROBERTSON, M.M. GARDNER, R.N. NORTON, M.W. TILYARD et D.M. BUCHNER (1997). « Randomised controlled trial of a general practice programme of home based exercise to prevent falls in elderly women », *British Medical Journal*, vol. 315, n° 7115, p. 1065-1069.

- CAMPBELL, A.J., M.C. ROBERTSON, M.M. GARDNER, R.N. NORTON et D.M. BUCHNER (1999). « Falls prevention over two years: a randomized controlled trial in women 80 years and older », *Age and Ageing*, vol. 28, p. 513-518.
- CHAIX, B. et P. CHAUVIN (2002). « L'apport des modèles multiniveaux dans l'analyse contextuelle en épidémiologie sociale : une revue de la littérature », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 50, n° 5, p. 489-499.
- CHAMBERLAND, C. et A. BILODEAU (2000). « Identité et légitimité de la promotion de la santé : la nécessaire conjugaison des paradigmes de recherche et d'action ». *Ruptures, Revue transdisciplinaire en santé*, vol. 7, n° 1, p. 138-149.
- CHAMPAGNE, F. et J.-L. DENIS (1992). « Pour une évaluation sensible à l'environnement des interventions : l'analyse de l'implantation », *Service Social : L'avenir des services ou services d'avenir*, vol. 41, n° 1, p. 143-163.
- CHAMPAGNE, F., J.-L. DENIS, R. PINEAULT et A. CONTANDRIOPOULOS (1991). « Structural and political models of analysis of the introduction of an innovation in organizations: the case of the change in the method of payment of physicians in long-term care hospitals », *Health Services Management Research*, vol. 4, n° 2, p. 94-111.
- CHANG, J.T., MORTON, S.C., RUBENSTEIN, L.Z., MOJICA, W.A., MAGLIONE, M., SUTTORP, M.J., ROTH, E.A. et P.G. SHEKELLE (2004). « Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials », *British Medical Journal*, vol. 328, n° 7441, p. 680-686.
- CHEN, H.T. (1990). « Issues in constructing program theory », dans *New Directions for Advances in Program Theory. Program Evaluation*, n° 47, BICKMAN, L. (Éd.), San Francisco: Jossey-Bass, p. 7-18.
- CHEN, H.T. et P. ROSSI (1983). « Evaluating with sense: The theory-driven approach », *Evaluation Review*, vol. 7, n° 3, p. 283-302.
- CHEVALIER, S. et O. LEMOINE (2000). « Consommation d'alcool », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 117-133. (Collection La santé et le bien-être)
- CINQ-MARS, M. et D. FORTIN (1999). « Perspectives épistémologiques et cadre conceptuel pour l'évaluation de l'implantation d'une action concertée », *Revue canadienne d'évaluation de programme*, vol. 14, n° 2, p. 57-83.
- CLARK, D.A., E.B. STINSON, R.B. GRIEPP, J.S. SCHROEDER, N.E. SHUMWAY et D.C. HARRISON (1971). « Cardiac transplantation in man. VI. Prognosis of patients selected for cardiac transplantation », *Annals of internal medicine*, vol. 75, n° 1, p. 15-21.

CLARK, R.D., S.R. LORD et L.W. WEBSTER (1993). « Clinical parameters associated with falls in an elderly population », *Gerontology*, vol. 39, n° 2, p. 117-123.

CLEMONSON, L., R.G. CUMMING et M. ROLAND (1996). « Case-control study of hazards in the home and risk of falls and hip fractures », *Age and Ageing*, vol. 25, n° 2, p. 97-101.

CLEVES, M. (1999) « Analysis of multiple failure-time data with Stata », *Stata Technical Bulletin*, vol. 9, p. 38-49.

CLOSE, J., M. ELLIS, R. HOOPER, E. GLUCKSMAN, S. JACKSON et C. SWIFT (1999). « Prevention of falls in the elderly trial (PROFET) : a randomised controlled trial », *Lancet*, vol. 353, n° 9147, p. 93-97.

COMITÉ FÉDÉRAL, PROVINCIAL ET TERRITORIAL DES HAUTS FONCTIONNAIRES POUR LES MINISTRES RESPONSABLES DES ÂÎNÉS (2001). *Guide des meilleures pratiques pour la prévention des chutes chez les aînés vivant dans la communauté*, Ottawa, Santé Canada, 41 p.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P., F. CHAMPAGNE, J.-L. DENIS et M.C. AVARGUES (2000). « L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 48, n° 6, p. 517-539.

CUMMING, R.G., J.L. KELSEY et M.C. NEVITT (1990). « Methodologic issues in the study of frequent and recurrent health problems. Falls in the elderly », *Annals of Epidemiology*, October, vol. 1, n° 1, p. 49-56.

CUMMINGS, S.R., M.C. NEVITT et S. KIDD (1988). « Forgetting falls. The limited accuracy of recall of falls in the elderly », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 36, n° 7, p. 613-616.

D'AGOSTINO, R.B., M.L. LEE, A.J. BELANGER, L.A. CUPPLES, K. ANDERSON et W.B. KANNEL (1990). « Relation of pooled logistic regression to time dependent Cox regression analysis : the Framingham Heart Study », *Statistics in Medicine*, vol. 9, n° 12, p. 1501-1515.

DARGENT-MOLINA, P. et G. BRÉART (1995). « Épidémiologie des chutes et des traumatismes reliés aux chutes chez les personnes âgées », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 43, n° 1, p. 72-83.

DAVIS, R.B. et J.R. ANDERSON (1989). « Exponential survival trees », *Statistics in Medicine*, vol. 8, n° 8, p. 947-961.

DAVIS, J.W., P.D. ROSS, M.C. NEVITT et R.D. WASNICH (1999). « Risk factors for falls and for serious injuries on falling among older Japanese women in Hawaii », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 47, n° 7, p. 792-798.

DAY, L., B. FILDES, I. GORDON, M. FITZHARRIS, H. FLAMER et S. LORD (2002). « Randomised factorial trial of falls prevention among older people living in their own homes », *British Medical Journal*, vol. 325, n° 7356, p. 128.

DEMERS, A., D. MALTAIS et F. TRICKEY (1993). « Construction d'un programme en santé communautaire : Du projet planifié à l'action implantée », *Revue canadienne d'évaluation de programme*, vol. 8, n° 1, p. 11-32.

DENIS, J.-L. (1988). *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, cclxvi, 249 f (Thèse de doctorat)

DENIS, J.-L. et F. CHAMPAGNE (1990a). « L'analyse de l'implantation : modèles et méthodes », *La revue canadienne d'évaluation de programme*, vol. 5, n° 2, p. 47-67.

DENIS, J.-L. et F. CHAMPAGNE (1990b). *Analyse de l'implantation*, Montréal, Cahiers du GRIS (N90-05), Université de Montréal, 74 p.

DESQUILBET, L. et L. MEYER (2005). « Variables dépendantes du temps dans le modèle de Cox. Théorie et pratique », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 53, p. 51-68.

DESROSIERS, J., G. BRAVO, R. HÉBERT et N. DUBUC (1995). « Reliability of the revised functional autonomy measurement system (SMAF) for epidemiological research », *Age and Ageing*, vol. 24, n° 5, p. 402-406.

DWYER, J.J. et S. MAKIN (1997). « Using a program logic model that focuses on performance measurement to develop a program », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 88, n° 6, p. 421-425.

DOBSON, L.D. et T.J. COOK (1980). « Avoiding type III error in program evaluation : Results from a field experiment », *Evaluation and Program Planning*, vol. 3, p. 269-276.

DONALD, I.P. et C.J. BULPITT (1999). « The prognosis of falls in elderly people living at home », *Age and Ageing*, vol. 28, n° 2, p. 121-125.

DORR-BREMME, D.W. (1995). « Ethnographic evaluation: A theory and method », *Educational Evaluation and Policy Analysis*, vol. 7, n° 1, p. 65-83.

ELFORD, R.W. (1994). « Prévention des blessures subies par les personnes âgées au domicile et au cours d'activités récréatives », dans *Guide canadien de médecine clinique préventive*, GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE, Ottawa, Santé Canada, p. 912-920.

FAVIER, F. (1999). « Les tests cliniques de chute », dans *La chute de la personne âgée*, JACQUOT, J.-M., D. STRUBEL et J. PELISSIER (Éd.), Masson, Paris, 136-146.

FEDER, G., C. CRYER, S. DONOVAN et Y. CARTER (2000). « Guidelines for prevention of falls in people over 65 », *British Medical Journal*, vol. 321, n° 7267 p. 1007-1011.

FONDATION SAUVE-QUI-PENSE (1988). *Le fardeau économique des blessures non intentionnelles au Canada*, Toronto, 61 p.

GARDNER, M.M., M.C. ROBERTSON et A.J. CAMPBELL (2000). « Exercise in preventing falls and fall related injuries in older people : a review of randomised controlled trials », *British Journal of Sports Medicine*, vol. 34, n° 1, p. 7-17.

GILL, T.M., C.S. WILLIAMS, J.T. ROBINSON et M.E. TINETTI (1999). « A population-based study of environmental hazards in the homes of older persons », *American Journal of Public Health*, vol. 89, n° 4, p. 553-556.

GILL, T.M., C.S. WILLIAMS et M.E. TINETTI (2000). « Environmental hazards and the risk of nonsyncopal falls in the homes of community-living older persons », *Medical Care*, vol. 38, n° 12, p. 1174-1183.

GILLESPIE, L.D., W.J. GILLESPIE, M.C. ROBERTSON, S.E. LAMB, R.G. CUMMING et B.H. ROWE (2003). « Interventions for preventing falls in elderly peoples », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 3 (CD000340).

GILLESPIE, L.D., W.J. GILLESPIE, R. CUMMING, S.E. LAMB et B.H. ROWE (2000). « Interventions for preventing falls in the elderly », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 2 (CD000340).

GLASGOW, R.E., LICHTENSTEIN, E. et A.C. MARCUS (2003). « Why don't we see more translation of health promotion research to practice ? Rethinking the efficacy-to-effectiveness transition ». *American Journal of Public Health*, vol. 93, n° 8, p. 1261-1267.

GLYNN, R.J. et J.E. BURING (1996). « Ways of measuring rates of recurrent events », *British Medical Journal*, vol. 312, n° 7027, p. 364-367.

GLYNN, R.J. et J.E. BURING (2001). « Counting recurrent events in cancer research », *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 93, n° 7, p. 488-489.

GOSELIN, C., R. CHOINIÈRE et R. WILKINS (2001). « Désavantage lié à l'incapacité », dans J. CAMIRAND et collaborateurs, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 121-142.

GRAAFMANS, W.C., M.E. OOMS, H.M. HOFSTEE, P.D. BEZEMER, L.M. BOUTER et P. LIPS (1996). « Falls in the elderly: a prospective study of risk factors and risk profiles », *American Journal of Epidemiology*, vol. 143, n° 11, p. 1129-1136.

GUBA, E.G. et Y.S. LINCOLN (1994). « Competing paradigms in qualitative research », dans N. Denzin et Y. Lincoln (eds.), *Handbook of qualitative research*, New York, Sage, p. 105-117.

GUILLEMETTE, A., J. BRASSARD, G. MARQUIS, É. CADIEUX, L. LEMIRE, M. GONEAU, B.-S. LECLERC et coll. (2001). *Où en est la santé dans Lanaudière ? Principaux résultats de l'Enquête sociale et de santé 1998*, Saint-Charles-Borromée, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, 271 p.

HABICHT, J.P., VICTORA, C.G. et J.P. VAUGHAN (1999). « Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact », *International Journal of Epidemiology*, vol. 28, n° 1, p. 10-18.

HALE, W.A., M.J. DELANEY et T. CABLE (1993). « Accuracy of patient recall and chart documentation of falls », *Journal of the American Board of Family Practice*, vol. 6, n° 3, p. 239-242.

HAMEL, D. (2001). *Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 462 p.

HAMEL, M., G. HAMEL, C. PAKENHAM, M. ROCHETTE et H. ANCTIL (2005). *Le Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec. Produire la santé*, Québec, Direction du programme de santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 120 p.

HÉBERT, R., R. CARRIER et A. BILODEAU (1988a). « Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle », *Revue de Gériatrie*, vol. 13, n° 4, p. 161-167.

HÉBERT, R., R. CARRIER et A. BILODEAU (1988b). « The functional autonomy measurement system (SMAF) : description and validation of an instrument for the measurement of handicaps », *Age and Ageing*, vol. 17, n° 5, p. 293-302.

HIDDINK, G.J., J.G.A.J. HAUTVAST, C.M.J. VAN WOERKUM, C.J. FIEREN et M.A. VAN'T HOF (1997). « Nutrition guidance by primary-care physicians : LISREL analysis improves understanding », *Preventive Medicine*, vol. 26, n° 1, p. 29-36.

HILL, K.D., J.A. SCHWARZ, A.J. KALOGEROPOULOS et S.J. GIBSON (1996). « Fear of falling revisited », *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, vol. 77, n° 10, p. 1025-1029.

HOGAN, D.B. et coll. (2001). « A randomized controlled trial of a community-based consultation service to prevent falls », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 165, n° 5, p. 537-543.

HOLFORD, T.R. (2002). *Multivariate Methods in Epidemiology*, New York, Oxford University Press, 440 p.

HORAK, F.B., C.L. SHUPERT et A. MIRKA (1989). « Components of postural dyscontrol in the elderly : a review », *Neurobiology of Aging*, vol. 10, n° 6, p. 727-738.

HORNBROOK, M.C., V.J. STEVENS, D.J. WINGFIELD, J.F. HOLLIS, M.R. GREENLICK et M.G. ORY (1994). « Preventing falls among community-dwelling older persons : results from a randomized trial », *Gerontologist*, vol. 14, n° 1, p. 16-23.

- HOTTIN, P. (2001). « L'insomnie chez la personne âgée », *Le Médecin du Québec*, vol. 36, n° 8, p. 45-53.
- HUANG, X., S. CHEN et S.J. SOONG (1998). « Piecewise exponential survival trees with time-dependent covariates », *Biometrics*, vol. 54, n° 4, p. 1420-1433.
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2004). *National Trauma Registry Report : Injury Hospitalizations, 2001-2002*, Ottawa, Canadian Institute for Health Information, 199 p.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2000). « Annexe 3. Questionnaire autoadministré (QAA) VI – L'ALCOOL », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 15-17. (Collection La santé et le bien-être)
- JÖRESKOG, K.G. (1993). « Testing structural equation models », dans *Testing structural equation models*, Bollen, K.E. et J.S. Long (ed.), Newbury Park CA, Sage Publications, p. 294-316.
- JÖRESKOG, K.G. et D. SÖRBOM (1989). *LISREL 7, a guide to the program and applications*, Chicago IL, SPSS inc.
- KELLOGG INTERNATIONAL WORK GROUP ON THE PREVENTION OF FALLS BY THE ELDERLY (1987). « The prevention of falls in later life. A report of the Kellogg International Work Group on the Prevention of Falls by the Elderly », *Danish Medical Bulletin*, vol. 34 (suppl. 4), p. 1-24.
- KING, M.B. et M.E. TINETTI (1995). « Falls in community-dwelling older persons », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 43, n° 10, p. 1146-1154.
- LACROIX, G. et M. VAN AUDENRODE (2000). *Évaluation de l'incidence de diverses composantes du projet de loi C-12 sur la durée des périodes de chômage*, Ottawa, Développement des ressources humaines Canada, gouvernement du Canada, 140 p.
- LANCAR, R. (1999). « Méthodes robustes d'analyse de temps de survie multivariés », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 47, n° 3, p. 287-296.
- LAMOUREUX, A., A. MAGNAN et D. VERVLOET (2005). « Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? », *Revue des maladies respiratoires*, vol. 22, n° 1, p. 1-34.
- LAPORTE, M., L. VILLALON et H. PAYETTE (2001). « Simple nutrition screening tools for healthcare facilities: development and validity assessment », *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, vol. 62, n° 1, p. 26-34.
- LAPORTE, M., L. VILLALON, J. THIBODEAU et H. PAYETTE (2001). « Validity and reliability of simple nutrition screening tools adapted to the elderly population in healthcare facilities », *Journal of Nutrition, Health and Aging*, vol. 5, n° 4, p. 292-294.

LAROSE, D. (non daté). *Ma médication ça me concerne. Information destinée aux personnes âgées de 65 ans et plus*, L'Annonciation, Centre hospitalier et centre de réadaptation Antoine Labelle, non paginé.

LEBLANC, M. et J. CROWLEY (1992). « Relative risk trees for censored survival data », *Biometrics*, vol. 48, n° 2, p. 411-425.

LEBLANC, M. et J. CROWLEY (1993). « Survival trees by goodness of split », *Journal of the American Statistical Association*, vol. 88, n° 422, p. 147-163.

LECLERC, B.-S. (2005). « L'épidémiologie contemporaine en crise de paradigme », *Ruptures, Revue transdisciplinaire en santé*, vol. 10, n° 2, p. 66-86.

LECLERC, B.-S., L. LEMIRE et C. POISSANT (2000). *La fonction évaluation à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Cadre de référence pour une démarche participative*, Saint-Charles-Borromée, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, 65 p.

LECLERC, B.-S., G. MARQUIS et J. PAYETTE (2005). *Tableau de bord lanaudois sur la défavorisation. Territoire de Lanaudière, Calibrage à l'échelle de la région de Lanaudière*, Joliette, Service de surveillance, recherche et évaluation, Direction de santé publique et d'évaluation, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, 87 p.

LECLERC, A., L. PAPOZ, G. BRÉART et J. LELLOUCH (1990). *Dictionnaire d'épidémiologie*, Paris, Frison-Roche, 144 p.

LEE, E.T. et J.W. WANG (2003). *Statistical Methods for Survival Data Analysis, Third Edition*, Hoboken, NJ, Wiley, 534 p.

LEFEBVRE, C. (2003). *Un portrait de la santé des Québécois de 65 ans et plus*, Montréal, Institut national de santé publique du Québec, 19 p.

LEMIRE, L. (2002). *Quelques caractéristiques démographiques, sociales, économiques et sanitaires des personnes âgées de 65 ans et plus dans Lanaudière*, Saint-Charles-Borromée, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, 15 p.

LIN, M.R., H.F. HWANG, M.H. HU, H.D. WU, Y.W. WANG et F.C. HUANG (2004). « Psychometric comparisons of the Timed Up and Go, one-leg stand, functional reach, and Tinetti balance measures in community-dwelling older people », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 52, n° 8, p. 1343-1348.

LORD, S.R., J.A. WARD, P. WILLIAMS et K.J. ANSTEY (1994). « Physiological factors associated with falls in older community-dwelling women », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 42, n° 10, p. 1110-1117.

LUUKINEN, H., K. KOSKI, R. HONKANEN et S.L. KIVELA (1995). « Incidence of injury-causing falls among older adults by place of residence : a population-based study », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 43, n° 8, p. 871-876.

MARQUIS, G. et É. CADIEUX (2005). *Projections de la population selon le sexe et l'année d'âge, Région de Lanaudière et le Québec, 2001-2026*, Saint-Charles-Borromée, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 39 p.

McDONNELL, A., M. LLOYD JONES et S. READ (2000). « Practical considerations in case study research : the relationship between methodology and process », *Journal of Advances Nursing*, vol. 32, n° 2, p. 383-390.

McGILTON, K.S., M.T. FOX et S. SIDANI (2005). « A theory-driven approach to evaluating a communication intervention », *Canadian Journal of Program Evaluation*, vol 20, n° 2, p. 27-47

McQUEEN, D.V. et L.M. ANDERSON (2000). « Données probantes et évaluation des programmes en promotion de la santé ». *Ruptures, Revue transdisciplinaire en santé*, vol. 7, n° 1, p. 79-98.

MILETTE, C. (1999). *Revue de littérature sur la promotion de la santé des personnes âgées*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, 115 p.

MILLER, R. et S. ROLLNICK (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*, New York, NY, The Guilford Press, xvii, 348 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, 192 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Québec, Direction générale de la santé publique, 103 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1999). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002, Vers l'atteinte des résultats attendus : 1^{er} bilan*, Québec, Direction générale de la santé publique, 146 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2001). *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, Québec, Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation, 47 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2003a). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002, Vers l'atteinte des résultats attendus : 5^{ème} bilan*, Québec, Direction générale de la santé publique, 261 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2003b). *Programme national de santé publique 2003–2012*, Québec, Direction générale de la santé publique, 133 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2004). *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, 61 p.

MINTZBERG, H. (1978). « Patterns in strategy formation », *Management Science*, vol. 24, n° 9, p. 934-948.

MORGAN, G. (1989). *Images de l'organisation*, Québec, Les presses de l'Université Laval et Éditions Eska, 556 p.

MURPHY, S.L., C.S. WILLIAMS et T.M. GILL (2002). « Characteristics associated with fear of falling and activity restriction in community-living older persons », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 50, n° 3, p. 516-520.

NASHNER, L.M., C.L. SHUPERT, F.B. HORAK et F.O. BLACK (1989). « Organization of posture controls : an analysis of sensory and mechanical constraints », *Progress in Brain Research*, vol. 80, p. 411-418.

NATIONAL AGEING RESEARCH INSTITUTE (2000). *An analysis of research on preventing falls and falls injury on older people : community, residential aged care and acute care settings*, Canberra, Commonwealth of Australia, 137 p.

NEVITT, M.C., S.R. CUMMINGS, S. KIDD et D. BLACK (1989). « Risk factors for recurrent nonsyncopal falls. A prospective study », *JAMA : the Journal of the American Medical Association*, vol. 261, n° 18, p. 2663-2668.

NEVITT, M.C., S.R. CUMMINGS et E.S. HUDES (1991). « Risk factors for injurious falls : a prospective study », *Journal of Gerontology*, vol. 46, n° 5, p. M164-170.

NORTHRIDGE, M.E., M.C. NEVITT, J.L. LELSEY et B. LINK (1995). « Home hazards and falls in the elderly: The role of health and functional status », *American Journal of Public Health*, vol. 85, n° 4, p. 509-515.

NORUSIS, M. (2004). *SPSS 13.0 Statistical Procedures Companion*, Upper Saddle-River, N.J., Prentice Hall.

O'LOUGHLIN, J., Y. ROBITAILLE, J.F. BOIVIN et S. SUISSA (1993). « Incidence of and risk factors of falls and injurious falls among community-dwelling elderly », *American Journal of Epidemiology*, vol. 137, n° 3, p. 342-354.

OUELLETTE, S. (1999). *La problématique de malnutrition chez les personnes âgées. Résumé de la littérature scientifique*, Montréal, Ordre professionnel des diététistes du Québec, 26 p.

- PAMPALON, R. et G. RAYMOND (2000). « Un indice de défavorisation pour la planification de la santé et du bien-être au Québec », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 21, n° 3, p. 104-113.
- PAMPALON, R. et G. RAYMOND (2003). « Indice de défavorisation matérielle et sociale : son application au secteur de la santé et du bien-être », *Santé, société et solidarité* [Revue de l'Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité], n° 1, p. 191-208.
- PAMPALON, R., D. HAMEL et G. RAYMOND (2004). *Indice de défavorisation pour l'étude de la santé et du bien-être au Québec – Mise à jour 2000*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 11 p.
- PATTON, M.Q. (1980). *Qualitative evaluation methods*, Beverly-Hills, CA, Sage, 381 p.
- PATTON, M.Q. (1986). *Utilization-focused evaluation*, Beverly-Hills, CA, Sage, 368 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 (1999). « Study Design for Nutritional Assessments in the Elderly », dans *Methods in Aging Research*, B.P. YU (ed), Boca Raton (Florida), CRC Press LLC, p. 301-320.
- PAWSON, R. et N. TILLEY (1997). *Realistic evaluation*, London, Sage, 235 p.
- PERREAULT, M., G. BOYER, C. COLIN, J.-F. LABADIE, J.-L. DENIS et P. RACINE (2000). *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, 365 p.
- PLAUTZ, B., D.E. BECK, C. SELMAR et M. RADETSKY (1996). « Modifying the environment : a community-based injury-reduction program for elderly residents », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 12, n° 4, p. 33-38.
- PLUYE, P., L. POTVIN et J.-L. DENIS (2000). « La pérennisation organisationnelle des projets pilotes en promotion de la santé », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 7, n° 1, 2000, p. 99-113.
- PODSIADLO, D. et S. RICHARDSON (1991). « The timed "up & go": A test of basic functional mobility for frail elderly persons », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 39, n° 2, p. 142-148.
- PRESSER, S. (1984). « Is inaccuracy on factual survey items-specific or respondent-specific ? », *Public Opinion Quarterly*, vol. 48, n° 1b, p. 344-355.

PRENTICE, R.L., B.J. WILLIAMS et A.V. PETERSON (1981). « On the regression analysis of multivariate failure time data », *Biometrika*, vol. 68, p. 373-379.

PROVINCE, M.A., E.C. HADLEY, M.C. HORN BROOK, L.A. LIPSITZ, J.P. MILLER, C.D. MULROW, M.G. ORY, R.W. SATTIN, M.E. TINETTI et S.L. WOLF (1995) « The effects of exercise on falls in elderly patients. A preplanned meta-analysis of the FICSIT trials », *JAMA : the Journal of the American Medical Association*, vol. 273, n° 17, p. 1341-1347.

RAÏCHE, M. (2000). *Évaluation de la validité prédictive de différents tests cliniques dans le dépistage du risque de chutes des personnes âgées de plus de 75 ans vivant à domicile*, Sherbrooke, 143 p. (Mémoire de maîtrise)

RAINA, P., S. DUKESHIRE, L. CHAMBERS, D. TOIVONEN et J. LINDSAY (1997). *Prevalence, risk factors and health care utilization for injuries among Canadian seniors: An analysis of 1994 National Population Health Survey*, IESOP Research Report n° 15, Hamilton, McMaster University, 42 p.

RAWSKY, E. (1998). « Review of the literature on falls among the elderly », *Image - The Journal of Nursing Scholarship*, vol. 30, n° 1, p. 47-52.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE (2003). *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, 157 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE (2001). *Formulaires et outils de cueillette de données, Résultats du dépistage des facteurs de risque*, Document non publié, Sherbrooke, Direction de la santé publique, pages multiples.

REINSCH, S., P. MACRAE, P.A. LACHENBRUCH et J.S. TOBIS (1992a). « Attempts to prevent falls and injury : a prospective community study », *Gerontologist*, vol. 32, n° 4, p. 450-456.

REINSCH, S., P. MACRAE, P.A. LACHENBRUCH et J.S. TOBIS (1992b). « Why do healthy older adults fall ? Behavioral and environmental risks », *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, vol. 11, n° 1, p. 1-15.

REYNOLDS, A.J. (1998). « Confirmatory Program Evaluation: A Method for Strengthening Causal Inference », *American Journal of Evaluation*, vol. 19, n° 2, p. 203-221.

ROBBINS, A.S., L.Z. RUBENSTEIN, K.R. JOSEPHSON, B.L. SCHULMAN, D. OSTENVEIL et G. FINE (1989). « Predictors of falls among elderly people. Results of two population-based studies », *Archives of Internal Medicine*, vol. 149, n° 7, p. 1628-1633.

ROBITAILLE, Y., R. BOURBEAU, N. DAMESTOY, C. GOULET et B.I. PLESS (2000). « Accidents avec blessures », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 311-332. (Collection La santé et le bien-être)

ROBITAILLE, Y. et J. GRATTON (2005). « Les chutes chez les adultes âgés : vers une surveillance plus fine des données d'hospitalisation », Québec, Institut national de santé publique du Québec, 19 p.

SANTÉ CANADA (2002). *Vieillesse en santé, Prévention des blessures non intentionnelles chez les aînés*, Ottawa, Division du vieillissement et des aînés, extrait du site Web <http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines>, p. 5.

SATTIN, R.W., D.A. LAMBERT HUBER, C.A. DEVITO, J.G. RODRIGUEZ, A. ROS, S. BACCHELLI, J.A. STEVENS et R.J. WAXWEILER (1990). « The incidence of fall injury events among the elderly in a defined population », *American Journal of Epidemiology*, vol. 131, n° 6, p. 1028-1037.

SATTIN, R.W. (1992). « Falls among older persons: A public health perspective », *Annual Review of Public Health*, vol. 13, p. 489-508.

SATTIN, R.W., C.A. RODRIGUEZ, D.A. DEVITO et P.A. WINGO (1998). « Home environmental hazards and the risk of fall injury events among community-dwelling older persons. Study to Assess Falls among the Elderly (SAFE) Group », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 46, n° 6, p. 669-676.

SAUCIER, A. et Y. BRUNELLE (1995). *Les indicateurs et la gestion par résultats*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, 34 p.

SCHEIRER, M.A. (1987). « Program theory and implementation theory : Implications for evaluators », dans L. Bickman (ed.), *Using program theory in evaluation*, San Francisco, Jossey-Bass, p. 59-76.

SEGAL, M.R. et D.A. BLOCH (1989). « A comparison of estimated proportional hazards models and regression trees », *Statistics in Medicine*, vol. 8, n° 5, p. 539-550.

SEPPÄ, K., P. SILLANAUKEE et T. KOIVULA (1990). « The efficiency of a questionnaire in detecting heavy drinkers », *British Journal of Addiction*, vol. 85, n° 12, p. 1639-1645.

SKELTON, D.A. et S.M. DINAN (1999). « Exercise for falls management : Rationale for an exercise programme aimed at reducing postural instability », *Physiotherapy Theory and Practice*, vol. 15, p. 105-120.

SPEECHLEY, M. et M.E. TINETTI (1991). « Falls and injuries in frail and vigorous community elderly persons », *Journal of American Geriatrics Society*, vol. 39, n° 1, p. 46-52.

STATISTIQUE CANADA (non daté). *Recensement canadien de 2001, données géocodées*, fichier C773_T08B.ivt, Ottawa, Service du géocodage.

STEVENS, J.A. et S. OLSON (2000). « Reducing falls and resulting hip fractures among older women », *Centers for Disease Control and Prevention (CDC) MMWR Recommendations and reports*, vol. 49 (RR02), p. 1-12, www.cdc.gov/epo/mmwr.

STIJNEN, T. et H.C. VAN HOUWELINGEN (1993). « Relative risk, risk difference and rate difference models for sparse stratified data: a pseudo likelihood approach », *Statistics in Medicine*, vol. 12, n° 24, p. 2285-2303.

TILLEY, N. (1996). « Demonstration, exemplification, duplication and replication in evaluation research », *Evaluation*, vol. 2, n° 1, p. 35-50.

TINETTI, M.E. (1994). « Prevention of falls and falls injuries in elderly persons : a research agenda », *Prevention Medicine*, vol. 23, n° 5, p. 756-762.

TINETTI, M.E. (2003). « Preventing falls in elderly persons. Clinical practice », *The New England Journal of Medicine*, vol. 348, n° 1, p. 42-49.

TINETTI, M.E., D.I. BAKER, G. MCAVAY, E.B. CLAUS, P. GARRETT, M. GOTTSCHALK, M.L. KOCH, K. TRAINOR et R.I. HORWITZ (1994). « A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community », *The New England Journal of Medicine*, vol. 331, n° 13, p. 821-827.

TINETTI, M.E., J. DOUCETTE, E. CLAUS et R. MAROTTOLI (1995a). « Risk factors for serious injury during falls by older persons in the community », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 43, n° 11, p. 1214-1221.

TINETTI, M.E., J. DOUCETTE et E. CLAUS (1995b). « The contribution of predisposing and situational risk factors to serious fall injuries », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 3, n° 11, p. 1207-1213.

TINETTI, M.E. et C.S. WILLIAMS (1997). « Falls, injuries due to falls, and the risk of admission to a nursing home », *The New England Journal of Medicine*, vol. 337, n° 18, p. 279-284.

TORNATSKY, L.G. et E.C. JOHNSON (1982). « Research on implementation », *Evaluation and Program Planning*, n° 5, p. 193-198.

TRICKEY, F., Y. ROBITAILLE, S. LAFOREST, C. GOSELIN et M. PARISIEN (1999). *Évaluation du Programme Intégré d'Équilibre Dynamique (P.I.E.D.) pour la prévention des chutes chez les aînés*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 141 p.

VALETTE-FLORENCE, P. (1988). « Spécificités et apports des méthodes d'analyse multivariée de la deuxième génération », *Recherche et Applications en Marketing*, vol. 3, n° 4, p. 23-56.

VAN HAASTREGT, J.C., J.P. DIEDERIKS, E. VAN ROSSUM, L.P. DE WITTE, P.M. VOORHOEVE et H.F. CREBOLDER (2000). « Effects of a programme of multifactorial home visits on falls and mobility impairments in elderly people at risk : randomised controlled trial », *British Medical Journal*, vol. 321, n° 7267, p. 994-998.

VELLAS, B.J., S.J. WAYNE, L.J. ROMERO, R.N. BAUMGARTNER et P.J. GARRY (1997). « Fear of falling and restriction of mobility in elderly fallers », *Age and Ageing*, vol. 26, n° 3, p. 189-193.

VELLAS, B.J., S.J. WAYNE, P.J. GARRY et R.N. BAUMGARTNER (1998). « A two-year longitudinal study of falls in 482 community-dwelling elderly adults », *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, vol. 53, p. M264-M274.

VELLAS, B., R.N. BAUMGARTNER, S.J. WAYNE, J. CONCEICAO, C. LAFONT, J.L. ALBAREDE et P.J. GARRY (1992). « Relationship between malnutrition and falls in the elderly », *Nutrition*, vol. 8, n° 2, p. 105-108.

VICTORIA, C.G., S.R. HUTTLY, S.C. FUCHS et M.T.A. OLINTO (1997). « The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach », *International Journal of Epidemiology*, vol. 26, n° 1, p. 224-227.

VICTORIA, C.G., HABICHT, J.P. et J. BRYCE (2004). « Evidence-based public health: moving beyond randomized trials », *American Journal of Public Health*, vol. 94, n° 3, p. 400-405.

WAGNER, E.H., A.Z. LACROIX, L. GROTHAUS, S.G. LÉVEILLÉ, J.A. HECHT, K. ARTZ, K. ODLE et D.M. BUCHNER (1994). « Preventing disability and falls in older adults : a population-based randomized trial », *American Journal of Public Health*, vol. 84, n° 11, p. 1800-1806.

WEBB, G. R., S. REDMAN, R. W. GIBBERD et R. W. SANSON-FISHER (1991). « The reliability and stability of a quantify-frequency method and a diary method of measuring alcohol consumption », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 27, n° 3, p. 223-231.

WEISS, C.H. (1997). « How can theory-based evaluation make greater headway ? », *Evaluation Review*, vol. 21, n° 4, p. 501-524.

WEISS, C.H. (1998). « Understanding the program », dans *Evaluation*, New Jersey, Prentice Hall, p. 46-70.

WEITKUNAT, R. et M. WILDNER (2002) « Exploratory causal modeling in epidemiology : are all factors created equal ? », *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 55, n° 5, p. 436-444.

WOLF, S.L., H.X. BARNHART, N.G. KUTNER, E. MCNEELY, C. COOGLER et T. XU (1996). « Reducing frailty and falls in older persons : an investigation of tai chi and computerized balance training », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 44, n° 5, p. 489-497.

WOLINSKY, F.D., JOHNSON, R.J. et J.F. FITZGERALD (1992). « Falling, health status, and the use of health services by older adults. A prospective study », *Medical Care*, vol. 30, n° 7, p. 587-597.

XU, R. et S. ADAK (2002). « Survival analysis with time-varying regression effects using a tree-based approach », *Biometrics*, vol. 58, n° 2, p. 305-315.

YEATON, J. et L. SEACHREST (1985). « Evaluating health care », *American Behavioral Scientist*, vol. 28, n° 4, p. 527-542.

YIN, R.K. (1981a). « The case study crisis : some answers », *Administrative Science Quarterly*, vol. 26, p. 58-65.

YIN, R.K. (1981b). « The case study as a serious research strategy », *Knowledge : creation, diffusion, utilisation*, vol. 3, n° 1, p. 97-114.

YIN, R.K. (1989). *Case study research, design and methods*, Beverly-Hills, Sage, 166 p.

YIN, R.K. (1999). « Enhancing the quality of case studies in health services research », *Health Services Research*, vol. 34, n° 5 (Pt 2), p. 1209-1224.

Annexe I

**Lettre adressée aux pharmaciens de la région par le
directeur de santé publique et d'évaluation de l'Agence de Lanaudière
(Tirée de Bégin, 2002)**

St-Charles-Borromée, le 14 juin 2001

Aux pharmaciens de la région de Lanaudière

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

Bonjour,

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

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

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

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

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

Veuillez agréer l'expression de mes salutations distinguées.

Le directeur régional de la santé publique,



Laurent Marcoux

LM/jc

P:\Claude\Letchutepharmaciens.doc

Annexe II

**Lettre adressée aux médecins de la région par le chef
du Département régional de médecine générale de l'Agence de Lanaudière
(Tirée de Bégin, 2002)**

St-Charles-Borromée, le 21 juin 2001

Aux médecins de la région de Lanaudière
(Remettre une copie à chaque médecin de votre clinique)

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

Cher(ère) collègue,

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

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

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

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

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

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

Le chef du Département régional de médecine générale,

Docteur Alain Boudrias

AB/jc

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

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

Annexe III

**Formulaire « Évaluation de l'autonomie multicientèle »
(SAD-02-FS-94)**

Nom: _____

No dossier: _____

ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE MULTICLIENÈTE

PROGRAMME DE SERVICES À DOMICILE



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE LAVAL

ÉTAT DE SANTÉ

Préciser, s'il y a lieu, la source d'information : Usager, Proche, Évaluateur

PROBLÈME

1. HISTOIRE DE SANTÉ PERSONNELLE ET FAMILIALE ET DIAGNOSTICS ACTUELS

(maladies physiques et mentales, anomalies congénitales, hospitalisations, chirurgies, traumatismes)

Q.8 ✓ Avoir fait une chute < 2 ans : OUI NON → Q.2

↳ Combien :

Q.9 Dernière chute Intérieur : OUI :

↳ Extérieur : OUI :

Q.11 ↳ Blessures : Problèmes santé :

Allergies (médicament, alimentation, environnement) :

2. SANTÉ PHYSIQUE ACTUELLE

Difficultés rencontrées ou observations spécifiques : non oui Si oui, préciser :

Q.18 ✓ • Fonction digestive (douleur, nausées, vomissements, diarrhée, constipation, gaz...)

• Fonction respiratoire (douleur, toux, expectorations, difficultés respiratoires...)

• Fonction cardio-vasculaire (douleur, palpitations, stimulateur cardiaque...)

• Fonction génito-urinaire (douleur, problème urinaire, problème gynécologique ou génital...)

• Fonction motrice (douleur, déformation, limitation des mouvements, force, coordination, tremblement, équilibre, endurance physique...)

Q.17 ✓ • Fonction sensorielle : yeux, oreilles, nez, bouche, toucher (douleur, écoulement, inflammation, sensibilité...)

• Condition de la peau (plaie, rougeur, oedème, écoulement...)

✓ • Autres informations

Taille : _____ Poids : _____ Gain ou perte de poids : _____

Si pertinent : T.A. _____ Pouls _____ Resp. _____ T° _____

Commentaires : _____

Problème Non N
à résoudre Oui O

3. SANTÉ PSYCHIQUE ACTUELLE

(état dépressif, idée suicidaire, idée paranoïde, délire, comportement violent, manie...)

Difficultés rencontrées ou observations spécifiques : non _____
 oui Préciser : _____

Commentaires : _____

Problème Non N
 identifié Oui O

4. SOINS PARTICULIERS (soins nécessités par l'usager : pansement, soins de cathéter divers, oxygène, aspiration des sécrétions, drainage postural, dialyse péritonéale...)

non _____
 oui Description, fréquence et par qui : _____

Commentaires : _____

Problème Non N
 identifié Oui O

5. MÉDICATION

Nom de la pharmacie : _____ Tél. : _____

Nom	Dose et fréquence	Pour quelle raison selon l'usager	Prescrit	
			oui	non

Effets secondaires : non oui Médication suivie : non oui

Commentaires : _____

Problème Non N
 identifié Oui O

Q.19

Préciser, s'il y a lieu, la source d'information : Usager, Proche, Évaluateur

PROBLÈME

6. SERVICES DE SANTÉ ACTUELS (médicaux, de réadaptation, médecine alternative, psychologue, podiatrie...)

Suivi médical régulier: non oui

Médecin de famille: _____ Tél.: _____

Médecin spécialiste: _____ Tél.: _____

Médecin spécialiste: _____ Tél.: _____

Autres: _____ Tél.: _____

_____ Tél.: _____

Commentaires: _____

Problème Non _____ N
identifié Oui _____ O

HABITUDES DE VIE

Préciser, s'il y a lieu, la source d'information : Usager, Proche, Évaluateur

PROBLÈME

1. ALIMENTATION

Régime alimentaire quotidien :

lait et produits laitiers oui non viande et substituts oui non

fruits et légumes oui non pain et céréales oui non

quantité de liquide _____ tasses ou verres

Diète non oui Préciser: _____

Prescrite: oui non Suivie: oui non

Autres observations (heure des repas, appétit, mange avec qui et à quel endroit...):

Difficultés rencontrées ou observations spécifiques: non
oui Préciser: _____

Actuellement les habitudes alimentaires sont satisfaisantes pour l'usager: oui non

Dentition (douleur, difficulté de mastication, prothèse...):

Difficultés rencontrées ou observations spécifiques: non
oui Préciser: _____

Commentaires: _____

Problème Non _____ N
identifié Oui _____ O

Préciser, s'il y a lieu, la source d'information : Usager, Proche, Évaluateur

PROBLÈME

2. SOMMEIL (insomnie, se lève et pourquoi, peur, agitation, médicament, heure du lever et du coucher, sieste...)

Difficultés rencontrées ou observations spécifiques : non _____
oui Préciser : _____

Actuellement les habitudes de sommeil sont satisfaisantes pour l'utilisateur : oui non

Commentaires : _____

Problème Non N
identifié Oui O

3. CONSOMMATION DE TABAC (genre de consommation, quantité, surveillance à apporter, motivation à cesser...)

Fume non _____
oui Préciser : _____

Actuellement cette habitude pose un problème pour l'utilisateur : oui non

Commentaires : _____

Problème Non N
identifié Oui O

4. CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUE (odeur éthylique, indicateurs extérieurs, genre de consommation, quantité, fréquence, surveillance à apporter, motivation à changer d'habitude...)

Q-20
Consomme de l'alcool ou de la drogue non _____
oui Préciser : Quantité d'alcool et fréquence

Actuellement cette habitude pose un problème pour l'utilisateur : oui non

Commentaires : _____

Problème Non N
identifié Oui O

5. ACTIVITÉS PERSONNELLES ET DE LOISIRS (activités usuelles, activités souhaitées, empêchements...)

Difficultés rencontrées ou observations spécifiques : non _____
oui Préciser : _____

Actuellement les activités personnelles et de loisirs sont satisfaisantes pour l'utilisateur : oui non

Commentaires : _____

Problème Non N
identifié Oui O

INCAPACITÉS
HANDICAP
ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE (A.V.Q.)

Préciser, s'il y a lieu, la cause, la déficience responsable de l'incapacité et la réaction de l'utilisateur à cette incapacité:

1. SE NOURRIR

<p>0 Se nourrit seul _____ [-0,5] Avec difficulté</p> <p>-1 Se nourrit seul mais requiert de la stimulation ou de la surveillance OU on doit couper ou hacher sa nourriture au préalable</p> <p>-2 A besoin d'une aide partielle pour se nourrir OU qu'on lui présente les plats un à un</p> <p>-3 Doit être nourri entièrement par une autre personne OU porte une sonde naso-gastrique OU une gastrostomie <input type="checkbox"/> sonde naso-gastrique <input type="checkbox"/> gastrostomie</p>	<p>Actuellement, l'utilisateur a les ressources (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p>oui <input type="checkbox"/></p> <p>non <input type="checkbox"/></p> <p>*Ressources: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>0</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p>
--	---	--

 COMMENTAIRES (aide technique utilisée...): _____

2. SE LAVER

<p>0 Se lave seul _____ [-0,5] Avec difficulté</p> <p>-1 Se lave seul mais doit être stimulé OU nécessite une surveillance pour le faire OU qu'on lui prépare le nécessaire OU a besoin d'aide pour un bain complet hebdomadaire seulement</p> <p>-2 A besoin d'aide pour se laver (toilette quotidienne) mais participe activement</p> <p>-3 Nécessite d'être lavé par une autre personne</p>	<p>Actuellement, l'utilisateur a les ressources (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p>oui <input type="checkbox"/></p> <p>non <input type="checkbox"/></p> <p>*Ressources: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>0</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p>
--	---	--

 COMMENTAIRES (habitudes et fréquence: bain, douche, lavage de tête, équipement utilisé, aide pour le transfert...): _____

3. S'HABILLER

<p>0 S'habille seul _____ [-0,5] Avec difficulté</p> <p>-1 S'habille seul mais doit être stimulé OU a besoin de surveillance pour le faire OU on doit lui sortir son linge et lui présenter OU on doit apporter certaines touches finales (boutons, lacets)</p> <p>-2 Nécessite de l'aide pour s'habiller</p> <p>-3 Doit être habillé par une autre personne</p>	<p>Actuellement, l'utilisateur a les ressources (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p>oui <input type="checkbox"/></p> <p>non <input type="checkbox"/></p> <p>*Ressources: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>0</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p>
--	---	--

 COMMENTAIRES (tenue vestimentaire habituelle, aide technique utilisée...): _____

INCAPACITÉS
HANDICAP

Préciser, s'il y a lieu, la cause, la déficience responsable de l'incapacité et la réaction de l'utilisateur à cette incapacité:

4. ENTRETIEN DE SA PERSONNE (se brosser les dents, se peigner, se faire la barbe, soin des ongles)

<p><input type="radio"/> 0 Entretien sa personne seul _____</p> <p><input type="checkbox"/> -0,5 Avec difficulté</p> <p><input type="checkbox"/> -1 A besoin de stimulation ou nécessite de la surveillance pour entretenir sa personne</p> <p><input type="checkbox"/> -2 A besoin d'aide pour entretenir sa personne</p> <p><input type="checkbox"/> -3 Ne participe pas à l'entretien de sa personne</p>	<p>Actuellement, l'utilisateur a les ressources (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p>oui <input type="checkbox"/></p> <p>non <input type="checkbox"/></p> <p>*Ressources: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="radio"/> 0</p> <p><input type="checkbox"/> -1</p> <p><input type="checkbox"/> -2</p> <p><input type="checkbox"/> -3</p>
---	---	---

COMMENTAIRES (aide technique utilisée...): _____

5. FONCTION VÉSICALE

<p><input type="radio"/> 0 Miction normale _____</p> <p><input type="checkbox"/> -1 Incontinence occasionnelle OU en gouttes à gouttes OU une autre personne doit lui faire penser souvent d'uriner pour éviter les incontinences</p> <p><input type="checkbox"/> -2 Incontinence urinaire fréquente</p> <p><input type="checkbox"/> -3 Incontinence urinaire totale et habituelle OU porte une couche/OU une sonde à demeure OU un condom urinaire</p> <p><input type="checkbox"/> condom urinaire <input type="checkbox"/> sonde à demeure <input type="checkbox"/> couche/culotte</p>	<p>Actuellement, l'utilisateur a les ressources (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p>oui <input type="checkbox"/></p> <p>non <input type="checkbox"/></p> <p>*Ressources: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="radio"/> 0</p> <p><input type="checkbox"/> -1</p> <p><input type="checkbox"/> -2</p> <p><input type="checkbox"/> -3</p>
--	---	---

COMMENTAIRES: _____

6. FONCTION INTESTINALE

<p><input type="radio"/> 0 Défécation normale _____</p> <p><input type="checkbox"/> -1 Incontinence fécale occasionnelle OU nécessite un lavement évacuant occasionnel</p> <p><input type="checkbox"/> -2 Incontinence fécale fréquente OU nécessite un lavement évacuant régulier</p> <p><input type="checkbox"/> -3 Incontinence fécale totale et habituelle OU porte une couche/OU une stomie OU nécessite une stimulation anale régulière</p> <p><input type="checkbox"/> stomie <input type="checkbox"/> couche/culotte <input type="checkbox"/> stimulation anale <input type="checkbox"/> lavement</p>	<p>Actuellement, l'utilisateur a les ressources (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p>oui <input type="checkbox"/></p> <p>non <input type="checkbox"/></p> <p>*Ressources: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="radio"/> 0</p> <p><input type="checkbox"/> -1</p> <p><input type="checkbox"/> -2</p> <p><input type="checkbox"/> -3</p>
---	---	---

COMMENTAIRES _____

* Ressources: 0. usager lui-même, 1. famille, 2. voisin 3. employé 4. aux.fam. 5. infirmière 6. bénévole 7. autre

 ** Stabilité: dans les semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources: diminuent augmentent restent stables ou ne s'applique pas

INCAPACITÉS
HANDICAP

Préciser, s'il y a lieu, la cause, la déficience responsable de l'incapacité et la réaction de l'utilisateur à cette incapacité:

7. UTILISER LES TOILETTES

- 0 Utilise seul les toilettes (incluant s'asseoir, s'essuyer, s'habiller et se relever)
 [-0,5] Avec difficulté
- 1 Nécessite de la surveillance pour utiliser les toilettes ou utilise seul une chaise d'aisance, une bassine ou un urinal
- 2 A besoin d'aide d'une autre personne pour aller aux toilettes ou utiliser la chaise d'aisance, la bassine ou l'urinal
- 3 N'utilise pas les toilettes, la chaise d'aisance, la bassine ou l'urinal
- chaise d'aisance bassine urinal

Actuellement, l'utilisateur a les ressources (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité

 oui
 non

 *Ressources:

 -
 +
 .
 -1
 -2
 -3

 COMMENTAIRES (fréquence, équipement utilisé...): _____

MOBILITÉ
1. TRANSFERTS du lit vers le fauteuil ou le fauteuil roulant et vice versa

- 0 Se lève et se couche seul
 [-0,5] Avec difficulté
- 1 Se lève et se couche seul mais doit être stimulé OU surveillé OU guidé dans ses mouvements
- 2 A besoin d'aide pour se lever et se coucher
- 3 Grabataire (doit être levé et couché en bloc)
 lève-patient planche de transfert

Actuellement, l'utilisateur a les ressources (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité

 oui
 non

 *Ressources:

 -
 +
 .
 -1
 -2
 -3

 COMMENTAIRES (aide de combien de personnes, mobilité au lit...): _____

2. MARCHER À L'INTÉRIEUR

- 0 Circule seul (avec ou sans canne, prothèse, orthèse)
 [-0,5] Avec difficulté
- 1 Circule seul mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille dans certaines circonstances
 OU démarche non sécuritaire
 OU utilise une marchette
- 2 A besoin d'aide d'une autre personne
- 3 Ne marche pas
 canne simple tripode quadripode marchette

Actuellement, l'utilisateur a les ressources (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité

 oui
 non

 *Ressources:

 -
 +
 .
 -1
 -2
 -3

 COMMENTAIRES (aire de déplacement...): _____

* Ressources: 0. usager lui-même, 1. famille, 2. voisin, 3. employé, 4. aux. fam., 5. infirmière, 6. bénévole, 7. autre

 ** Stabilité: dans les semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources: diminuent augmentent restent stables ou ne s'applique pas

INCAPACITÉS
HANDICAP

Préciser, s'il y a lieu, la cause, la déficience responsable de l'incapacité et la réaction de l'utilisateur à cette incapacité:

3. MARCHER À L'EXTÉRIEUR

- 0 Circule seul (avec ou sans canne, prothèse, orthèse)
[-0,5] Avec difficulté
- 1 Circule seul mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille dans certaines circonstances
OU démarche non sécuritaire
OU utilise une marchette
- 2 A besoin d'aide d'une autre personne
- 3 Ne marche pas
 canne simple tripode quadripode marchette

 Actuellement, l'utilisateur a les ressources (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité
 oui non

 *Ressources:

 COMMENTAIRES (aire de déplacement...): _____

4. INSTALLER PROTHÈSE OU ORTHÈSE

- 0 Ne porte pas de prothèse ou d'orthèse
- 1 Installe seul sa prothèse ou son orthèse
[-1,5] Avec difficulté
- 2 A besoin qu'on vérifie l'installation de sa prothèse ou de son orthèse
- 3 La prothèse ou orthèse doit être installée par une autre personne
Type de prothèse ou d'orthèse: _____

 Actuellement, l'utilisateur a les ressources (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité
 oui non

 *Ressources:

 COMMENTAIRES: _____

5. SE DÉPLACER EN FAUTEUIL ROULANT (F.R.)

- 0 N'a pas besoin de F.R. pour se déplacer
 - 1 Se déplace seul en F.R.
[-1,5] Avec difficulté
 - 2 Nécessite qu'une personne pousse le F.R.
 - 3 Ne peut utiliser un F.R. (doit être transporté en civière)
- Fauteuil roulant: F.R. simple F.R. à conduite unilatérale
 F.R. motorisé triporteur

 Le logement où habite l'utilisateur permet:
 l'accès en F.R. non oui
 la circulation en F.R. non oui

 l'utilisateur a l'aide nécessaire pour combler cette incapacité
 oui non

 *Ressources:

 COMMENTAIRES: _____

* Ressources: 0. usager lui-même, 1. famille, 2. voisin, 3. employé, 4. aux.fam., 5. infirmière, 6. bénévole, 7. autre

 ** Stabilité: dans les semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources: diminuent augmentent restent stables ou ne s'applique pas

INCAPACITÉS
HANDICAP

Préciser, s'il y a lieu, la cause, la déficience responsable de l'incapacité et la réaction de l'utilisateur à cette incapacité:

6. UTILISER LES ESCALIERS

- Q.18
- Monte et descend les escaliers seul
 - 0,5 Avec difficulté
 - 1 Monte et descend les escaliers mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille
OU monte et descend les escaliers de façon non sécuritaire
 - 2 Monte et descend les escaliers avec l'aide d'une autre personne
 - 3 N'utilise pas les escaliers

L'utilisateur doit utiliser un escalier

- non
- oui

Actuellement, l'utilisateur a les ressources (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité

- oui
- non

 *Ressources:

0
-
+
.-1
-2
-3

 COMMENTAIRES _____

COMMUNICATION
1. VOIR

- Q.17
- Voit de façon adéquate avec ou sans verres correcteurs
 - 1 Troubles de vision mais voit suffisamment pour accomplir les activités quotidiennes
 - 2 Ne voit que le contour des objets et nécessite d'être guidé dans les activités quotidiennes
 - 3 Aveugle
 - verres correcteurs
 - loupe

Actuellement, l'utilisateur a les ressources (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité

- oui
- non

 *Ressources:

0
-
+
.
-1
-2
-3

 COMMENTAIRES (quel oeil...): _____

2. ENTENDRE

- Q.17
- Entend convenablement avec ou sans appareil auditif
 - 1 Entend ce qu'on lui dit à la condition de parler fort
OU nécessite qu'on lui installe son appareil auditif
 - 2 N'entend que les cris ou que certains mots
OU lit sur les lèvres
OU comprend par gestes
 - 3 Surdité complète et incapacité de comprendre ce qu'on veut lui communiquer
 - Appareil auditif

Actuellement, l'utilisateur a les ressources (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité

- oui
- non

 *Ressources:

0
-
+
.
-1
-2
-3

 COMMENTAIRES (quelle oreille, adaptation sur le téléphone et autre aide technique...): _____

* Ressources: 0. usager lui-même, 1. famille, 2. voisin 3. employé 4. aux.fam. 5. infirmière 6. bénévole 7. autre

INCAPACITÉS
HANDICAP

Préciser, s'il y a lieu, la cause, la déficience responsable de l'incapacité et la réaction de l'usager à cette incapacité:

3. PARLER

- Q.17
- Parle normalement _____
 - 1 A un défaut de langage mais réussit à exprimer sa pensée
 - 2 A un défaut grave de langage mais peut communiquer certains besoins primaires
OU répondre à des questions simples (oui, non)
 - 3 Ne communique pas

Actuellement, l'usager a les ressources (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité

 oui

 non

 *Ressources:
 0

 -

 +

 .

 -1

 -2

 -3

COMMENTAIRES (type de compensation...): _____

COMPRÉHENSION ET EXPRESSION ÉCRITE: _____

FONCTIONS MENTALES

Préciser, s'il y a lieu, depuis quand existe l'incapacité et la réaction de l'usager à cette incapacité:

1. MÉMOIRE

- Q.16
- Mémoire normale _____
 - 1 Oublie des faits récents (nom de personne, rendez-vous...) mais se souvient des faits importants
 - 2 Oublie régulièrement des choses de la vie courante (fermer cuisinière, avoir pris ses médicaments, rangement des effets personnels, avoir pris un repas, ses visiteurs...)
 - 3 Amnésie quasi totale

Actuellement, l'usager a les ressources (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité

 oui

 non

 *Ressources:
 0

 -

 +

 .

 -1

 -2

 -3

COMMENTAIRES: _____

2. ORIENTATION

- Q.16
- Bien orienté par rapport au temps, à l'espace et aux personnes _____
 - 1 Est quelquefois désorienté par rapport au temps, à l'espace et aux personnes
 - 2 Est orienté seulement dans la petite durée (temps de la journée), le petit espace (environnement immédiat habituel) et par rapport aux personnes familières
 - 3 Désorientation complète

Actuellement, l'usager a les ressources (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité

 oui

 non

 *Ressources:
 0

 -

 +

 .

 -1

 -2

 -3

COMMENTAIRES: _____

* Ressources: 0. usager lui-même, 1. famille, 2. voisin 3. employé 4. aux.fam. 5. infirmière 6. bénévole 7. autre

 ** Stabilité: dans les semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources: diminuent augmentent restent stables ou ne s'applique pas

INCAPACITÉS
HANDICAP

Préciser, s'il y a lieu, depuis quand existe l'incapacité et la réaction de l'usager à cette incapacité:

3. COMPRÉHENSION

- Q.16
- 0 Comprend bien ce qu'on lui explique ou lui demande
 - 1 Est lent à saisir des explications ou des demandes
 - 2 Ne comprend que partiellement même après des explications répétées
 - 3 Ne comprend pas ce qui se passe autour de lui

Actuellement, l'usager a les ressources (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité

 oui
 non

 *Ressources:

 -
 +
 .
 -1
 -2
 -3

 COMMENTAIRES: _____

4. JUGEMENT

- Q.16
- 0 Évalue les situations et prend des décisions sensées
 - 1 Évalue les situations et nécessite des conseils pour prendre des décisions sensées
 - 2 Évalue mal les situations et ne prend des décisions sensées que si on lui suggère fortement notre opinion
 - 3 N'évalue pas les situations et on doit prendre les décisions à sa place

Actuellement, l'usager a les ressources (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité

 oui
 non

 *Ressources:

 -
 +
 .
 -1
 -2
 -3

 COMMENTAIRES : _____

5. COMPORTEMENT

- Q.16
- 0 Adéquat
 - 1 Troubles de comportement mineurs (jérémiades, labilité émotive, apathie, entêtement) qui nécessitent une surveillance occasionnelle OU un rappel à l'ordre OU une stimulation
 - 2 Troubles de comportement qui nécessitent une surveillance plus intensive (agressivité envers soi ou les autres, dérange les autres)
 - 3 Dangereux, nécessite des contentions OU essaie de blesser les autres ou de se blesser OU tente de se sauver

Actuellement, l'usager a les ressources (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité

 oui
 non

 *Ressources:

 -
 +
 .
 -1
 -2
 -3

 COMMENTAIRES : _____

* Ressources: 0. usager lui-même, 1. famille, 2. voisin 3. employé 4. aux.fam. 5. infirmière 6. bénévole 7. autre

INCAPACITÉS
HANDICAP
TÂCHES DOMESTIQUES (capacités instrumentales)

Préciser, s'il y a lieu, la cause, la déficience responsable de l'incapacité et la réaction de l'usager à cette incapacité:

1. ENTRETENIR LA MAISON

<p><input type="radio"/> 0 Entretien seul la maison _____</p> <p><input type="checkbox"/> -0,5 Avec difficulté</p> <p><input type="checkbox"/> -1 Entretien la maison mais requiert surveillance ou stimulation pour maintenir un niveau de propreté convenable OU nécessite de l'aide pour des travaux occasionnels (laver le plancher, doubles fenêtres...)</p> <p><input type="checkbox"/> -2 A besoin d'aide pour l'entretien quotidien de la maison</p> <p><input type="checkbox"/> -3 N'entretient pas la maison</p>	<p>Actuellement, l'usager a les ressources (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p>oui <input type="checkbox"/></p> <p>non <input type="checkbox"/></p> <p>*Ressources: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="radio"/> 0</p> <p><input type="checkbox"/> -1</p> <p><input type="checkbox"/> -2</p> <p><input type="checkbox"/> -3</p>
--	--	---

 COMMENTAIRES : _____

2. PRÉPARER LES REPAS

<p><input type="radio"/> 0 Prépare seul ses repas _____</p> <p><input type="checkbox"/> -0,5 Avec difficulté</p> <p><input type="checkbox"/> -1 Prépare ses repas mais nécessite qu'on le stimule pour maintenir une alimentation convenable</p> <p><input type="checkbox"/> -2 Ne prépare que des repas légers OU réchauffe des repas déjà préparés</p> <p><input type="checkbox"/> -3 Ne prépare pas ses repas</p>	<p>Actuellement, l'usager a les ressources (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p>oui <input type="checkbox"/></p> <p>non <input type="checkbox"/></p> <p>*Ressources: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="radio"/> 0</p> <p><input type="checkbox"/> -1</p> <p><input type="checkbox"/> -2</p> <p><input type="checkbox"/> -3</p>
--	--	---

 COMMENTAIRES _____

3. FAIRE LES COURSES

<p><input type="radio"/> 0 Planifie et fait seul les courses (nourriture, vêtements...) _____</p> <p><input type="checkbox"/> -0,5 Avec difficulté</p> <p><input type="checkbox"/> -1 Planifie et fait seul les courses mais nécessite qu'on lui livre</p> <p><input type="checkbox"/> -2 Besoin d'aide pour planifier ou faire les courses</p> <p><input type="checkbox"/> -3 Ne fait pas les courses</p>	<p>Actuellement, l'usager a les ressources (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p>oui <input type="checkbox"/></p> <p>non <input type="checkbox"/></p> <p>*Ressources: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="radio"/> 0</p> <p><input type="checkbox"/> -1</p> <p><input type="checkbox"/> -2</p> <p><input type="checkbox"/> -3</p>
--	--	---

 COMMENTAIRES : _____

* Ressources: 0. usager lui-même, 1. famille, 2. voisin 3. employé 4. aux.fam. 5. infirmière 6. bénévole 7. autre
 ** Stabilité: dans les semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources: diminuent augmentent restent stables ou ne s'applique pas

INCAPACITÉS
HANDICAP

Préciser, s'il y a lieu, la cause, la déficience responsable de l'incapacité et la réaction de l'usager à cette incapacité:

4. FAIRE LA LESSIVE

<p><input type="radio"/> 0 Fait toute sa lessive seul _____ [-0,5] Avec difficulté</p> <p><input type="radio"/> -1 Fait sa lessive seul mais nécessite une stimulation ou une surveillance pour maintenir un niveau de propreté convenable</p> <p><input type="radio"/> -2 A besoin d'aide pour faire sa lessive</p> <p><input type="radio"/> -3 Ne fait pas sa lessive</p>	<p>Actuellement, l'usager a les ressources (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p>oui <input type="checkbox"/></p> <p>non <input type="checkbox"/></p> <p>*Ressources: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>0</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p>
---	--	--

 COMMENTAIRES : _____

5. UTILISER LE TÉLÉPHONE

<p><input type="radio"/> 0 Se sert seul du téléphone _____ (incluant recherche d'un numéro dans le bottin) [-0,5] Avec difficulté</p> <p><input type="radio"/> -1 Répond au téléphone mais ne compose que quelques numéros qu'il a mémorisés ou des numéros en cas d'urgence</p> <p><input type="radio"/> -2 Communique au téléphone mais ne compose pas de numéro ou ne décroche pas le récepteur</p> <p><input type="radio"/> -3 Ne se sert pas du téléphone</p>	<p>Actuellement, l'usager a les ressources (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p>oui <input type="checkbox"/></p> <p>non <input type="checkbox"/></p> <p>*Ressources: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>0</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p>
--	--	--

 COMMENTAIRES (appareil spécial...): _____

6. UTILISER LES MOYENS DE TRANSPORTS

<p><input type="radio"/> 0 Utilise seul un moyen de transport (automobile, taxi, autobus...) _____ [-0,5] Avec difficulté</p> <p><input type="radio"/> -1 Doit être accompagné pour utiliser un moyen de transport OU utilise seul un véhicule adapté</p> <p><input type="radio"/> -2 N'utilise que l'automobile ou un véhicule adapté à la condition d'être accompagné et aidé pour monter et descendre</p> <p><input type="radio"/> -3 Doit être transporté en ambulance</p>	<p>Actuellement, l'usager a les ressources (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p>oui <input type="checkbox"/></p> <p>non <input type="checkbox"/></p> <p>*Ressources: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>0</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p>
--	--	--

 COMMENTAIRES : _____

* Ressources: 0. usager lui-même, 1. famille, 2. voisin 3. employé 4. aux.fam. 5. infirmière 6. bénévole 7. autre

INCAPACITÉS
HANDICAP

Préciser, s'il y a lieu, la cause, la déficience responsable de l'incapacité et la réaction de l'usager à cette incapacité:

7. PRENDRE SES MÉDICAMENTS

- 0** Prend seul ses médicaments de façon adéquate
OU ne prend pas de médicament
[-0,5] Avec difficulté
- 1** A besoin de surveillance pour s'assurer qu'il prend convenablement ses médicaments
OU pilulier hebdomadaire
- 2** Prend ses médicaments s'ils sont préparés quotidiennement
- 3** On doit lui apporter ses médicaments en temps opportun
 Pilulier

Actuellement, l'usager a les ressources (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité

 oui

 non

 *Ressources:

- 0** -
- +**
-
- 1**
- 2**
- 3**

 COMMENTAIRES : _____

8. GÉRER SON BUDGET

- 0** Gère seul son budget
[-0,5] Avec difficulté
- 1** A besoin de surveillance pour effectuer certaines transactions majeures
- 2** A besoin d'aide pour effectuer des transactions régulières (encaisser un chèque, payer des comptes) mais utilise l'argent de poche qu'on lui remet à bon escient
- 3** Ne gère pas son budget

Actuellement, l'usager a les ressources (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité

 oui

 non

 *Ressources:

- 0** -
- +**
-
- 1**
- 2**
- 3**

 COMMENTAIRES (régime de protection...): _____

* Ressources: 0. usager lui-même, 1. famille, 2. voisin 3. employé 4. aux.fam. 5. infirmière 6. bénévole 7. autre

 ** Stabilité: dans les semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources: diminuent augmentent restent stables ou ne s'applique pas

SITUATION PSYCHOSOCIALE

Préciser, s'il y a lieu, la source d'information : **U**sager, **P**roche, **É**valuateur

PROBLÈME

1. HISTOIRE SOCIALE (occupation, mariage, divorce, deuil, scolarité, immigration, déménagement, autres événements majeurs...)

Commentaires : _____

Problème
à résoudre

Non
Oui

N
 O

2. MILIEU FAMILIAL

Composition de la famille (âge, sexe, lieu de résidence)

Dynamique familiale (interactions de l'utilisateur avec sa famille et des membres entre eux, satisfaction de l'utilisateur en regard de sa situation familiale, comment la famille réagit ou est affectée par la situation de l'utilisateur, indice d'abus, de violence, de négligence...)

Commentaires : _____

Problème
identifié

Non
Oui

N
 O

3. RÉSEAU SOCIAL (incluant milieu scolaire et milieu de travail)

Personnes significatives: (amis, voisins, collègues, professeurs...)

3. RÉSEAU SOCIAL (incluant milieu scolaire et milieu de travail) (suite)

Dynamique des relations (interaction de l'utilisateur avec son réseau, satisfaction de l'utilisateur en regard de ses relations avec ce réseau, comment le réseau réagit ou est affecté par la situation de l'utilisateur, indice d'abus, de violence, de négligence...)

Commentaires : _____

Problème Non N
identifié Oui O

4. RESSOURCES COMMUNAUTAIRES, PUBLIQUES ET PRIVÉES (bénévoles, associations, centre de jour, transport adapté, système téléphonique d'urgence, service(s) inscrit(s) dans le bail ou le contrat...)

Préciser type de services, fréquence: _____

Commentaires : _____

Problème Non N
identifié Oui O

5. ÉTAT AFFECTIF (humeur, estime de soi, sentiment d'utilité, de solitude, anxiété...)

Commentaires : _____

Problème Non N
identifié Oui O

6. PERCEPTION DE L'USAGER (comment il perçoit sa situation, y réagit ou s'y adapte, motivation, solutions envisagées...)

Commentaires : _____

Problème Non N
identifié Oui O

7. SEXUALITÉ (satisfaction de l'usager, préoccupation, comportement socialement inacceptable...)

Difficultés rencontrées ou observations spécifiques : non _____
oui Préciser : _____

Commentaires : _____

Problème Non N
identifié Oui O

8. CROYANCES ET VALEURS PERSONNELLES, CULTURELLES ET SPIRITUELLES (expression, particularités...)

Difficultés rencontrées ou observations spécifiques : non _____
oui Préciser : _____

Commentaires : _____

Problème Non N
identifié Oui O

CONDITIONS ÉCONOMIQUES

CAPACITÉ DE RENCONTRER SES OBLIGATIONS SELON SES REVENUS ACTUELS (loyer, nourriture, habillement, médication...)

Difficultés rencontrées ou observations spécifiques : non _____
oui Préciser : _____

Est-ce qu'il bénéficie d'un des programmes suivants : supplément de revenu garanti, rente du Québec, logirente, rente d'invalidité, sécurité du revenu, allocation familiale spéciale, autre.

non

oui Préciser : _____

Commentaires : _____

Problème Non N
identifié Oui O

ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

Préciser, s'il y a lieu, la source d'information : Usager, Proche, Évaluateur

PROBLÈME

1. CONDITIONS DU LOGEMENT (salubrité, espace, sécurité, satisfaction...)

Difficultés rencontrées ou observations spécifiques : non _____
oui Préciser : _____

Propriétaire Locataire Pensionnaire

Habite ce logement depuis _____ Logement situé au _____ étage

Nombre de pièces _____ Accès : ascenseur escalier int. escalier ext.

Commentaires : _____

_____ Problème Non N
identifié Oui O

2. ACCESSIBILITÉ (barrières architecturales, emplacement des appareils...)

Difficultés rencontrées ou observations spécifiques : non _____
oui Préciser : _____

Adaptez ou modifiez domicile < 1 an
Précisez endroit : OUI NON
Accepter évaluation domicile
oui NON → Q.3
↳ Guide d'évaluation domicile

Commentaires : Résultats du Guide (problème identifié)

_____ Problème Non N
identifié Oui O

3. PROXIMITÉ DES SERVICES (épicerie, banque, église, buanderie...)

Difficultés rencontrées ou observations spécifiques : non _____
oui Préciser : _____

Commentaires : _____

_____ Problème Non N
identifié Oui O

SYNTHÈSE (contexte de l'évaluation, interrelations entre les divers éléments évalués, attentes de l'utilisateur, facteurs de risque, orientations suggérées)

Blank lined area for writing the synthesis report.

Date: _____

Signature: _____

Annexe IV

**Formulaire « Évaluation de l'autonomie – Clientèle de soins court terme »
(SAD-03-FS-94)**



Nom: _____ No dossier: _____

ÉTAT DE SANTÉ

Préciser, s'il y a lieu, la source d'information : Usager, Proche, Évaluateur

PROBLÈME

1. HISTOIRE DE SANTÉ PERSONNELLE ET FAMILIALE ET DIAGNOSTICS ACTUELS

(maladies physiques et mentales, anomalies congénitales, hospitalisation, chirurgies, traumatismes)

Allergies (médicament, alimentation, environnement) : _____

2. SANTÉ PHYSIQUE ACTUELLE

Difficultés rencontrées ou observations spécifiques : non oui Si oui, préciser :

• Fonction digestive (douleur, nausées, vomissements, diarrhée, constipation, gaz...) _____

• Fonction respiratoire (douleur, toux, expectorations, difficultés respiratoires...) _____

• Fonction cardio-vasculaire (douleur, palpitations, stimulateur cardiaque...) _____

• Fonction génito-urinaire (douleur, problème urinaire, problème gynécologique ou génital...) _____

• Fonction motrice (douleur, déformation, limitation des mouvements, force, coordination, tremblement, équilibre, endurance physique...) _____

• Fonction sensorielle : yeux, oreilles, nez, bouche, toucher (douleur, écoulement, inflammation, sensibilité...) _____

• Condition de la peau (plaie, rougeur, oedème, écoulement...) _____

• Autres informations _____

Taille: _____ Poids: _____ Gain ou perte de poids: _____

Si pertinent: T.A. _____ Pouls _____ Resp. _____ T° _____

Commentaires: _____

Problème non N
à résoudre oui O

3. SANTÉ PSYCHIQUE ACTUELLE

(état dépressif, idée suicidaire, idée paranoïde, délire, comportement violent, manie...)

Difficultés rencontrées ou observations spécifiques : non _____
 oui Préciser : _____

 Commentaires : _____

Problème non **N**
 identifié oui **O**

4. SOINS PARTICULIERS (soins nécessités par l'usager : pansement, soins de cathéter divers, oxygène, aspiration des sécrétions, drainage postural, dialyse péritonéale...)

non _____
 oui Description, fréquence et par qui : _____

 Commentaires : _____

Problème non **N**
 identifié oui **O**

5. MÉDICATION

Nom de la pharmacie : _____ Tél. : _____

Nom	Dose et fréquence	Pour quelle raison selon l'usager	Prescrit	
			oui	non

Effets secondaires : non oui Médication suivie : non oui

Commentaires : _____

Problème non **N**
 identifié oui **O**

6. SERVICES DE SANTÉ ACTUELS (médicaux, de réadaptation, médecine alternative, psychologue, podiatrie...)

Suivi médical régulier : non oui

Médecin de famille : _____ Tél. : _____

Médecin spécialiste : _____ Tél. : _____

Médecin spécialiste : _____ Tél. : _____

Autres : _____ Tél. : _____

_____ Tél. : _____

Commentaires : _____

Problème non **N**
identifié oui **O**

HABITUDES DE VIE

1. Alimentation
2. Sommeil
3. Tabac
4. Alcool et drogue
5. Activités/Loisirs

PROBLÈMES	
NON	OUI

Si problèmes ou incapacités, préciser:

A.V.Q. †

1. Se nourrir
2. Se laver
3. S'habiller
4. Entretenir sa personne
5. Fonction vésicale
6. Fonction intestinale
7. Utiliser les toilettes

INCAPACITÉS				H	S
0	-1	-2	-3		

Aide technique _____

MOBILITÉ †

1. Transferts
2. Marcher à l'intérieur
3. Marcher à l'extérieur
4. Installer prothèse ou orthèse
5. Se déplacer en F.R.
6. Utiliser les escaliers

INCAPACITÉS				H	S
0	-1	-2	-3		

Aide technique _____

COMMUNICATION †

1. Voir
2. Entendre
3. Parler

INCAPACITÉS				H	S
0	-1	-2	-3		

Aide technique _____

† INDIQUER: Le niveau d'incapacité: **0** = autonomie complète **-0.5 ou -1,5** = autonome avec difficulté
-1 = nécessite une surveillance ou une stimulation
-2 = nécessite de l'aide **-3** = dépendance totale

Le niveau de handicap: **H** (0,-1,-2,-3) La stabilité des ressources: **S** (= Diminution, + Augmentation, • Stabilité)

Annexe V

**Formulaire « Profil évolutif de l'autonomie »
(SAD-04-FS-94)**



PROFIL ÉVOLUTIF DE L'AUTONOMIE

PROGRAMME DE SERVICES À DOMICILE

Nom: _____ No dossier: _____

DATE E1: | | | DATE E2: | | | DATE E3: | | | DATE E4: | | |

ÉTAT DE SANTÉ # P.2

2. Santé physique actuelle
3. Santé psychique actuelle
4. Soins particuliers
5. Médication
6. Services de santé actuels

PROBLÈMES		ÉVOLUTION	PROBLÈMES		ÉVOLUTION	PROBLÈMES		ÉVOLUTION
N	O		N	O		N	O	

E2 _____

E3 _____

E4 _____

HABITUDES DE VIE # P.4

1. Alimentation
2. Sommeil
3. Tabac
4. Alcool et drogue
5. Activités/Loisirs

PROBLÈMES		ÉVOLUTION	PROBLÈMES		ÉVOLUTION	PROBLÈMES		ÉVOLUTION
N	O		N	O		N	O	

E2 _____

E3 _____

E4 _____

INDIQUER: s'il y a un problème: **N** = NON **O** = OUI, et l'évolution depuis la dernière évaluation: **-** Détérioration, **+** Amélioration, **•** Stabilité
 © Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1994 reproduit par la Régie régionale Montérégie avec la permission de la Régie régionale de Montréal-Centre.

A.V.Q. ‡	P.6	E1						E2						E3						E4					
		INCAPACITÉS				H	S	INCAPACITÉS				H	S	INCAPACITÉS				H	S	INCAPACITÉS				H	S
		0	-1	-2	-3			0	-1	-2	-3			0	-1	-2	-3			0	-1	-2	-3		
1. Se nourrir																									
2. Se laver																									
3. S'habiller																									
4. Entretenir sa personne																									
5. Fonction vésicale																									
6. Fonction intestinale																									
7. Utiliser les toilettes																									

Aide technique _____

E2 _____

E3 _____

E4 _____

MOBILITÉ ‡	P.8	E1						E2						E3						E4					
		INCAPACITÉS				H	S	INCAPACITÉS				H	S	INCAPACITÉS				H	S	INCAPACITÉS				H	S
		0	-1	-2	-3			0	-1	-2	-3			0	-1	-2	-3			0	-1	-2	-3		
1. Transferts																									
2. Marcher à l'intérieur																									
3. Marcher à l'extérieur																									
4. Installer prothèse ou orthèse																									
5. Se déplacer en F.R.																									
6. Utiliser les escaliers																									

Aide technique _____

E2 _____

E3 _____

E4 _____

‡ INDIQUER: Le niveau d'incapacité: **0** = autonomie complète **-0.5 ou -1.5** = autonome avec difficulté
-1 = nécessite une surveillance ou une stimulation
-2 = nécessite de l'aide **-3** = dépendance totale
Le niveau de handicap: **H** (0,-1,-2,-3) La stabilité des ressources: **S** (-Diminution, + Augmentation, • Stabilité)

COMMUNICATION † P.10	E1					E2					E3					E4								
	INCAPACITÉS				H	S	INCAPACITÉS				H	S	INCAPACITÉS				H	S	INCAPACITÉS				H	S
0	-1	-2	-3	0			-1	-2	-3	0			-1	-2	-3	0			-1	-2	-3			
1. Voir																								
2. Entendre																								
3. Parler																								

Aide technique _____

E2 _____

E3 _____

E4 _____

FONCTIONS MENTALES † P.11	E1					E2					E3					E4								
	INCAPACITÉS				H	S	INCAPACITÉS				H	S	INCAPACITÉS				H	S	INCAPACITÉS				H	S
0	-1	-2	-3	0			-1	-2	-3	0			-1	-2	-3	0			-1	-2	-3			
1. Mémoire																								
2. Orientation																								
3. Compréhension																								
4. Jugement																								
5. Comportement																								

E2 _____

E3 _____

E4 _____

† INDICHER: Le niveau d'incapacité: **0** = autonomie complète **-0.5 ou -1.5** = autonome avec difficulté
-1 = nécessite une surveillance ou une stimulation
-2 = nécessite de l'aide **-3** = dépendance totale
Le niveau de handicap: **H** (0,-1,-2,-3) La stabilité des ressources: **S** (- Diminution, + Augmentation, • Stabilité)

	E1						E2						E3						E4					
TÂCHES DOMESTIQUES ‡ P.13	INCAPACITÉS				H	S	INCAPACITÉS				H	S	INCAPACITÉS				H	S	INCAPACITÉS				H	S
	0	-1	-2	-3			0	-1	-2	-3			0	-1	-2	-3			0	-1	-2	-3		
1. Entretien la maison																								
2. Préparer les repas																								
3. Faire les courses																								
4. Faire la lessive																								
5. Utiliser le téléphone																								
6. Utiliser moyens de transport																								
7. Prendre médicaments																								
8. Gérer le budget																								

E2 _____

E3 _____

E4 _____

SITUATION PSY / SOC # P.16	PROBLÈMES		ÉVOLUTION	PROBLÈMES		ÉVOLUTION	PROBLÈMES		ÉVOLUTION
	N	O		N	O		N	O	
1. Histoire sociale									
2. Milieu familial									
3. Réseau social									
4. Ressources comm. publ. priv.									
5. État affectif									
6. Perception usager									
7. Sexualité									
8. Croyances, valeurs									

E2 _____

E3 _____

E4 _____

‡ INDIQUER: Le niveau d'incapacité: **0** = autonomie complète **-0.5 ou -1.5** = autonome avec difficulté
-1 = nécessite une surveillance ou une stimulation
-2 = nécessite de l'aide **-3** = dépendance totale

INDIQUER: Le niveau de handicap: **H** (0,-1,-2,-3) La stabilité des ressources: **S** (— Diminution, + Augmentation, • Stabilité)
 s'il y a un problème: **N** = NON **O** = OUI, et l'évolution depuis la dernière évaluation: — Détérioration, + Amélioration, • Stabilité

Annexe VI

**Formulaire « Prise de contact »
(SAD-01-FS-94)**



Date: ____/____/____ No. dossier: _____ Profil: _____ No. demande: _____

IDENTIFICATION DE L' USAGER

Nom à la naissance: _____

Prénom: _____ Nom usuel: _____

Adresse permanente: _____

Code postal: _____ Téléphone: _____

Adresse temporaire: _____

Code postal: _____ Téléphone: _____

Date de naissance: ____/____/____ Âge: _____ Sexe: M F

État civil: C M V S D autre: _____

Ass.-maladie: ____/____/____ Exp.: ____/____/____ Ass.-sociale: ____/____/____

Langue de communication: F A autre: _____

Communauté culturelle: _____ Lieu de naissance: _____

Nom du/de la conjoint(e): _____ Âge: _____

Nom du père: _____ Nom de la mère: _____

Personne contact: _____

Lien: _____ Tél.: résidence: _____ bureau: _____

Personne contact: _____

Lien: _____ Tél.: résidence: _____ bureau: _____

LIEU DE RÉSIDENCE:

maison log./app. HLM

ress. privée: { chambre et pension
résidence

service(s) inscrit(s) dans le bail ou le contrat: _____

ress. publique de type familial

autre: _____

MILIEU DE VIE:

seul

couple

parent

enfants

autre: _____

OCCUPATION:

au travail: temps plein temps partiel

à la recherche d'un emploi

aux études: temps plein temps partiel

à la maison retraité

autre: _____

PROVENANCE DE LA DEMANDE

DEMANDÉ PAR:

Usager Proche Communauté

Intervenant du réseau Autre

Nom: _____

Profession: _____ Téléphone: _____

Lien/Établissement: _____

Est-ce une première demande: oui non ne sait pas

Services(s) déjà reçu(s): _____

Raisons: _____ En quelle année: _____

L' usager est-il au courant de la demande: oui non Préciser: _____

SERVICES OU DÉMARCHES ANTÉRIEURS ET RÉFÉRENCES EN COURS :

RESSOURCES ACTUELLES (aide, services disponibles, ressources financières):

Famille, entourage (implication actuelle ou potentielle) _____

Services communautaires, publics et privés: _____

Régime de protection, assurances personnelles, programme gouvernemental (CSST, SAAQ, anciens combattants):
oui non Si oui, préciser: _____

REMARQUES ET AUTRES INFORMATIONS:

IDENTIFICATION DES FACTEURS DE RISQUES

Incapacités concernant:

la mobilité	<input type="checkbox"/>	les AVQ	<input type="checkbox"/>	_____
la communication	<input type="checkbox"/>	les AVD	<input type="checkbox"/>	_____
le comportement et les fonctions mentales	<input type="checkbox"/>			_____

Problèmes de santé:

aggravant les incapacités ou la situation	<input type="checkbox"/>
requérant des soins court terme	<input type="checkbox"/>

Problématiques associées:

surmédication	<input type="checkbox"/>	alcoolisme	<input type="checkbox"/>
toxicomanie	<input type="checkbox"/>	autre:	_____

Situation de vulnérabilité ou de danger:

âge avancé	<input type="checkbox"/>	violence	<input type="checkbox"/>
exploitation	<input type="checkbox"/>	abus	<input type="checkbox"/>
deuil / perte	<input type="checkbox"/>		
risque de suicide	<input type="checkbox"/>		
autre:	_____		

Conditions du milieu social:

isolement, insécurité	<input type="checkbox"/>
absence ress. comm./publiques	<input type="checkbox"/>
support naturel peu ou pas existant	<input type="checkbox"/>
aidant tendu, fatigué, épuisé	<input type="checkbox"/>
faibles conditions socio-économiques	<input type="checkbox"/>
autre:	_____

DÉCISION

- Demande non admissible
sans orientation orientation vers une autre ressource ou un autre programme,
préciser: _____
- Demande admissible
- Demande non priorisée par manque de ressources: _____
sans orientation orientation vers une autre ressource
préciser où et pourquoi: _____
_____ Relance
- Demande retenue pour évaluation par:
infirmière intervenant psychosocial médecin ergothérapeute
physiothérapeute /thérapeute en réadaptation autre: _____

PRIORITÉ D'ÉVALUATION

- Priorité 1** situation de crise
immédiat danger imminent pour la santé et la sécurité de l'utilisateur ou des proches
risque d'hospitalisation ou d'hébergement imminent si pas de service
- Priorité 2** situation de crise potentielle
moins de danger potentiel pour la sécurité de l'utilisateur ou des proches
48 heures risque de détérioration (bio-psychosociale) à très court terme
risque d'hospitalisation ou d'hébergement à très court terme si pas de service
besoin d'une intervention nursing à très court terme
- Priorité 3** pas de crise ou de danger appréhendé
moins d'une pas de risque de détérioration (bio-psychosociale) à court terme
semaine peu de risque d'hospitalisation ou d'hébergement prématuré
milieu en voie d'épuisement
besoin d'une intervention nursing à court terme
- Priorité 4** usager en sécurité
moins de faible risque de détérioration prévisible
2 semaines milieu peut compenser temporairement

Date limite d'évaluation: ____/____/____

Démarches entreprises lors de la prise de contact et recommandations: _____

Date: ____/____/____ Signature: _____

Suivi: _____

Annexe VII

Lettre de présentation du projet au participant
(Tirée de Bégin, 2002)

Papier à lettres à en-tête du CLSC

LETTRÉ DE PRÉSENTATION DU PROJET AU PARTICIPANT (MODÈLE)

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

Madame, Monsieur,

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

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

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

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

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

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

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

Le (La) Chef de programme en maintien à domicile

Signature

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

(Version anglaise disponible sur demande)

FALL PREVENTION PROJECT PRESENTATION LETTER (MODEL)

Object : Invitation to participate in a residential fall prevention project

Madam, Sir,

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

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

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

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

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

Sincerely yours,

Chief of home services program

Signature

Name of designated CLSC intervener : _____ Telephone number : _____

(French version available upon request)

Annexe VIII

**Brochure « Prévenir les chutes à domicile.
Quelques conseils utiles »**

NON DISPONIBILE EN PDF

Annexe IX

**Brochure « L'information est la meilleure prescription.
Ce que vous devez savoir sur vos médicaments »**

NON DISPONIBILE EN PDF

Annexe X

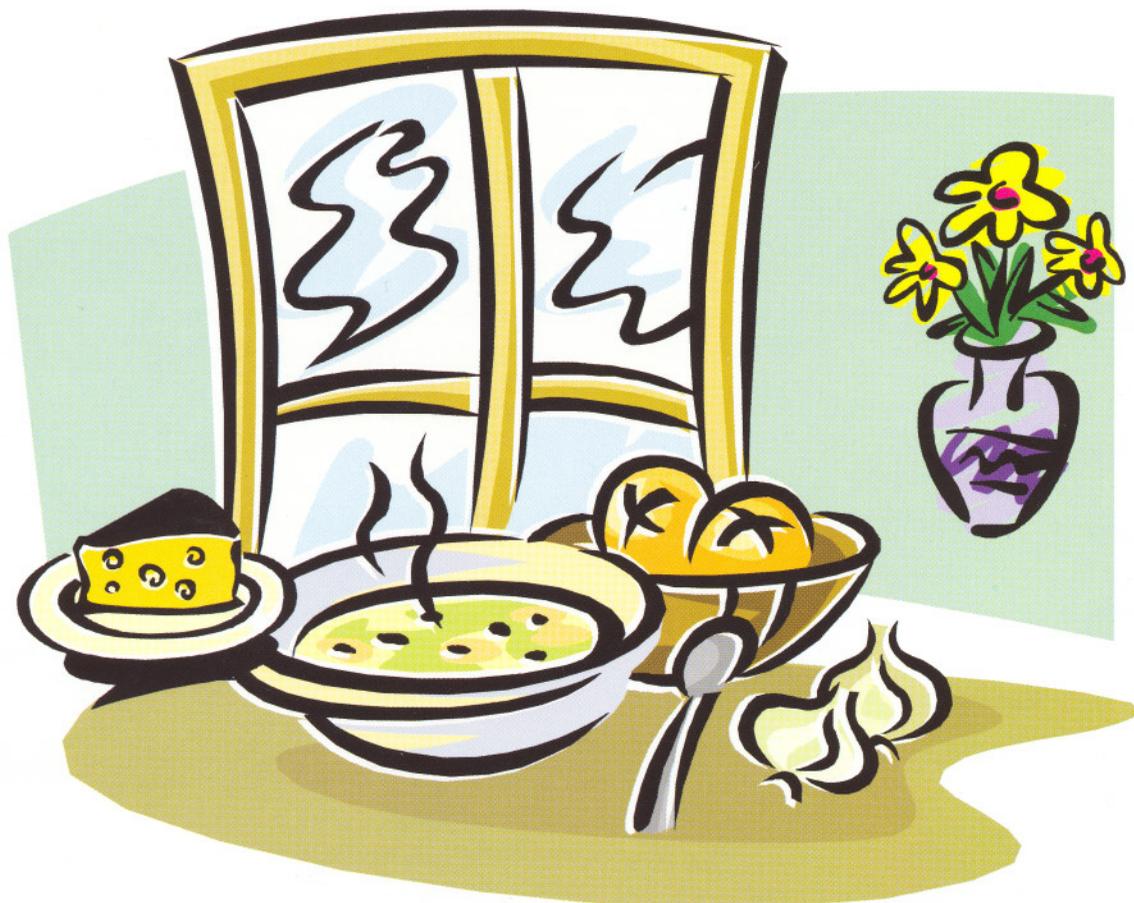
**Brochure « La saine alimentation...
Une alliée dans la prévention des chutes »**



de la région de Lanaudière

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
LANAUDIÈRE
DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Agir pour mieux vivre



LA SAINE ALIMENTATION ...
UNE ALLIÉE DANS
LA PRÉVENTION DES CHUTES

PROTÉGEZ VOTRE CHARPENTE !

Et mettez toutes les chances de votre côté afin...

- ❖ de maintenir votre capital osseux et de garder vos forces ;
 - ❖ de renforcer votre système immunitaire ;
 - ❖ de vous protéger contre les infections ;
 - ❖ de favoriser une meilleure cicatrisation ;
 - ❖ d'accélérer le processus de guérison ;
- ... pour vivre sainement, être en meilleure santé et vieillir en beauté.

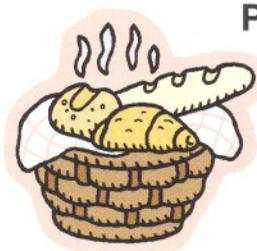
Et optimisez votre santé par l'alimentation, en prenant soin de...

- varier et équilibrer votre alimentation ;
- prendre trois repas par jour sans oublier les collations.

FAITES CHAQUE JOUR DES CHOIX REVITALISANTS DANS LES QUATRE GROUPES D'ALIMENTS SUIVANTS

Produits céréaliers

Mangez chaque jour des aliments tels que du pain, des céréales, du riz, des pâtes, des muffins, etc.



Pour « fibrer » vos menus :

- ✓ favorisez les produits céréaliers à grains entiers ;
- ✓ ajoutez quelques cuillerées de céréales de son de blé à vos céréales préférées, à votre yogourt, etc.

Légumes et fruits



Faites place aux légumes et aux fruits dans vos repas et collations de tous les jours.

Préférez les verts foncés, rouges, jaunes et orangés, car ils débordent de vitamines indispensables.

Quelques trucs pour manger plus de légumes et de fruits :



- ✓ cuisinez des soupes consistantes remplies de légumes ;
- ✓ gardez toujours en réserve des fruits et légumes surgelés et en conserve ;
- ✓ ... et lâchez pas la patate !
- ✓ gardez un panier de fruits bien en vue ;
- ✓ en dessert ou en collation, les compotes ou salades de fruits sont une bonne solution.

Produits laitiers



Pour leur apport précieux en calcium, vitamine D* et protéines, assurez-vous de consommer des produits laitiers à tous les jours.

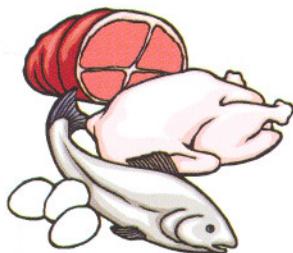
* Le lait et certains produits laitiers sont additionnés de vitamine D ; lisez bien les étiquettes.

Savourez-les de toutes les façons :

- ✓ Pour « fortifier » vos repas, ajoutez du fromage sur vos rôties, dans vos sandwichs, dans vos soupes, sur les pâtes alimentaires, etc.
- ✓ Préparez votre gruau avec du lait au lieu de l'eau.
- ✓ Ajoutez de la poudre de lait dans les poudings, dans les soupes-crèmes diluées avec du lait, dans la purée de pommes de terre, etc.
- ✓ Un petit moussoux ? Préparez au mélangeur un lait fruité, un lait fouetté au chocolat ou un yogourt à boire maison.
- ✓ Pour une fin de repas tout en douceur, choisissez un dessert au lait : yogourt, pouding au lait, pouding au riz ou au tapioca, lait glacé, yogourt glacé ou crème glacée.



Viandes et substituts



Les protéines contenues dans la viande, la volaille, le poisson et leurs substituts maintiennent votre tonus musculaire et renforcent votre système immunitaire. N'oubliez pas d'en consommer à chaque repas.

Vous mangez peu de viande ? Optez pour ses substituts.

- ✓ Cuisinez des œufs, c'est fameux !
- ✓ Garnissez votre garde-manger de légumineuses en conserve : pois chiches, lentilles, soupe aux pois, fèves au lard, haricots rouges, etc.
- ✓ Mangez du poisson sous toutes ses formes : au four, en quiche, en sandwich, en salade, etc.
- ✓ N'oubliez pas le beurre d'arachide, les noix et les graines (moulues si désiré).
- ✓ Osez le tofu : émietté, en cubes, en languettes, etc., dans vos soupes, sauces, salades, légumes sautés et dans vos desserts !

PLUS DE VIE À SAVOURER



Pour augmenter votre qualité de vie et demeurer énergique et en santé, savourez chaque jour une variété d'aliments nutritifs et... bougez !



Plus d'activité physique

Mettez l'activité physique au menu quotidien : 30 minutes par jour ou 3 fois 10 minutes. L'exercice stimule vos os et tonifie vos muscles.

- Optez pour des activités légères qui développent l'équilibre, l'agilité et la flexibilité comme la marche, le jardinage, la pétanque, les quilles, la danse, le golf, etc. Et surtout, amusez-vous !

Plus de fibres

Enrayez la constipation et favorisez un meilleur contrôle de votre taux de sucre et de cholestérol en augmentant votre consommation de fibres alimentaires.

- Enrichissez vos aliments en ajoutant du son.
- Mangez des fruits, sans oublier la pelure.
- Colorez votre assiette avec une variété de légumes.
- Agrémentez vos repas avec des produits céréaliers à grains entiers.

Plus d'eau

Rappelez-vous de boire suffisamment pour vous hydrater et faciliter l'élimination.

- Six à huit verres d'eau par jour sont recommandés (à moins d'une contre-indication médicale).
- Laissez votre pichet d'eau bien en vue, conservez-le au réfrigérateur, ajoutez-y quelques gouttes de jus de citron ou de votre jus préféré.
- Servez-la dans des verres colorés, ajoutez-y des glaçons, une paille, etc. Laissez aller votre imagination.



Plus de fer

Ayez plus de vigueur et d'énergie pour combattre l'anémie !

Voici de bonnes sources de fer :

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Foie, rognons et boudin• Viande, volaille et poissons• Légumineuses, noix et graines• Légumes verts• Pomme de terre au four avec la pelure | <ul style="list-style-type: none">• Mélasse noire ou <i>blackstrap</i>• Oeufs• Jus de pruneaux• Produits céréaliers à grains entiers ou enrichis, céréales pour bébé |
|--|---|

Sachez qu'une source de vitamine C [un verre de jus, un bol de fraises, une orange, 125 ml (1/2 tasse) de brocoli, un piment ou une tomate] augmente l'absorption du fer.



TRUCS POUR BIEN MANGER LORSQUE VOUS ÊTES TROP FATIGUÉ OU QUE VOUS AVEZ PEU D'APPÉTIT

Si vous êtes très fatigué ou que vous avez peu d'appétit, les conseils qui suivent pourront vous aider à améliorer votre alimentation et à vous sentir mieux.

- ❖ Mangez des petits repas et des collations à chaque jour.
- ❖ Donnez-vous la satisfaction de terminer un repas en vous servant de plus petites portions. Vous pourrez toujours reprendre une deuxième portion par la suite.
- ❖ Choisissez des aliments et breuvages riches en énergie (soupe-crème, jus, lait, etc.). Les liquides comme les bouillons, les soupes claires, le thé et le café peuvent vous rassasier mais ne fournissent que très peu d'éléments nutritifs.
- ❖ Ayez toujours des aliments « prêts à manger » à portée de main (fromage, craquelins, muffins, noix, pouding, etc.).
- ❖ Lorsque vous vous sentez mieux et que vous cuisinez, préparez des portions supplémentaires et congelez-les en prévision des moments où vous n'aurez pas envie de cuisiner. Vous pouvez aussi acheter des plats cuisinés congelés ou encore demander à votre entourage de vous préparer quelques repas. Vos proches désirent vous aider ? Voilà une excellente façon de le faire.
- ❖ Une petite sortie au grand air peut aider à vous ouvrir l'appétit.
- ❖ Prenez vos repas dans une ambiance de détente et un environnement agréable. Une table bien dressée, de la musique, des chandelles, la compagnie d'un parent ou d'un(e) ami(e)..., tout ce qui peut vous faire plaisir en mangeant.
- ❖ Demandez l'aide de la popote roulante (informez-vous à votre CLSC).
- ❖ Utilisez les services de traiteurs.

**VOUS POUVEZ ÉGALEMENT « ÉNERGISER »
VOS MENUS EN AJOUTANT :**

De la crème ou de l'huile	à vos soupes-crème, laits, laits frappés, poudings, yogourts, céréales, fruits, etc.
De la crème sure, de la mayonnaise ou du yogourt	à vos fruits, légumes, pommes de terre, riz, crêpes, plats en cocotte, ragoûts, soupes, pâtes, etc.
De la margarine ou du beurre	à vos œufs, pommes de terre, légumes, pâtes, crêpes, gaufres, pains, muffins, brioches, à votre pain doré et à votre riz, etc.
De la sauce ou du fromage râpé	sur vos viandes, volailles, poissons, légumes, pommes de terre, pâtes, etc.
Des fruits secs, des noix ou de la noix de coco râpée	à vos céréales, yogourts, fruits, recettes de muffins, de gâteaux, biscuits, etc.
Du fromage à la crème, de la confiture ou du miel	sur vos pains, bagels, muffins, muffins anglais, etc.
Du miel, du sirop ou du sucre	à vos laits frappés, crêpes, gaufres, céréales, à votre pain doré et à votre gruau, etc.

MANGEZ PLUS SOUVENT :

- ◆ des produits laitiers entiers : lait homogénéisé 3,25 % MG, yogourts, fromages, crème glacée, desserts au lait, etc. (évités les produits laitiers écrémés ou partiellement écrémés) ;
- ◆ des avocats ;
- ◆ des plats en sauce ou gratinés ;
- ◆ des desserts.

Des suppléments alimentaires commerciaux peuvent compléter ou remplacer occasionnellement un repas.



TRUCS POUR UNE BONNE SANTÉ DU CŒUR

Voici 10 trucs pour vous aider à prendre soin de votre cœur !

- ✓ Visez et maintenez un poids santé.
- ✓ Optez pour les bons gras : choisissez des matières grasses d'origine végétale comme l'huile d'olive, l'huile de canola, les margarines molles non hydrogénées, les noix et les graines.
- ✓ Jetez-vous à l'eau ! Mangez du poisson sous toutes ses formes : au four, en sandwich, en papillote, en salade, en sauce béchamel ou tomate, etc.
- ✓ Limitez les gras saturés comme le beurre, la crème, les produits laitiers riches en gras, les viandes grasses ou transformées.
- ✓ Laissez-vous tenter par le soya. Le tofu, le lait de soya, les fèves de soya, etc. sont d'excellents choix pour la santé de votre cœur.
- ✓ Faites vos jeux ! Une portion de viande correspond environ à la taille d'un jeu de cartes. Faites plus de place aux légumes et aux produits céréaliers, la viande ne devrait pas occuper plus du quart de votre assiette.
- ✓ Fibrez vos menus ! Optez pour du pain, des céréales, des pâtes à grains entiers. Choisissez plus souvent des légumes, des fruits et des légumineuses (pois chiches, lentilles, haricots rouges, etc.).
- ✓ Bougez ! Prenez une marche, jardinez et surtout, amusez-vous !
- ✓ Allez-y mollo avec la salière ! Rehaussez la saveur des aliments avec des fines herbes (persil, basilic, origan, estragon, etc.), du jus de citron, de la ciboulette, etc.
- ✓ Adoptez les antioxydants. Les fruits, les légumes et le thé en sont de bonnes sources.

TRUCS POUR BIEN MANGER MALGRÉ LE PROBLÈME DE SÉCHERESSE DE LA BOUCHE ET DE LA GORGE

Si un problème de santé, un traitement ou des médicaments vous assèchent la bouche et la gorge, il vous est sûrement difficile de mastiquer et d'avaler. Les conseils qui suivent pourraient vous aider.

- ❖ Buvez beaucoup, mangez des sucettes glacées au jus de fruits ou sucez de la glace concassée.
- ❖ Mangez des bonbons ou mâchez de la gomme sans sucre.
- ❖ Mangez des aliments juteux (fruits, légumes, etc.).
- ❖ Humectez les aliments secs avec du bouillon, de la sauce, de la margarine, etc.
- ❖ Trempez vos aliments secs et croquants dans votre thé, votre café ou dans un verre de lait.
- ❖ En passant vos aliments cuits au mélangeur, ils seront plus onctueux donc plus faciles à avaler. Ajoutez-y du bouillon, l'eau de cuisson des légumes, du lait, du jus de tomates, etc., le résultat n'en sera que meilleur.
- ❖ Essayez de manger des aliments mous et froids tels que de la crème glacée, des poudings, des yogourts, des sorbets, des sucettes glacées, des aliments pour bébés, des compotes, du fromage (ricotta, cottage), etc.
- ❖ Ajoutez à vos sauces des flocons de viande en conserve, (jambon, thon, poulet, etc.).
- ❖ Évitez l'alcool et le tabac qui dessèchent la bouche et la gorge. Évitez aussi les épices fortes ou piquantes et les aliments vinaigrés.
- ❖ Rincez-vous la bouche le matin et au besoin avec un rince-bouche (conservé au réfrigérateur) ou un mélange d'eau et de citron ou d'eau et de bicarbonate de soude.
- ❖ Habituellement, les aliments surs font augmenter la quantité de salive alors que les aliments sucrés diminuent la salive ou la rendent plus visqueuse.



TRUCS POUR UN BON CONTRÔLE DU DIABÈTE

L'alimentation joue un rôle essentiel dans le traitement de votre diabète puisqu'elle influence directement l'élévation du sucre dans le sang.

Voici 10 trucs pour vous aider à bien contrôler votre diabète !

1. Prenez 3 repas par jour :
 - n'oubliez pas votre déjeuner ;
 - n'espaced pas vos repas de plus de 4 à 6 heures ;
 - prenez des aliments de chacun des 4 groupes alimentaires à tous les repas ;
 - prenez soin de répartir les sources de glucides sur les 3 repas et collations.
2. Prenez au besoin une collation nutritive entre les repas et en soirée afin de prévenir une hypoglycémie :
 - un fruit frais ou 125 ml (1/2 tasse) de jus de fruit ;
 - 125 ml (1/2 tasse) de compote de pommes non sucrée ;
 - 125 ml (1/2 tasse) de yogourt ;
 - 5 melbas + fromage ;
 - 125 ml (1/2 tasse) de jus de tomate + 4 biscuits soda ;
 - 125 ml (1/2 tasse) de lait + 2 biscuits social thé ;
 - une tasse de thé + 4 biscuits social thé.
3. Choisissez des aliments riches en fibres car ils ont la propriété de ralentir l'absorption des glucides :
 - changez votre pain blanc pour du pain de blé entier ;
 - consommez des céréales à grains entiers ;
 - manger des fruits frais et des légumes verts feuillus ;
 - essayez le riz brun, les lentilles, les pois chiches ;
 - remplacez le quart de la farine blanche par de la farine d'avoine dans vos recettes de pains, muffins, etc.

4. Portez une attention particulière aux aliments suivants qui sont très sucrés et font augmenter le taux de sucre dans le sang :
 - sucre blanc ou cassonade ;
 - miel, mélasse, caramel, sirop de maïs, produits de l'érable ;
 - bonbons, menthes, chocolat, pastilles ;
 - gâteaux glacés, biscuits sucrés, tartes ;
 - confitures, gelées, marmelades ;
 - céréales sucrées ;
 - boissons gazeuses régulières sucrées.

5. Cuisinez vos recettes préférées en réduisant de moitié la quantité de sucre et attention à la grosseur des portions.

6. Apprenez à mieux lire les étiquettes ; les termes suivants sont tous des synonymes de sucre :
 - glucose, fructose, dextrose, maltose.

7. Rappelez-vous que la prise d'alcool peut conduire à l'hypoglycémie :
 - les boissons alcoolisées ne doivent pas être prises si le diabète est mal contrôlé ;
 - l'alcool ne doit jamais être pris l'estomac vide ;
 - l'alcool doit être consommé occasionnellement. Il doit être pris lentement, avec modération, pour accompagner un repas.

8. Contrôlez votre poids. Si vous avez un excès de poids :
 - essayez de réduire vos portions ;
 - mangez plus lentement ;
 - utilisez des assiettes plus petites ;
 - bougez.

9. Mettez l'activité physique au menu quotidien.

10. Apprenez à relaxer et à gérer votre stress.

**N'OUBLIEZ PAS QU'UN BON CONTRÔLE DE VOTRE GLYCÉMIE
PASSE PAR UNE ALIMENTATION ÉQUILIBRÉE**

TRUCS POUR DIMINUER LE REFLUX ET LES BRÛLURES D'ESTOMAC

Les brûlures d'estomac et le reflux peuvent être atténués en prenant certaines mesures et en surveillant votre tolérance personnelle à certains aliments.

Quoi faire pour diminuer le reflux ?

- ✓ Évitez :
 - le café, le thé, le cacao, le chocolat ;
 - le cola et autres boissons gazéifiées incluant les eaux minérales ;
 - la menthe ;
 - la gomme à mâcher ;
 - l'alcool ;
 - les aliments riches en matières grasses tels fritures, gras de viande, sauce, crème, croustilles, vinaigrette et mayonnaise.
- ✓ Évitez les repas copieux. Complétez par des collations au besoin.
- ✓ Favorisez une atmosphère calme aux repas.
- ✓ Mangez lentement en mastiquant bien les aliments.
- ✓ Évitez de boire et de parler en mangeant. Si nécessaire, prendre les liquides une demi-heure avant ou après les repas.
- ✓ Prévenez la constipation en augmentant l'apport en fibres alimentaires et en buvant beaucoup d'eau.
- ✓ Visez et maintenez un poids santé.
- ✓ Évitez l'usage du tabac.
- ✓ Faites des activités légères et évitez de vous pencher après les repas.
- ✓ Évitez de porter des vêtements trop serrés à la taille.
- ✓ Évitez de manger 3 heures avant l'heure du coucher.
- ✓ Élevez la tête du lit de 15 à 20 cm (6 à 8 pouces).

Quoi faire pour réduire les douleurs causées par les brûlures d'estomac ?

- ✓ Consommez avec modération :
 - le café (ordinaire et décaféiné), le thé, le cacao, le chocolat, les boissons gazeuses ;
 - l'alcool ;
 - les épices (cari, cannelle, muscade, clou de girofle, épices à BBQ, piment fort et excès de poivre) ;
 - les fritures et les matières grasses ;
 - les tomates et jus de tomate ;
 - les fruits citrins et leur jus (opter pour d'autres aliments riches en vitamine C : cantaloup, fraises, kiwi, brocoli, poivron vert).
- ✓ Prenez plusieurs petits repas et collations.
- ✓ Favorisez une atmosphère calme aux repas.
- ✓ Mastiquez bien les aliments, mangez lentement, peu à la fois et fréquemment afin que l'estomac ne reste jamais vide.
- ✓ Évitez les boissons et les aliments très chauds et très froids. Buvez de préférence entre les repas.
- ✓ Évitez un aliment seulement si vous avez clairement identifié qu'il est source d'inconfort.
- ✓ Évitez l'usage du tabac.



TRUCS POUR UNE ALIMENTATION RICHE EN PROTÉINES

La meilleure façon de s'assurer un apport suffisant en protéines est d'inclure aux repas et aux collations des aliments choisis parmi la liste suivante :

- ✓ Viande
- ✓ Volaille
- ✓ Poisson
- ✓ Oeufs
- ✓ Légumineuses et tofu
- ✓ Noix et graines
- ✓ Lait et produits laitiers

VOS REPAS SONT LÉGERS ? VOICI DES IDÉES DE COLLATIONS RICHES EN PROTÉINES :

- ♥ un yogourt auquel on ajoute des noix moulues ;
- ♥ un muffin avec un morceau de fromage ;
- ♥ un bol de céréales avec du lait ;
- ♥ un lait fouetté (voir recettes) ;
- ♥ un déjeuner instantané (ex. : Carnation, etc.) ;
- ♥ un pouding ou un blanc-manger ;
- ♥ un sandwich au jambon, fromage, œufs ou beurre d'arachide ;
- ♥ un bol de fromage cottage et fruits.

**VOUS POUVEZ ÉGALEMENT « PROTÉINER »
VOS MENUS EN AJOUTANT :**

60 ml (1/4 tasse) de poudre de lait	À 250 ml (1 tasse) de lait
De la poudre de lait (2 c. à table)	Dans les breuvages, soupes, potages, omelettes, purée de pommes de terre, sauces, poudings, yogourts, céréales, pains de viande, etc.
Des œufs	Aux sandwichs, sauces blanches, salades de légumes ou de pâtes, etc.
Du fromage (en cubes, râpé, cottage, fondu)	Dans les pâtes, soupes, sauces, mets en casserole, sur les pommes de terre, les légumes, dans les sandwichs, salades, sur les craquelins, rôties, etc.
Du yogourt	Dans les laits fouettés, les salades de fruits, les trempettes pour fruits et légumes, les céréales, etc.
Du beurre d'arachide	Sur le pain, les craquelins, biscuits, muffins, dans les laits fouettés, etc.
Du tofu	Dans les soupes, les mets en casserole ou sautés, les salades, les pâtes, le riz, etc.
Des légumineuses	Dans les soupes, les salades, les mets en casserole, en purée et à tartiner, etc.
Des noix hachées ou des graines	Dans les salades, céréales, muffins, yogourts, crème glacée, poudings, etc.
De la viande en morceaux ou en purée	Dans les sandwichs, soupes, mets en sauce, salades, etc.

TRUCS POUR DIMINUER LES NAUSÉES ET VOMISSEMENTS

Les vomissements entraînent des pertes d'aliments et de liquides qui peuvent occasionner un manque d'énergie et des faiblesses.

Les conseils qui suivent pourront vous aider à diminuer ou éviter les nausées pour vous permettre de tirer profit au maximum des aliments que vous mangez.

- ❖ Essayez de ne pas boire en mangeant mais plutôt une heure avant ou après les repas.
- ❖ Mangez en petites quantités mais plus souvent.
- ❖ Mangez lentement en mastiquant bien.
- ❖ Évitez la nourriture très grasse, la friture ainsi que les aliments épicés ou très sucrés.
- ❖ Les aliments doux, secs et salés (craquelins, bretzels, rôties, riz, pommes de terre, etc.) pourraient vous aider. Mangez-en quelques bouchées pour commencer la journée du bon pied.
- ❖ Mangez des aliments et des plats froids : sandwiches, salades, sucettes glacées au jus ou au yogourt, lait fouetté, soupe froide telle que vichyssoise, potage au concombre, etc.
- ❖ Choisissez des aliments qui ont peu d'arôme ; les aliments à forte odeur peuvent accentuer la nausée.
- ❖ Choisissez un endroit frais, agréable, bien aéré et libre d'odeurs.
- ❖ Si possible, demandez à quelqu'un d'autre de cuisiner.
- ❖ Après avoir mangé, reposez-vous mais en position assise, droit. Évitez de vous coucher dans l'heure suivant un repas.
- ❖ Une boisson gazeuse au gingembre ou au citron peut aider à diminuer la nausée.
- ❖ Observez à quel moment de la journée vous tolérez le mieux les aliments et profitez-en pour manger un peu plus.
- ❖ Choisissez des aliments que vous aimez, des recettes dont vous avez envie ; ceci vous mettra davantage en appétit.

TRUCS POUR ASSURER LA RÉGULARITÉ INTESTINALE

Plusieurs personnes pensent souffrir de constipation si elles ne vont pas à la selle tous les jours. Ce n'est pas nécessairement vrai, chaque personne a son propre rythme. On parle de constipation lorsque les selles sont dures et sèches et que leur évacuation est difficile.

Une alimentation riche en fibres alimentaires peut vous aider en favorisant un meilleur fonctionnement des intestins.

OÙ RETROUVER LES FIBRES ALIMENTAIRES ?

Les fibres alimentaires se retrouvent principalement dans les aliments d'origine végétale. Les viandes et les produits laitiers n'en contiennent pas.

- ❖ Produits céréaliers : Les plus riches en fibres sont ceux à **grains entiers** tels les pains, céréales, muffins, biscuits ou autres à base de farine entière.
- ❖ Légumes et fruits : Tous les légumes et tous les fruits contiennent des fibres. Les fruits et les légumes consommés avec la pelure ainsi que les fruits séchés sont une bonne source de fibres. Par contre, les jus et les compotes en contiennent très peu.
- ❖ Substituts de la viande : Les légumineuses (pois chiches, lentilles, haricots secs, fèves au lard, soupe aux pois...), les noix et les graines contiennent une bonne quantité de fibres alimentaires.

L'AUGMENTATION DES FIBRES DANS VOTRE ALIMENTATION DOIT ÊTRE PROGRESSIVE POUR NE PAS ENTRAÎNER D'INCONFORT. IL EST AUSSI IMPORTANT D'AUGMENTER VOTRE CONSOMMATION DE LIQUIDE. ON RECOMMANDE DE BOIRE DE 6 À 8 VERRES DE LIQUIDE PAR JOUR (À MOINS D'UNE CONTRE-INDICATION MÉDICALE).

IDÉES POUR AUGMENTER LA TENEUR EN FIBRES ALIMENTAIRES DE VOS MENUS

Saupoudrer du son de blé	sur vos céréales chaudes ou froides, dans vos yogourts, vos pommes de terre pilées, vos boulettes de viande, etc.
Ajouter des légumineuses	à vos soupes, sauces à spaghetti, salades, plats en casserole, etc.
Ajouter des noix ou des fruits séchés	à vos céréales, poudings, compotes, recettes de muffin, biscuits, etc.
Choisir	à chaque jour, du pain ou des céréales à grains entiers.
Manger au moins	cinq portions de légumes et fruits préférablement crus et avec la pelure.
Cuire vos légumes	avec la pelure et dans une petite quantité d'eau pour qu'ils soient encore croquants.

DE PLUS, CERTAINES HABITUDES PEUVENT FAVORISER UNE ÉLIMINATION PLUS RÉGULIÈRE

- ◆ Soyez actifs ! Que ce soit la marche, la danse, la nage, le vélo ou le jardinage, les activités qui font bouger vos muscles abdominaux faciliteront l'évacuation.
- ◆ Allez à la toilette régulièrement même si vous n'en ressentez pas le besoin.
- ◆ Attention aux laxatifs ainsi qu'aux pruneaux et jus de pruneaux. Malgré qu'ils s'avèrent souvent très efficaces à court terme, leur utilisation trop fréquente ou à long terme peut entraîner une dépendance en rendant les intestins « paresseux ». Parlez-en donc avec votre médecin.

TRUCS POUR BIEN MANGER MALGRÉ LA DIFFICULTÉ À AVALER

Certaines personnes ont de la difficulté à avaler et doivent faire des efforts pour faire passer les aliments de la bouche vers l'estomac. C'est un trouble de déglutition que l'on appelle dysphagie et qui peut entraîner des problèmes comme la toux, l'étouffement, la douleur en avalant et la fatigue aux repas.

Quoi faire pour faciliter la déglutition ?

- ✓ Mangez vos mets préférés, mais modifiez-les pour les amollir :
 - hachez les aliments solides ou utilisez un mélangeur pour faire des purées ;
 - trempez les aliments durs comme les biscuits, les craquelins ou les rôties dans des boissons ;
 - coupez vos aliments en dés et ajoutez-y du bouillon, du beurre ou de la margarine molle non hydrogénée, de la sauce, etc.

- ✓ Prenez des repas à base d'aliments mous :
 - mets en sauce ou ragoûts ;
 - macaroni au fromage ;
 - œufs brouillés, omelettes ;
 - fromage cottage ;
 - soupes-crème ;
 - purée de pommes de terre ;
 - gruau, crème de blé ;
 - cossetarde, pouding, yogourt, lait fouetté.

- ✓ Mangez en position assise, la tête légèrement penchée vers l'avant.

Que la viande, les légumes ou les fruits soient de consistance régulière ou qu'ils soient hachés ou mis en purée, chaque bouchée demeure nutritive, de l'entrée au dessert !



TRUCS POUR BIEN MANGER MALGRÉ LA MODIFICATION DU GOÛT

Certains traitements ou médicaments peuvent entraîner un arrière-goût métallique ou amer dans la bouche. Si tel est votre cas, vous pourriez tirer profit des conseils suivants :

- ❖ Le plus souvent possible, mangez des aliments froids ou à température ambiante.
- ❖ Si la viande vous laisse un goût désagréable dans la bouche, remplacez-la par des œufs, des légumineuses, du poisson ou de la volaille.
- ❖ Pour améliorer le goût des viandes, marinez-les quelques heures dans du vin, du jus de citron ou tout autre marinade qui vous plaît.
- ❖ Assaisonnez les mets fades avec des condiments, du ketchup, des oignons, des fines herbes, etc.
- ❖ Choisissez des aliments à saveur prononcée comme le jambon, le bœuf mariné, le poulet barbecue, la pizza, les mets au cari, le spaghetti, etc.
- ❖ Atténuez le goût étrange qui peut rester dans votre bouche en buvant beaucoup de liquides tels que l'eau, le thé, les jus de légumes ou de fruits (particulièrement les jus de canneberges ou d'agrumes), les boissons gazeuses, les limonades. Mangez des fruits frais, ils laissent généralement un goût agréable dans la bouche. Mâchez de la gomme sans sucre ou sucez des bonbons acidulés.
- ❖ Utilisez des ustensiles de plastique.

TRUCS POUR UNE ALIMENTATION RICHE EN FER

Certaines personnes ont parfois de la difficulté à couvrir leurs besoins en fer. Un manque de fer dans votre organisme peut causer l'anémie. Vous vous sentirez alors fatigué, irritable et vous aurez le teint pâle.

Quoi faire pour absorber le maximum de fer ?

- ✓ Mangez au moins un aliment très riche en fer à tous les jours :
 - viandes rouges maigres : bœuf, agneau, porc, foie, veau ;
 - dinde et poulet ;
 - poissons et fruits de mer.
- ✓ Consommez régulièrement des aliments ayant une bonne teneur en fer :
 - légumineuses ;
 - pain, pâtes alimentaires et céréales à grains entiers ou enrichis ;
 - fruits séchés ;
 - œufs ;
 - légumes verts (épinards, brocolis, haricots verts, asperges, etc.).
- ✓ Ajoutez à vos repas des aliments riches en vitamine C :
 - fruits (agrumes, fraises, melons, kiwis, jus) ;
 - légumes (tomates, poivrons, navets, pommes de terre, brocolis, choux-fleurs, jus de légumes).
- ✓ Gare aux anti-fer : évitez de boire du thé ou du café pendant les repas. Attendez au moins une heure après le repas.
- ✓ Enrichissez vos aliments de fer en ajoutant des céréales pour bébé enrichies de fer à :
 - votre yogourt ;
 - votre pain de viande ;
 - votre préparation de muffins ou gâteau, etc.

- ✓ Si votre médecin vous a prescrit un supplément de fer :
 - il est préférable de le prendre l'estomac vide : à l'heure du coucher ou entre les repas ;
 - avalez le comprimé avec de l'eau ou un jus de fruits ;
 - évitez de le prendre avec du lait ou des suppléments de calcium.

- ✓ Exemple d'une journée riche en fer :
 - débutez votre journée avec un bol de céréales à grains entiers enrichies de fer, accompagné d'un verre de jus d'orange ;
 - au dîner et au souper, préparez-vous un repas à base de viande, volaille, foie ou poisson accompagné de légumes verts ;
 - au dessert ou à la collation, optez pour des gâteaux, biscuits ou muffins contenant de la farine de blé entier, des céréales de bébé enrichies de fer et des fruits séchés.

CONTINUEZ DE MANGER ÉQUILIBRÉ ET LE TOUR EST JOUÉ !

**MENU TYPE****DÉJEUNER**

PORTIONS	EXEMPLES
Fruit(s) ou jus de fruits	
Viande(s) ou substitut(s)	
Pain ou produits céréaliers	
ml (onces) Lait	
Matières grasses	
Thé, café ou tisane	

COLLATION A.M. : _____

DÎNER

PORTIONS	EXEMPLES
Soupe ou jus de légumes	
Viande(s) ou substitut(s)	
Légumes	
Pain ou produits céréaliers	
Matières grasses	
ml (onces) Lait	
Fruit	
Thé, café ou tisane	

COLLATION P.M. : _____

SOUPER

PORTIONS	EXEMPLES
Soupe ou jus de légumes	
Viande(s) ou substitut(s)	
Légumes	
Pain ou produits céréaliers	
Matières grasses	
ml (onces) Lait	
Fruit	
Thé, café ou tisane	

COLLATION SOIRÉE : _____

SUGGESTIONS DE RECETTES

Pour améliorer la densité protéino-énergétique

Lait fouetté choco-banane

125 ml (1/2 tasse) lait entier

125 ml (1/2 tasse) crème glacée

1 banane

15 ml (1 c. à table) sirop ou poudre de chocolat

30 ml (2 c. à table) poudre de lait

Bien mélanger tous les ingrédients au mélangeur électrique. Servir. La banane peut être remplacée par 125 ml (1/2 tasse) de fraises ou autres fruits de votre choix. Pour un lait fouetté plus énergétique, ajouter 15 ml (1 c. à table) d'huile de canola.

Donne 1 portion.

Lait fouetté

125 ml (1/2 tasse) lait entier

125 ml (1/2 tasse) crème glacée

30 ml (2 c. à table) poudre de lait

Vanille au goût

Bien mélanger tous les ingrédients au mélangeur électrique. Servir. Pour un lait fouetté plus énergétique, ajouter 15 ml (1 c. à table) d'huile de canola.

Donne 1 portion.

Cappuccino glacé

375 ml (1 1/2 tasse) lait entier

125 ml (1/2 tasse) crème glacée à la vanille

10 ml (2 c. à thé) café instantané

15 ml (1 c. à table) chocolat instantané en poudre

2 glaçons (facultatif)

Bien mélanger tous les ingrédients au mélangeur électrique.

Pour un lait fouetté plus énergétique, ajouter 30 ml (2 c. à table) d'huile de canola.

Donne 2 portions.

Yogourt à boire aux pêches

125 ml (1/2 tasse) yogourt

125 ml (1/2 tasse) lait entier

1/2 pêche en conserve, égouttée

Bien mélanger tous les ingrédients au mélangeur électrique.

Pour un lait fouetté plus énergétique, ajouter 15 ml (1 c. à table) d'huile de canola.

Donne 1 portion.

Potage enrichi

500 ml (2 tasses) soupe crème

120 g (4 onces) morceaux de viande, poulet ou poisson cuit

60 ml (¼ tasse) poudre de lait

Bien mélanger tous les ingrédients au mélangeur et mêler jusqu'à consistance lisse. Réchauffer.

Donne 2 portions.

Sauce blanche

30 ml (2 c. à table) beurre ou margarine

30 ml (2 c. à table) farine

250 ml (1 tasse) lait

Dans une casserole, faire fondre le beurre ou la margarine. Ajouter la farine et mélanger. Verser le lait et laisser épaissir en brassant constamment à feu doux.

Assaisonner au goût.

Donne 2 portions.

Au micro-ondes :

Dans une grande tasse de pyrex, mettre la margarine ou le beurre et la farine, couvrir et chauffer 1 minute à intensité élevée. Malaxer avec un fouet en y versant le lait froid ; chauffer à nouveau à intensité élevée pendant 1 minute et malaxer avec le fouet. Répéter la dernière opération jusqu'à texture désirée (2 ou 3 fois).

Pouding plus

1 sachet de préparation pour pouding instantané

625 ml (2½ tasses) lait entier

180 ml (¾ tasse) poudre de lait

Mettre les ingrédients dans le mélangeur et bien mêler. Réfrigérer. Pour un pouding plus énergétique, ajouter 30 ml (2 c. à table) d'huile de canola.

Donne 2 portions

Boisson veloutée aux fraises

125 ml (½ tasse) fraises surgelées

250 ml (1 tasse) jus d'orange

125 ml (½ tasse) yogourt aux fraises

125 ml (½ tasse) poudre de lait

Bien mélanger tous les ingrédients au mélangeur électrique.

Pour un lait fouetté plus énergétique, ajouter 30 ml (2 c. à table) d'huile de canola.

Donne 2 portions.

Annexe XI

Fiche de référence interne



FICHE DE RÉFÉRENCE INTERNE

_____	_____/_____/_____ Date de naissance	_____ No. dossier
_____		_____
Adresse		No. téléphone

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

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

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

Remarques: _____

Impression clinique: _____

Annexe XII

Formulaire « Histoire de chute antérieure »
(Tirée de Bégin, 2002)

Annexe XIII

Registre des chutes
(Tirée de Bégin, 2002)

Annexe XIV

Calendrier aide-mémoire pour le monitoring des chutes
(Tirée de Bégin, 2002)

MARS 2002

Nom et prénom : _____

NIP : _____

CLSC # : 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ()

Dossier # : _____

Date de naissance : ____/____/____

An Mois Jour

Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24 / 31	25	26	27	28	29	30

Nom de la clinique médicale : _____ Nom de l'intervenant : _____ No tél. : _____

Préciser sur le calendrier : OÙ est survenue la chute (à quel endroit) ? QUAND est-elle survenue (quel jour) ? COMMENT est-elle survenue (de quelle façon) ?

Annexe XV

**Questionnaire de Payette pour déterminer le besoin d'aide alimentaire
des personnes âgées et documents qui s'y rapportent
(Tirée de Bégin, 2002)**

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

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

TOTAL : _____

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

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

RISQUE NUTRITIONNEL - INSTRUCTIONS

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

1. Calcul de l'IMC

- Le poids est déclaré par le participant et la taille est mesurée par l'intervenant
- L'IMC est identifié avec l'outil à la page 74

2. La personne est maigre

- Après 65 ans, la gamme des poids-santé se situe d'un IMC de 24 à 29 inclusivement¹⁴⁶

3. Avez-vous perdu du poids au cours de la dernière année ?

- Le poids d'aujourd'hui est-il votre poids habituel ?
- Toute perte de poids est notée OUI

4. Souffrez-vous d'arthrite ou d'autres maladies qui nuisent à vos activités ?

- Autres maladies incapacitantes : arthrose, rhumatisme, Parkinson, fibromyalgie, etc.

Note : Le niveau d'incapacité physique ou la difficulté à se déplacer influence la capacité à se procurer les aliments, à préparer les repas ou à s'alimenter.

5. Même avec vos lunettes, est-ce que votre vue est...

- Encercler 1 (moyenne) si difficulté à lire
- Encercler 2 (faible) si difficulté à distinguer les aliments

6. Avez-vous bon appétit ? Réponse subjective du participant

7. Avez-vous vécu dernièrement un événement qui vous a beaucoup affecté ?

- Dernièrement fait référence aux trois derniers mois
- Autres exemples : déménagement, changement de personne ressource (parent ou intervenant)

Note : Certains événements peuvent influencer les comportements et les habitudes alimentaires.

8. La plupart du temps, que prenez-vous comme petit déjeuner ?

Il s'agit ici de la routine « habituelle » et non pas d'une journée en particulier

Cette question réfère aux quatre groupes alimentaires du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*

a) Fruits ou jus de fruits

Comprend : fruits frais, congelés, en conserve, compote, jus véritable, légumes et jus de légumes

Exclut : confitures, boissons, punchs, nectars et cocktails aux fruits

b) Oeuf ou fromage ou beurre d'arachides

Comprend : cretons, viandes froides, jambon, saucisses, fèves au lard, autres légumineuses, humus, etc.

Exclut : bacon

c) Pain ou céréales

Comprend : crêpes, bagels, muffins, croissants, riz, pâtes alimentaires, etc.

d) Lait

Comprend : lait, un verre ou plus que ¼ tasse dans le café, yogourt, milkshake, pouding ou dessert au lait, crème glacée

Exclut : crème, colorant à café (« coffee mate »)

Selon le résultat obtenu, les recommandations suivantes sont proposées :

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

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

PROCÉDURES D'INTERVENTION

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

ÉVALUATION NUTRITIONNELLE

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

OBJECTIFS DE L'INTERVENTION

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

RECOMMANDATIONS

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

CONCERTATION NUTRITIONNISTE / INTERVENANT DESIGNÉ

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

OUTILS DE TRAVAIL

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

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

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

COMMENT TROUVER VOTRE IMC

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

PAR EXEMPLE:

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

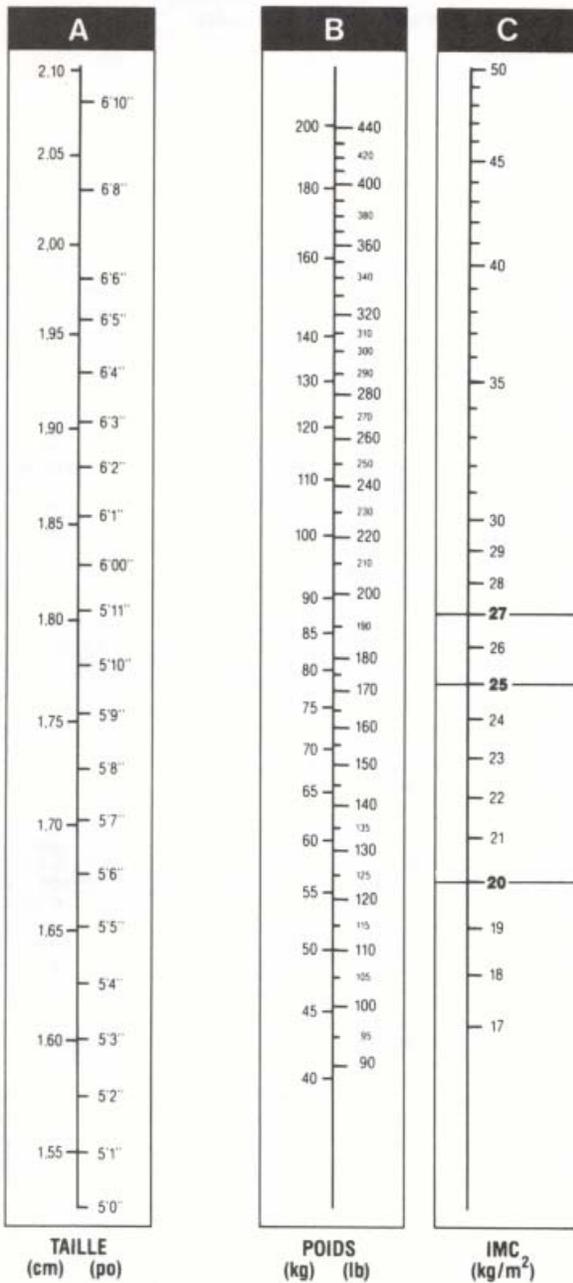
Moins de 20 : Un IMC inférieur à 20 pourrait être associé à des problèmes de santé chez certaines personnes. Il serait peut-être bon de consulter votre diététiste et votre médecin.

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

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

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

L'INDICE DE MASSE CORPORELLE



SI VOTRE IMC EST INFÉRIEUR À 20 OU SUPÉRIEUR À 27...

Il est temps de réduire vos risques de développer des problèmes de santé. Mais avant tout, il importe de savoir pourquoi vous n'êtes pas dans la gamme des poids-santé. Consultez votre diététiste et votre médecin.

Source : Le Groupe d'experts des normes pondérales, Santé et Bien-être social Canada.

L'IMC S'APPLIQUE À PRESQUE TOUT LE MONDE

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

Annexe XVI

Échelle d'équilibre de Berg et test Timed Up and Go
(Tirée de Bégin, 2002)

« Échelle de Berg » - Instructions

1. PASSER DE LA POSITION ASSISE À DEBOUT

Instructions : Veuillez vous lever en essayant de ne pas vous aider avec les mains

- (4) peut se lever sans l'aide des mains et garder son équilibre
- (3) peut se lever seul avec l'aide des mains
- (2) peut se lever en s'aidant de ses mains, après plusieurs tentatives
- (1) besoin d'un peu d'aide à se lever ou garder l'équilibre
- (0) besoin d'une aide modérée ou importante pour se lever

2. SE TENIR DEBOUT SANS APPUI

Instructions : Essayez de rester debout deux minutes sans perdre appui

- (4) peut rester debout sans danger pendant 2 minutes
- (3) peut tenir debout pendant 2 minutes, sous surveillance
- (2) peut tenir debout 30 secondes sans prendre appui
- (1) doit faire plusieurs tentatives pour tenir debout 30 secondes sans prendre appui
- (0) est incapable de tenir debout 30 secondes sans aide de quelqu'un

3. SE TENIR ASSIS, SANS APPUI, MAIS PIEDS AU SOL OU SUR UN TABOURET

Instructions : Asseyez-vous les bras croisés pendant 2 minutes

- (4) peut rester assis(e) 2 minutes sans danger
- (3) peut rester assis(e) 2 minutes, sous surveillance
- (2) peut rester assis(e) 30 secondes
- (1) peut rester assis(e) 10 secondes
- (0) incapable de rester assis(e) sans appui, 10 secondes

4. PASSER DE LA POSITION DEBOUT À ASSISE

Instructions : Veuillez vous asseoir

- (4) peut s'asseoir correctement en s'aidant légèrement des mains
- (3) contrôle la descente avec ses mains
- (2) contrôle la descente avec le derrière des jambes sur la chaise
- (1) s'assoit sans aide, sans contrôler la descente
- (0) a besoin d'aide pour s'asseoir

5. TRANSFERTS (Arranger les chaises pour un transfert pivot)

Instructions : Assoyez-vous sur le siège avec accoudoirs et ensuite sans accoudoirs. On peut utiliser deux chaises (l'une avec et l'autre sans accoudoirs) ou un lit et une chaise

- (4) exécute sans difficulté, en s'aidant un peu des mains
- (3) exécute sans difficulté, en s'aidant beaucoup des mains
- (2) exécute l'exercice moyennement des instructions verbales et surveillance
- (1) a besoin d'être aidé par quelqu'un
- (0) a besoin de l'aide / surveillance de deux personnes afin d'être sécuritaire

6. SE TENIR DEBOUT LES YEUX FERMÉS

Instructions : Fermez les yeux et restez immobile 10 secondes

- (4) peut se tenir debout sans appui
- (3) peut se tenir debout pendant 10 secondes sous surveillance
- (2) peut se tenir debout pendant 3 secondes
- (1) incapable de fermer les yeux plus de 3 secondes mais garde l'équilibre
- (0) a besoin d'aide à ne pas tomber

7. SE TENIR DEBOUT LES PIEDS JOINTS

Instructions : Placez vos pieds ensemble

- (4) peut joindre les pieds sans aide et rester 1 minute, sans danger
- (3) peut joindre les pieds sans aide et rester 1 minute, sous surveillance
- (2) peut joindre sans aide et rester debout moins de 30 secondes
- (1) a besoin d'aide à joindre les pieds mais peut tenir 15 secondes
- (0) a besoin d'aide pour exécuter l'exercice et ne peut se tenir debout plus de 15 secondes

8. DÉPLACEMENT VERS L'AVANT BRAS ÉTENDU (S)

Instructions : Levez le bras à 90°. Étendez les doigts et allez le plus loin possible vers l'avant

- (4) peut se pencher sans danger, 25 cm et plus

- (3) peut se pencher sans danger, 12,5 cm et plus, moins que 25 cm

- (2) peut se pencher sans danger, 5 cm et plus, moins que 12,5 cm

- (1) peut se pencher mais sous surveillance

- (0) a besoin d'aide à ne pas tomber

9. RAMASSER UN OBJET AU SOL

Instructions : Ramassez votre chaussure qui est devant vos pieds

- (4) peut ramasser sa chaussure facilement et sans danger
- (3) peut ramasser sa chaussure mais sous surveillance
- (2) ne peut ramasser, s'arrête à 2-5 cm de la chaussure et garde l'équilibre
- (1) ne peut pas ramasser sa chaussure, a besoin de surveillance
- (0) incapable d'essayer l'exercice / a besoin d'aide pour ne pas tomber

10. SE RETOURNER POUR REGARDER PAR-DESSUS L'ÉPAULE GAUCHE ET L'ÉPAULE DROITE

Instructions : Retournez-vous et regardez directement derrière vous par-dessus votre épaule gauche puis la droite

- (4) se retourne des deux côtés ; bon déplacement du poids
- (3) se retourne d'un côté seulement ; mais mauvais déplacement du poids de l'autre côté

- (2) se tourne de profil seulement en gardant son équilibre

- (1) a besoin de surveillance

- (0) a besoin d'aide à ne pas tomber

11. PIVOTER SUR PLACE

Instructions : Faites un tour complet de 360° et arrêtez, puis faites un autre tour complet de l'autre côté

- (4) peut tourner 360° sans danger de chaque côté, en moins de 4 secondes

- (3) peut tourner 360° sans danger d'un seul côté, en moins de 4 secondes

- (2) peut tourner 360° sans danger mais lentement

- (1) a besoin de surveillance ou de directives verbales

- (0) a besoin d'aide pour ne pas tomber

12. DEBOUT ET SANS SUPPORT, PLACEMENT ALTERNATIF D'UN PIED SUR UNE MARCHE OU UN TABOURET

Instructions : Placez en alternance un pied sur la marche ou un tabouret. Continuez jusqu'à ce que chaque pied ait touché le tabouret au moins 4 fois

- (4) peut se tenir sans appui, sans danger et toucher 8 fois en 20 secondes

- (3) peut se tenir debout sans appui et toucher 8 fois en plus de 20 secondes

- (2) peut toucher 4 fois sans aide et sous surveillance

- (1) ne peut toucher plus de 2 fois ; a besoin d'aide

- (0) a besoin d'aide pour ne pas tomber / ne peut faire l'exercice

13. SE TENIR DEBOUT SANS APPUI, UN PIED DEVANT L'AUTRE

Instructions : Placez un pied directement devant l'autre (faire une démonstration devant le sujet). Si impossible, faites un grand pas (pour obtenir trois points, la longueur du pas devra dépasser la longueur de l'autre pied et l'écart entre les pieds devra être à peu près l'équivalent d'un pas normal)

- (4) est capable de placer un pied directement devant l'autre sans aide et tenir la position 30 secondes

- (3) peut faire un grand pas sans aide et tenir la position 30 secondes

- (2) peut faire un petit pas sans aide et tenir la position 30 secondes

- (1) a besoin d'aide à faire un pas mais peut tenir 15 secondes

- (0) perd l'équilibre en faisant un pas ou en essayant de se tenir debout

14. SE TENIR DEBOUT SUR UNE SEULE JAMBE

Instructions : Tenez debout sur une seule jambe le plus longtemps possible, sans appui

- (4) peut lever une jambe sans aide et tenir plus de 10 secondes

- (3) peut lever une jambe sans aide et tenir de 5 à 10 secondes

- (2) peut lever une jambe sans aide et tenir 3 secondes ou plus

- (1) essaie de lever une jambe mais ne peut tenir la position plus de 3 secondes, mais reste debout, sans aide

- (0) ne peut exécuter l'exercice ou a besoin d'aide pour ne pas tomber

« Échelle de BERG » - Procédures et interprétation

Procédures d'application à suivre :

- Expliquer et démontrer les épreuves.
- Ne pas tenir le client lors du test.
- Le client porte ses chaussures habituelles.
- Le client choisit la jambe sur laquelle il va se tenir en équilibre unipodale (# 14) ainsi que celle qu'il placera à l'avant lors de l'épreuve pieds en tandem (# 13).
- Utiliser un banc de la hauteur d'une marche normale pour l'épreuve 12, soit 195 mm (7,75 pouces).
- Inscire la note la plus basse lorsque vous hésitez entre deux résultats.
- Aucune aide technique permise.

Résultats	Interprétations ¹	Recommandations (participant)
45 et plus / 56	Le résultat indique la non nécessité d'utiliser un accessoire à la marche.	Aucune référence. Remettre le programme d'exercices individuels.
31 à 44 / 56	Le résultat indique la nécessité d'utiliser un accessoire à la marche à l'extérieur ou pour les longues distances.	Participer au programme d'exercices de groupe. Remettre le programme d'exercices individuels. Référer en physiothérapie, s'il n'a pas d'accessoire à la marche.
20 à 30 / 56	Le résultat indique la nécessité d'utiliser un accessoire en tout temps	Référer en physiothérapie et, selon le cas, remettre le programme d'exercices individuels.

« Timed Up & Go » - Procédures et interprétation

Procédures d'application à suivre :

- Le client porte ses chaussures habituelles.
- On ne donne aucune assistance physique.
- Le client peut utiliser un accessoire de marche si nécessaire.
- Au début du test, le client est assis avec le dos appuyé au dossier de la chaise, les mains sont sur les appuis-bras.
- Mesurer une distance de 3 mètres du bout du pied du client, faire une marque.
- Consigne : à « GO », vous vous levez, vous marchez jusqu'à la ligne (à une vitesse confortable et sécuritaire), vous tournez et vous revenez vous asseoir sur la chaise.
- Faire un essai sans chronomètre pour permettre au client de se familiariser avec ce test.
- Demander au client de ne pas parler durant le test.
- Lors du test chronométré, partir le chronomètre lorsque le dos du client ne touche plus au dossier de la chaise et arrêter le chronomètre lorsque le dos revient s'appuyer au dossier de la chaise.

Résultats	Interprétations ¹	Recommandations (participant)
20 secondes et moins ²	Les sujets sont autonomes aux transferts de base et presque tous marchent seuls ou avec une canne. La majorité peut marcher 45 m (\pm 150 pieds), monter les escaliers et presque tous ont obtenu une vitesse de marche suffisante pour traverser la rue (50 cm / seconde).	Aucune référence. Remettre le programme d'exercices individuels.
21 à 29 secondes	Il s'agit d'une zone grise. Il y a beaucoup de variations dans l'équilibre, la vitesse de marche et la capacité fonctionnelle.	Participer au programme d'exercices de groupe. Remettre le programme d'exercices individuels. Référer en physiothérapie, s'il n'a pas d'accessoire à la marche.
30 secondes et plus	Ces sujets sont considérés comme plus dépendants. La plupart ont besoin d'aide pour le bain ou la douche. Presque aucun ne peut monter les escaliers sans assistance et aucun ne peut aller seul sur la rue.	Référer en physiothérapie et, selon le cas, remettre le programme d'exercices individuels.

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

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

Annexe XVII

**Outil de collecte de données sur les médicaments et de
dépistage de problèmes attribuables à leur consommation**
(Tirée de Bégin, 2002)

Dossier # : _____

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

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

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

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

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

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

Annexe XVIII

Outil d'évaluation de la consommation d'alcool
(Tirée de Bégin, 2002)

Annexe XIX

**Outil d'évaluation des facteurs de risque liés à
l'environnement du domicile**
(Tirée de Bégin, 2002)

Dossier # : _____

Évaluation des risques environnementaux - Pièces et aires du domicile ²	Cocher la réponse ³				
4. Chambre à coucher	Oui₁	Non₂	Refus₃	Nsp₇	Nap₈
a) Éclairage faible, obscurci ou éblouissant					
b) Carpettes mobiles, dans les aires de déplacement (couloir, etc.), nattes/paillassons, glissants ou obstacles					
c) Tapis avec bordures relevées ou obstacles					
d) Surface glissante si non recouverte d'un tapis					
e) Aires de déplacement non dégagées ; présence de petits objets, liquides, fils/cordons ou obstacles					
f) Hauteur du lit inappropriée					
g) Informations observées (Inscrire 1 sous « Oui ») / rapportées (Inscrire 2 sous « Non »)					
Commentaires :					
5. Salle de bain	Oui₁	Non₂	Refus₃	Nsp₇	Nap₈
a) Éclairage faible, obscurci ou éblouissant					
b) Carpettes mobiles, dans les aires de déplacement (couloir, etc.), nattes/paillassons, glissants ou obstacles					
c) Surface glissante si non recouverte d'un tapis					
d) Baignoire/douche avec surface glissante ; tapis ou bandes antidérapants non présents					
e) Barres d'appui non présentes dans la baignoire/douche					
f) Siège de toilette instable ou trop bas					
g) Informations observées (Inscrire 1 sous « Oui ») / rapportées (Inscrire 2 sous « Non »)					
Commentaires :					
6. Escaliers (Intérieur et extérieur)	Oui₁	Non₂	Refus₃	Nsp₇	Nap₈
a) Éclairage faible, obscurci ou éblouissant					
b) Interrupteurs non localisés au haut et au bas de l'escalier					
c) Éclairage de nuit non présent ou loin de l'escalier					
d) Main courante non présente, non solide ou ne dépasse pas la longueur de l'escalier					
e) Marches plus étroites (profondeur), hautes ou basses que les autres marches					
f) Marches ayant besoin de réparation ; instables ou recouvertes avec tapis mal fixés					
Commentaires :					
Résultats		Interprétations		Recommandations (au participant)	
Réponse « Non » à tous les éléments du domicile		Risque faible		Aucune référence	
Réponse « Oui » à au moins l'un des éléments du domicile Inscrire le nombre d'éléments problématiques, Total : _____ / 37		Risque modéré à élevé		Procéder aux mesures correctives recommandées Référer, selon le cas, en ergothérapie	
Signature de l'intervenant : _____			Date : _____		

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

ÉVALUATION ENVIRONNEMENTALE
Définitions normalisées pour certains dangers et autres termes

Danger environnemental

Toute condition qui, lorsque présente, résulte en :

1. Une position du corps exagérée ou perte d'équilibre ;
2. Un potentiel de glisser ou trébucher ; ou
3. Un appui du poids sur un matériau incapable de soutenir la charge ;

causant ainsi des chutes et des blessures.

PIÈCES

Salle de bain

Une pièce contenant au moins un des éléments suivants : bain, douche, lavabo ou toilette. Si la maison possède plus d'une salle de bain, évaluez la salle de bain la plus souvent utilisée par le participant.

Chambre à coucher

Une pièce ou un espace séparé meublé d'un lit et destiné principalement au sommeil. Évaluez la chambre à coucher du participant seulement.

Corridors et passages

Un corridor qui connecte une pièce de la maison à une autre. Encerclez « Oui » si le danger est présent dans n'importe lequel des passages ou corridors.

Cuisine

Une pièce ou aire séparée munie d'équipements et d'appareils pour cuisiner.

Salon ou vivoir

Une pièce ou un espace séparé utilisé pour des activités sociales comme regarder la télévision. Il n'est pas utilisé comme chambre à coucher.

PIÈCES SPÉCIFIQUES

SALLE DE BAIN

Tapis de bain

Un tapis en caoutchouc avec ventouses sur un côté. Le tapis est placé sur le plancher du bain ou de la douche avant usage pour empêcher que la personne ne glisse.

ÉVALUATION ENVIRONNEMENTALE
Définitions normalisées pour certains dangers et autres termes

SALLE DE BAIN (suite)

Barres d'appui

Barres utilisées comme aide pour entrer ou sortir du bain ou de la douche ou pour y changer de position. Les barres à serviettes et les porte-savons ne sont pas considérés comme des barres d'appui. Les barres d'appui qui sont localisées sur le mur du fond (mur le plus loin du point d'entrée) du bain ne sont pas considérées adéquates comme barres d'appui. Les barres d'appui peuvent également être près de la toilette pour aider à s'y asseoir ou à s'en relever.

Revêtement antidérapant

Un matériau de consistance caoutchouteuse ou rugueuse utilisé sur le plancher du bain ou de la douche. Le matériau augmente la friction, empêchant la personne de glisser sur le long de la surface mouillée.

Siège de toilette surélevé

Un siège de toilette d'au moins 50 mm (2 pouces) plus haut qu'un siège de toilette standard. Cette surélévation peut être intrinsèque à la toilette ou le résultat d'un instrument ou équipement qui soulève le siège de toilette.

CUISINE

Articles fréquemment utilisés

Incluent les conserves et la nourriture, la vaisselle, les chaudrons, etc. Sont considérés trop élevés si la personne doit faire une hyperextension du cou, doit grimper ou doit se tenir sur la pointe des pieds pour les atteindre. Sont considérés trop bas si ils sont plus bas que la hauteur de la taille.

SALON

Fauteuil bas

Évaluez le fauteuil dans lequel le participant s'assoit habituellement. Un fauteuil est considéré trop bas si, lorsque assise, la personne se retrouve avec les fesses plus bas que les genoux.

CHAMBRE À COUCHER

Hauteur du lit inappropriée

Les transferts debout-assis/assis-debout devraient être faciles ; lit ni trop haut ni trop bas pour le participant. Lorsque la personne s'assoit sur le lit, ses pieds devraient être plats sur le sol.

DANGERS GÉNÉRAUX

Pli de tapis

Un pli d'au moins un demi-pouce de hauteur dans un tapis, pouvant être dû à l'usure du tapis, à un plancher inégal ou à une installation inadéquate.

ÉVALUATION ENVIRONNEMENTALE
Définitions normalisées pour certains dangers et autres termes

DANGERS GÉNÉRAUX (suite)

Fauteuil dangereux

Un fauteuil pouvant bouger ou même basculer (se renverser) lorsqu'une personne s'y installe ou en sort. Souvent dû à des joints desserrés.

Désordre ou encombrement

Objets qui doivent être contournés ou qui limitent les déplacements dans une pièce. Tout objet dans la trajectoire de marche qui n'est pas considéré comme un meuble, une carpepe ou qui ne fait pas partie de la surface du plancher même peut être considéré comme un désordre (papiers, souliers, livres, etc.). Une patte de chaise ou une table à café qui rétrécissent la trajectoire de marche doivent être considérées comme un encombrement.

Cordons ou fils électriques

Fils électriques exposés (rallonges électriques, fils de lampe ou de téléphone) situés dans la trajectoire de marche d'une pièce.

Lumière éblouissante

Une lumière vive et déplaisante qui peut causer une cécité temporaire ou une fermeture partielle des yeux pendant que ces derniers s'ajustent (accommodation). La source est habituellement la lumière du soleil qui est réfléchiée dans du verre ou une autre surface brillante ou à travers des fenêtres faisant face au sud.

Veilleuse

Petite lumière allumée durant la nuit ou lorsqu'il fait noir. La lumière provenant d'un écran de télévision n'est pas considérée comme une veilleuse.

Carpette

Un morceau de tapis au sol, plus petit que l'aire de marche. Toute carpepe dans une trajectoire de marche est considérée comme un danger. Sont inclus les petites carpettes ou petits tapis tressés qui modifient la hauteur de la surface de marche ainsi que les paillasons, petits tapis ou carpettes sans matériau antidérapant ou caoutchouc à l'endos.

Autre danger susceptible de faire trébucher

Une caractéristique d'un objet (tapis, rallonge électrique) ou d'un plancher qui peut entraîner chez une personne une chute par perte d'équilibre. Il s'agit souvent d'une irrégularité du plancher ou d'un type de revêtement. Inclue un changement au niveau de la hauteur ou de la résistance de la surface de marche qui peut faire qu'une personne s'accroche l'orteil ou la semelle de chaussure brusquement. Pour représenter un danger, l'objet ou l'irrégularité doit être situé dans la trajectoire de marche. Des exemples : rebords de tapis, seuils de portes, tuiles de plancher lisses et rugueuses disposées en alternance, trous cachés dans le parterre dehors ou bosses et trous dans l'asphalte de l'entrée de garage.

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

Annexe XX

Fiche de prêt d'équipement de maintien à domicile
(Tirée de Bégin, 2002)

PRÊT D'ÉQUIPEMENT DE MAINTIEN À DOMICILE (MODÈLE)

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

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

ÉQUIPEMENT REQUIS

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

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

Ces équipements sont prêtés et demeurent la propriété du CLSC _____. Je comprends que l'article doit être rapporté à la date de retour prévue.

Je comprends que je dois remettre les équipements dans l'état où je les ai reçus, sinon j'assumerai les frais de remplacement ou de réparation de l'article que j'aurai endommagé.

DATE DU PRÊT : _____

SIGNATURE DU CLIENT OU DE SON RÉPONDANT : _____

SIGNATURE DE L'INTERVENANT : _____

SIGNATURE DE LA RESPONSABLE DES PRÊTS : _____

PRÊT D'ÉQUIPEMENT MAINTIEN À DOMICILE

Annexe XXI

**Lettre d'allocation d'aide financière forfaitaire à l'aménagement
du domicile ou à l'achat d'équipements sécuritaires
(Tirée de Bégin, 2002)**

Papier à lettres à en-tête du CLSC

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

Date

Nom du participant
Adresse

Objet : Attribution d'aide matérielle

Madame, Monsieur,

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

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

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

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

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

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

Signature du Chef d'administration
de programmes MAD

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

(Version anglaise disponible sur demande)

Annexe XXII

Formulaire « Critères d'admissibilité aux aménagements domiciliaires »
(Tirée de Bégin, 2002)

Critères⁷⁶ d'admissibilité financière aux aménagements domiciliaires

- L'utilisateur participe au projet-pilote sur la prévention des chutes à domicile.
- Au moins un aspect de l'environnement domiciliaire de l'utilisateur a été identifié comme une source potentielle de risque de chutes lors de la visite à domicile par l'intervenant désigné. Un équipement ou une modification ont été recommandés par l'intervenant désigné et il figure parmi la liste des équipements admissibles à un remboursement présentée ci-après.
- Le revenu du ménage du participant est supérieur aux seuils de faible revenu défini par le Programme de logements adaptés pour aînés autonomes (LAAA) de la Société d'habitation du Québec (le LAAA exclut les équipements). Dans le cas contraire, l'intervenant désigné réfère la demande à ce programme⁷⁷.
- L'aide financière maximale accordée est de 300 \$ par participant.
- Les équipements appartiennent au CLSC, à l'exception de ceux qui sont non récupérables, non revalorisés ou fixés au domicile (barre d'appui, main courante, etc.). Dans les cas où l'utilisateur déménage à l'intérieur de la région de Lanaudière, le CLSC d'origine avise le CLSC receveur du déménagement. Le CLSC d'origine transfère le dossier et le titre de propriété de l'équipement au CLSC receveur qui l'inscrit dans sa banque. Dans les cas où l'utilisateur déménage à l'extérieur de la région, le CLSC voit à la récupération des équipements fournis.
- Il y aura, au besoin, la création d'une liste d'attente des participants admissibles.
- Dans tous les cas, le CLSC est le dernier organisme payeur.

Modalités d'application pour le remboursement des équipements admissibles

- À la suite de l'autorisation par le supérieur immédiat, le CLSC pourra procéder à l'achat dudit équipement pour le compte de l'utilisateur ou celui-ci recevra un chèque à son nom sur présentation des pièces justificatives.
- L'argent doit servir uniquement à des aménagements domiciliaires et non à d'autres fins.
- À la suite du décès du participant, l'équipement fourni est retourné au CLSC (sauf pour l'équipement fixe au domicile).

Note : Le coût de la main-d'oeuvre est non comprise et aux frais de l'utilisateur, à l'exception de certains cas particuliers définis par le CLSC. De plus, dans le cas d'un locataire, les équipements qui modifient ou altèrent les murs, les planchers, les escaliers ou d'autres structures du domicile (barre d'appui, main courante, seuil de porte) doivent faire l'objet d'une entente écrite avec le propriétaire confirmant son autorisation ou son engagement financier à combler la différence (pièces et main-d'oeuvre).

Liste des équipements ou des modifications domiciliaires mineures admissibles

<p>Salle de bain</p> <ul style="list-style-type: none"> - Barre d'appui - Douche téléphone - Banc pour bain ou douche - Carpettes, tapis ou bandes antidérapants (bain, douche, plancher) - Siège surélevé pour toilette avec ou sans barre d'appui sécuritaire <p>Cuisine</p> <ul style="list-style-type: none"> - Carpettes antidérapantes <p>Chambre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Surélévation du lit - Barre d'appui pour lit <p>Toutes les pièces</p> <ul style="list-style-type: none"> - Veilleuse de nuit pour prise murale - Escabeau sécuritaire (un seul) ou banc - Matériel pour seuil de porte et couvre-plancher (biseau, languette, etc.) 	<p>Escaliers (intérieur/extérieur)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Main courante - Revêtement antidérapant <p>Balcon</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revêtement antidérapant du plancher <p>Entrées (intérieure/extérieure)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revêtement antidérapant du plancher <p>Allées extérieures (entrées, sauf véhicules routiers)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revêtement antidérapant pour la surface <p>Autres équipements</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desserte - Marchette - Quadripode - Chaise d'aisance - Protecteur de la hanche
---	---

Note : D'autres équipements peuvent être admissibles dans certains cas particuliers définis par le CLSC.

⁷⁶ Les critères d'admissibilité et les modalités d'application seront réévalués après la première année d'implantation et réajustés au besoin. De plus, l'aide et la participation financière des usagers devront respecter les règles budgétaires en vigueur définies par le MSSS.

⁷⁷ Les seuils de revenus maximums admissibles au programme LAAA varient selon la municipalité et la taille des ménages. Pour plus d'information, il faut communiquer avec la Société d'habitation du Québec.

Annexe XXIII

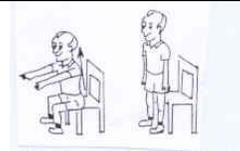
Programme d'exercices individuels
(Tirée de Bégin, 2002)

PROGRAMME D'EXERCICES INDIVIDUELS – JOUR 1
(Équilibre et motricité)

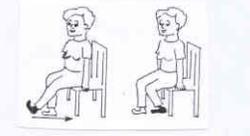
Quelques conseils avant les exercices

- Respirez normalement et expirez à l'effort sans jamais bloquer votre respiration.
- Les exercices ne devraient jamais vous causer de douleur.
- Évitez tout geste brusque.
- N'hésitez pas à prendre une pause ou un appui si nécessaire.
- Portez des chaussures confortables.
- Les exercices debout se font devant le comptoir avec une chaise derrière.

1. Assis au bord de la chaise, levez-vous et assoyez-vous lentement en essayant de ne pas vous tenir avec les mains. Répétez 10 fois.



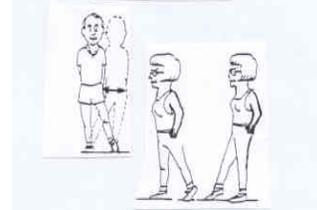
2. Assis au bord de la chaise, glissez le pied loin devant, puis ramenez-le sous la chaise en gardant le talon au sol. Répétez 10 fois avec chaque pied.



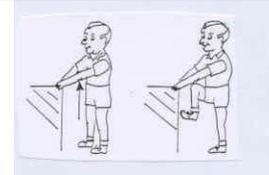
3. Debout devant le comptoir, marchez sur le côté en croisant les jambes pendant deux minutes en faisant des aller-retour.



4. Debout avec les pieds écartés de la largeur des épaules et les mains sur les hanches, balancez de droite à gauche 10 fois en soulevant légèrement les pieds. Répétez l'exercice précédent d'avant en arrière 10 fois.



5. Debout en se tenant au comptoir, pliez le genou le plus haut possible en remontant les orteils vers le haut. Répétez 10 fois de chaque côté.



N'hésitez pas à contacter votre thérapeute au besoin.

PROGRAMME D'EXERCICES INDIVIDUELS – JOUR 2
(Équilibre et motricité)

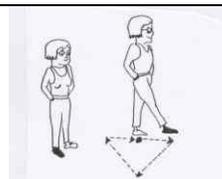
Quelques conseils avant les exercices

- Respirez normalement et expirez à l'effort sans jamais bloquer votre respiration.
- Les exercices ne devraient jamais vous causer de douleur.
- Évitez tout geste brusque.
- N'hésitez pas à prendre une pause ou un appui si nécessaire.
- Portez des chaussures confortables.
- Les exercices debout se font devant le comptoir avec une chaise derrière.

1. Debout avec les pieds légèrement orientés vers l'extérieur, pliez les genoux et le tronc vers l'avant, comme pour vous asseoir. Répétez 10 fois.



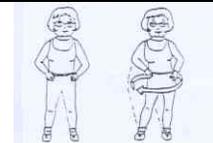
2. Debout, déposez le talon au sol devant, de côté et derrière le plus loin possible dans chacune des directions. Revenir à la position de départ. Répétez 10 fois de chaque côté.



3. Debout, déplacez-vous de côté en montant sur les orteils, puis en descendant sur les talons (comme pour danser le twist). Faire cet exercice pendant une minute.



4. Debout, tracez un cercle avec votre bassin. Répétez 10 fois de chaque côté.



5. Debout en vous tenant au comptoir, collez les pieds et maintenez cette position pendant une minute. Progressez en diminuant l'appui et en fermant les yeux _____ secondes.



N'hésitez pas à contacter votre thérapeute au besoin.

Nom : _____
No. Tél. : _____

Annexe XXIV

Programme d'exercices de groupe
(Tirée de Bégin, 2002)

PROGRAMME D'EXERCICES DE GROUPE
(Équilibre et motricité)

Durée d'une séance : 1 h 15

Fréquence : 1 fois par semaine pour 10 semaines

Le réchauffement général

10 minutes

Position : assise Répétition : 5

Région cervicale et membres supérieurs

Exercices :

1. Oui / Non / Indécis

Flexion antérieure de la tête (oui).
Rotations droite et gauche de la tête (non).
Inclinaison latérale droite et gauche de la tête (indécis).

2. Rétraction cervicale

Dos bien droit, reculez le menton vers l'arrière sans lever le nez en l'air.
Comme si vous vouliez faire un double menton.

3. Rétraction des épaules

Les bras le long du corps, faites des cercles avec les épaules vers l'arrière.

4. Je ne sais pas (élévation / abaissement)

Les bras le long du corps, élevez les épaules puis abaissez (comme si vous disiez je ne sais pas).

5. Prieuse

Les mains jointes en prière, levez les bras verticalement au-dessus de la tête, redescendez en prière, puis étendez les bras devant vous.

6. Rotation des poignets

7. Ouvrir et fermer les mains

PROGRAMME D'EXERCICES DE GROUPE (suite)

Tronc

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

Membres inférieurs

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

PROGRAMME D'EXERCICES DE GROUPE (suite)

Exercices d'équilibre

30 minutes

Position : debout Répétition : à progresser

1. Squat

Faire 5 levées de la chaise en se tenant le moins possible.

Progression : Aller jusqu'à 10 répétitions et en tentant de ne pas utiliser les mains.

2. Debout yeux fermés

Se tenir debout les yeux fermés les pieds écartés de la largeur des épaules avec appui pendant 10 secondes.

Progression : Joindre les pieds, diminuer l'appui, augmenter le temps.

3. Regarder des 2 côtés

Pieds écartés de la largeur des épaules, mains en appui, regarder vers l'arrière vers la droite puis vers la gauche.

Progression : Sans appui.

4. Cloche latérale

Pieds écartés de la largeur des épaules, balancer de droite à gauche en soulevant légèrement les pieds.

5. Cloche avant-arrière

Pied droit en avant, pied gauche en arrière, balancez de l'avant vers l'arrière en soulevant légèrement les pieds.

Refaire avec pied gauche devant et droit derrière.

6. Pieds écartés de la largeur des épaules, balancer le corps de l'avant vers l'arrière sans déplacer les pieds.

7. Funambule

Appui à la chaise, placer un pied devant l'autre (sur une même ligne), tenir 30 secondes.

Progression : Diminuer l'appui, augmenter le temps.

8. Passer le balai

Pieds écartés de la largeur des épaules, balancer les bras d'avant arrière, puis de gauche à droite pendant 1 minute.

Progression : coller les pieds, augmenter le temps.

9. 360 degrés

Tourner sur place vers la droite, puis vers la gauche. 1 fois de chaque côté.

10. En appui à la chaise, balancer la jambe d'avant arrière puis de droite à gauche.

11. Houla-oup

En appui, faire des rotations du bassin des 2 côtés.

Progression : mains aux hanches.

12. Abduction de la hanche

De côté à la chaise, lever la jambe de côté et redescendre.

13. Triangle

Pieds à la largeur des épaules, déposer le pied droit devant, de côté et derrière et revenir au centre. Répétez avec le pied gauche.

14. Marche

Disposer les chaises en rond, marche autour des chaises : à grands pas, à petits pas, sur la pointe des pieds, sur les talons, à reculons, en latéral, en fléchissant les genoux (fentes avant).

PROGRAMME D'EXERCICES DE GROUPE (suite)

Exercices renforcement assis

Répétitions : 10

15. Berceuse
Assis au bout de la chaise, bras en croisés, allez lentement toucher le dossier de la chaise avec le dos et revenir en position assise sans soulever les pieds du sol.
16. Push-up
Les mains sur les appuis-bras, soulever légèrement les fesses du siège en dépliant les coudes.
17. Fessiers
Serrez les fesses ensemble de toute vos forces, tenir 5 secondes et relâchez.
18. Extenseurs dorsaux
Assis au bout de la chaise, mains sur les genoux, redressez le tronc bien droit, épaules en arrière, menton rentré. Tenir 1 minute.
19. Jeux de pieds
Tapez du pied, tapez du talon, alterner talon / orteils, augmentez et diminuez la cadence et le nombre de répétitions.
20. Ski de fond
Pieds au sol, talons aussi, faites glisser les pieds en avant en arrière de façon alternée. Faites de grands mouvements lents et/ou de petits mouvements rapides.

Exercices jeux en groupe

15 minutes

Activités sous forme de jeux où les participants entrent en interaction entre eux. Activités pouvant se pratiquer en position assise ou debout. Jeux pouvant nécessiter du matériel selon la disponibilité de chacun. Les activités seront variées d'une séance à l'autre et le choix en revient au thérapeute animateur.

Relaxation

5 minutes

La relaxation est un moment de repos qui permettra aux participants de récupérer. Cela permet au rythme cardiaque de redescendre et au rythme respiratoire de se régulariser. Ce 5 minutes pourra à la guise du thérapeute animateur, comprendre des mouvements d'étirements, des respirations, des prises de conscience du travail accompli lors de la séance, ou simplement un moment de silence les yeux fermés.

PROGRAMME D'EXERCICES DE GROUPE (suite)

Capsules d'information

15 minutes

Sujets traités

- Les auxiliaires à la marche (par exemple : hauteur, la condition, les types)
- Prendre soin de votre dos
- La fracture de la hanche
- La douleur (glace ou chaleur, positionnement, exercices)
- Chaussures (par exemple : antidérapant, talon, soutien cheville, orthèses, santé des pieds)
- Ressources dans le réseau (Popotte, système de sécurité, association, aides domiciliaires)
- Prévention des chutes discussion / échanges (Jeux de Bingo sur le sujet)¹
- Médication (par exemple : interactions, heure de prise, les oublis, les produits naturels, inviter une infirmière)
- Ostéoporose
- Sondage satisfaction

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

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

Annexe XXV

Fiche de liaison CLSC
(Tirée de Bégin, 2002)



No de dossier

Nom, prénom à la naissance

Nom usuel

SOINS À DOMICILE

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

Rendez-vous date : _____ Heure : _____

Rapport de l'intervenant consultant:

Date : _____ Signature : _____

Observations et ordonnances de l'intervenant consulté:

Date : _____ Signature : _____

Prochain rendez-vous _____

SOINS À DOMICILE - FICHE DE LIAISON

Annexe XXVI

« Lettre de référence médicale »
(Tirée de Bégin, 2002)

LETTRÉ DE RÉFÉRENCE MÉDICALE (MODÈLE)

Date

Nom de la clinique médicale

Nom du médecin

Adresse

Nom de l'usager : _____

Adresse : _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____
An Mois Jour

N° RAMQ : _____

**Objet : Projet de prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées
Révision de la médication ou de la consommation d'alcool**

Docteur,

La présente est pour vous informer de la participation de votre client, M., Mme _____ au projet-pilote régional de prévention des chutes à domicile, chez les personnes âgées de 65 ans et plus inscrites au service de maintien à domicile.

Le projet vise à réduire l'incidence des chutes chez cette clientèle, en effectuant, aux six mois, un dépistage de cinq facteurs de risque associés aux chutes à domicile : l'état nutritionnel, l'équilibre et la motricité, la consommation de médicaments, la consommation d'alcool et l'environnement domiciliaire, ainsi qu'un suivi téléphonique mensuel de la condition.

Comme vous êtes un partenaire essentiel dans le processus d'intervention, vous serait-il possible de réviser avec lui ou elle, la consommation de médicaments () ou la consommation d'alcool (), car les résultats obtenus lors du dépistage des facteurs de risque de chutes suggèrent que sa situation présente un tel risque. Vous trouverez, ci-joint, la fiche d'évaluation de la consommation de médicaments () ou de la consommation d'alcool () ainsi qu'une fiche de liaison vous permettant de nous retourner vos commentaires.

Voici des symptômes, données observés ou informations en lien avec ce patient :

Vous remerciant de votre collaboration, recevez l'expression de mes sentiments distingués.

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

Annexe XXVII

Formulaire « Synthèse des résultats de l'évaluation domiciliaire »
(Tirée de Bégin, 2002)

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

Commentaires :

Dossier # : _____

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

Annexe XXVIII

Tableau de bord du suivi des participants
(Tirée de Bégin, 2002)

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

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

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

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

6.2 TABLEAU DE BORD DU SUIVI DES PARTICIPANTS	Nom et prénom : _____					NIP : _____
	CLSC # : 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () Dossier # : _____					
Date de naissance : _____ / _____ / _____			Date de fin de participation au projet : _____ / _____ / _____			Code de cessation : _____
An Mois Jour			An Mois Jour			
ÉTAPES						
3° évaluation			Suivi			
- 5° visite à domicile - Suivi et réévaluation (six mois après la 3° visite) - Durée : 1,5 heure à 3 heures			- 6° visite à domicile - Un mois après 5° visite - Durée : 1 heure		- Suivi téléphonique - Deux mois après la 5° visite - Durée : 20 minutes	
Date : ____/____/____ 12° mois an/mois/jour			Date : ____/____/____ 13° mois an/mois/jour		Date : ____/____/____ 14° mois an/mois/jour	Date : ____/____/____ 15° mois an/mois/jour
Date : ____/____/____ 16° mois an/mois/jour			Date : ____/____/____ 17° mois an/mois/jour		Date : ____/____/____ 17° mois an/mois/jour	
Suivi (cochez ¹)		Résultats réévaluation (Facteurs de risque)	Recommandations acceptées (cochez)		Suivi (cochez ¹)	
C EC NA A			C EC NA A		C EC NA A	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄		État nutritionnel « Payette »	()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄		Équilibre/motricité « Berg »	()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄		« TUG »	()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄		Médicaments	()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄		Alcool	()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄		Environnement domiciliaire	()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ () ₂ () ₃ () ₄	
() ₁ () ₂ () ₃ () ₄			()		() ₁ ()<	

6.2 TABLEAU DE BORD DU SUIVI DES PARTICIPANTS	Nom et prénom : _____					NIP : _____
	CLSC # : 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () Dossier # : _____					
Date de naissance : ____/____/____			Date de fin de participation au projet : ____/____/____			Code de cessation : _____
An Mois Jour			An Mois Jour			
ÉTAPES						
4° évaluation			Suivi			
- 7° visite à domicile - Suivi et réévaluation (six mois après la 5° visite) - Durée : 1,5 heure à 3 heures			- 8° visite à domicile - Un mois après 7° visite - Durée : 1 heure		- Suivi téléphonique - Deux mois après la 7° visite - Durée : 20 minutes	
Date : ____/____/____ 18° mois an/mois/jour			Date : ____/____/____ 19° mois an/mois/jour		Date : ____/____/____ 20° mois an/mois/jour	Date : ____/____/____ 21° mois an/mois/jour
Suivi (cochez ¹)		Résultats réévaluation (Facteurs de risque)	Recommandations acceptées (cochez)		Suivi (cochez ¹)	
C	EC	NA	A	C	EC	NA
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1	()	2	()	3	()
()	1					

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

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

6.2 TABLEAU DE BORD DU SUIVI DES PARTICIPANTS	Nom et prénom : _____					NIP : _____									
	CLSC # : 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () Dossier # : _____														
	Date de naissance : ____/____/____			Date de fin de participation au projet : ____/____/____		Code de cessation : _____									
	An	Mois	Jour		An	Mois	Jour								
ÉTAPES															
6° évaluation				Suivi											
- 11° visite à domicile - Suivi et réévaluation (six mois après la 9° visite) - Durée : 1,5 heure à 3 heures				- 12° visite à domicile - Un mois après 11° visite - Durée : 1 heure		- Suivi téléphonique - Deux mois après la 11° visite - Durée : 20 minutes									
Date : ____/____/____ 30° mois an/mois/jour				Date : ____/____/____ 31° mois an/mois/jour		Date : ____/____/____ 32° mois an/mois/jour	Date : ____/____/____ 33° mois an/mois/jour	Date : ____/____/____ 34° mois an/mois/jour	Date : ____/____/____ 35° mois an/mois/jour						
Suivi (cochez ¹) C EC NA A		Résultats réévaluation (Facteurs de risque)		Recommandations acceptées (cochez)		Suivi (cochez ¹) C EC NA A		Suivi (cochez ¹) C EC NA A		Suivi (cochez ¹) C EC NA A		Suivi (cochez ¹) C EC NA A		Suivi (cochez ¹) C EC NA A	
()1()2()3()4		État nutritionnel « Payette »		a) Référence à la nutritionniste		() ()1 ()2 ()3 ()4		()1 ()2 ()3 ()4		()1 ()2 ()3 ()4		()1 ()2 ()3 ()4		()1 ()2 ()3 ()4	
()1()2()3()4 ()1()2()3()4 ()1()2()3()4		Équilibre/motricité « Berg » « TUG »		b) Programme exercices individuels c) Programme exercices de groupe d) Référence en physiothérapie		() ()1 ()2 ()3 ()4 () ()1 ()2 ()3 ()4 () ()1 ()2 ()3 ()4		()1 ()2 ()3 ()4 ()1 ()2 ()3 ()4 ()1 ()2 ()3 ()4		()1 ()2 ()3 ()4 ()1 ()2 ()3 ()4 ()1 ()2 ()3 ()4		()1 ()2 ()3 ()4 ()1 ()2 ()3 ()4 ()1 ()2 ()3 ()4		()1 ()2 ()3 ()4 ()1 ()2 ()3 ()4 ()1 ()2 ()3 ()4	
()1()2()3()4 ()1()2()3()4 ()1()2()3()4		Médicaments		e) Référence au personnel infirmier f) Consultation du pharmacien g) Référence au médecin traitant		() ()1 ()2 ()3 ()4 () ()1 ()2 ()3 ()4 () ()1 ()2 ()3 ()4		()1 ()2 ()3 ()4 ()1 ()2 ()3 ()4 ()1 ()2 ()3 ()4		()1 ()2 ()3 ()4 ()1 ()2 ()3 ()4 ()1 ()2 ()3 ()4		()1 ()2 ()3 ()4 ()1 ()2 ()3 ()4 ()1 ()2 ()3 ()4		()1 ()2 ()3 ()4 ()1 ()2 ()3 ()4 ()1 ()2 ()3 ()4	
()1()2()3()4 ()1()2()3()4		Alcool		h) Référence service psychosocial i) Référence au médecin traitant		() ()1 ()2 ()3 ()4 () ()1 ()2 ()3 ()4		()1 ()2 ()3 ()4 ()1 ()2 ()3 ()4		()1 ()2 ()3 ()4 ()1 ()2 ()3 ()4		()1 ()2 ()3 ()4 ()1 ()2 ()3 ()4		()1 ()2 ()3 ()4 ()1 ()2 ()3 ()4	
()1()2()3()4 ()1()2()3()4		Environnement domiciliaire		j) Cuisine k) Vestibule, entrée, corridor, etc. l) Salon m) Chambre à coucher n) Salle de bain o) Escaliers p) Autres q) Référence en ergothérapie		() ()1 ()2 ()3 ()4 () ()1 ()2 ()3 ()4 () ()1 ()2 ()3 ()4 () ()1 ()2 ()3 ()4 () ()1 ()2 ()3 ()4 () ()1 ()2 ()3 ()4 () ()1 ()2 ()3 ()4 () ()1 ()2 ()3 ()4		()1 ()2 ()3 ()4 ()1 ()2 ()3 ()4		()1 ()2 ()3 ()4 ()1 ()2 ()3 ()4		()1 ()2 ()3 ()4 ()1 ()2 ()3 ()4		()1 ()2 ()3 ()4 ()1 ()2 ()3 ()4	
Aucune chute ()				Aucune chute ()				Aucune chute ()		Aucune chute ()		Aucune chute ()		Aucune chute ()	
Commentaires :															
Signature de l'intervenant : _____ Date : _____															

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

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

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

Annexe XXIX

Modélisation linéaire structurale et données longitudinales
(Tirée de Bégin, 2002)

Hello,

There are several SEM approaches to longitudinal data. A popular method is latent growth modeling (LGM; Duncan et al 1999, Muthen and Curran 1997). An alternative would be McArdle's dynamic change model formulation (or latent change score model; McArdle, 2002). Under certain parameterizations, the LGM and methods more commonly encountered in epidemiology mixed effect models produce equivalent results (see a very useful page maintained by Patrick Curran with worked examples in multiple frameworks <http://www.unc.edu/%7Ecurran/example.html>).

I don't think LGM and latent change scores would be any different in your situation, because you only have two observations which is really not sufficient for growth and change modeling approaches that SEM is typically well suited. A change score or questions regarding incidence may be more appropriate to your design.

Said differently, I would be suspicious of any LDA approach to pre/post designs in any circumstance other than a randomized experiment. You will want to consult a wonderful text by the gurus of LDA (Singer and Willet, 2003) and a classic summary of the problems with change score analysis offered by David Rogossa (1988). Singer and Willet caution that a longitudinal design that is capable of informing about change has no fewer than three repeated observations.

Hope these resources are useful to you

- Rich Jones
jones@hrca.harvard.edu

- Duncan, T. E., Duncan, S. C., Strycker, L. A., Li, F., & Alpert, A. (1999). An introduction to latent variable growth curve modeling : concepts, issues and applications. Mahwah, New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- McArdle, J., & Hamagami, F. (2002). Latent difference score structural equation models for linear dynamic analyses with incomplete longitudinal data. In L. Collins & A. Sayer (Eds.), *New methods for the analysis of change* (pp. 137-176). Washington, D.C. : American Psychological Association.
- Muthén, B., & Curran, P. (1997). General longitudinal modeling of individual differences in experimental designs : a latent variable framework for analysis and power estimation. *Psychological Methods*, 2(4), 371-402.
- Singer, J.D., & Willett, J.B. (2003). *Applied longitudinal data analysis : Modeling change and event occurrence*. New York : Oxford University Press.
- Rogosa, D. (1988). Myths about longitudinal research. In K. Schaie, R. Cambell, W. Meredith & S. Rawlings (Eds.), *Methodological issues in aging research* (pp. 171-209). New York : Springer Publishing Company.

>>> bernard-simon_leclerc@ssss.gouv.qc.ca 5/26/2005 3:58:07 PM >>>

Hello,

Can somebody suggest to me a structural equation model approach for longitudinal data with pre-post intervention. Any suggestion (and example of application) on your part would be appreciated.

Bernard-Simon Leclerc, M.Sc., Ph.D. (candidate)
University of Montreal
and
Department of Public Health
Lanaudière Agency of Health and Social Services
245, Curé-Majeau Street
Joliette, Québec, Canada
email : Bernard-Simon_Leclerc@ssss.gouv.qc.ca

Annexe XXX

**Schémas d'entrevue pour les médecins,
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 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 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 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).

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

- 1.17. Définissez brièvement vos fonctions au CLSC.
- 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 votre CLSC s'occupe 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 votre CLSC ?
- 1.21. 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

- 1.22. 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 ?
- 1.23. 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 ?
- 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 représente-t-elle, 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 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

- 1.27. 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 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 ?
- 1.28. 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 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 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 & Rollnick, 1991).

Annexe XXXI

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 constituante 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 CLSC et en soutien à domicile en général 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 du personnel de recherche

Date

Annexe XXXII

Questionnaire autoadministré

**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 promotion 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 !

Nous voudrions d'abord en connaître davantage sur votre expérience professionnelle.

1. À quelle tranche d'âge appartenez-vous ?
- | | |
|----------------|--------------------------|
| 18 à 29 ans | <input type="checkbox"/> |
| 30 à 39 ans | <input type="checkbox"/> |
| 40 à 49 ans | <input type="checkbox"/> |
| 50 ans ou plus | <input type="checkbox"/> |
2. Quel est votre sexe ?
- | | | | |
|----------|--------------------------|---------|--------------------------|
| Masculin | <input type="checkbox"/> | Féminin | <input type="checkbox"/> |
|----------|--------------------------|---------|--------------------------|
3. Quel est le plus haut diplôme que vous avez obtenu ?
- | | |
|---|--------------------------|
| DEC | <input type="checkbox"/> |
| Certificat | <input type="checkbox"/> |
| Baccalauréat | <input type="checkbox"/> |
| Maîtrise | <input type="checkbox"/> |
| Doctorat | <input type="checkbox"/> |
| Autres (<i>Spécifiez svp</i>) : _____ | |
4. Quelle est votre profession ?
- | | |
|---|--------------------------|
| Infirmière | <input type="checkbox"/> |
| Nutritionniste | <input type="checkbox"/> |
| Ergothérapeute | <input type="checkbox"/> |
| Physiothérapeute | <input type="checkbox"/> |
| Thérapeute en réadaptation physique | <input type="checkbox"/> |
| Médecin | <input type="checkbox"/> |
| Autres (<i>Spécifiez svp</i>) : _____ | |
5. Depuis combien de temps exercez-vous cette profession ? _____
6. Quel poste occupez-vous présentement au CLSC ? _____
7. Depuis combien de temps occupez-vous ce poste au CLSC ? _____
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"/>				