

Direction régionale de santé publique

ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION DES
PROGRAMMES

ÉquiLIBRE ET MARCHÉ

DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE

Rapport régional



**ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION
DES PROGRAMMES**

ÉquiLIBRE ET MARCHÉ

**DANS LA RÉGION
DE LA CAPITALE-NATIONALE**

Rapport régional

Direction régionale de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux
de la Capitale-Nationale

Rapport rédigé en 2012
Édité et diffusé en 2015

Auteures :

Michèle Paradis
Équipe Évaluation et système de soins et de services

Judith Rose-Maltais
Équipe Sécurité dans les milieux de vie/Vieillessement en santé

Ce document est disponible seulement en version électronique à l'adresse Internet
www.dspq.qc.ca, section Documentation, rubrique Publications

Le genre masculin est utilisé dans ce document et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015
ISBN: 978-2-89616-239-0 (version électronique)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM.

La reproduction de ce document est permise, pourvu que la source en soit mentionnée.

Référence suggérée :
PARADIS, M., et J. ROSE-MALTAIS. *Évaluation de l'implantation des programmes ÉquiLIBRE et MARCHE dans la région de la Capitale-Nationale*, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2015, 208 p.

© Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

REMERCIEMENTS

L'évaluation d'implantation des programmes ÉquiLIBRE et Mobilisation auprès des Aînés pour Réduire les CHutes dans l'Environnement domiciliaire (MARCHE) s'est réalisée sur plusieurs années. En effet, un regard évaluatif s'est imposé dès le début de l'implantation. Ainsi, nous tenons à remercier plusieurs collaborateurs qui ont contribué, chacun à leur façon, à la réalisation de cette évaluation.

Mentionnons d'abord les instigatrices du Continuum de services en prévention des chutes, Denise Gagné et Catherine Gagnon, qui ont pris l'initiative de l'ensemble des travaux en prévention des chutes. Nous remercions aussi les collègues qui ont fait partie et ceux qui sont actuellement membres de l'équipe de prévention des chutes à la Direction régionale de santé publique (DRSP) : Pervine Bashir, France Dionne, Julie Hins, Mélanie Lafrance, Marie-Claude Messely et Sylvie Roy; également, Amélie Bédard, Monique Rainville et Claude Rossi de la DRSP, qui ont collaboré aux collectes de données. De plus, nos remerciements s'adressent à Pierre Maurice et André Tourigny, qui ont porté un regard critique sur les orientations régionales en prévention des chutes, de même qu'à Lise Cardinal, Denise Gagné et Sylvie Roy, qui formaient le comité de suivi de l'évaluation à la DRSP.

Nous souhaitons souligner l'apport important des intervenants et gestionnaires des centres de santé et de services sociaux (CSSS) de Charlevoix, de Portneuf, de Québec-Nord et de la Vieille-Capitale, de même que ceux des Services communautaires de langue anglaise (SCLA) Jeffery Hale – Saint Brigid's, qui ont accueilli ÉquiLIBRE et MARCHE dans leurs établissements et les ont intégrés à leurs pratiques. Grâce à eux, ces programmes sont désormais offerts à la population âgée sur tout le territoire de la Capitale-Nationale.

Un remerciement tout spécial va aux membres des équipes de ces établissements, qui ont accepté d'être suivis de près au cours des dernières années et qui ont donné de leur temps pour participer aux entrevues, permettant ainsi d'enrichir, au fil des années, le matériel recueilli pour documenter l'implantation. Vos noms ne seront pas mentionnés, non seulement pour respecter la confidentialité, mais aussi parce que vous êtes nombreux à avoir répondu à l'appel.

RÉSUMÉ

Le programme d'exercices ÉquiLIBRE et le programme MARCHE visent à prévenir les chutes chez les aînés. Ce rapport présente les résultats de l'évaluation de l'implantation de ceux-ci dans la région de la Capitale-Nationale.

Le portrait de l'implantation des programmes ÉquiLIBRE et MARCHE dans les établissements de santé et de services sociaux a été dressé à partir d'une collecte de données rétrospectives et de rencontres de validation. De plus, des entrevues dirigées à questions ouvertes ont été menées auprès des gestionnaires locaux en prévention des chutes ainsi qu'auprès des intervenants ÉquiLIBRE et MARCHE, afin d'explorer les conditions favorables et les obstacles à l'implantation de ces programmes au sein de leur organisation respective. Les conditions et les étapes d'implantation ont été analysées à l'aide du cadre conceptuel de Scheirer (1981) et de Roberts-Gray et Scheirer (1988).

Tous les établissements atteignent les cibles et respectent les paramètres prescrits pour le programme ÉquiLIBRE. Pour le programme MARCHE, des améliorations sont à apporter par quelques milieux quant à l'atteinte de la cible. Toutefois, la majorité des paramètres définis par ce dernier programme sont respectés dans la plupart des milieux. Les données font ressortir la présence d'un grand nombre des conditions d'implantation du cadre conceptuel. Les principaux obstacles concernent les changements de rôles dans l'intégration d'ÉquiLIBRE et de MARCHE aux routines de travail.

Des recommandations sont émises en vue d'atteindre une implantation optimale de ces programmes.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|-----|
| Liste des figures et des tableaux | 9 |
| Liste des sigles et des acronymes | 11 |
| Introduction | 13 |
| I. Problématique à l'étude | 15 |
| 1.1. Le vieillissement de la population | 15 |
| 1.2. La problématique des chutes chez les personnes âgées | 16 |
| 1.3. La prévention des chutes : un thème de santé publique | 17 |
| 1.4. La prévention des chutes dans la région de la Capitale-Nationale..... | 19 |
| 1.4.1. Le programme ÉquiLIBRE | 24 |
| 1.4.2. Le programme MARCHE | 27 |
| 1.5. Question d'évaluation..... | 29 |
| II. Cadre conceptuel..... | 31 |
| 2.1. Concepts à l'étude..... | 31 |
| 2.2. Présentation du cadre conceptuel..... | 31 |
| 2.2.1. Conditions favorables à l'implantation..... | 31 |
| 2.2.2. Étapes d'implantation | 34 |
| III. Objectifs de l'évaluation..... | 37 |
| 3.1. Objectif général | 37 |
| 3.2. Objectifs spécifiques | 37 |
| 3.3. Retombées prévues | 37 |
| IV. Démarche méthodologique | 39 |
| 4.1. Population à l'étude..... | 39 |
| 4.2. Collecte et analyse des données pour l'atteinte des objectifs | 39 |
| 4.2.1. Objectif spécifique 1 – Sous-point 1.1..... | 39 |
| 4.2.2. Objectif spécifique 1 – Sous-points 1.2. et 1.3..... | 40 |
| 4.2.3. Objectif spécifique 2..... | 42 |
| 4.3. Diffusion des résultats | 43 |
| 4.4. Considérations éthiques..... | 43 |
| V. Présentation et analyse des résultats | 45 |
| 5.1. Atteinte des cibles | 45 |
| 5.1.1. Programme ÉquiLIBRE | 45 |
| 5.1.2. Programme MARCHE | 46 |
| 5.2. Paramètres des programmes..... | 48 |
| 5.2.1. Programme ÉquiLIBRE | 48 |
| 5.2.2. Programme MARCHE | 50 |
| 5.3. Modalités de fonctionnement | 54 |
| 5.3.1. Programme ÉquiLIBRE | 54 |
| 5.3.2. Programme MARCHE | 58 |
| 5.4. Conditions d'implantation observées | 63 |
| 5.4.1. Programme ÉquiLIBRE – Niveau macro..... | 64 |
| 5.4.2. Programme ÉquiLIBRE – Niveau intermédiaire..... | 77 |
| 5.4.3. Programme ÉquiLIBRE – Niveau individuel..... | 90 |
| 5.4.4. Programme MARCHE – Niveau macro..... | 100 |

| | |
|--|-----|
| 5.4.5. Programme MARCHE – Niveau intermédiaire..... | 112 |
| 5.4.6. Programme MARCHE – Niveau individuel..... | 124 |
| 5.5. Étapes d'implantation franchises | 135 |
| 5.5.1. Programme ÉquiLIBRE | 135 |
| 5.5.2. Programme MARCHE | 137 |
| VI. Discussion | 139 |
| 6.1. Critères d'inclusion et d'exclusion | 139 |
| 6.2. Considérations générales | 140 |
| 6.3. Niveau macro (politique et stratégique : les organisations) | 140 |
| 6.3.1. Procédures | 140 |
| 6.3.2. Ressources..... | 142 |
| 6.3.3. Processus décisionnel..... | 144 |
| 6.4. Niveau intermédiaire (les équipes de travail)..... | 145 |
| 6.4.1. Routine de travail..... | 145 |
| 6.4.2. Structure de supervision..... | 146 |
| 6.4.3. Normes de groupe..... | 147 |
| 6.5. Niveau individuel (les intervenants) | 148 |
| 6.5.1. Rôles au travail..... | 148 |
| 6.5.2. Capacités et habiletés | 149 |
| 6.5.3. Engagement | 150 |
| 6.6. Conditions de succès | 151 |
| 6.6.1. L'organisation | 151 |
| 6.6.2. L'équipe de travail | 152 |
| 6.6.3. L'intervenant..... | 153 |
| VII. Forces et limites de l'étude..... | 155 |
| 7.1. Points forts de l'étude..... | 155 |
| 7.2. Limites de l'étude | 156 |
| Conclusion | 159 |
| Bibliographie | 161 |
| ANNEXES | 165 |
| Annexe A – Tableau comparatif des modalités de fonctionnement ÉquiLIBRE par établissement..... | 167 |
| Annexe B – Tableau comparatif des modalités de fonctionnement MARCHE par établissement..... | 175 |
| Annexe C – Canevas d'entrevue des gestionnaires locaux en prévention des chutes..... | 183 |
| Annexe D – Canevas d'entrevue des intervenants ÉquiLIBRE..... | 187 |
| Annexe E – Canevas d'entrevue des intervenants MARCHE..... | 191 |
| Annexe F – Consentement à l'étude et à l'enregistrement de l'entrevue | 195 |
| Annexe G – Progression de la cible ÉquiLIBRE par établissement | 199 |
| Annexe H – Progression de la cible MARCHE par établissement | 201 |
| Annexe I – Résumé des articles retenus | 203 |

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

| | |
|--|-----|
| Fig. 1 – Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel | 14 |
| Fig. 2 – Évolution des effectifs (N) de la population chez les 65 ans et plus selon les territoires de CSSS, région de la Capitale-Nationale, 2006 à 2031..... | 15 |
| Fig. 3 – Évolution du poids relatif des trois groupes d'âge chez les 65 ans et plus, région de la Capitale-Nationale, 2006 et 2031..... | 16 |
| Fig. 4 – Syndrome postchute | 17 |
| Fig. 5 – Prévention des chutes dans un Continuum de services pour les aînés vivant à domicile..... | 18 |
| Fig. 6 – Programmes régionaux de prévention des chutes | 19 |
| Fig. 7 – Modèle logique du programme ÉquiLIBRE..... | 24 |
| Fig. 8 – Modèle logique du programme MARCHE..... | 27 |
| Fig. 9 – Cadre conceptuel : conditions favorables à l'implantation d'un nouveau programme..... | 33 |
| Fig. 10 – Cadre conceptuel : étapes d'implantation d'un nouveau programme | 34 |
| Fig. 11 – Ressources et milieux impliqués dans le programme ÉquiLIBRE, CSSS de Charlevoix | 55 |
| Fig. 12 – Ressources et milieux impliqués dans le programme ÉquiLIBRE, CSSS de Portneuf..... | 56 |
| Fig. 13 – Ressources et milieux impliqués dans le programme ÉquiLIBRE, CSSS de Québec-Nord..... | 57 |
| Fig. 14 – Ressources et milieux impliqués dans le programme ÉquiLIBRE, CSSS de la Vieille-Capitale..... | 57 |
| Fig. 15 – Ressources et milieux impliqués dans le programme ÉquiLIBRE, SCLA Jeffery Hale..... | 58 |
| Fig. 16 – Ressources et milieux impliqués dans le programme MARCHE, CSSS de Charlevoix | 59 |
| Fig. 17 – Ressources et milieux impliqués dans le programme MARCHE, CSSS de Portneuf..... | 60 |
| Fig. 18 – Ressources et milieux impliqués dans le programme MARCHE, CSSS de Québec-Nord..... | 61 |
| Fig. 19 – Ressources et milieux impliqués dans le programme MARCHE, CSSS de la Vieille-Capitale..... | 62 |
| Fig. 20 – Ressources et milieux impliqués dans le programme MARCHE, SCLA Jeffery Hale..... | 63 |
| Fig. 21 – Étapes d'implantation franchies par les organisations de la région de la Capitale-Nationale dans l'implantation du programme ÉquiLIBRE | 137 |
| Fig. 22 – Étapes d'implantation franchies par les organisations de la région de la Capitale-Nationale dans l'implantation du programme MARCHE | 138 |
| Fig. 23 – Conditions de succès à l'implantation d'un programme de santé publique..... | 154 |

| | | |
|-------------|---|----|
| Tableau I | – Historique de la prévention des chutes dans la région de la Capitale-Nationale..... | 22 |
| Tableau II | – Progression des cibles locales ÉquiLIBRE | 45 |
| Tableau III | – Caractéristiques sociodémographiques des participants ÉquiLIBRE en centres de jour de 2006 à 2009 | 46 |
| Tableau IV | – Progression des cibles locales MARCHE | 47 |
| Tableau V | – Caractéristiques sociodémographiques des participants MARCHE de 2006 à 2009 | 48 |
| Tableau VI | – Présence des paramètres du programme ÉquiLIBRE par établissement | 48 |
| Tableau VII | – Présence des paramètres du programme MARCHE par établissement | 50 |

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

| | |
|------------|--|
| CHSGS | Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés |
| CHSLD | Centre d'hébergement de soins de longue durée |
| CSLC | Centre local de services communautaires |
| CSSS | Centre de santé et de services sociaux |
| DGSP | Direction générale de santé publique |
| DRSP | Direction régionale de santé publique |
| FADOQ-RQCA | Fédération de l'Âge d'Or du Québec - Régions de Québec et Chaudière-Appalaches |
| GMF | Groupe de médecine de famille |
| INSPQ | Institut national de santé publique du Québec |
| MARCHE | Mobilisation auprès des Aînés pour Réduire les CHutes dans l'Environnement domiciliaire |
| MSSS | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| PALV | Perte d'autonomie liée au vieillissement |
| PAR | Plan d'action régional |
| PCP | Pratiques cliniques préventives |
| PIED | Programme intégré d'équilibre dynamique |
| SAD | Soutien à domicile |
| SCLA | Services communautaires de langue anglaise |

INTRODUCTION

Depuis quelques décennies, l'espérance de vie ne fait qu'augmenter. En effet, selon les données de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), la durée de vie moyenne, en 2010, était établie à 81,7 ans, hommes et femmes confondus. « Depuis le début des années 1920, c'est près de 30 ans d'espérance de vie à la naissance qui ont été gagnés. » (Payeur, 2010, p. 1) Le même phénomène est observé pour l'espérance de vie à 65 ans. Elle est désormais en moyenne de 18,7 ans pour les hommes et de 21,7 ans pour les femmes, soit un gain de cinq ans pour les deux sexes comparativement aux années 1970. Encore faut-il que l'espérance de vie en bonne santé suive la même progression.

Le vieillissement en santé est un concept en émergence. Dans la région de la Capitale-Nationale, un modèle conceptuel présentant un ensemble de facteurs et de stratégies d'intervention favorisant le maintien et l'amélioration de la santé des aînés a été proposé en 2008 (Figure 1).

L'un de ses axes d'intervention, l'axe 6, vise la prévention des problèmes de santé physique par la réduction des facteurs de risque. Les chutes sont particulièrement prédictives de perte d'autonomie et de fragilité chez les personnes âgées. Il importe donc, pour favoriser un vieillissement en santé, d'en diminuer l'incidence par le biais de programmes préventifs.

Ce rapport est une évaluation d'implantation de deux programmes de prévention s'adressant aux aînés de la région de la Capitale-Nationale ayant chuté ou étant à risque de chuter. La problématique à l'étude sera d'abord présentée, suivie du cadre conceptuel. Par la suite, les objectifs et la démarche méthodologique seront exposés. La présentation et l'analyse des résultats précéderont la discussion. Finalement, les forces et les limites de l'évaluation concluront le document.

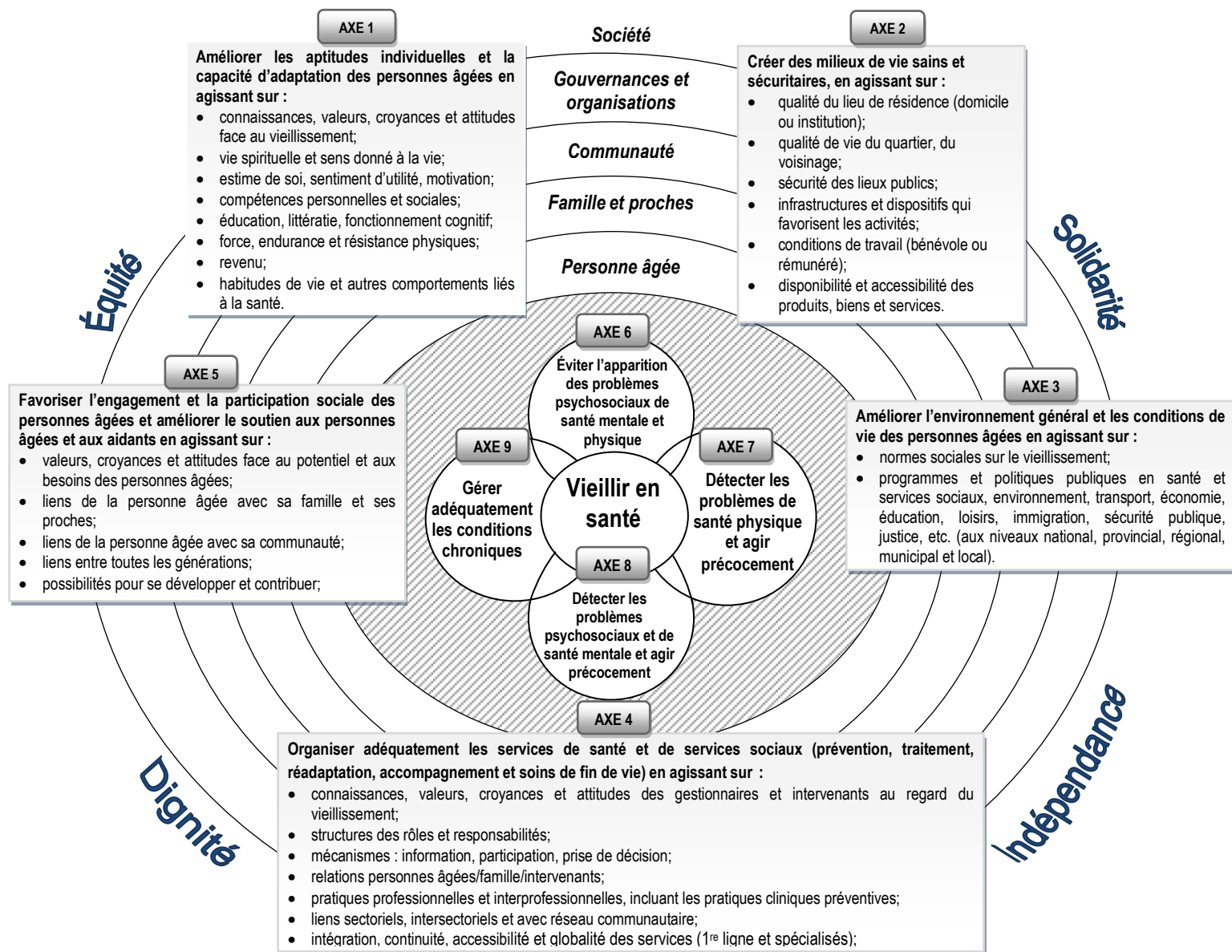


Fig. 1 – Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel

I. PROBLÉMATIQUE À L'ÉTUDE

1.1. Le vieillissement de la population

Le vieillissement démographique de la population québécoise est désormais largement reconnu. En effet, pour la région de la Capitale-Nationale, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS, 2010) prévoit que le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus passera de 101 942 en 2006 à 217 021 en 2031. « La proportion d'aînés de la région était un peu plus élevée que la moyenne québécoise en 2006 et cet écart devrait s'élargir d'ici 2031. » (INSPQ, 2009, p. 56) Si ces prévisions se concrétisent, cela signifiera pour les centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région qu'au cours de cette période, le nombre d'aînés de 65 ans et plus aura plus que doublé dans les territoires de Portneuf et de Québec-Nord et sera près du double dans ceux de Charlevoix et de la Vieille-Capitale. La figure 2 illustre ces projections.

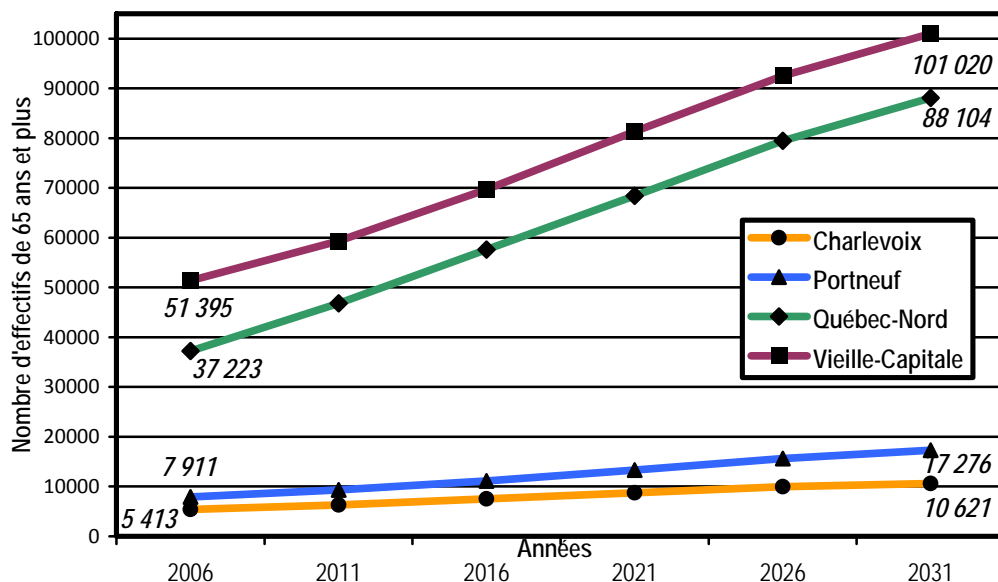


Fig. 2 – Évolution des effectifs (N) de la population chez les 65 ans et plus selon les territoires de CSSS, région de la Capitale-Nationale, 2006 à 2031

Source : MSSS, 2010

Entre 2006 et 2031, le poids relatif des 65-74 ans diminuera tandis que celui des 75-84 ans et celui des 85 ans et plus augmenteront, si bien que le MSSS (2010) prévoit qu'en 2031 le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus dépassera celui des 65-74 ans. La figure 3 démontre bien que cette situation est différente de celle observée en 2006.

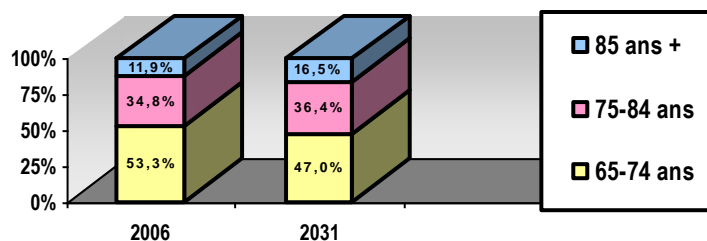


Fig. 3 – Évolution du poids relatif des trois groupes d'âge chez les 65 ans et plus, région de la Capitale-Nationale, 2006 et 2031

Source : MSSS, 2010

Ces grands changements démographiques étant amorcés, on peut présumer que l'utilisation des services de santé par les personnes vieillissantes ira en augmentant. On peut illustrer ceci par le nombre de chutes entraînant une hospitalisation, qui a augmenté de 35 % entre 1990 et 2003, en raison surtout de la hausse du nombre de personnes âgées de plus de 75 ans (Robitaille et Gratton, 2005). Il importe donc, maintenant, de s'attaquer à cette problématique qui a des conséquences graves, particulièrement chez les aînés, et pour laquelle il existe des interventions préventives démontrées efficaces.

1.2. La problématique des chutes chez les personnes âgées

Chaque année, au moins une personne sur trois âgée de 65 ans et plus chute, et la moitié d'entre elles tomberont à plusieurs reprises (O'Loughlin et autres, 1993). « Pour plusieurs aînés, la chute constitue l'événement déclencheur d'une perte de mobilité et d'autonomie. Chez les aînés qui survivent à une fracture de la hanche, [...] entre 13 et 20 % sont institutionnalisés. » (St-Laurent et autres, 2004, p. 3) La chute chez cette clientèle entraîne plusieurs conséquences fâcheuses. Sur le plan physique, le risque de blessures est élevé, notamment les fractures, qui sont fréquemment observées. Selon St-Laurent et autres (2004), entre 1999 et 2002, dans la région de la Capitale-Nationale, ce sont 1 229 aînés qui ont été hospitalisés annuellement pour cause de chute. Pour cette même période, 49 décès associés à une chute ont été enregistrés en moyenne chaque année. Sur le plan économique, les coûts directs et indirects liés aux chutes sont élevés. Les dépenses totales associées à cette problématique s'élevaient à 370 millions de dollars par année au Québec, selon des données de 2004 (Sauve-qui-pense, 2009).

Sur les plans psychologique, fonctionnel et social, le « syndrome postchute » peut être observé chez les aînés qui sont tombés (Figure 4). La chute entraîne une anxiété et une perte de confiance, qui engendrent à leur tour une peur de tomber. On note alors un retrait social et une restriction des activités. La réduction de l'activité physique amène une faiblesse musculaire et une diminution des réflexes posturaux. Ce déconditionnement des capacités physiques risque malheureusement d'entraîner une nouvelle chute.

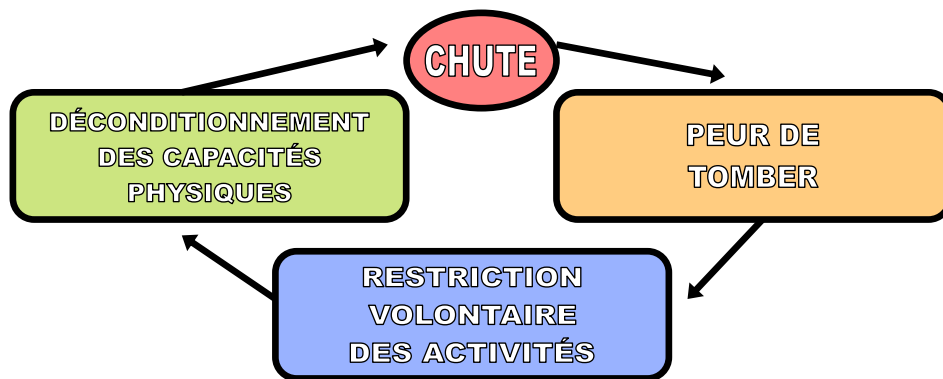


Fig. 4 – *Syndrome postchute*

Source : Dargent-Molina et Bréart, 1995

1.3. La prévention des chutes : un thème de santé publique

La chute est une problématique populationnelle puisqu'elle touche un grand nombre d'individus. C'est une préoccupation importante au Québec, qui fait l'objet d'une priorité nationale de santé publique. L'ampleur du problème, son accentuation prévisible en raison du vieillissement de la population, mais aussi la possibilité de prévenir les chutes peuvent justifier ce choix.

Le Programme national de santé publique (PNSP) 2003-2012, prolongé jusqu'en 2015 (MSSS, Direction générale de santé publique [DGSP], 2003), avait fixé pour objectif de réduire, d'ici 2015, la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile. Pour favoriser l'atteinte de cette cible, le MSSS, en 2005, a diffusé un cadre de référence provincial (St-Laurent et autres, 2004) sur cette thématique et alloué un financement récurrent à l'ensemble des régions. À cet égard, le MSSS a mandaté l'INSPQ pour développer des guides d'implantation, des formations et des outils pour les régions.

L'ensemble de ces mesures visent à soutenir l'implantation, au Québec, d'interventions démontrées efficaces pour prévenir les chutes chez les aînés au moyen d'un Continuum de services. En effet, le MSSS demande d'offrir dans chaque région un Continuum de services en prévention des chutes, commençant par des interventions prioritaires (en grisé sur la Figure 5) qui devraient avoir une incidence sur le nombre de chutes observé.

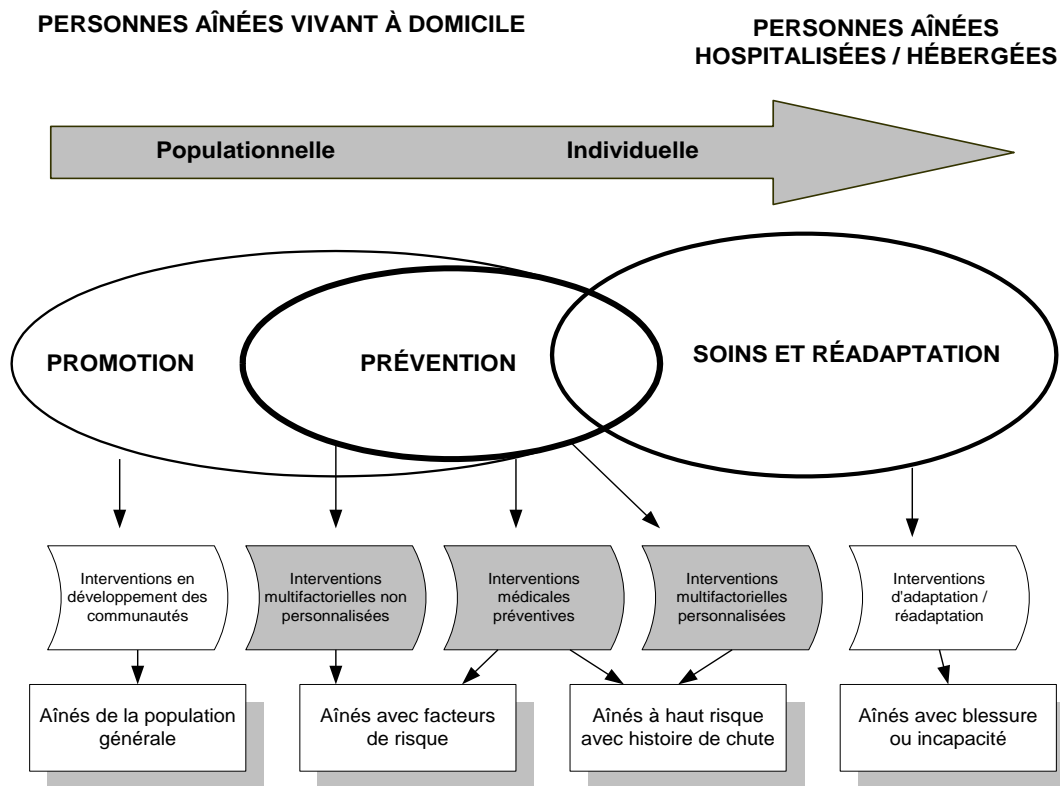


Fig. 5 – Prévention des chutes dans un Continuum de services pour les aînés vivant à domicile

Source : St-Laurent et autres, 2004

Ce Continuum de services doit prendre en compte les niveaux de risque différents selon le profil d'autonomie des aînés. Dans ce contexte, les interventions de promotion et de prévention s'inscrivent en complémentarité avec les interventions de nature curative, axées sur les soins et la réadaptation. Comme il est indiqué dans le cadre de référence provincial en prévention des chutes :

- les **interventions en développement des communautés** s'inscrivent dans une perspective de promotion de la santé. Les actions pour modifier les structures, l'environnement ainsi que les attitudes et les comportements ayant trait à la sécurité se réfèrent à ce type d'interventions;
- les **interventions multifactorielles non personnalisées** consistent à offrir des programmes qui visent des facteurs de risque prévalant dans la population aînée. Les interventions à privilégier sont essentiellement les programmes d'exercices axés sur l'équilibre et la mobilité. Une approche multifactorielle étant conseillée, l'intervention doit aussi prévoir des stratégies pour amener les participants : 1) à repérer et à modifier les risques que comporte leur environnement domiciliaire; 2) à adopter des comportements sécuritaires;

- les **interventions médicales préventives** se définissent comme une interaction clinicien-patient qui favorise la santé et qui prévient les maladies ou les blessures. Pour toutes les personnes âgées qui consultent à la suite d'une chute, que ce soit à l'urgence, en cabinet privé ou au centre local de services communautaires (CLSC), les causes de l'incident devraient être recherchées. Ces personnes devraient également faire l'objet d'interventions, de conseils ou d'orientations afin d'éviter une nouvelle chute. En outre, pour toutes les personnes âgées de 75 ans ou plus qui consultent pour d'autres raisons qu'une chute, le médecin devrait s'informer, au moins une fois par année, si elles ont fait une chute dans la dernière année et vérifier si elles souffrent d'un trouble de la marche ou de l'équilibre. Selon le cas, il procédera à une évaluation du risque de chute et de fracture, suivie d'interventions précises, selon les facteurs déterminés;
- les **interventions multifactorielles personnalisées** s'adressent aux aînés en perte d'autonomie qui présentent une histoire de chute et un risque élevé de tomber de nouveau en raison de leur état de santé. C'est pourquoi les interventions ciblées sont habituellement de type clinique. Celles-ci varient selon les résultats d'évaluation. Elles doivent agir sur plusieurs facteurs de risque simultanément et requièrent un travail en interdisciplinarité;
- les **interventions d'adaptation et de réadaptation** s'adressent aux aînés hospitalisés, hébergés ou suivis en réadaptation qui présentent une blessure ou une incapacité. Les interventions relèvent davantage d'une approche de soins et de services en établissement.

1.4. La prévention des chutes dans la région de la Capitale-Nationale

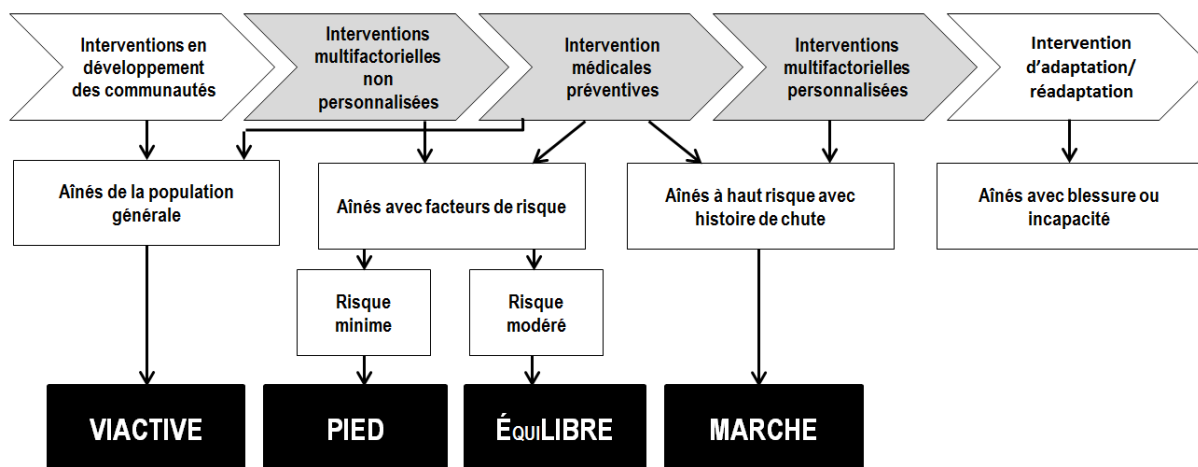


Fig. 6 – Programmes régionaux de prévention des chutes
(adaptation de la figure 5)

Le **programme VIACTIVE** s'inscrit comme l'une des « interventions en développement des communautés ». Cette initiative de Kino-Québec consiste en la promotion de l'activité physique pour les personnes âgées de 55 ans ou plus. Des conseillers VIACTIVE offrent de la formation et des conseils, principalement aux regroupements d'aînés, afin que ceux-ci puissent intégrer des séances d'exercices à leur programmation. Plusieurs groupes VIACTIVE sont actifs dans la région de la Capitale-Nationale, soit dans Portneuf, Charlevoix et l'agglomération de Québec.

Un plan de communication en prévention des chutes est également une stratégie retenue dans le cadre des interventions en développement des communautés. La première phase de ce plan vise à outiller les milieux qui offrent déjà l'un ou l'autre des programmes du Continuum de services régional en prévention des chutes. Ainsi, divers outils ont été bâtis pour informer le personnel des établissements sur chacun des programmes, afin qu'il soit en mesure de diriger adéquatement les aînés vers ces derniers. Finalement, d'autres outils s'adressant à la population aînée ont été élaborés dans un objectif de promotion des programmes.

Le **programme intégré d'équilibre dynamique (PIED)** et le **programme ÉquiLIBRE** sont des *Interventions multifactorielles non personnalisées*. Ces deux programmes consistent en douze semaines d'exercices, à raison de deux séances par semaine, supervisées par un professionnel en activité physique ou en réadaptation. Des capsules de sensibilisation aux facteurs de risque de chute pour l'adoption de comportements sécuritaires sont également offertes.

Le **programme PIED** s'adresse aux aînés de la communauté présentant un risque minime de chuter : peur de tomber, préoccupation quant aux chutes ou à l'équilibre. PIED est offert principalement par des organismes communautaires et des services de loisirs municipaux de la région. Le ratio animateur/participants est de 1/15.

Le **programme ÉquiLIBRE** cible, quant à lui, les personnes âgées aux risques modérés de chuter : une chute ou plus dans la dernière année, troubles d'équilibre ou de la marche ou déplacement avec une aide à la marche. ÉquiLIBRE est offert dans les centres de jour des CSSS ainsi qu'au sein de certaines résidences privées de la région. Étant donné le risque plus élevé de chute chez cette clientèle, le ratio animateur/participants est de 1/5, et les exercices en déséquilibre sont réalisés sous supervision individuelle.

Les **interventions médicales préventives** ne sont pas actuellement encadrées par un programme précis dans la région. Il s'agit plutôt d'implanter des pratiques cliniques préventives (PCP) pour les chutes dans des milieux cliniques, auprès des médecins et des autres professionnels de la santé qui y évoluent (souvent les infirmières). Un projet est toutefois en cours dans un groupe de médecine de famille (GMF) de la région. La recommandation de pratique régulière d'activité physique et la prescription de vitamine D sont les deux interventions mises de l'avant pour le moment.

Le programme **Mobilisation auprès des Aînés pour Réduire les CHutes dans l'Environnement domiciliaire (MARCHE)** s'inscrit dans les *Interventions multifactorielles personnalisées*. MARCHE est conçu pour des personnes âgées à haut risque de chute : deux chutes et plus dans la dernière année, troubles d'équilibre ou de la marche. Ce programme est offert aux aînés qui bénéficient des services du soutien à domicile (SAD) des CSSS. Il consiste en un dépistage de certains facteurs de risque de chute, suivi d'une évaluation plus approfondie et d'interventions spécifiques. Le programme est réalisé à domicile.

Actuellement, il n'y a pas de programme spécifique aux **Interventions d'adaptation/réadaptation** dans la région de la Capitale-Nationale, du moins aucun n'est soutenu par la DRSP-CN.

Le Continuum de services en prévention des chutes s'est mis en place progressivement. À ce jour, les travaux et les orientations du MSSS n'ont pas porté sur ce type d'intervention. Le tableau I, aux pages 22 et 23, présente sommairement l'historique de l'implantation des interventions en prévention des chutes dans la région.

Puisque l'évaluation d'implantation porte spécifiquement sur les programmes ÉquiLIBRE et MARCHE, les sections qui suivent présentent chacun d'eux en détail.

Tableau I
Historique de la prévention des chutes dans la région de la Capitale-Nationale

| | Interventions en développement des communautés | Interventions multifactorielles non personnalisées | Interventions médicales préventives | Interventions multifactorielles personnalisées |
|------|--|---|--|---|
| 2000 | <ul style="list-style-type: none"> • Demande de la Table régionale des directeurs de SAD pour élaborer un programme de prévention des chutes. | | | |
| 2001 | | | <ul style="list-style-type: none"> • Démarrage des travaux pour l'élaboration d'interventions visant spécifiquement les médecins. | <ul style="list-style-type: none"> • Démarrage des travaux pour l'élaboration de MARCHE. |
| 2002 | | | <ul style="list-style-type: none"> • Début de l'implantation auprès des médecins de deux secteurs¹ et début de la démarche d'évaluation². | <ul style="list-style-type: none"> • Début de l'implantation de MARCHE sous forme de projets pilotes³. • Début de l'évaluation d'implantation des projets pilotes. |
| 2004 | <ul style="list-style-type: none"> • Le MSSS retient la prévention des chutes comme une priorité nationale de santé publique. • Dans cette foulée, la région retient cette même mesure dans le Plan d'action régional (PAR) 2004-2007. • La DGSP publie un cadre de référence provincial pour la prévention des chutes (St-Laurent et autres, 2004). • Un financement récurrent est alloué à la région pour implanter un continuum de services en prévention des chutes. | | | |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Début de l'implantation auprès des médecins des autres territoires. | |
| 2005 | | <ul style="list-style-type: none"> • Début de l'implantation du programme PIED dans la communauté. • Démarrage des travaux pour l'élaboration du programme ÉquiLIBRE. | | |

1. Les secteurs visés étaient ceux des CLSC Haute-Ville-des-Rivières et La Source. Les milieux de pratique étaient variés : en solo, en groupe, en cabinet, en unité de médecine familiale (UMF), en GMF ou en CLSC.
2. Objectif de l'évaluation : vérifier l'évolution des connaissances, des habiletés et des attitudes des médecins suivant le déploiement des stratégies de formation et d'information.
3. Les projets pilotes avaient lieu aux CLSC Haute-Ville-des-Rivières et La Source et aux Services gériatriques spécialisés (SGS) de l'Hôpital Jeffery Hale, de la Résidence Christ-Roi et du Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) Saint-Augustin.

Évaluation de l'implantation des programmes ÉquiLIBRE et MARCHE dans la région de la Capitale-Nationale
Rapport régional

| | Interventions en développement des communautés | Interventions multifactorielles non personnalisées | Interventions médicales préventives | Interventions multifactorielles personnalisées |
|------|---|---|---|---|
| 2006 | | | <ul style="list-style-type: none"> • Fin de la collecte de données pour les évaluations en cours⁴. | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Début de l'implantation d'ÉquiLIBRE en centres de jour. | <ul style="list-style-type: none"> • Démarrage des travaux de l'INSPQ sur les PCP en prévention des chutes. La DRSP coordonne le comité scientifique. | <ul style="list-style-type: none"> • Démarrage des travaux pour la révision de MARCHE. |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Début de la collecte de données pour l'évaluation d'implantation d'ÉquiLIBRE. | | <ul style="list-style-type: none"> • Début du déploiement régional de MARCHE. • Début de la collecte de données pour l'évaluation d'implantation de MARCHE. |
| 2007 | <ul style="list-style-type: none"> • Début des travaux d'élaboration d'un plan de communication régional en prévention des chutes. | | | |
| 2009 | <ul style="list-style-type: none"> • Intégration de VIACTIVE au Continuum de services régional en prévention des chutes. | <ul style="list-style-type: none"> • Début de l'implantation d'ÉquiLIBRE dans les résidences privées. | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'un intervenant-pivot local en prévention des chutes pour favoriser l'arrimage entre les programmes. | | | |
| 2011 | | | <ul style="list-style-type: none"> • Diffusion des recommandations provinciales quant aux PCP en prévention des chutes⁵. • Élaboration d'un projet pilote régional en GMF. | |
| 2012 | | <ul style="list-style-type: none"> • Fin de la collecte de données ÉquiLIBRE. | <ul style="list-style-type: none"> • Réalisation d'une étude de faisabilité au GMF Sillery (non concluante)⁶. • Début de l'implantation d'un projet pilote au GMF l'Hétrière, accompagnée d'une évaluation d'implantation. | <ul style="list-style-type: none"> • Fin de la collecte de données MARCHE. |
| 2013 | <ul style="list-style-type: none"> • Déploiement de la phase 1 du plan de communication. | | <ul style="list-style-type: none"> • Début de la collecte de données pour l'évaluation. | |

4. Bédard, Paradis et autres, 2007.

5. Gagnon et Lafrance, 2011.

6. Kom Mogto, 2012.

1.4.1. Le programme ÉquiLIBRE

Le modèle logique (Figure 7) du programme ÉquiLIBRE permet de comprendre ses composantes.



Fig. 7 – Modèle logique du programme ÉquiLIBRE

a. Rose-Maltais et Roy, 2015.

b. En élaboration.

Intrants Chacun des CSSS de la Capitale-Nationale reçoit depuis 2006-2007 un **financement récurrent** pour implanter des groupes ÉquiLIBRE sur son territoire. Le budget permet de défrayer l'intervention (frais pour l'animateur), le transport des participants ainsi que le temps réservé au mandat d'intervenant-pivot local en prévention des chutes. Les sommes allouées sont réparties en fonction des cibles fixées, qui, elles, sont proportionnelles au nombre d'aînés dans chacun des territoires. Les établissements sont liés par des ententes de gestion pour l'implantation d'un nombre minimal de groupes annuellement. Le **répondant régional en prévention des chutes** est une ressource de la DRSP qui porte la responsabilité de l'implantation régionale du Continuum de services en prévention des chutes. Cette personne assure les suivis de gestion liés aux programmes régionaux.

Un agent de planification, de programmation et de recherche à la Direction régionale de santé publique (DRSP) accompagne les établissements dans l'implantation d'ÉquiLIBRE et sa mise en œuvre. Ce **répondant régional ÉquiLIBRE** forme et outille les milieux. La **formation** est offerte gratuitement et comporte deux volets : théorique, d'une durée de six heures et pratique, qui consiste en de l'observation sur le terrain de quelques séances quand l'intervenant

ÉquiLIBRE anime le programme. De plus, la DRSP s'assure de transmettre l'**information** à jour sur la prévention des chutes aux établissements, qu'elle provienne de la littérature ou d'instances provinciales, régionales ou locales. Le **répondant régional ÉquiLIBRE** offre conseils et solutions au regard des problèmes rencontrés, tant sur le plan organisationnel que sur celui des contenus du programme. Cette ressource a une formation en activité physique. Le **gestionnaire local en prévention des chutes** est responsable de ce dossier sur son territoire et supervise les interventions pour tous les programmes du Continuum de services en prévention des chutes. L'**intervenant-pivot local en prévention des chutes** soutient ses collègues pour des aspects très opérationnels d'ÉquiLIBRE, il en chapeaute l'implantation dans la communauté et voit à son arrimage avec les autres programmes du Continuum de services et à la diffusion de l'information sur ceux-ci. Les **intervenants ÉquiLIBRE**, quant à eux, ont la responsabilité d'animer le programme. La prescription d'exercices devant être adaptée à chaque individu, seuls des professionnels issus des disciplines de l'activité physique, de l'ergothérapie, de la kinésiologie, de la physiothérapie ou des techniques de réadaptation physique peuvent le faire. Ces professionnels doivent avoir obtenu leur diplôme et suivre la formation de la DRSP avant d'animer le programme.

Enfin, les établissements reçoivent des trousse de **matériel** pour le nombre de groupes qu'ils doivent implanter. Ces trousse sont composées d'équipements nécessaires à l'animation et à la réalisation du programme, ainsi que des documents s'adressant aux participants (programme maison, certificat) ou aux personnes responsables (cartable d'implantation, programmation, présentations, etc.). Du matériel promotionnel est aussi disponible auprès de la DRSP. Les établissements ont donc accès à des affiches, des dépliants et des encarts pour faciliter la promotion du programme.

Activités

Le **programme d'exercices** doit être réalisé selon un certain nombre de paramètres prescrits par le Programme-cadre ÉquiLIBRE (Rose-Maltais et Roy, 2015). Ceux-ci sont présentés dans le tableau VI de la section 5.2.1. Ils prennent pour assise la définition d'une *Intervention multifactorielle non personnalisée* (St-Laurent et autres, 2004).

Les séances d'exercices sont offertes à des personnes âgées à risque modéré de chute. Ce sont des personnes 65 ans et plus ayant des troubles de la marche ou de l'équilibre ou ayant chuté dans la dernière année, ou encore se déplaçant avec une aide à la marche. Des critères d'exclusion doivent aussi être respectés. Les exercices réalisés visent majoritairement à améliorer les capacités motrices liées aux chutes, soit l'équilibre, la marche et la force des membres inférieurs. Les mouvements d'équilibre (statique ou à la marche) sont faits en déséquilibre et ceux de renforcement sont réalisés en surcharge. L'intervenante ÉquiLIBRE adapte sa prescription aux besoins et aux capacités de chaque aîné. Ainsi, on s'assure de respecter l'intensité souhaitée dans un contexte sécuritaire. Étant donné le niveau de risque de

chute des participants et l'importance d'assurer une supervision individuelle lors des exercices en déséquilibre, le ratio intervenant/participant est de 1/5.

Le programme comporte 24 séances, réparties sur 12 semaines, à raison de deux séances hebdomadaires d'une heure chacune. Finalement, un programme maison est enseigné aux participants. Celui-ci est de 15 à 30 minutes, selon le nombre d'exercices faits. Les intervenants ÉquiLIBRE encouragent les participants à réaliser au moins une fois par semaine le programme maison. Un tableau de suivi favorise l'assiduité à ce dernier.

Comme il a été dit précédemment, les **capsules de sensibilisation** ne sont pas intégrées au programme à ce jour. La volonté était de bien implanter le volet principal, soit les exercices, avant de compléter le programme avec les capsules. La présente évaluation porte donc spécifiquement sur le programme d'exercices ÉquiLIBRE.

Résultats immédiats

Le programme d'exercices vise en premier lieu **l'amélioration de l'équilibre, de la marche et de la force**. On mesure cette amélioration en effectuant une évaluation de ces trois paramètres en prétest lors de la première séance et à nouveau en posttest à la dernière séance. Les capsules de sensibilisation visent à aider les participants à **repérer** les risques de chute présents dans leur environnement domiciliaire (aménagement du domicile, médication, alimentation, etc.) et à modifier ceux-ci tout en adoptant des **comportements sécuritaires** (éviter de se hâter, de grimper, etc.).

Résultats intermédiaires

L'amélioration des capacités motrices liées aux chutes, la modification des risques domiciliaires et l'adoption de comportements sécuritaires permettent toutes de diminuer les risques de chute. Ceux-ci étant moindres, on peut espérer que le **nombre de chutes** chez les aînés suivra la même tendance. Les chutes étant fortement associées à la perte d'autonomie, si l'on en diminue le nombre, on **améliore l'autonomie** des personnes âgées et, conséquemment, leur **qualité de vie**.

Résultats ultimes

La finalité d'un tel programme est de **diminuer la morbidité et la mortalité** liées aux chutes. Il est souhaité que moins de personnes âgées subissent des blessures (notamment des fractures), aient à être hospitalisées ou hébergées ou, pire, décèdent des conséquences d'une chute.

1.4.2. Le programme MARCHE

Le modèle logique du programme MARCHE (Figure 8) permet de préciser ce que renferme chacune de ses composantes.

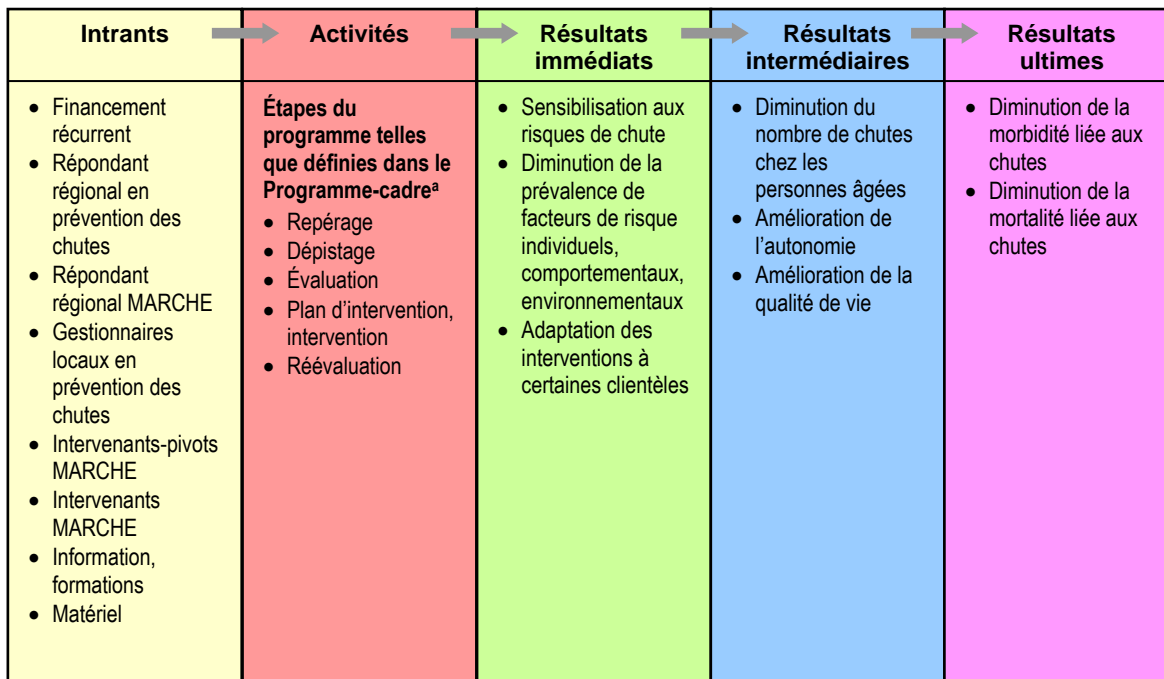


Fig. 8 – Modèle logique du programme MARCHE

a. Gagné et Gagnon, 2007.

Intrants Depuis 2006-2007, un **financement récurrent** est versé à chacun des CSSS de la Capitale-Nationale pour implanter le programme MARCHE à l'intérieur du SAD. Ce budget permet de défrayer les coûts associés aux intervenants impliqués dans les différentes étapes du programme, allant du repérage jusqu'au suivi des interventions et à la réévaluation. Les sommes sont allouées en fonction des cibles définies selon le volume d'aînés résidant dans chaque territoire. Des ententes de gestion entre les paliers régional et local encadrent l'implantation de ce programme relativement à l'atteinte de la cible. Le **répondant régional en prévention des chutes** est une ressource de la DRSP qui porte la responsabilité de l'implantation régionale du Continuum de services en prévention des chutes. Cette personne assure les suivis de gestion liés aux programmes régionaux.

Chacun des établissements peut compter sur le soutien d'un agent de planification, de programmation et de recherche à la DRSP dans la mise en œuvre de ce programme. Ce **répondant régional MARCHE** accompagne les milieux dans l'implantation du programme dans le même esprit que pour le programme ÉquiLIBRE. Comme il a été mentionné précédemment, le **gestionnaire local en prévention des chutes** est responsable de l'ensemble du Continuum

de services en prévention des chutes à l'intérieur de son CSSS. **L'intervenant-pivot MARCHE** de chaque établissement agit, quant à lui, comme répondant auprès de ses collègues concernant le déroulement des étapes du programme. Il est responsable du suivi des dossiers MARCHE et des communications avec le patient et son médecin traitant. De plus, des **intervenants MARCHE** provenant de divers secteurs d'activités (nutrition, réadaptation, pharmacie, médecine) sont chargés de procéder aux évaluations des facteurs de risque dépistés positifs et à intervenir sur ceux-ci. Deux stratégies sont possibles pour offrir MARCHE : une équipe-ressource ou un intervenant dédié. Une équipe-ressource est composée des intervenants MARCHE. Dans ce cas, les résultats d'évaluation sont mis en commun et le plan d'intervention est élaboré en interdisciplinarité par l'ensemble de l'équipe. L'intervenant dédié, pour sa part, agit comme courroie de transmission auprès des intervenants MARCHE. Il recueille les résultats des évaluations et élabore le plan d'intervention à partir des recommandations de chacun des professionnels concernés. Précisons que l'intervenant dédié occupe également les fonctions de l'intervenant-pivot MARCHE.

De **l'information** est disponible pour soutenir les intervenants dans la réalisation de MARCHE. Un Programme-cadre sert de balise aux milieux pour la mise en place de l'ensemble des étapes et des interventions à réaliser. Les outils nécessaires au dépistage, à l'évaluation des facteurs de risque ainsi qu'aux interventions sont présentés en annexe. La DRSP se charge d'informer les personnes responsables et les intervenants des parutions et des données récentes qui sont directement en lien avec leurs interventions. De plus, une **formation** est offerte aux professionnels impliqués dans l'une ou l'autre des étapes du programme. Celle-ci est donnée par des collègues expérimentés. Enfin, du **matériel** promotionnel est également disponible auprès de la DRSP, tout comme pour le programme ÉquiLIBRE.

Activités

Les étapes du programme MARCHE déterminent les principales activités à réaliser, soit le repérage de la clientèle, le dépistage des facteurs de risque, l'évaluation, l'élaboration du plan d'intervention, les interventions ainsi que le suivi et la réévaluation des facteurs de risque pour lesquels une intervention a été faite. Chacun des paramètres associés à ces étapes figure dans le tableau VII de la section 5.2.2.

Les clients ciblés par MARCHE sont les aînés de 65 ans et plus ou ayant un profil gériatrique, inscrits au SAD ou aux services gériatriques locaux. Il s'agit de personnes présentant un risque élevé de chute.

La première étape vise à **repérer** les usagers pour lesquels le programme serait bénéfique. L'historique des chutes ainsi que les troubles de l'équilibre et de la marche sont vérifiés à cette étape. La personne sera dirigée vers le dépistage si elle a fait plus de deux chutes durant la dernière année ou si elle se plaint de troubles de l'équilibre ou de la marche, ou encore si ces difficultés sont observées et qu'elle accepte de s'inscrire au programme. Quelques motifs de refus sont pris en considération au moment du repérage, comme le manque de motivation

personnelle ou une condition de santé qui n'est pas favorable pour entreprendre les étapes du programme.

Le **dépistage** de neuf facteurs de risque spécifiques constitue la deuxième étape du programme, soit : les troubles de vision, l'hypotension orthostatique, l'utilisation non adéquate de la médication, les troubles de l'équilibre et de la marche, les risques environnementaux, la malnutrition, les risques de fracture reliés à l'ostéoporose et les troubles cognitifs. Dans le cas où un facteur de risque est dépisté positif, la personne est dirigée pour qu'une **évaluation** soit faite par l'intervenant du secteur d'activité concerné. Une fois l'évaluation effectuée, un **plan d'intervention** est élaboré. Ce plan sert à définir la nature des interventions à offrir à la personne selon les facteurs de risque qu'elle présente. À partir du moment où la planification des services en prévention des chutes est définie, les **interventions** sont offertes par les professionnels impliqués. Enfin, une **réévaluation** est réalisée, quelques mois après le début des interventions, pour déterminer la suite à donner au dossier (fin des interventions ou actualisation du plan d'intervention).

Résultats immédiats

Le programme MARCHE vise dans un premier temps à **sensibiliser** les aînés aux risques de chute. Ensuite, il a pour objectif de **diminuer la prévalence** des troubles de vision, de l'hypotension orthostatique, de l'utilisation non adéquate de la médication, des troubles de l'équilibre et de la marche, des risques environnementaux, de la malnutrition, des risques de fracture reliés à l'ostéoporose et d'**adapter les interventions** pour les clientèles présentant des troubles cognitifs.

Résultats intermédiaires

Le programme MARCHE vise à **diminuer le nombre de chutes** des participants, ce qui permet d'**améliorer leur autonomie** ainsi que **leur qualité de vie**.

Résultats ultimes

La finalité du programme MARCHE est identique à celle du programme ÉquiLIBRE, soit de **diminuer la morbidité** et la **mortalité** liées aux chutes. En effet, par ses interventions, le programme vise à ce que le moins d'aînés possible subissent des blessures, particulièrement des fractures qui entraînent des conséquences importantes, allant d'une consultation et une hospitalisation jusqu'au recours à l'hébergement et, dans certains cas, au décès.

1.5. Question d'évaluation

Les programmes ÉquiLIBRE et MARCHE sont désormais offerts sur l'ensemble des territoires de la Capitale-Nationale. Or, leur implantation dans les milieux n'est pas achevée partout et ne s'est pas faite sans embûches. Certaines conditions semblent favoriser ou nuire et, selon la situation de chaque établissement, le niveau (ou degré) d'implantation est variable. Une évaluation d'implantation dans la région de la Capitale-Nationale a permis de déterminer à quel point ces programmes sont intégrés aux pratiques actuelles de chacun des établissements. Cette étude cerne les conditions de réussite et les barrières à l'implantation de ces

programmes, du point de vue des organisations. Il est donc proposé de répondre à cette question :

Quelles sont les conditions, liées aux organisations, favorisant ou contraignant l'implantation d'ÉquiLIBRE et de MARCHE dans la région de la Capitale-Nationale?

II. CADRE CONCEPTUEL

2.1. Concepts à l'étude

Diverses définitions et concepts doivent être présentés avant d'aborder l'objet de recherche.

- La **chute** est l'action de se retrouver au sol indépendamment de sa volonté (Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité, 2005).
- L'utilisation des termes **personne âgée, aîné, personne aînée**, sous-entend un individu âgé de 65 ans et plus (MSSS, 2013).
- Une **évaluation d'implantation** vise à spécifier les conditions de mise en œuvre d'une intervention et à déterminer les processus en cause dans la production des effets de cette intervention (Patton, 1986 et Champagne, 1990). Elle sert à décrire le déroulement réel du programme. Elle permet de cerner les facteurs qui affectent le déroulement d'une intervention (Desrosiers, 1998).
- Les **conditions favorisant ou contraignant l'implantation** se définiront, pour cette évaluation, comme les **facteurs affectant l'implantation** des programmes, les conditions favorables étant les facteurs qui influencent positivement l'implantation et les conditions contraignantes (ou obstacles) étant les facteurs qui nuisent à l'implantation.

2.2. Présentation du cadre conceptuel

Le choix du cadre conceptuel pour évaluer l'implantation des programmes du Continuum de services en prévention des chutes dans la région de la Capitale-Nationale s'est fait dès 2005 à la DRSP, par consensus entre l'équipe responsable du dossier des chutes et celle qui réalise l'évaluation.

Mary Ann Scheirer et Cynthia Roberts-Gray ont élaboré un cadre conceptuel (Scheirer, 1981; Roberts-Gray et Scheirer, 1988) qui propose des conditions à mettre en place pour favoriser l'implantation d'un nouveau programme dans une organisation. Elles suggèrent également que l'implantation se réalise selon une séquence de cinq étapes, qui sont influencées par ces diverses conditions.

2.2.1. Conditions favorables à l'implantation

D'abord, Scheirer et Roberts-Gray supposent que le processus d'implantation se réalise selon des conditions se situant à trois niveaux distincts au sein d'une organisation :

- le **niveau macro**, qui se définit comme le niveau stratégique et politique. C'est l'organisation en soi qui accueille un nouveau programme;

- le **niveau intermédiaire**, qui se situe davantage au rang du groupe, des équipes de travail. Ce sont les équipes responsables d'implanter le nouveau programme;
- le **niveau individuel**, qui se place à la hauteur de la personne. C'est l'intervenant qui réalise le nouveau programme.

Pour chacun de ces niveaux, plusieurs dimensions sont définies.

- Les dimensions du niveau macro sont :
 - les procédures;
 - les ressources;
 - le processus décisionnel.
- Les dimensions du niveau intermédiaire sont :
 - la routine de travail;
 - la structure de supervision;
 - les normes de groupe.
- Les dimensions du niveau individuel sont :
 - les rôles au travail;
 - les capacités et les habiletés;
 - l'engagement.

Des questions sont associées à chacune de ces dimensions, permettant d'identifier la présence de conditions favorables. Et, en cas de manquement de l'une ou l'autre de celles-ci, les auteurs du cadre conceptuel proposent des pistes de solution.

La figure 9 présente le cadre conceptuel (Scheirer, 1981; Roberts-Gray et Scheirer, 1988). Chacun des trois niveaux est lié à trois dimensions. Trois questions sont associées à chacune des dimensions mettant en lumière des conditions favorables. Finalement, des pistes de solution (bulles à côté des questions) sont proposées pour chaque dimension.

Évaluation de l'implantation des programmes ÉquILIBRE et MARCHÉ dans la région de la Capitale-Nationale
Rapport régional

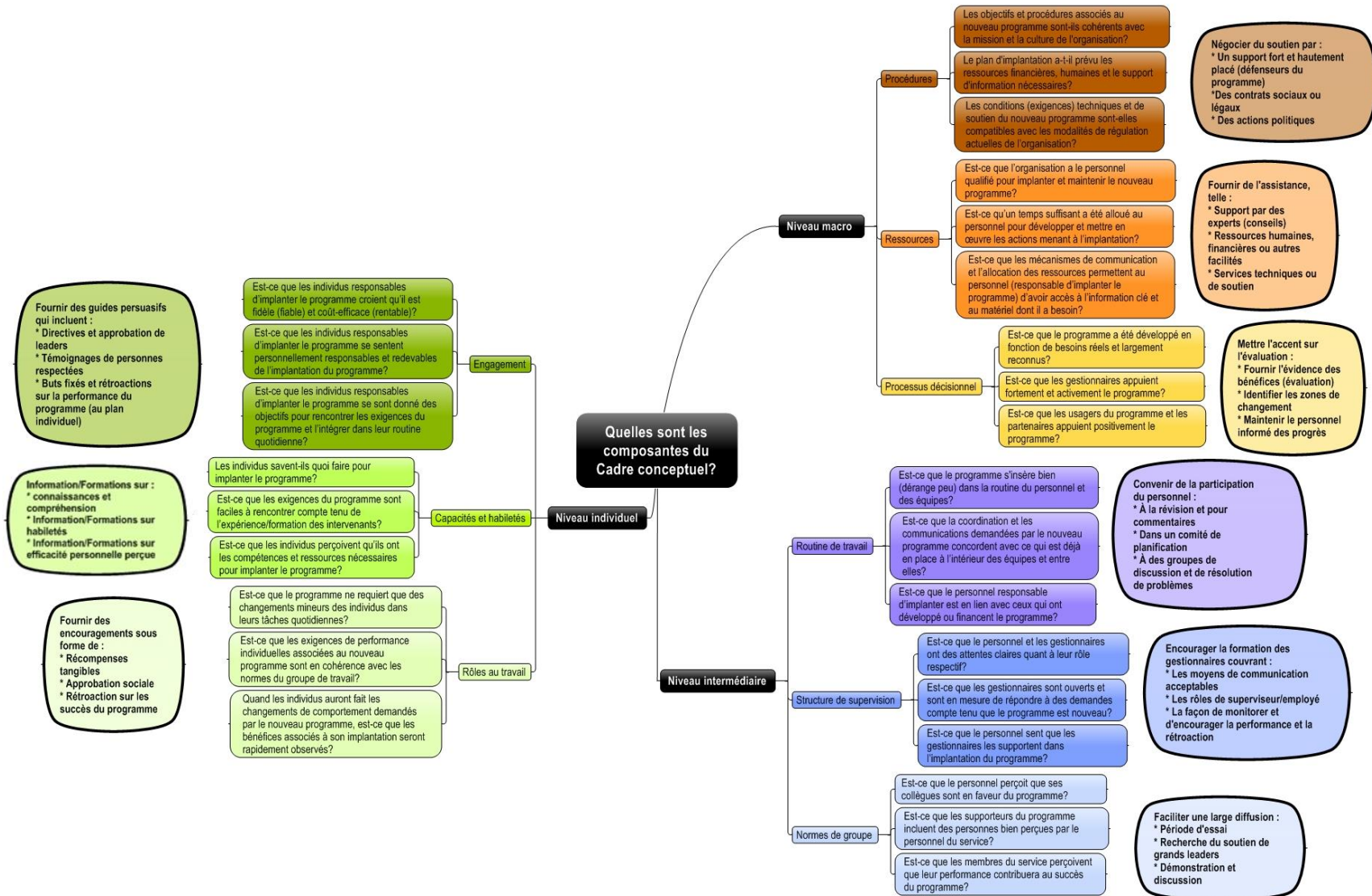


Fig. 9 – Cadre conceptuel : conditions favorables à l'implantation d'un nouveau programme

Sources : Scheirer, 1981; Roberts-Gray et Scheirer, 1988

2.2.2. Étapes d'implantation

Les auteures proposent également un processus d'implantation en cinq étapes, au cours desquelles interviennent les conditions d'implantation présentées précédemment.

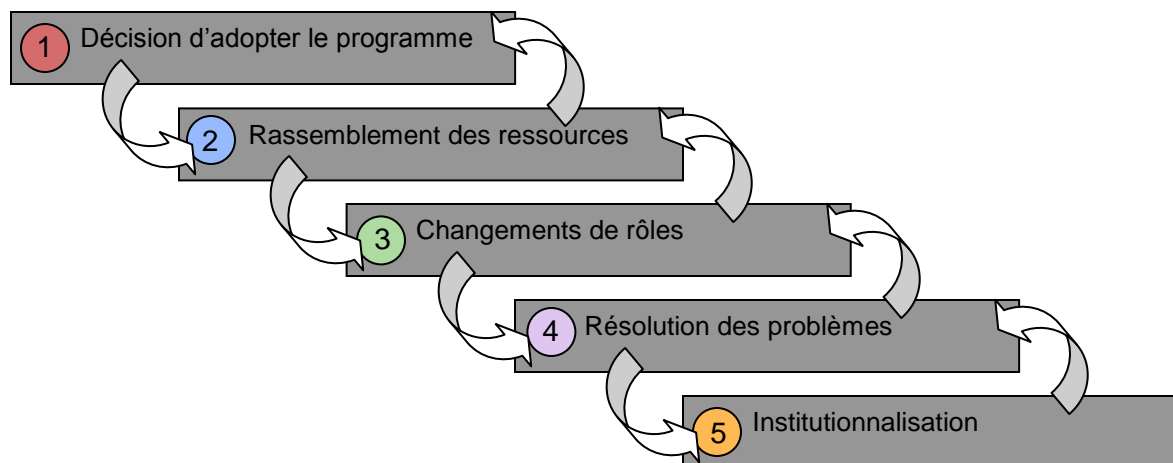


Fig. 10 – Cadre conceptuel : étapes d'implantation d'un nouveau programme

Sources : Scheirer, 1981; Roberts-Gray et Scheirer, 1988

Selon les auteures du cadre conceptuel, la **décision d'adopter le programme** concerne principalement les dimensions du niveau macro. Cette étape est influencée par les pressions de l'environnement, les intérêts des participants et le processus de contrôle organisationnel normal. Les raisons pour lesquelles l'organisation décide d'adopter le programme prennent tout leur sens à cette étape, à savoir si les buts sont seulement symboliques ou si les décideurs sont réellement intéressés par la réalisation de ceux-ci.

- Est-ce que les personnes en autorité ont décidé d'adopter le nouveau programme ou, à tout le moins, de l'essayer ?

Les trois étapes qui suivent concernent les dimensions des niveaux intermédiaire et individuel. Ces étapes, en forte interaction, s'influencent mutuellement. Le **rassemblement des ressources** prend différentes formes : financières, matérielles, humaines (embauche de nouvelles ressources ou réaffectations). Le temps est aussi une ressource à considérer; on entend ici le temps nécessaire pour la mise en place des changements requis par le nouveau programme, afin qu'il soit implanté.

- Est-ce que les ressources financières, le matériel (équipement, documents), le personnel et le temps octroyés sont suffisants ?

Les **changements de rôles** prennent en considération la routine de travail régulière et le degré de compatibilité ou de conflit avec les nouvelles tâches à y intégrer lors de l'implantation d'un

nouveau programme. C'est à cette étape qu'est abordé l'ajustement à faire entre l'intégration de nouvelles tâches et les attentes des supérieurs et des collègues.

- Est-ce que les fonctions assignées par le nouveau programme sont compatibles avec les fonctions habituelles?
- Est-ce que les tâches associées au nouveau programme s'intègrent bien à la routine régulière de travail?
- Est-ce que les attentes des gestionnaires et des collègues de travail peuvent être comblées en implantant le nouveau programme?

Même avec une planification soignée, l'implantation d'un nouveau programme dans une organisation nécessite des adaptations. La **résolution des problèmes** est l'étape où l'on identifie les problèmes, souvent liés aux ressources et aux changements de rôles, et l'on trouve des solutions à ces derniers. À cette étape, des mécanismes de résolution de problèmes sont mis en place expressément pour le nouveau programme.

- Est-ce que des mécanismes de résolution de problèmes ont été mis en place?
- Est-ce que des solutions ont été trouvées aux problèmes soulevés?

Finalement, l'**institutionnalisation** du programme est atteinte quand les étapes précédentes ont été franchies et que le programme est intégré aux pratiques habituelles de l'organisation. De nouveaux rôles et de nouvelles structures sont désormais acquis au sein de l'organisation, si bien que le programme ne nécessite plus de ressources supplémentaires ni de mécanismes de résolution de problèmes spécifiques. Les ressources et les mécanismes habituels de l'organisation suffisent pour que le programme se maintienne dans le temps.

- Est-ce que les rôles et ressources associés au programme sont intégrés aux pratiques régulières?
- Est-ce que la prise en charge des problèmes qui pourraient survenir est assurée par les mécanismes réguliers de l'organisation?

Les auteures du cadre conceptuel précisent que dans le processus complet d'implantation d'un nouveau programme, l'idée générale « des changements de rôles », qu'ils soient organisationnels ou individuels, est fondamentale. Par ailleurs, comme ce sont des individus qui réalisent ces changements, les dimensions du niveau individuel (habiletés, connaissances et incitatifs personnels) interviennent tout au long du processus.

III. OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

3.1. Objectif général

- ▶ Évaluer l'implantation des programmes ÉquiLIBRE et MARCHE dans la région de la Capitale-Nationale.

3.2. Objectifs spécifiques

1. Dresser un portrait de l'implantation actuelle des programmes ÉquiLIBRE et MARCHE au sein des établissements de la région (CSSS de Charlevoix, CSSS de Portneuf, CSSS de Québec-Nord, CSSS de la Vieille-Capitale, Services communautaires de langue anglaise [SCLA] Jeffery Hale) :
 - 1.1. mesurer l'atteinte des cibles fixées pour chacun des établissements;
 - 1.2. vérifier la présence des paramètres prescrits par les Programmes-cadres ÉquiLIBRE (Rose-Maltais et Roy, 2015) et MARCHE (Gagné et Gagnon, 2007) dans les milieux;
 - 1.3. décrire les modalités de fonctionnement pour chacun des établissements.
2. Identifier les facteurs explicatifs, du point de vue des organisations, du degré d'implantation observé dans les établissements :
 - 2.1. dégager les conditions favorisant ou contraignant l'implantation des programmes en utilisant le cadre conceptuel (Scheirer, 1981; Roberts-Gray et Scheirer, 1988);
 - 2.2. déterminer à quelle étape d'implantation du cadre conceptuel (Scheirer, 1981; Roberts-Gray et Scheirer, 1988) les établissements de la région se situent pour chacun des programmes;
 - 2.3. émettre des recommandations en vue de l'atteinte d'une implantation régionale optimale pour chacun des programmes.

3.3. Retombées prévues

À la lumière de l'information recueillie et analysée, des conditions de succès de l'implantation des programmes ÉquiLIBRE et MARCHE seront avancées. De plus, des recommandations régionales et locales seront émises, de façon à proposer des solutions à certains problèmes rencontrés. Cela a pour finalité de permettre à chacun d'atteindre une implantation optimale. Les travaux réalisés pourront également être utilisés par les autres régions du Québec au moment d'implanter à leur tour le programme ÉquiLIBRE ou un programme multifactoriel comme MARCHE au cœur de leurs réseaux locaux. Finalement, les conditions de succès émergeant de cette évaluation pourront s'avérer utiles dans l'implantation d'autres programmes de santé publique au sein des établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

IV. DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

4.1. Population à l'étude

Étant donné que l'implantation d'ÉquiLIBRE et de MARCHE se fait dans les quatre CSSS de la région (Charlevoix, Portneuf, Québec-Nord, Vieille-Capitale) et auprès de la clientèle des SCLA Jeffery Hale, la population à l'étude a été recrutée à l'intérieur de ces cinq milieux. Puisque ces programmes s'adressent à la clientèle aînée, la responsabilité de les implanter revient à la direction de SAD de chaque établissement.

Deux groupes de sujets ont été formés. Il s'agit d'abord des **gestionnaires locaux en prévention des chutes**, porteurs du dossier au SAD dans leur établissement respectif. Ceux-ci sont en position décisionnelle et ils supervisent les équipes de travail responsables de l'implantation des programmes. Ensuite, viennent l'**intervenant-pivot local en prévention des chutes**, l'**intervenant-pivot ÉquiLIBRE**, les **intervenants ÉquiLIBRE**, l'**intervenant-pivot MARCHE** et les **intervenants MARCHE** qui implantent et offrent les programmes. Ces ressources font généralement partie des équipes du SAD ou des centres de jour. Quelques-unes font partie des équipes en hébergement ou en milieu hospitalier. Les critères d'inclusion sont d'être au service d'un des cinq établissements et d'avoir participé à l'implantation d'ÉquiLIBRE ou de MARCHE. Il n'y a qu'une seule personne par établissement qui occupe les fonctions de gestionnaire et d'intervenant-pivot en prévention des chutes. Ce sont donc les individus mandatés à ces tâches au moment de l'étude qui ont été recrutés. Pour ce qui est des intervenants ÉquiLIBRE et MARCHE, ils devaient intervenir au sein de ces programmes pour être inclus dans l'étude.

Les organisations du réseau étaient déjà bien au fait de la démarche d'évaluation de l'implantation des programmes ÉquiLIBRE et MARCHE, et leur collaboration était acquise depuis longtemps. Les gestionnaires locaux en prévention des chutes ont donc été sollicités directement par courrier électronique pour fixer des rencontres et libérer leur personnel en conséquence. Le choix des intervenants ÉquiLIBRE et MARCHE, dégagés aux fins de l'évaluation, revenait au gestionnaire en supervision, selon les disponibilités de chacun et leur organisation locale de services.

4.2. Collecte et analyse des données pour l'atteinte des objectifs

Les façons de recueillir les données et de les analyser varient selon les objectifs de l'étude. De manière à bien les illustrer, elles seront présentées pour chacun des objectifs spécifiques.

4.2.1. Objectif spécifique 1 – Sous-point 1.1.

Il s'agit de mesurer l'atteinte des cibles fixées pour chacun des établissements.

a. Technique de recherche

La recherche documentaire a servi à l'atteinte de cet objectif. Les cibles à atteindre sont fixées conjointement par les établissements de la région et l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale⁷ par les *Ententes de gestion*. C'est donc en consultant les *Bilans des ententes de gestion* et les *Redditions de comptes* de 2005-2006 à 2011-2012 qu'il a été possible de démontrer la progression dans l'atteinte de la cible visée pour chaque établissement. Initialement, il était prévu de faire la collecte de données jusqu'en 2010-2011, mais étant donné que l'ensemble de la démarche s'est poursuivi jusqu'en 2012, il a été convenu d'ajouter ces données récentes. Puisque ces données s'inscrivent dans les processus administratifs officiels du réseau de la santé et des services sociaux, il y a tout lieu de croire en leur fiabilité.

b. Instrument de collecte de données

Pour mesurer l'atteinte des cibles, des tableaux ont été élaborés (les tableaux de *Progression des cibles locales ÉquiLIBRE et MARCHE* sont respectivement présentés dans les résultats aux points 5.1.1. et 5.1.2.). Ces derniers présentent les cibles à atteindre en nombre de groupes ÉquiLIBRE par rapport au nombre de groupes réellement réalisés chaque année de 2005 à 2012. Pour MARCHE y figurent le nombre de personnes jointes comparativement au nombre d'aînés fixé par les cibles.

c. Analyse des données

Pour ÉquiLIBRE, la mesure de l'écart entre le nombre minimal de groupes à implanter (cible fixée) et le nombre réel réalisé en 2011-2012 a permis de déterminer si la cible était atteinte à ce jour. Dans un même ordre d'idées, la mesure de l'écart entre le nombre de personnes ayant bénéficié de l'ensemble des étapes MARCHE et le nombre minimal fixé par la cible a permis de constater si celle-ci était atteinte.

4.2.2. Objectif spécifique 1 – Sous-points 1.2. et 1.3.

Il s'agit de vérifier la présence des paramètres des programmes, tels que prescrits dans les Programmes-cadres ÉquiLIBRE et MARCHE, et de décrire les modalités de fonctionnement de chacun des établissements.

a. Technique de recherche

La recherche documentaire a été utilisée une fois de plus pour l'atteinte de ces objectifs, mais cette fois-ci dans une démarche qualitative et plus descriptive. Les *Grilles de suivi d'implantation* remplies par la DRSP entre 2005 et 2010 ont été consultées pour vérifier la présence des paramètres du programme et documenter l'évolution des modalités de fonctionnement. Ces grilles ont été conçues dès le début de l'implantation, en 2005, en vue de

7. Sera désormais désignée par le terme « Agence » dans le présent document.

réaliser une collecte de données en cours d'implantation. Elles contiennent de l'information de nature qualitative recueillie auprès des acteurs locaux interpellés par l'implantation des programmes au cours des années. Elles font état des activités implantées, des modalités de fonctionnement, des problèmes soulevés, des solutions trouvées, des commentaires des acteurs, du contexte organisationnel, etc. Bref, ces grilles résument comment ÉquiLIBRE et MARCHE se sont implantés au fil du temps. Elles sont remplies par les agents de planification, de programmation et de recherche à la DRSP, responsables de soutenir les établissements dans l'implantation de ces programmes.

Puisque ces grilles ont été remplies en cours d'implantation et depuis le tout début, elles constituent une source de données secondaire utilisée en rétrospective. De façon à s'assurer que les paramètres du programme et les modalités de fonctionnement s'y retrouvant reflétaient la situation qui prévalait à ce moment, une rencontre de validation par établissement a aussi été réalisée. À la suite de ces rencontres, des corrections étaient apportées et une seconde validation par courrier électronique suivait.

b. Instrument de collecte de données

Un tableau énumérant la liste des paramètres présents ou absents pour chacun des programmes et résumant les modalités locales de fonctionnement a été rempli pour chaque établissement. Ce sont ces tableaux qui ont servi à intégrer les données rétrospectives et qui étaient mis à jour au fur et à mesure que l'information se raffinait grâce aux validations.

c. Processus de collecte des données

Les rencontres de validation étaient d'environ une heure et demie chacune. Pour chaque établissement, le gestionnaire local en prévention des chutes était convié ainsi que, minimalement, l'intervenant-pivot local en prévention des chutes (souvent très impliqué à ÉquiLIBRE) et l'intervenant-pivot MARCHE. Au cours de cette rencontre, l'information des *Tableaux descriptifs des modalités locales de fonctionnement* était passée en revue. Les données recueillies au fil des ans et la liste des paramètres présents ou absents des programmes étaient validées. Des corrections et des nuances étaient apportées, selon le cas.

La seconde validation a été réalisée par courrier électronique. Les tableaux mis à jour ont été transmis aux gestionnaires locaux en prévention des chutes, afin qu'ils les fassent circuler auprès des intervenants ÉquiLIBRE et des intervenants MARCHE de leur établissement. Le gestionnaire et l'intervenant-pivot local en prévention des chutes, en plus d'au moins un animateur ÉquiLIBRE en centre de jour et d'un autre en résidence privée, ont validé l'information recueillie. Dans le cas de MARCHE, les intervenants-pivots ont procédé à la validation, parfois avec la collaboration d'intervenants MARCHE, impliqués dans les différents secteurs de CLSC. Les établissements avaient quatre semaines pour transmettre leurs corrections et leurs commentaires. Une mise à jour s'est faite à la lumière de l'ensemble des commentaires reçus et des corrections apportées.

d. Analyse des données

L'analyse des paramètres du programme a consisté à déterminer si chacun d'eux, pour les programmes ÉquiLIBRE et MARCHE, était présent ou absent en fonction de l'information recueillie auprès des établissements. Selon le nombre de paramètres présents, un jugement par les évaluateurs était porté, à savoir si les programmes s'implantaient comme il se devait. Ensuite, la description des modalités de fonctionnement ne nécessitant pas d'analyse, il suffisait de synthétiser l'information recueillie pour dresser le portrait de chaque établissement pour chaque programme (Annexes A et B).

4.2.3. Objectif spécifique 2

Du point de vue des organisations, il s'agit de faire ressortir les conditions qui favorisent ou contraignent l'implantation des programmes en regard de celles proposées par les auteures du cadre conceptuel (Scheirer, 1981; Roberts-Gray et Scheirer, 1988) et de déterminer à quelle étape d'implantation les établissements de la région se situent. Selon ces constats, des recommandations sont émises en vue d'une implantation optimale.

a. Technique de recherche

Pour atteindre cet objectif, des **entrevues dirigées avec des questions ouvertes** ont été privilégiées. Étant donné que les gestionnaires locaux en prévention des chutes et les intervenants ÉquiLIBRE et MARCHE ont des positions et des rôles différents dans l'organisation, ils étaient interrogés séparément et sur des dimensions différentes du cadre conceptuel.

b. Instrument de collecte de données

Puisqu'il n'existait pas d'instrument de mesure pour le cadre conceptuel utilisé, trois canevas d'entrevue ont été élaborés à partir des questions proposées par ses auteures. Les questionnaires ont servi à documenter les facteurs explicatifs liés à la situation d'implantation observée. L'un d'eux couvrait les dimensions du niveau macro et certaines du niveau intermédiaire. Il s'adressait aux gestionnaires locaux en prévention des chutes. Les dimensions du niveau individuel et quelques-unes du niveau intermédiaire ont été abordées par les deux autres canevas et visaient les intervenants ÉquiLIBRE et les intervenants MARCHE. Les canevas d'entrevue se retrouvent aux annexes C, D et E.

c. Processus de collecte des données

L'entrevue durait entre une heure et demie et deux heures. Dans le cas des gestionnaires locaux en prévention des chutes, elle s'est réalisée en individuel, sauf à Portneuf, où trois personnes ont été rencontrées en raison de leur contexte organisationnel. Précisons que les gestionnaires étaient questionnés sur ÉquiLIBRE et MARCHE lors d'une même rencontre. Par ailleurs, l'entrevue se déroulait en petits groupes de deux à cinq individus pour les intervenants ÉquiLIBRE et en groupes de deux à huit individus pour les intervenants MARCHE. Les

personnes présentes lors des entrevues de groupe devaient représenter la diversité des milieux et des secteurs où sont offerts ÉquiLIBRE et MARCHE pour les établissements. Les gestionnaires locaux en prévention des chutes étaient responsables d'identifier les intervenants ÉquiLIBRE et MARCHE participant à l'étude. Pour ÉquiLIBRE, ils devaient libérer au moins l'intervenant-pivot local en prévention des chutes, un intervenant ÉquiLIBRE responsable de l'animation en centre de jour et un autre en résidence privée. Pour MARCHE, il était souhaité d'avoir la plus grande représentativité possible des secteurs de CLSC, mais aussi de différents groupes de professionnels interpellés par le programme. La présence de l'intervenant-pivot MARCHE était également requise.

d. Analyse des données

L'analyse des données d'entrevues s'est réalisée par une approche de type « synthèse analytique ». À partir des transcriptions des entrevues enregistrées, les idées principales ont été dégagées et placées dans des grilles de catégorisation de l'information, selon les dimensions du cadre conceptuel. Une catégorie « autres » a été ajoutée afin de regrouper les éléments ne se rapportant pas directement aux dimensions de ce cadre. Les données recueillies étaient d'abord catégorisées, et ce, pour chaque programme et pour chaque établissement, avant d'être regroupées par programme pour faire une analyse régionale.

Selon les propos des personnes interrogées, il a été possible de déterminer les conditions favorisant ou contraignant l'implantation des programmes dans la région. À la lumière des résultats observés et des pistes de solution proposées par les auteures du cadre conceptuel, des recommandations ont été émises en vue d'atteindre une implantation optimale d'ÉquiLIBRE et de MARCHE dans les conditions les plus favorables possible. La présence ou l'absence des conditions d'implantation et les problèmes soulevés ont permis de porter un jugement critique et de déterminer à quelle étape d'implantation les établissements se situaient.

4.3. Diffusion des résultats

Le présent rapport régional consigne l'ensemble des résultats pour les programmes ÉquiLIBRE et MARCHE. Ces résultats ont déjà été présentés aux gestionnaires locaux en prévention des chutes, lors d'une rencontre régionale tenue en juin 2012. La documentation personnalisée à chaque établissement (progression des cibles, présence des paramètres de programmes et modalités de fonctionnement) leur a alors été remise. Cette documentation regroupait également les conditions favorisant ou contraignant l'implantation ainsi que les recommandations pour chaque programme, et ce, à l'échelle locale. Une présentation des résultats a aussi eu lieu lors de la Journée de l'intervention en santé publique (JISP) de la Capitale-Nationale 2013.

4.4. Considérations éthiques

Les règles de conduite éthiques reconnues dans le domaine ont été strictement respectées tout au long de la démarche. En premier lieu, un consentement verbal a été donné (et enregistré)

avant chacune des entrevues (Annexe F). Un formulaire de consentement écrit était aussi disponible. Ensuite, pour respecter la confidentialité des établissements et des personnes qui les ont représentés lors de la collecte de données, seules les cibles et modalités de fonctionnement sont présentées par organisation dans les résultats. Toute information de nature appréciative est énoncée de façon générale, sans être associée à un établissement ou une personne en particulier. Par ailleurs, les conditions favorisant ou contraignant l'implantation des programmes ainsi que les recommandations propres à chaque établissement n'ont été communiquées qu'à ces derniers.

V. PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

5.1. Atteinte des cibles

Les résultats qui suivent illustrent la progression des cibles depuis 2005-2006 jusqu'à la situation observée pour 2011-2012. Bien que la collecte des données se soit terminée en 2011, les données de 2011-2012 ont été incluses étant donné que les résultats ont été présentés aux établissements en 2012. Les annexes G et H présentent plus en détail ces résultats par établissement.

5.1.1. Programme ÉquiLIBRE

De façon générale, l'ensemble des établissements ont implanté progressivement le programme, ce qui se reflète sur l'atteinte de la cible. En 2011-2012, tous atteignaient ou même dépassaient leur cible, quant au nombre de groupes ÉquiLIBRE implantés, telle que définie dans leurs *Ententes de gestion* respectives.

Tableau II
Progression des cibles locales ÉquiLIBRE

| | 2005-2006 | 2006-2007 | 2007-2008 | 2008-2009 | 2009-2010 ^a | 2010-2011 | 2011-2012 |
|-----------------------------|-----------|-----------|----------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|
| CSSS de Charlevoix | --- | 2/4 | 4/4 | 7/8 | 9/8 | 10/8 | 8/8 |
| CSSS de Portneuf | --- | 4/4 | 8/4 | 10/8 | 12/8 | 12/8 | 12/8 |
| CSSS de Québec-Nord | --- | 0/8 | 0+45 ^b /8 | 4+10 ^b /16 | 7+6 ^b /16 | 14+6 ^b /16 | 14+6 ^b /16 |
| CSSS de la Vieille-Capitale | 3 | 1/8 | 7/8 | 19/18 | 25/18 | 28/18 | 28/18 |
| SCLA | --- | 0/2 | 1/2 | 2/2 | 1+1 ^b /2 | 2/2 | 2/2 |

Note : Les valeurs représentent le nombre de groupes implantés par rapport à la cible fixée. Par exemple, 2/4 signifie que 2 groupes ont été réalisés sur une cible de 4 groupes visée. Un groupe est constitué en moyenne de 5 participants.

- a. Plusieurs groupes de l'automne 2009 ont dû cesser leurs activités en raison de la grippe pandémique.
- b. Ces groupes ont été réalisés à une fréquence d'une séance par semaine au lieu de deux.

Mentionnons qu'à l'origine, la cible ÉquiLIBRE en centres de jour était deux fois plus élevée. En effet, la DRSP demandait à l'époque aux établissements de réaliser des groupes ÉquiLIBRE formés de dix participants. Le financement octroyé par la DRSP couvrait l'équivalent de la moitié des frais engendrés par l'intervention, ce qui supposait que les établissements assumeraient l'autre portion. Or, il s'est avéré que la réalisation de groupes ÉquiLIBRE avec autant d'aînés était très difficile, compte tenu des disponibilités des ressources humaines en centres de jour et du manque d'espace. De plus, les établissements n'arrivaient pas à couvrir

l'ensemble des frais à même leurs ressources. Il a donc été décidé, avec l'arrivée du financement pour offrir ÉquiLIBRE dans la communauté, que dorénavant la cible viserait des groupes de cinq participants.

Deux établissements du CSSS Québec-Nord ne réalisent pas le programme ÉquiLIBRE selon la fréquence prescrite, si bien que la cible n'est pas parfaitement atteinte. Les modes de fonctionnement de ces milieux font en sorte qu'il est impossible d'offrir la fréquence demandée. Il a donc été convenu entre la DRSP et ce CSSS qu'un plus grand nombre de groupes ÉquiLIBRE seraient réalisés pour compenser cette dérogation et que le programme se déroulerait sur 16 semaines au lieu de 12, dans ces cas-là.

Une saisie de données quantitatives couvrant la période de 2006 à 2009 a permis de mettre en lumière quelques caractéristiques sociodémographiques des participants ÉquiLIBRE en centres de jour pour ces années. On observe que pour tous les établissements, la majorité des aînés bénéficiant d'ÉquiLIBRE sont des femmes et que l'âge moyen est d'environ 80 ans.

Tableau III.
Caractéristiques sociodémographiques des participants ÉquiLIBRE,
en centres de jour de 2006 à 2009

| | F | H | Âge moyen | 55-64 ans | 65-74 ans | 75-84 ans | 85 ans et + |
|---------------------------------|-------|------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------|
| CSSS de Charlevoix | 84 % | 16 % | 82 ans | 0 % | 16 % | 46 % | 38 % |
| CSSS de Portneuf | 76 % | 24 % | 80 ans | 1 % | 20 % | 50 % | 29 % |
| CSSS de Québec- Nord | 72 % | 28 % | 79 ans | 7 % | 21 % | 45 % | 27 % |
| CSSS de la Vieille- Capitale | 75 % | 25 % | 82 ans | 0 % | 12 % | 55 % | 33 % |
| SCLA | 100 % | 0 % | 79 ans | 0 % | 0 % | 57 % | 43 % |

Bien évidemment, ces données reflètent la situation à cette époque et peuvent avoir changé. Par exemple, le déploiement d'ÉquiLIBRE en résidences privées, en 2009, peut avoir influencé le portrait de la clientèle participant au programme.

5.1.2. Programme MARCHE

Comme le tableau IV le fait ressortir, le niveau d'implantation du programme est très variable d'un milieu à l'autre. Seul le CSSS de Charlevoix a atteint sa cible quant à l'ensemble des

étapes réalisées⁸ en 2011-2012. Si l'on compare à l'année précédente (2010-2011), on constate une progression du CSSS de Portneuf, bien qu'il demeure encore loin de la cible visée. Par ailleurs, une nette amélioration est observée depuis 2010-2011 au CSSS de Québec-Nord, alors qu'une diminution du nombre de personnes jointes est notée dans les deux autres établissements.

Tableau IV.
Progression des cibles locales MARCHE

| | 2005-2006 | 2006-2007 | 2007-2008 | 2008-2009 | 2009-2010 | 2010-2011 | 2011-2012 |
|-----------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| CSSS de Charlevoix | 0/10 | 2/24 | 2/24 | 0/24 | 8/24 | 26/24 | 41/24 |
| CSSS de Portneuf | 0/15 | 19/40 | 0/40 | 0/40 | 1/40 | 0/40 | 14/40 |
| CSSS de Québec-Nord | 0/41 | 0/111 | 0/111 | 0/111 | 0/111 | 88/111 | 79/111 |
| CSSS de la Vieille-Capitale | 31/72 | 33/216 | 41/216 | 69/216 | 162/200 | 155/200 | 92/200 |
| SCLA | 0/4 | 0/7 | 0/7 | 0/7 | 0/7 | 6/7 | 0/7 |

Note : Les valeurs représentent le nombre d'aînés ayant participé à MARCHE par rapport à la cible visée.

De manière plus précise, il ressort de cela que tous les milieux ont procédé au repérage d'un grand nombre d'aînés au cours des années, et ce, de manière relativement progressive. Le nombre de personnes dépistées, évaluées et pour lesquelles des interventions ont été réalisées est en-dessous de la cible visée. Ainsi, à l'exception du CSSS de Charlevoix, qui a atteint sa cible et même davantage, des efforts restent à faire dans chacune des autres organisations pour joindre le nombre d'aînés ciblé.

Selon les données des feuilles synthèses entre 2006 et 2009⁹, un plus grand nombre de femmes que d'hommes ont été repérées pour le programme MARCHE (70,5 % c. 27,4 %)¹⁰. L'âge des personnes repérées varie entre 53 et 99 ans, pour un âge moyen de 81,3 ans, et on n'observe que très peu de différence entre les femmes (81,8 ans) et les hommes (80 ans) à cet égard¹¹. Plus de huit personnes sur dix (81,5 %) sont âgées de 75 ans ou plus, et cette proportion est importante dans les quatre territoires de CSSS. La répartition des personnes repérées selon le sexe et le groupe d'âge pour chaque territoire de CSSS est présentée dans le tableau V.

8. Le résultat figurant dans le tableau correspond au nombre de personnes rejointes par un processus multifactoriel complet MARCHE, soit le repérage, le dépistage, l'évaluation et l'intervention (l'annexe H précise le nombre par étape).

9. Les feuilles synthèses des Services communautaires de langue anglaise n'ayant pas été collectées, l'information n'est pas disponible quant à la description des aînés ayant reçu les services du programme MARCHE durant cette période.

10. 37 données manquantes.

11. 18 données manquantes concernant le sexe des personnes repérées.

Tableau V.
Caractéristiques sociodémographiques des participants MARCHE de 2006 à 2009

| | F | M | ≤ 65 | 65-74 | 75-84 | 85 et + |
|-----------------------------|--------|--------|-------|--------|--------|---------|
| CSSS de Charlevoix | 67,5 % | 32,5 % | 2,4 % | 20 % | 50 % | 37,5 % |
| CSSS de Portneuf | 66,7 % | 33,3 % | 2,1 % | 8,3 % | 35,4 % | 54,2 % |
| CSSS de Québec-Nord | 72,8 % | 27,2 % | 3,9 % | 15,4 % | 46,5 % | 34,2 % |
| CSSS de la Vieille-Capitale | 72,5 % | 27,5 % | 2,4 % | 16,5 % | 41,5 % | 39,6 % |

5.2. Paramètres des programmes

Les résultats qui suivent rendent compte de la présence ou de l'absence des paramètres pour chacun des programmes évalués, tels que prescrits par leur Programme-cadre respectif.

5.2.1. Programme ÉquiLIBRE

Le tableau VI illustre que les paramètres du programme sont généralement présents dans pour l'ensemble des établissements.

Tableau VI.
Présence des paramètres du programme ÉquiLIBRE par établissement

| Charlevoix | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| Portneuf | | | | | |
| Québec-Nord | | | | | |
| SCLA | | | | | |
| Vieille-Capitale | | | | | |
| Promotion du programme | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 1. L'établissement est responsable de promouvoir l'activité |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. La DRSP soutient l'établissement en fournissant du matériel promotionnel |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 3. La DRSP soutient le milieu en diffusant la programmation locale |
| Recrutement de la clientèle | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 4. L'établissement est responsable de l'inscription |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 5. L'inscription est gratuite |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 6. La priorité est donnée aux nouveaux participants |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 7. L'activité est accessible à tous |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 8. Le nombre d'inscriptions est limité à 8 participants par intervenant |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 9. La clientèle cible est respectée <u>Aînés à risques modérés de chute</u> <ul style="list-style-type: none"> • Chute(s) dernière année (ou) • Troubles marche/équilibre (ou) • Utilisation aide à la marche (ou) • Référence par un physiothérapeute du volet personnalisé |
| | | | | | <u>Les critères d'exclusion sont respectés</u> <ul style="list-style-type: none"> • Incapacité de marcher 6 m avec ou sans aide à la marche • Troubles cognitifs nuisant à la compréhension ou à la sécurité • Est en soins palliatifs • Participation n'est pas volontaire |

| Charlevoix | | | | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| Portneuf | | | | | |
| Québec-Nord | | | | | |
| SCLA | | | | | |
| Vieille-Capitale | | | | | |
| Complétion de la grille de sélection des participants au programme ÉquiLIBRE | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 10. La grille de sélection des participants est remplie pour tous les participants |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 11. Une référence au médecin est faite au besoin |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 12. Le participant est dirigé vers le programme adéquat du Continuum selon le niveau de risque qu'il présente |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 13. L'animateur a accès aux grilles de sélection des participants pour consultation |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 14. Les grilles de sélection des participants sont rangées sous clé |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 15. La grille de sélection des participants est mise à jour annuellement ou si un changement dans l'état de santé survient |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 16. Le participant signe sa grille de sélection |
| Évaluation des participants | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 17. L'évaluation de l'équilibre est réalisée pour tous les participants |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 18. L'évaluation de la marche est réalisée pour tous les participants |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 19. L'évaluation de la force est réalisée pour tous les participants |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 20. Les protocoles des évaluations sont respectés |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 21. Les évaluations ont lieu en début et fin de session |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 22. L'évaluation est réalisée en prétest et posttest |
| Intervention | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 23. Les animateurs sont issus d'une de ces professions : éducation physique, ergothérapie, kinésiologie, physiothérapie, techniques de réadaptation physique |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 24. Tous les intervenants ont reçu la formation théorique de la DRSP |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 25. Tous les intervenants ont été observés sur le terrain par la DRSP (formation pratique) |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 26. Le ratio d'un intervenant pour 5 participants est respecté |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 27. Les frais d'intervention sont assumés par l'établissement |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 28. Le programme est réalisé à raison de deux séances supervisées de 1 h par semaine |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 29. Le programme est de 12 semaines |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 30. Le programme maison est réalisé minimalement 1x/semaine par les participants |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 31. La prescription d'exercices est conforme au contenu du programme |

Note : Le symbole ⊗ signifie que le paramètre est quelques fois absent.

L'ensemble des paramètres d'intervention sont respectés aux étapes de « Promotion du programme », « Recrutement de la clientèle » et « Évaluation des participants ». Par contre, certains paramètres du programme portent une mention spéciale. À l'étape de « Complétion de la grille de sélection », deux établissements ignoraient si cette grille était signée par les participants pour tous les centres de jour et résidences privées sur leur territoire (paramètre 16). Des vérifications ont été faites par la suite et les milieux visés devaient corriger la situation, au besoin.

De plus, pour les paramètres 24 et 25, à l'étape « Intervention », un intervenant ÉquiLIBRE des SCLA Jeffery Hale n'a pas été formé par la DRSP, car il n'en a pas fait la demande. Ce dernier a plutôt suivi sa formation avec un collègue plus expérimenté. Finalement, comme il a été dit

précédemment, le CSSS de Québec-Nord ne peut pas respecter la fréquence du programme pour un de ses centres de jour (qui est itinérant). Ainsi, il offre ÉquiLIBRE sur 16 semaines, à raison d'une séance par semaine. Les SCLA ont vécu une situation semblable, mais au cours d'une seule session. Ces situations concernent les paramètres 28 et 29.

5.2.2. Programme MARCHÉ

Le tableau VII fait état de la présence ou non des différents paramètres selon les étapes de réalisation du programme. Quelques disparités entre les établissements sont observées.

Tableau VII.
Présence des paramètres du programme MARCHÉ par établissement

| Charlevoix | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|--|
| Portneuf | | | | | | |
| Québec-Nord | | | | | | |
| SCLA | | | | | | |
| Vieille-Capitale | | | | | | |
| Stratégie d'implantation | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 1. Équipe-ressource ou intervenant dédié | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Gestionnaire | |
| Intervenants MARCHÉ | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | NON | NON | NON | <input checked="" type="checkbox"/> | 3. Médecin | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 4. Pharmacien | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | NON | <input checked="" type="checkbox"/> | 5. Nutritionniste | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | NON | <input checked="" type="checkbox"/> | 6. Physiothérapeute | |
| NON | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 7. Ergothérapeute | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | NON | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Autres : - Infirmière - Assistant au supérieur immédiat SAD | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | NON | NON | NON | | <input type="checkbox"/> Paramètre non essentiel |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 8. Personne responsable du suivi des usagers du programme MARCHÉ : Intervenant-pivot MARCHÉ | |
| Repérage | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 9. La clientèle cible est respectée : - Aîné de 65 ans et + ou moins de 65 ans avec profil gériatrique - Inscrit au SAD - A fait deux chutes ou plus dans la dernière année - Troubles de l'équilibre ou de la marche rapportés ou observés | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 10. Vérification de la motivation de l'utilisateur | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 11. Vérification des critères de pertinence - Le pronostic de vie dépasse 6 mois - La personne n'est pas grabataire - La participation au programme ne doit pas nuire à la personne. | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 12. Un intervenant est responsable du repérage | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 13. Les outils de suivi sont utilisés - Feuille synthèse - Tableau de suivi | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 14. Présence d'une modalité pour orienter le repérage vers le dépistage | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | NON | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 15. Présence d'un processus de formation à l'étape du repérage | |
| Dépistage des facteurs de risque | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 16. Une personne est responsable de faire le dépistage | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 17. Utilisation d'un outil de dépistage | |

| Charlevoix | | | | | |
|-----------------------------------|----------|-------------|-------------------|-------------------|---|
| | Portneuf | | | | |
| | | Québec-Nord | | | |
| | | | SCLA | | |
| | | | | Vieille-Capitale | |
| Charlevoix | Portneuf | Québec-Nord | SCLA | Vieille-Capitale | |
| ☑ | ☑ | ☑ | ⊗ | ⊗ | 18. Tous les facteurs de risque sont dépistés |
| ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | 19. Médicaments : - Identification de tous les médicaments - Vérification de l'adhésion au traitement - Référence au pharmacien pour évaluation si dépistage positif |
| ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | NON ¹² | 20. Malnutrition/dénutrition : - Complétion de la grille de dépistage nutritionnel - Outil utilisé et respect du seuil - Référence en nutrition pour évaluation si dépistage positif |
| ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | NON ¹² | 21. Ostéoporose : - Question sur l'ostéoporose connue - Questions sur les fractures avant l'âge de 55 ans - Référence en nutrition pour évaluation si dépistage positif |
| ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | 22. Hypotension orthostatique : - Prise de tension artérielle 5 min, 3 min et 1 min - Respect du seuil de dépistage - Référence au médecin traitant pour évaluation si dépistage positif |
| ☑ | ☑ | ☑ | NON ¹² | ☑ | 23. Environnement domiciliaire : - Complétion de la grille d'identification du risque de chutes associées à l'environnement - Identification d'un seuil de dépistage - Référence en ergothérapie pour évaluation si dépistage positif |
| ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | 24. Troubles cognitifs : - Complétion du Mini-mental réduit (MMR) ou Folstein - Respect des seuils de dépistage - Référence au médecin traitant si dépistage positif |
| ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | 25. Troubles de l'équilibre : - Administration du test « debout pieds joints » - Respect du seuil de dépistage - Référence en physiothérapie pour évaluation si dépistage positif |
| ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | 26. Troubles de la marche : - Administration du test <i>Timed up and go</i> (TUG) - Respect des seuils de dépistage (avec ou sans aide à la marche) - Référence en physiothérapie pour évaluation si dépistage positif - Référence en physiothérapie et ergothérapie si dépistage avec aide à la marche est positif |
| ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | 27. Troubles visuels : - Exécution du test de Snellen 10 pieds - Respect du seuil de dépistage - Référence au médecin traitant pour évaluation si dépistage positif |
| ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | 28. Une personne est responsable de transmettre les résultats du dépistage à l'utilisateur |
| ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | 29. Une personne est responsable de transmettre la lettre au médecin traitant |
| ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | 30. Présence d'un processus pour la formation au dépistage |
| ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | 31. Présence d'une modalité pour orienter le dépistage vers l'évaluation |
| Évaluation des facteurs de risque | | | | | |
| ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | 32. Médicaments - Par un pharmacien - De tous les usagers dépistés positifs |
| ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | 33. Malnutrition - Par un nutritionniste - De tous les usagers dépistés positifs |

| Charlevoix | | | | | |
|--|-------------------------------------|---|-------------------------------------|---|--|
| | Portneuf | | | | |
| | | Québec-Nord | | | |
| | | | SCLA | | |
| | | | | Vieille-Capitale | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 34. Ostéoporose - Par un nutritionniste - De tous les usagers dépistés positifs |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 35. Troubles de l'équilibre et de la marche - Par un physiothérapeute - De tous les usagers dépistés positifs |
| NON | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 36. Environnement domiciliaire - Par un ergothérapeute - De tous les usagers dépistés positifs |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 37. Les usagers pour lesquels ces facteurs de risque sont dépistés positifs sont dirigés vers le médecin traitant, qui se charge de l'évaluation. Ces facteurs sont : - l'hypotension orthostatique - les troubles cognitifs - les troubles visuels |
| Plan d'intervention | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | NON | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 38. Présence d'une modalité pour orienter les évaluations vers les interventions |
| <input checked="" type="checkbox"/> | NON | <input checked="" type="checkbox"/> | NON | <input checked="" type="checkbox"/> | 39. Une personne est responsable d'inscrire les cas pour les plans d'intervention |
| <input checked="" type="checkbox"/> | NON | <input checked="" type="checkbox"/> | NON | <input checked="" type="checkbox"/> | 40. Une personne est responsable de convoquer les rencontres pour les plans d'intervention |
| <input checked="" type="checkbox"/> | NON | <input checked="" type="checkbox"/> | NON | <input checked="" type="checkbox"/> | 41. Une personne est responsable d'animer les rencontres pour les plans d'intervention |
| <input checked="" type="checkbox"/> | NON | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 42. Une personne est responsable de rédiger les plans d'intervention |
| <input checked="" type="checkbox"/> | NON | <input checked="" type="checkbox"/> | NON | <input checked="" type="checkbox"/> | 43. La date de réévaluation est précisée au plan d'intervention |
| <input checked="" type="checkbox"/> | NON | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 44. Une personne est responsable de transmettre les recommandations au médecin traitant |
| <input checked="" type="checkbox"/> | NON | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 45. Une personne est responsable de transmettre les recommandations à l'utilisateur |
| Interventions ¹³ | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | NON | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 46. Chaque intervenant réalise les interventions spécifiques à son champ de compétence : - médicaments - malnutrition - ostéoporose - troubles de l'équilibre et de la marche - environnement domiciliaire |
| Réévaluation des facteurs de risque positifs ¹² | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> NON | NON | <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | NON | <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | 47. Les facteurs de risque suivants sont réévalués par les intervenants MARCHE : - médicaments - malnutrition - hypotension orthostatique - troubles de l'équilibre - troubles de la marche - environnement domiciliaire |
| <input checked="" type="checkbox"/> | NON | <input checked="" type="checkbox"/> | NON | <input checked="" type="checkbox"/> | 48. Une décision est prise au moment de la réévaluation, à savoir : - poursuivre les interventions - réviser le plan d'intervention - cesser les interventions |

Notes : La mention « NON » signifie que le paramètre est absent.
Le symbole ⊗ signifie que le paramètre est quelquefois absent.

13. Les interventions sous la responsabilité du médecin traitant ne sont pas intégrées aux paramètres 46, 47 et 48.

a. Stratégie d'implantation et intervenants MARCHE

La principale stratégie retenue par les CSSS est celle de l'équipe-ressource, à l'exception des SCLA qui ne peuvent compter sur l'ensemble des ressources requises. Dans leur cas, la stratégie privilégiée est celle de l'intervenant dédié. Par ailleurs, peu d'équipes-ressources peuvent compter sur un médecin de l'établissement. Elles interpellent donc les médecins de famille des aînés dépistés. Finalement, ce ne sont pas tous les établissements qui peuvent compter sur l'ensemble des intervenants requis par le programme.

b. Repérage

L'ensemble des paramètres du programme sont respectés à l'étape du repérage dans tous les établissements, à l'exception du CSSS de Portneuf, qui n'avait pas défini, au moment des entrevues, la présence d'un processus de formation à cette étape (paramètre 15).

c. Dépistage

La plupart des paramètres à l'étape du dépistage sont présents pour une majorité d'établissements. Une particularité du CSSS de la Vieille-Capitale réside dans le fait qu'on y réalise des dépistages partiels quand la motivation de l'aîné est limitée (paramètre 18). Dans ces cas, quelques facteurs de risque sont dépistés dans un premier temps et le dépistage est finalisé, ou non, selon la motivation de l'utilisateur. Ce même CSSS et les SCLA ne dépistent pas certains facteurs de risque, car, pour ceux-ci, les personnes repérées vont directement à l'étape d'évaluation.

d. Évaluations, plans d'intervention et interventions

Dans l'ensemble, les évaluations et les plans d'intervention sont réalisés tels que le Programme-cadre le propose. Seules quelques particularités sont à relever : le CSSS de Charlevoix ne procède pas à l'évaluation domiciliaire (paramètre 36), faute d'ergothérapeute au sein de l'équipe-ressource. Les SCLA, pour leur part, élaborent le plan d'intervention à partir d'échanges avec chacun des intervenants MARCHE, compte tenu de leur mode de fonctionnement qui repose sur la présence d'un intervenant dédié. Cette situation concerne les paramètres 39, 40, 41 et 43. Dans tous les cas, les interventions se réalisent selon la pratique habituelle dans chacun des secteurs d'intervention en prévention des chutes. Mentionnons qu'au moment de la collecte de données, le CSSS de Portneuf n'avait pas déterminé la façon dont les interventions se réaliseraient, ce qui explique l'absence des paramètres 38 à 45.

e. Réévaluation des facteurs de risque positifs

Trois des cinq milieux procèdent à une réévaluation des facteurs de risque dépistés positifs. Aucune réévaluation n'est faite pour les SCLA, alors que les modalités n'étaient pas définies au CSSS de Portneuf. Enfin, l'environnement domiciliaire ne fait pas l'objet de réévaluation au CSSS de Charlevoix.

5.3. Modalités de fonctionnement

Les programmes ÉquiLIBRE et MARCHE prennent diverses formes selon les établissements. Les pages qui suivent présentent les modalités de fonctionnement par programme au moment de la collecte de données. Les annexes A et B les détaillent par établissement. Pour faciliter la compréhension des structures locales, une figure a été produite par programme et par établissement. Ces figures présentent les acteurs impliqués dans les programmes, le service ou la direction dont ils relèvent et les milieux offrant ces programmes. Elles ne sont toutefois pas représentatives de l'ampleur de l'offre de service aux aînés et des ressources impliquées au sein des établissements.

5.3.1. Programme ÉquiLIBRE

L'implantation d'ÉquiLIBRE en centres de jour et dans la communauté s'est faite par l'intermédiaire de diverses stratégies, selon les établissements. Les paragraphes qui suivent font un bref survol des stratégies d'implantation et de quelques-unes des modalités de fonctionnement propres à chaque établissement. L'annexe A présente en détail ces modalités locales.

Le CSSS de Charlevoix a amorcé l'implantation d'ÉquiLIBRE à l'automne 2006 en offrant d'abord le programme au centre de jour de l'est, pour ensuite le déployer à l'hiver 2007 au centre de jour de l'ouest. Depuis, le programme est offert chaque année, dans les deux centres de jour sur ce territoire. L'implantation d'ÉquiLIBRE dans la communauté a débuté, quant à elle, au début de l'année 2009. Plusieurs résidences privées, tant dans l'est que dans l'ouest, ainsi que des habitations à loyer modique ont accueilli ÉquiLIBRE depuis. Charlevoix est une région rurale qui se caractérise par sa grande superficie. Une bonne portion de la population et un grand nombre de services sont centralisés à Baie-Saint-Paul (ouest) et à La Malbaie (est). Le grand nombre de petites résidences privées abritant peu de personnes âgées est une autre particularité observée sur ce territoire. L'intervenant-pivot local en prévention des chutes a été désigné au début de l'année 2011; il anime ÉquiLIBRE depuis plusieurs années. Il a eu pour premier mandat de faire une tournée du territoire pour dresser une liste de milieux potentiels pouvant accueillir ÉquiLIBRE et planifier la programmation pour les deux années qui suivaient.

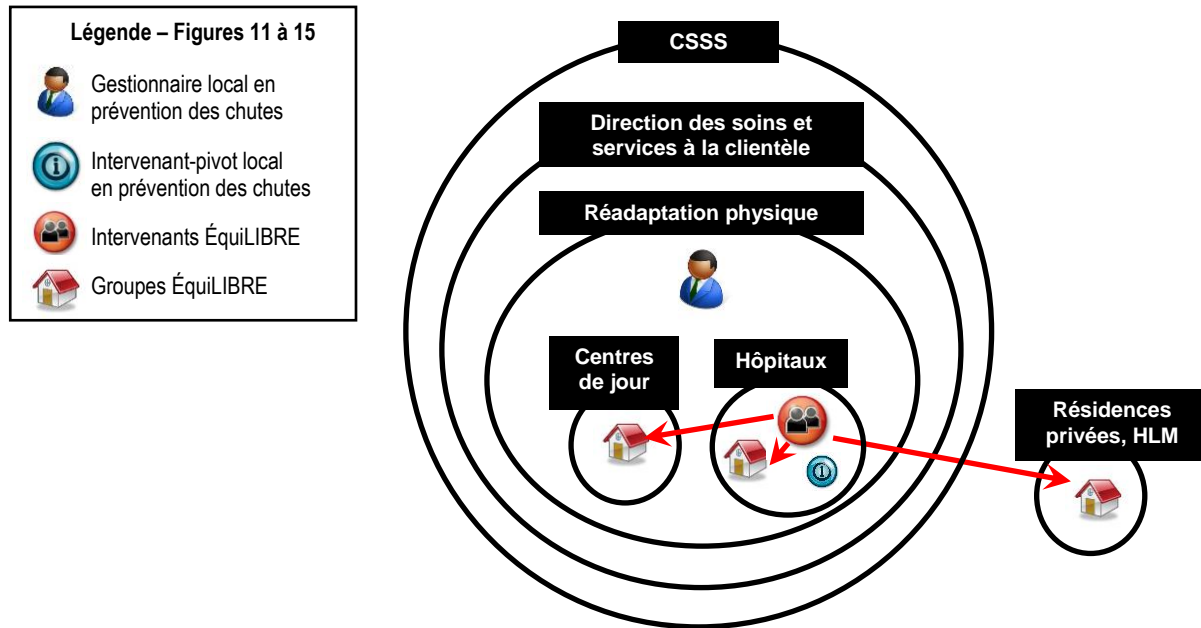


Fig. 11 – Ressources et milieux impliqués dans le programme ÉquiLIBRE, CSSS de Charlevoix

Le **CSSS de Portneuf** a d'abord expérimenté ÉquiLIBRE en résidence privée, en réalisant un projet pilote à Saint-Marc-des-Carières à l'automne 2005. La DRSP a assisté à une séance par semaine, au cours de cette session, de façon à vérifier la faisabilité du programme sur le terrain et à l'adapter selon les observations recueillies. À la lumière de cette expérimentation, le CSSS a décidé de plutôt offrir le programme en centres de jour pour faciliter l'accès au programme aux aînés de la région, diminuer les déplacements des intervenants ÉquiLIBRE et leur offrir des conditions d'animation plus intéressantes (locaux, matériel, etc.). ÉquiLIBRE a été offert à l'automne 2006 au centre de jour de Saint-Casimir. Un an plus tard, un centre de jour supplémentaire offrait le programme, celui de Donnacona. Le programme est également disponible au centre de jour de Saint-Raymond depuis l'hiver 2009. Quand le projet d'offrir ÉquiLIBRE à la communauté a vu le jour, le CSSS de Portneuf a décidé d'accueillir en centres de jour des aînés de l'externe, plutôt que de se déplacer dans leur milieu de vie. Ainsi, depuis le début de l'année 2009, les centres de jour de Donnacona, de Saint-Casimir et de Saint-Raymond accueillent pour ÉquiLIBRE des usagers du centre de jour et des personnes âgées de l'externe. L'intervenant-pivot local en prévention des chutes a été désigné en 2010-2011. Celui-ci est surtout sollicité par le programme MARCHE; il n'a jamais animé ÉquiLIBRE. Le chef de programme en réadaptation, supervisant les intervenants ÉquiLIBRE, est très impliqué dans le programme.

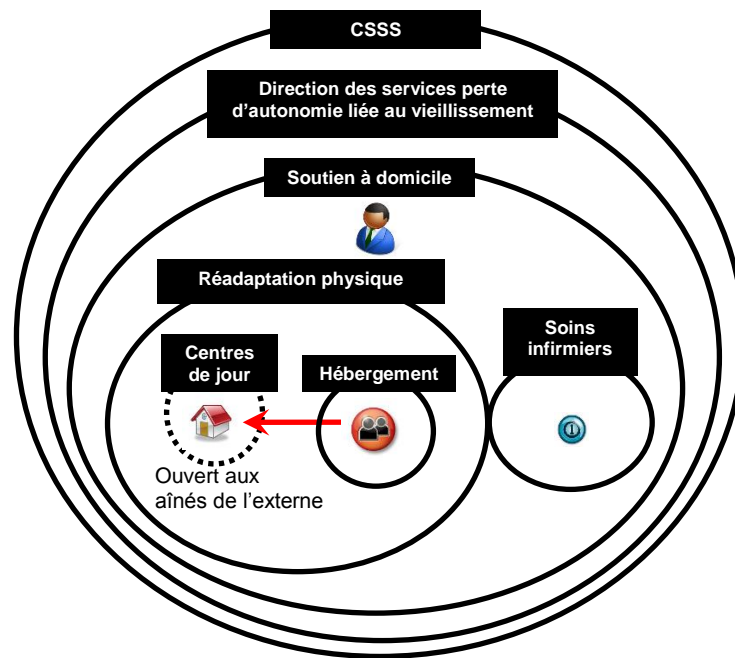


Fig.12 – Ressources et milieux impliqués dans le programme ÉquiLIBRE, CSSS de Portneuf

Le CSSS de Québec-Nord a amorcé l'implantation d'ÉquiLIBRE plus tardivement, car il éprouvait certaines difficultés à offrir le programme à raison de deux séances hebdomadaires. Une entente particulière est intervenue en 2007 entre la DRSP et le CSSS, permettant de l'implanter selon une formule progressive. Celle-ci prévoyait que le programme soit offert la première année à raison d'une séance par semaine, pendant 16 semaines, à condition de joindre un plus grand nombre d'aînés (près de trois fois plus). C'est ainsi qu'ÉquiLIBRE a été implanté au printemps 2007 dans les quatre centres de jour du territoire. Dès l'automne 2008, un centre de jour a offert le programme selon les paramètres prescrits (fréquence et durée). La session suivante, deux autres centres de jour emboîtaient le pas. Désormais, seul un centre de jour maintient la formule d'une séance par semaine, du fait qu'il est itinérant et qu'il couvre un vaste territoire. La superficie du territoire de Québec-Nord fait en sorte que la plupart des centres de jour ont deux points de service.

Une première résidence privée a accueilli ÉquiLIBRE à l'hiver 2010. Il n'y a pas eu d'autre groupe dans la communauté avant l'hiver 2011, année où une ressource a été libérée deux jours par semaine pour investir ces milieux. En effet, cet intervenant a été mandaté pendant quelques mois pour dresser un portrait des résidences potentielles, établir des contacts et organiser des groupes. L'intervenant-pivot local en prévention des chutes a été désigné au même moment. Celui-ci n'anime pas ÉquiLIBRE, mais il a une formation en réadaptation et il est impliqué dans MARCHE et la prévention des chutes depuis le début de l'implantation des programmes dans la région.

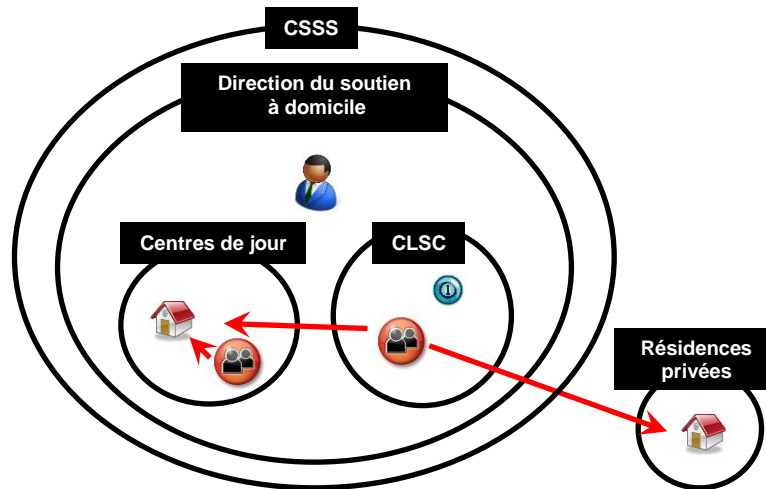


Fig. 13 – Ressources et milieux impliqués dans le programme ÉquiLIBRE, CSSS de Québec-Nord

Le CSSS de la Vieille-Capitale a accueilli ÉquiLIBRE en projet pilote à l'automne 2005. Un groupe de dix participants a été formé dans un centre de jour de ce CSSS et a été animé par deux professionnels, un provenant du centre de jour et l'autre d'une firme privée. La DRSP a assisté à une séance par semaine, au cours de cette session, de façon à vérifier la faisabilité du programme sur le terrain et à l'adapter selon les observations recueillies. Au printemps 2007, un deuxième centre de jour a intégré ÉquiLIBRE à ses activités, mais c'est à partir de l'automne 2008 que les quatre centres de jour de ce territoire ont tous offert le programme à leurs usagers. Dès l'hiver 2009, un intervenant-pivot local en prévention des chutes a été désigné et deux groupes en résidences privées ont été réalisés. Il y a eu une année sans intervenant-pivot local mais depuis 2010-2011, une personne est en place et voit à l'organisation des groupes en résidences privées.

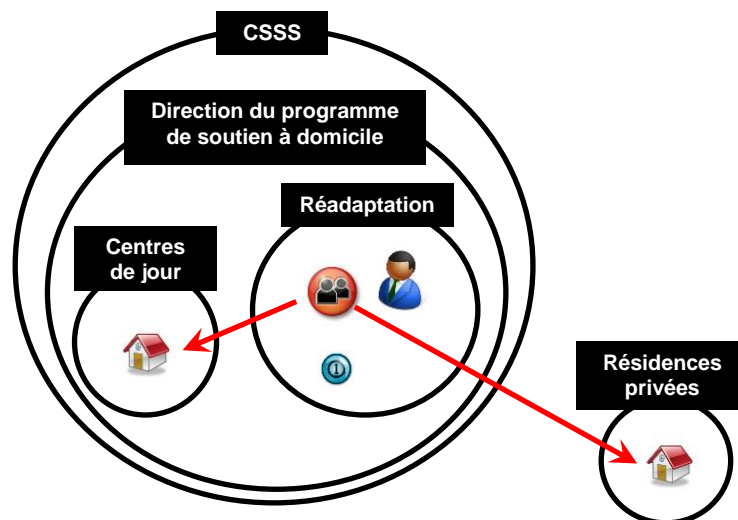


Fig. 14 – Ressources et milieux impliqués dans le programme ÉquiLIBRE, CSSS de la Vieille-Capitale

Les **SCLA Jeffery Hale** offrent des services aux personnes âgées d'expression anglaise, peu importe où ils habitent dans la grande région de la Capitale-Nationale. Les locaux sont situés sur le territoire de la Vieille-Capitale, mais l'équipe des SCLA se déplace de façon régulière dans Québec-Nord et Portneuf. Les SCLA ont offert leur premier groupe en centre de jour à l'hiver 2008 et ont poursuivi dans ce milieu pendant deux ans. En raison de certaines difficultés rencontrées dans le recrutement de la clientèle, la session d'hiver 2010 s'est déroulée à une fréquence d'une séance par semaine. La session suivante, les SCLA ont expérimenté l'animation du programme dans une résidence privée accueillant des personnes âgées anglophones. L'expérience ayant été concluante, il a été décidé qu'il y aurait désormais alternance d'une session à l'autre entre le centre de jour et une résidence privée. Notons que les SCLA ont désigné un intervenant-pivot en prévention des chutes et offrent ÉquiLIBRE dans la communauté depuis 2010-2011, même s'ils ne sont pas tenus de le faire par les ententes de gestion et qu'ils n'ont pas eu de financement à cet effet.

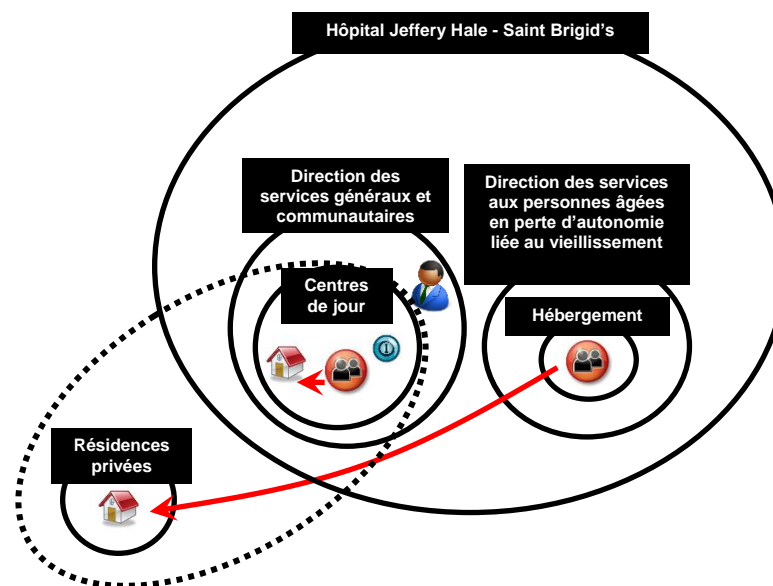


Fig. 15 – Ressources et milieux impliqués dans le programme ÉquiLIBRE, SCLA Jeffery Hale

5.3.2. Programme MARCHE

Le programme MARCHE a été implanté au sein des établissements impliquant différentes directions, selon les modalités de fonctionnement propres à chaque milieu. Plusieurs ressources professionnelles rattachées à ces directions ont été mises à contribution.

L'annexe B fait état des modalités locales du programme, en ce qui a trait aux différentes étapes, allant du repérage jusqu'à la réévaluation.

Le **CSSS de Charlevoix** a amorcé l'implantation du programme en mars 2006, dans le secteur ouest de son territoire (Baie-Saint-Paul et ses environs), et ce, par une phase pilote, avant de l'étendre au secteur est (La Malbaie et ses environs) en 2008.

Depuis l'automne 2010, la responsabilité du Continuum de services local en prévention des chutes est assumée par un gestionnaire en réadaptation physique. Avant cela, plusieurs gestionnaires avaient occupé cette fonction au sein de l'établissement.

L'équipe-ressource est complète, regroupant des intervenants du SAD (physiothérapeutes, nutritionnistes, infirmières, thérapeutes en réadaptation physique [TRP]) et certains provenant d'autres services (pharmaciens et médecins). Au besoin, un ergothérapeute du SAD peut se joindre à l'équipe, mais étant donné la pénurie de ressources dans ce service, sa présence au dossier n'est pas systématique. La responsabilité d'intervenant-pivot MARCHÉ est confiée à un thérapeute en réadaptation physique du SAD.

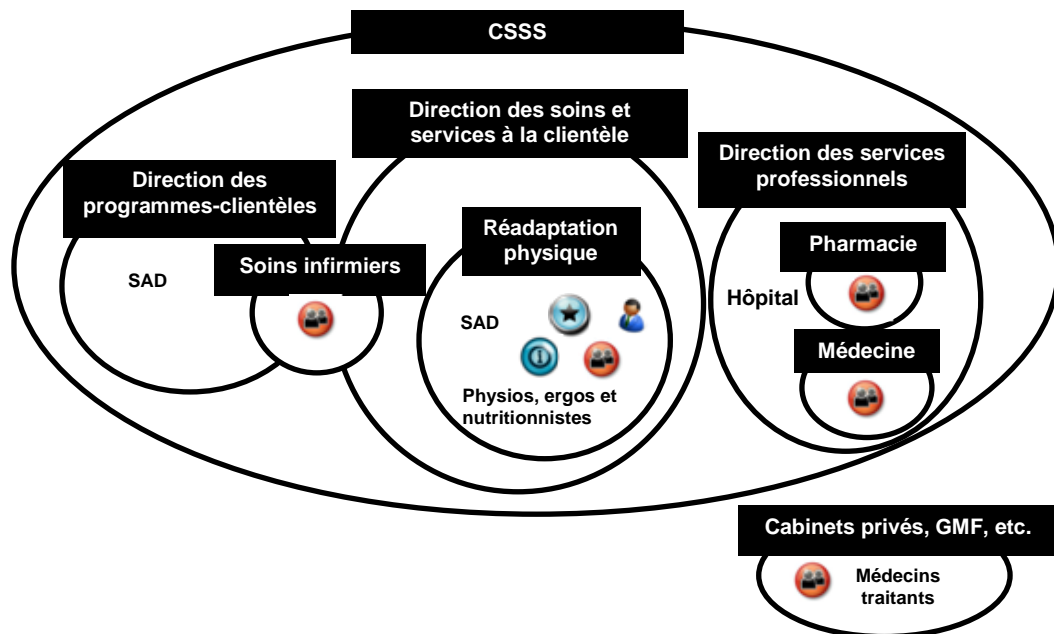
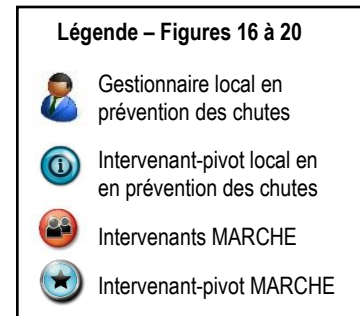


Fig.16 – Ressources et milieux impliqués dans le programme MARCHÉ, CSSS de Charlevoix

Le CSSS de Portneuf avait pour stratégie de mettre en place le programme MARCHÉ progressivement sur le territoire, en débutant avec le secteur ouest (Saint-Marc-des-Carières et ses environs), en poursuivant avec le secteur sud (Donnacona et ses environs) et en terminant par le secteur nord-est (Pont-Rouge, Saint-Raymond et leurs environs).

Plusieurs changements sont survenus à la Direction du SAD ainsi que dans les modalités de fonctionnement associées à MARCHÉ, de telle sorte qu'au moment où la collecte de données a été réalisée dans ce milieu, la stratégie pour implanter MARCHÉ était à redéfinir et les activités du programme devaient être réactivées. Ainsi, la planification était bien amorcée, mais la mise en œuvre était à faire.

Le gestionnaire local en prévention des chutes évolue au sein des soins infirmiers du SAD. L'intervenant-pivot MARCHE relève du même service et assure également les fonctions d'intervenant-pivot local en prévention des chutes. La formation de l'équipe-ressource était bien engagée au moment de la collecte de données, celle-ci regroupant majoritairement des intervenants du SAD et envisageant de faire appel aux pharmaciens de l'hôpital et aux médecins traitants, en l'absence de ces types de professionnels au SAD.

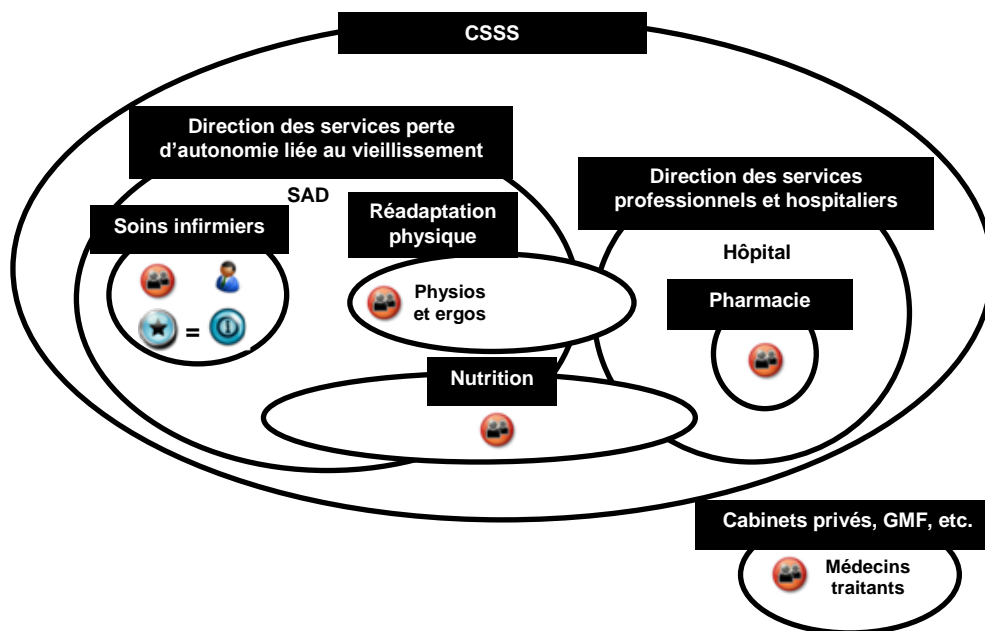


Fig. 17 – Ressources et milieux impliqués dans le programme MARCHE, CSSS de Portneuf

Le **CSSS de Québec-Nord** a implanté le programme MARCHE en 2002-2003, dans le secteur La Source, à titre de projet pilote. Il s'agissait alors des débuts de la mise en œuvre du programme dans la région. Pour les autres secteurs du CSSS, l'implantation s'est amorcée en 2009.

Dès le départ, le CSSS a convenu de privilégier un fonctionnement uniforme pour tout le territoire et d'accorder un rôle central aux physiothérapeutes du SAD. Aussi, en mars 2010, ce milieu a procédé à l'embauche d'un consultant, dont le mandat était d'élaborer la stratégie d'implantation du programme pour l'ensemble du territoire. Cette personne a établi la trajectoire de l'utilisateur, a déterminé les rôles des différents professionnels et a sélectionné les outils pour la réalisation des diverses étapes. À la suite de ce travail, les modalités de fonctionnement ont été mises en vigueur dans l'ensemble des secteurs de CLSC du CSSS.

La gestion du Continuum de services local en prévention des chutes est assumée par l'adjoint à la direction du SAD, alors que la fonction d'intervenant-pivot MARCHE est sous la

responsabilité d'un physiothérapeute. Cette ressource, impliquée dans le programme depuis ses balbutiements, agit également comme intervenant-pivot local en prévention des chutes.

L'équipe-ressource est presque complète. Elle est formée en majorité d'intervenants du SAD et compte sur la collaboration de pharmaciens d'une autre direction. En l'absence de médecins disponibles pour ce programme au sein du CSSS, les médecins traitants des usagers sont sollicités.

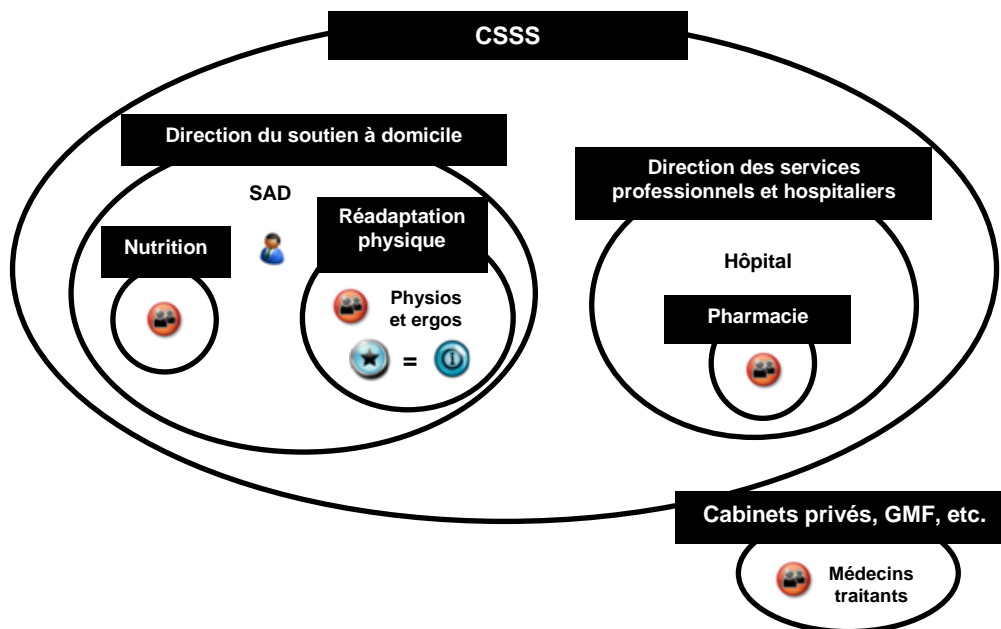


Fig. 18 – Ressources et milieux impliqués dans le programme MARCHE, CSSS de Québec-Nord

Le CSSS de la Vieille-Capitale a entrepris l'implantation du programme MARCHE au cours de la période 2002-2003 pour le secteur de Haute-Ville-des-Rivières, sous forme de projet pilote. Les autres secteurs ont emboîté le pas progressivement à partir de 2006.

Dès le départ, ce CSSS a privilégié l'uniformisation de la pratique pour l'implantation du programme dans les trois secteurs de CLSC. Aussi, au cours de l'année 2010, une révision du processus et des modalités de fonctionnement a été réalisée en profondeur dans l'objectif d'optimiser les pratiques. Les responsables du programme ont rencontré les équipes-ressources de chaque secteur ainsi que les groupes d'intervenants, afin de prendre connaissance des façons de faire et des outils utilisés relativement à MARCHE. Ces rencontres ont aussi été l'occasion de documenter les difficultés rencontrées et de discuter des pistes possibles de solution, et ce, dans le souci d'une meilleure harmonisation des pratiques afin d'optimiser les ressources consacrées au programme.

Le gestionnaire local en prévention des chutes assume des fonctions de coordination aux services de réadaptation physique et psychosociaux à l'intérieur du SAD. L'intervenant-pivot MARCHE et l'intervenant-pivot local en prévention des chutes relèvent de la réadaptation

physique au SAD, tout comme l'ensemble des professionnels impliqués au sein des équipes-ressources MARCHE.

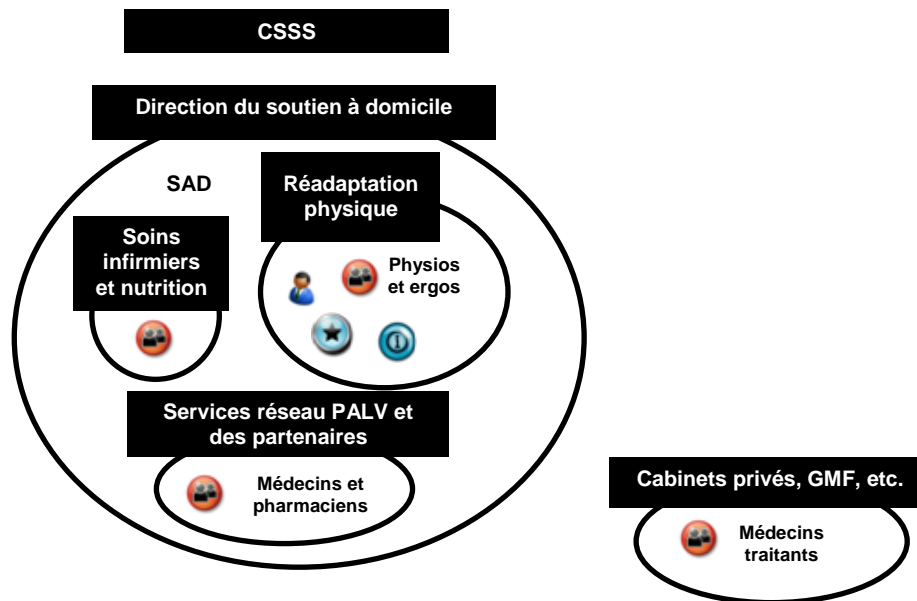


Fig. 19 – Ressources et milieux impliqués dans le programme MARCHE, CSSS de la Vieille-Capitale

Les SCLA Jeffery Hale ont amorcé l'implantation de MARCHE en 2007. Les étapes de repérage et de dépistage ont été intégrées assez rapidement, tandis que l'évaluation et l'intervention, particulièrement pour certains facteurs de risque, demeurent encore à ce jour à faire.

En raison du nombre limité de ressources dont cet établissement dispose, les SCLA ont privilégié le mode de fonctionnement avec « intervenant dédié » comme principale stratégie pour offrir MARCHE. En effet, ce milieu doit faire appel aux autres CSSS (avec lesquels il a des ententes de partenariat) pour accéder à des services de nutrition et de physiothérapie, et il est en lien avec une autre direction de l'organisation pour les services de pharmacie. Ce contexte particulier rend la stratégie en « équipe-ressource » difficile à mettre en oeuvre. Ainsi, le repérage et le dépistage sont réalisés par le personnel des SCLA, mais les évaluations et interventions peuvent être faites par d'autres établissements.

L'intervenant-pivot MARCHE recueille les résultats des évaluations et rédige, en collaboration avec chacun des professionnels impliqués, le plan d'intervention. Ce mode de fonctionnement diffère de ceux des autres établissements, où le plan d'intervention est réalisé en rencontre interdisciplinaire. Cette ressource relève des services de réadaptation physique du SAD. La responsabilité de coordonner le Continuum de services local est dévolue, quant à elle, à un gestionnaire des services communautaires. Les ressources en soins infirmiers et ergothérapie relèvent de ce même secteur, tandis qu'en l'absence de médecin disponible pour MARCHE, on fait appel aux médecins traitants.

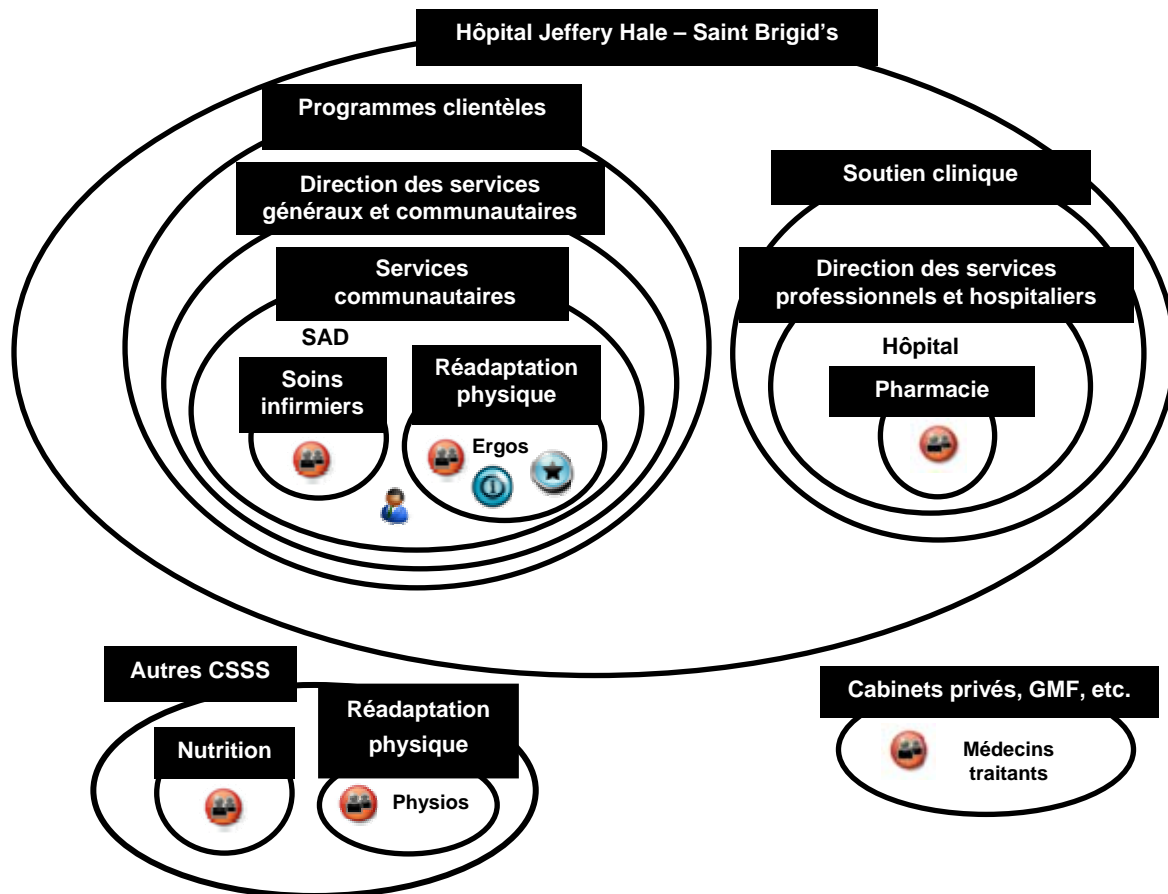


Fig. 20 – Ressources et milieux impliqués dans le programme MARCHE, SCLA Jeffery Hale

5.4. Conditions d'implantation observées

L'évaluation révèle que le degré d'implantation réel ne peut se mesurer qu'avec l'atteinte des cibles et la présence des paramètres des programmes. Il convient donc de vérifier, à l'aide du cadre conceptuel, quelles conditions d'implantation sont présentes, pour ensuite déterminer quelles étapes sont franchies. Dans un premier temps, il s'agit de répondre aux questions du cadre conceptuel et de s'assurer que certaines des pistes de solution qu'il propose ont été expérimentées (Figure 9 de la section 2.2.1). Cet exercice permettra de faire ressortir, pour chaque dimension du cadre conceptuel, quelles sont les conditions qui favorisent l'implantation d'ÉquiLIBRE et de MARCHE, et quels sont les obstacles qui, au contraire, y nuisent. Il est important de spécifier que l'évaluation de la présence, ou non, des conditions d'implantation énoncées par les auteures du cadre conceptuel est faite au regard de la situation observée lors de la collecte de données. L'information ayant été recueillie en 2011, il est possible que des adaptations aient été apportées à l'échelle locale depuis cette période. De plus, si des changements étaient déjà prévus et mentionnés par les responsables rencontrés, ils étaient également pris en compte pour rendre justice aux efforts des milieux.

5.4.1. Programme ÉquiLIBRE – Niveau macro¹⁴

- **Procédures A**

- *Pour vous, les objectifs visés par ÉquiLIBRE sont-ils cohérents avec la mission, les buts et les objectifs du CSSS, du SAD ou du centre de jour? Pour quelles raisons?*
- *Pour vous, les procédures associées à ÉquiLIBRE, soit gestionnaire responsable, intervenant-pivot local en prévention des chutes, intervenants qualifiés, local, etc., sont-elles cohérentes avec la mission, les buts et les objectifs du CSSS, du SAD ou du centre de jour? Pour quelles raisons?*

L'ensemble des établissements s'entendent pour dire que bien qu'elle soit souvent en concurrence avec le curatif, la prévention fait partie de la mission de leur établissement. Cela est d'autant plus vrai que le programme interpelle les professionnels de la réadaptation, puisque la prévention est partie intégrante de la culture de ces professionnels. De plus, la plupart des établissements ont souligné qu'une proportion de leur clientèle à domicile chutait, ce qui menait à une intervention de leur part. La clientèle jointe par ÉquiLIBRE est vulnérable et à risque de tomber; il est donc pertinent d'intervenir en prévention des chutes. En prévenant ces dernières, les établissements contribuent à maintenir les personnes âgées à domicile et à conserver leur qualité de vie, ce qui est l'objectif ultime du SAD.

« L'offre de service aux personnes âgées fait l'objet de nombreux enjeux faque c'est sûr que quand on veut faire de la promotion prévention auprès de cette clientèle-là, c'est complexe. On est tellement pris dans l'intervention... mais en même temps il faut qu'on puisse le faire. Ça crée quand même un dilemme. » [Gestionnaire]

Les procédures associées à ÉquiLIBRE sont aussi en accord avec celles habituellement observées dans les établissements. Avoir un gestionnaire qui porte l'ensemble du dossier de la prévention des chutes et un intervenant-pivot local en prévention des chutes qui a la responsabilité d'opérationnaliser ÉquiLIBRE sur le terrain est vu d'un bon œil. Cela permet d'avoir une continuité entre les programmes du Continuum de services en prévention des chutes, mais aussi entre les divers points de service des établissements.

Par contre, la fonction transversale de ces deux personnes est différente des façons de faire habituelles pour certains établissements. En effet, deux d'entre eux avaient l'habitude de fonctionner par points de service, c'est-à-dire un chef de programme par secteur de CLSC qui supervise les ressources dans l'opérationnalisation de leurs tâches. ÉquiLIBRE amène ces établissements à se doter d'un seul gestionnaire qui supervise de manière transversale l'ensemble des ressources professionnelles, peu importe leur point de service, et ce, pour un

14. Même si les intervenants n'ont pas été interrogés sur le niveau macro, certains de leurs propos touchaient ce niveau.

dossier spécifique (les chutes). Dans le cas d'un CSSS, il a fallu modifier progressivement la structure organisationnelle en conséquence. Pour un autre CSSS, une procédure a été élaborée pour la supervision des intervenants ÉquiLIBRE relevant d'autres chefs de programme.

Par ailleurs, la fonction d'intervenant-pivot local en prévention des chutes amène à être en lien avec tous les animateurs ÉquiLIBRE, que ce soit en centres de jour ou dans la communauté, et aussi avec les professionnels qui interviennent dans les autres programmes du Continuum (MARCHE, PIED et VIACTIVE). Ces liens ne sont pas habituels; une fois de plus, la transversalité apparaît comme une nouvelle culture à intégrer dans les établissements. Tous sont en faveur et l'appliquent, mais certains rôles y étant reliés ne sont pas totalement acquis. Il en sera question au niveau intermédiaire.

« Nous on a fait le choix que ce soit le même gestionnaire, le même pivot... Dans l'esprit du Continuum, ça faisait sens... aussi dans l'esprit d'avoir une vision globale du processus, c'était important pour nous. » [Gestionnaire]

- **Procédures B**

- Avez-vous prévu des **ressources financières et humaines**, ainsi que du temps pour planifier l'implantation d'ÉquiLIBRE dans votre établissement? De quelle manière?
- Dans les faits, est-ce que cela s'est réalisé comme prévu?

Tous les établissements ont un financement spécifique à ÉquiLIBRE en provenance de la DRSP et l'utilisent pour dégager des ressources humaines qui voient à sa réalisation. D'ailleurs, ils ont, au sein de leurs équipes, un certain nombre de professionnels qui peuvent animer le programme. Il s'agit, la plupart du temps, de techniciens en réadaptation physique et, quelquefois, d'ergothérapeutes.

« Au niveau des ressources financières, on était correct... On a eu un bon budget. » [Gestionnaire]

Précisons qu'au début de l'implantation, les deux CSSS de l'agglomération de Québec avaient recours, en plus de leurs propres ressources humaines, à des intervenants externes pour réussir à réaliser le nombre de groupes ÉquiLIBRE souhaité. Entre 2005 et 2008, ces établissements ont pris entente avec une compagnie privée qui fournissait du personnel (kinésologues ou thérapeutes en réadaptation physique) pour animer ÉquiLIBRE selon leurs besoins. La DRSP agissait comme intermédiaire entre cette compagnie et les établissements. Au cours de cette période, ces deux CSSS ont entamé un processus pour intégrer à leurs équipes des TRP et titulariser des postes au sein de leur établissement respectif. Depuis quelques années, toutes les ressources humaines affectées à ÉquiLIBRE sont des employés des établissements.

● **Procédures C**

- *Selon vous, les exigences de l'Agence/la DRSP à l'égard d'ÉquiLIBRE, c'est-à-dire les ententes de gestion, redditions de comptes et suivis ponctuels avec le responsable régional du programme, sont-elles compatibles avec vos façons de faire habituelles?*

Les exigences techniques, comme les redditions de comptes et les ententes de gestion, sont des modalités habituelles pour tous les établissements. Par contre, un gestionnaire a souligné que la prévention des chutes était le seul programme de santé publique avec lequel le SAD était en entente de gestion, si bien que l'atteinte de cibles et la priorisation de certaines clientèles pour un programme préventif n'étaient pas des façons de faire habituelles. Deux établissements font valoir que l'accompagnement de la DRSP est beaucoup plus soutenu que pour d'autres programmes. Ce soutien est accueilli favorablement par tous les établissements.

« Le fait que vous veniez, vous nous permettiez de voir où on en est rendu dans l'implantation, c'est un support important... J'hésite à dire encadrement parce c'est pas coercitif. » [Gestionnaire]

« C'était complètement différent (rires). On a quand même eu un très bon suivi... C'est rare, habituellement on a ce qu'il faut faire, puis à la fin faut donner des résultats, mais y'a personne qui nous accompagne dans le changement. » [Gestionnaire]

● **Procédures – Solutions**

- *Solutions proposées par les auteures : Intervenir auprès des supérieurs ou de la direction pour en venir à des ententes favorisant l'implantation.*

Trois établissements ont conclu des ententes dans leur organisation. Dans tous les cas, ils devaient officialiser les mandats spécifiques à ÉquiLIBRE sur le plan des ressources humaines.

En somme...

| Programme ÉquiLIBRE – Niveau macro | | Procédures |
|--|--|---------------------------------------|
| Conditions favorables à l'implantation | | Obstacles contraignant l'implantation |
| <ul style="list-style-type: none"> • La prévention s'inscrit dans la mission des établissements. • La prévention des chutes est identifiée dans les priorités d'action des établissements (ex. : plans d'action locaux). • Chaque établissement compte sur un gestionnaire local et un intervenant-pivot local en prévention des chutes. • Une ressource professionnelle régionale accompagne de façon soutenue les milieux dans l'implantation. | <ul style="list-style-type: none"> • La majorité des services au SAD sont de nature curative et la demande pour ce type de services est très grande, ce qui laisse peu de place aux programmes préventifs. L'atteinte de cibles et la priorisation de certaines clientèles pour un programme préventif ne sont pas des modalités habituelles des établissements. • Les intervenants sentent l'obligation du CSSS d'implanter le programme et d'atteindre des cibles. • Pour un établissement, les intervenants ont très peu de contacts avec l'intervenant-pivot local en | |

| Programme ÉquiLIBRE – Niveau macro | | Procédures |
|---|---|------------|
| Conditions favorables à l'implantation | Obstacles contraignant l'implantation | |
| <ul style="list-style-type: none"> • La DRSP permet une certaine latitude aux établissements quant au choix des milieux et aux modalités de fonctionnement pour ÉquiLIBRE. • La DRSP attribue aux établissements un financement récurrent pour la réalisation d'ÉquiLIBRE. • Les établissements sont en entente de gestion annuelle avec l'Agence pour l'atteinte des cibles ÉquiLIBRE. • Les ententes de gestion et la reddition de comptes sont des modalités habituelles pour la plupart des établissements. • Les établissements nomment et dégagent des intervenants pour réaliser ÉquiLIBRE. • Des démarches ont été faites auprès de la direction et des syndicats dans certains établissements, en raison des exigences associées aux ressources humaines pour ÉquiLIBRE. • Les établissements font une reddition de comptes annuelle pour l'utilisation du financement associé à la mise en œuvre d'ÉquiLIBRE. • Un établissement a élaboré un tableau de suivi ÉquiLIBRE pour faciliter la reddition de comptes (pour la saisie de données manuelle). | <p>prévention des chutes. Cette personne connaît peu le programme ÉquiLIBRE et ne soutient pas son implantation.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La fonction transversale du gestionnaire local en prévention des chutes et de l'intervenant-pivot local en prévention des chutes diffère des procédures habituelles pour deux établissements. Des ajustements au plan organisationnel ont été nécessaires. • Des liens sont à établir entre l'intervenant-pivot local en prévention des chutes et le guichet d'accès pour un établissement, pour orienter adéquatement la clientèle. • La complétion des ententes de gestion et des redditions de comptes n'est pas une tâche familière pour tous les gestionnaires locaux en prévention des chutes. | |
| Recommandations | | |
| <p>► Établissements</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pouvoir compter sur une organisation qui appuie la prévention des chutes et qui se donne les moyens pour atteindre les cibles visées pour leur territoire. La reddition de comptes constitue un moyen qui favorise la formalisation de l'engagement. • Faire valoir l'importance des programmes préventifs auprès de la direction et des professionnels des établissements. • Maintenir la présence d'un gestionnaire local et d'un intervenant-pivot local en prévention des chutes au sein de chacun des établissements. • Diffuser largement le caractère transversal de la prévention des chutes, les rôles à jouer par ses responsables locaux ainsi que les avantages en découlant. • S'assurer que la personne retenue pour jouer le rôle d'intervenant-pivot local soutienne les intervenants ÉquiLIBRE dans la réalisation du programme. Clarifier les rôles du gestionnaire local en prévention des chutes, du chef de programme et de l'intervenant-pivot local en prévention des chutes. • Continuer à nommer et à dégager des intervenants responsables d'implanter et d'animer ÉquiLIBRE. • Informer les équipes et les chefs de programme sur les cibles à atteindre en prévention des chutes, ainsi que sur les implications (tâches, temps, priorisation) qui en découlent. Faire valoir les retombées prévues sur la demande de services curatifs. • Solliciter le soutien d'un gestionnaire du SAD ou d'une autre direction pour la réalisation des ententes de gestion et des redditions de comptes, quand cette tâche n'est pas une modalité habituelle ou connue. | | |

| Programme ÉquiLIBRE – Niveau macro | Procédures |
|---|------------|
| Recommandations | |
| <p>▶ En début d'implantation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prévoir des représentations auprès de la direction et des syndicats si des changements organisationnels s'imposent sur le plan des ressources humaines. | |
| <p>▶ DRSP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre l'accompagnement des établissements, même en situation d'implantation optimale. S'assurer de maintenir un suivi de type constructif, qui favorise l'implantation du programme. • Maintenir la souplesse accordée aux établissements quant au choix des milieux et aux modalités de fonctionnement pour ÉquiLIBRE. • Poursuivre l'attribution d'un financement récurrent aux établissements pour la mise en œuvre du programme ÉquiLIBRE. • Soutenir les établissements dans la complétion des ententes de gestion et des redditions de comptes, quand cette tâche n'est pas une modalité habituelle ou connue par les gestionnaires locaux en prévention des chutes. | |
| <p>▶ Établissements et DRSP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maintenir les ententes de gestion et les redditions de comptes annuelles entre l'Agence et les établissements pour le programme ÉquiLIBRE. | |

- **Ressources A**

- *Selon vous, le SAD peut-il compter sur le personnel requis pour implanter et maintenir ÉquiLIBRE dans le temps?*

Tous les établissements ont à présent le personnel pour animer et soutenir le programme. Dans le passé, deux CSSS ont dû faire appel à des ressources externes pour l'animation d'ÉquiLIBRE, faute de personnel qualifié en place et disponible. En fait, les établissements accueillant ÉquiLIBRE ont souvent, dans leurs équipes, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique. On souhaite que les physiothérapeutes se consacrent davantage au programme MARCHE, qui rejoint une clientèle à plus haut risque et on observe présentement une pénurie en ergothérapie. Cette situation a amené deux CSSS à créer des postes de thérapeutes en réadaptation physique, pour notamment prendre en charge ÉquiLIBRE.

Le maintien dans le temps est un enjeu majeur soulevé par l'ensemble des personnes interrogées. En effet, le roulement de personnel et la pénurie des ressources dans le réseau de la santé inquiètent les gestionnaires. Une certaine fragilité s'observe à ce niveau. Par exemple, un établissement doit faire appel à des travailleurs occasionnels pour s'occuper des remplacements dus à des absences (ex. : conciliation travail/famille, temps partiel, libération syndicale). Plusieurs soulèvent l'importance que le programme ne repose pas sur un seul individu, afin de favoriser sa pérennité. Toutes les organisations ont le personnel qualifié aujourd'hui, mais cette condition n'est pas acquise pour le futur.

*« La pénurie de personnel et le roulement de personnel vont toujours être un obstacle. Quand on vient à la limite, on doit comme prioriser les priorités. »
[Gestionnaire]*

- **Ressources B**

- *Avez-vous prévu des ressources financières et humaines, ainsi que **du temps** pour planifier l'implantation d'ÉquiLIBRE dans votre établissement? De quelle manière?*
- *Dans les faits, est-ce que cela s'est réalisé comme prévu?*

Cette question a été abordée par le biais de la composante « Procédures B ». Tous affirment avoir eu suffisamment de temps pour implanter ÉquiLIBRE. Ils ont également fait valoir que le programme s'était implanté progressivement, d'abord en centres de jour et ensuite dans la communauté. Tous les établissements ont déployé leur stratégie d'implantation (par milieu ou par secteur), et la plupart ont amorcé l'implantation avec un projet pilote. La DRSP a également fait preuve de souplesse dans l'atteinte des cibles les premières années.

- **Ressources C**

- *Quelle information vous a été utile pour implanter ÉquiLIBRE adéquatement?*
- *En quoi les balises fournies par la DRSP ou celles données par votre directeur SAD ainsi que le matériel requis (Programme-cadre, documentation complémentaire, matériel d'intervention, matériel promotionnel) vous ont aidé à implanter ÉquiLIBRE? Commenter.*

Tous les gestionnaires locaux en prévention des chutes et intervenants ÉquiLIBRE interrogés ont relevé que les principales sources d'information pour implanter le programme étaient la ressource régionale à la DRSP, en soutien aux établissements, ainsi que la formation ÉquiLIBRE et son Programme-cadre. Il semblerait que pour l'implantation en centres de jour, le personnel ait eu accès à l'information et au matériel nécessaires.

« Bien la formation de base qu'ils ont donnée au début, le déploiement on va dire du programme quand ils l'ont fait... bien il y avait la documentation écrite aussi qu'on a eue. » [Gestionnaire]

Un gestionnaire a jugé facilitante l'expérience pilote dont son CSSS a bénéficié. Cela a permis de reproduire le modèle pour les autres milieux de son territoire et d'offrir l'aide de l'intervenant ÉquiLIBRE y ayant participé à ses collègues. Le recours aux collègues plus expérimentés est pratique courante pour le déploiement du programme dans tous les territoires. Ils sont considérés comme d'excellents relayeurs d'information.

La plupart des intervenants ÉquiLIBRE ont soulevé qu'au moment d'implanter ce programme dans la communauté, du matériel de soutien spécifique à cette réalité n'était pas disponible. Cela n'a pas empêché d'investir ces milieux, mais le soutien de la DRSP a été insuffisant à cette époque, si bien que les établissements ont procédé par essai-erreur et ont dû bâtir

certaines outils. Désormais, ces outils sont disponibles régionalement mais, de l'avis des intervenants, ils ont été créés trop tardivement et pourraient être bonifiés.

- **Ressources – Solutions**

- *Solutions proposées par les auteures : Recourir à du soutien d'expert ou consultant, du soutien technique, des fonds supplémentaires, du temps de personnel supplémentaire.*

Tous les gestionnaires considèrent la ressource régionale comme le soutien d'« expert » disponible et privilégié. Aussi, comme il a été dit précédemment, la plupart ont fait appel aux pairs plus expérimentés pour offrir un même genre de soutien. Dans le cadre de l'implantation dans la communauté, pratiquement tous les établissements ont libéré une ressource à raison de quelques jours par semaine pour défricher le terrain, établir des contacts, bref donner le coup d'envoi à ce projet. Un établissement a aussi libéré ponctuellement un intervenant ÉquiLIBRE plus expérimenté, afin qu'il élabore un document structurant pour soutenir ses collègues dans le démarrage de groupes ÉquiLIBRE. Finalement, certains précisent que les demandes d'équipement sont rarement refusées, pour diminuer autant que possible les irritants.

En somme...

| Programme ÉquiLIBRE – Niveau macro | | Ressources |
|---|--|------------|
| Conditions favorables à l'implantation | Obstacles contraignant l'implantation | |
| <ul style="list-style-type: none"> • La responsabilité de réaliser ÉquiLIBRE est déléguée à des types de professionnels qui ne sont pas actuellement en pénurie pour l'ensemble des établissements. Certains établissements ont titularisé des postes pour la prévention des chutes. Un établissement a « la prévention des chutes » dans le profil des compétences pour tous ses titres d'emplois au SAD. • La réalisation d'ÉquiLIBRE ne repose pas sur un seul individu dans chaque établissement. • L'implantation d'ÉquiLIBRE s'est faite progressivement, sous forme de projet pilote dans certains établissements. Un temps adéquat a été alloué aux établissements pour implanter le programme. • Un Programme-cadre, du matériel et une formation ÉquiLIBRE sont disponibles pour tous les établissements. • Une ressource professionnelle régionale accompagne de façon soutenue les établissements dans l'implantation d'ÉquiLIBRE. • Des intervenants ÉquiLIBRE expérimentés offrent des conseils à leurs collègues pour la plupart des établissements dans l'implantation d'ÉquiLIBRE. | <ul style="list-style-type: none"> • Le roulement et la pénurie des ressources professionnelles rendent la mise en œuvre du programme difficile au sein des établissements. • Les établissements diffusent peu les résultats du programme (atteinte des cibles et améliorations des capacités motrices des participants). Certains souhaitent être outillés en ce sens. • Le manque de soutien et l'absence de document structurant au moment de déployer ÉquiLIBRE dans la communauté ont été relevés. • Un établissement a vécu une grande mouvance sur le plan de la gestion en début d'implantation. Les directives et les orientations n'étaient pas claires pour l'implantation des programmes de prévention des chutes pendant cette période. | |

| Programme ÉquiLIBRE – Niveau macro | | Ressources |
|---|---------------------------------------|------------|
| Conditions favorables à l'implantation | Obstacles contraignant l'implantation | |
| <ul style="list-style-type: none"> Des intervenants ÉquiLIBRE ont été libérés pour amorcer l'implantation dans la communauté pour la plupart des établissements. Un établissement a dégagé un intervenant, à un certain moment, afin qu'il élabore un document structurant pour soutenir les ressources ÉquiLIBRE. Un établissement dispose d'une planification des milieux qui offriront ÉquiLIBRE au cours des prochaines années. | | |
| Recommandations | | |
| <p>► Établissements</p> <ul style="list-style-type: none"> Maintenir la présence de ressources en réadaptation ou en activité physique au sein des équipes pour animer ÉquiLIBRE. Maintenir l'accès au matériel ÉquiLIBRE, tel que prescrit dans le Programme-cadre, bien l'entretenir et le renouveler au besoin. Confier la responsabilité de mettre en œuvre ÉquiLIBRE à plus d'un intervenant. Former une à deux ressources supplémentaires, tant pour l'animation d'ÉquiLIBRE que pour la planification du programme dans les milieux (particulièrement pour implanter le programme dans la communauté). Prévoir des remplaçants ÉquiLIBRE pour pallier les absences des intervenants. Concevoir une planification annuelle pour assurer un déploiement du programme sur tout le territoire et dans tous les milieux désirant et pouvant l'accueillir. Désigner un intervenant ÉquiLIBRE plus expérimenté par établissement pour soutenir ses pairs, idéalement l'intervenant-pivot local en prévention des chutes. Diffuser au sein des établissements les effets bénéfiques du programme, les améliorations observées chez les participants. Donner des orientations claires pour le programme ÉquiLIBRE (ex. : nombre de groupes à réaliser, temps à y consacrer, partage des responsabilités) et les maintenir dans le temps, particulièrement lors d'un changement de coordination. | | |
| <p>► En début d'implantation</p> <ul style="list-style-type: none"> Prévoir une implantation progressive en débutant avec un milieu pilote. Confier la responsabilité d'implanter ÉquiLIBRE à une ressource en lui accordant du temps significatif pour s'approprier le programme, recruter les milieux, planifier l'implantation, élaborer des documents structurants et accompagner le milieu lors de la première session. | | |
| <p>► DRSP</p> <ul style="list-style-type: none"> Maintenir la disponibilité et la mise à jour d'un Programme-cadre et de la formation ÉquiLIBRE. Maintenir la présence d'un agent de planification, de programmation et de recherche porteur du programme, qui détient une expertise de contenu et qui peut accompagner les établissements dans l'implantation d'ÉquiLIBRE. Outils les établissements pour leur permettre de monitorer le programme ÉquiLIBRE. Élaborer un aide-mémoire résumant les principales tâches à réaliser pour le démarrage d'un groupe ÉquiLIBRE. Être à l'écoute des besoins de soutien à l'implantation dans la communauté et intensifier l'accompagnement pour une période donnée, selon les besoins exprimés. | | |

| Programme ÉquiLIBRE – Niveau macro | Ressources |
|---|------------|
| Recommandations | |
| <ul style="list-style-type: none">• Diffuser plus largement et bonifier le guide d'implantation d'ÉquiLIBRE dans la communauté (particulièrement la section sur le recrutement des milieux et de la clientèle). | |

- **Processus décisionnel A**

- *Est-ce que vous jugez qu'ÉquiLIBRE répond à des besoins réels et reconnus qu'ont les personnes âgées? Commenter.*

Tous jugent qu'ÉquiLIBRE répond à un besoin réel et reconnu, car il vise la prévention des chutes, et cette problématique est très présente chez les personnes âgées, particulièrement la clientèle desservie par le programme SAD. Plusieurs mettent l'accent sur les conséquences des chutes et sur le fait que les prévenir a un impact positif sur le maintien à domicile, la visée même du SAD. Les personnes interrogées ont le sentiment qu'ÉquiLIBRE prévient encore plus les chutes que d'autres programmes, car il joint des clientèles en moins grande perte d'autonomie et qui ne comptent pas plusieurs chutes. Certains font aussi valoir d'autres bénéfices à offrir ÉquiLIBRE, comme rallier des clientèles non jointes auparavant, repérer d'autres problématiques, offrir d'autres services, etc.

« Puis ton but ultime c'est toujours il faut que tu gardes en tête qu'ils restent à la maison le plus longtemps possible. Qu'ils ne se fracturent pas les hanches puis que [...] » [Gestionnaire]

« C'est une problématique pour la clientèle âgée. C'est souvent un facteur déclenchant pour l'hébergement [...] la chute à domicile, ou l'hospitalisation. » [Gestionnaire]

- **Processus décisionnel B**

- *Est-ce que vos directions (CSSS et SAD) soutiennent fortement et activement ÉquiLIBRE? Commenter.*

Il semblerait que les directions de tous les établissements connaissent et soutiennent le programme. En effet, ÉquiLIBRE n'a pas nécessité de représentation particulière jusqu'à présent. Les gestionnaires notent qu'ils ont un soutien suffisant. Un établissement a dans le passé vécu une mouvance à la direction du SAD, si bien que le soutien était moins senti, mais aujourd'hui la situation est rétablie. Un autre dénote que les liens entre la direction SAD et les gestionnaires impliqués à ÉquiLIBRE sont peu présents. Deux gestionnaires relèvent l'importance des pratiques organisationnelles requises, notamment celles prescrites par Agrément Canada. De plus, les ententes de gestion et le fait que la prévention des chutes soit une priorité de santé publique semblent jouer un rôle important dans l'appui accordé au programme par les directions.

« Ça fait partie des pratiques organisationnelles requises et de gestion des risques. » [Gestionnaire]

- **Processus décisionnel C**

- *Selon vous, est-ce que les instances représentant les personnes âgées soutiennent ÉquiLIBRE (par exemples : la Fédération de l'Âge d'Or du Québec – régions de Québec et Chaudière-Appalaches [FADOQ-RQCA], la Table de concertation des personnes âgées de la Capitale-Nationale)? De quelle manière?*

Tant les gestionnaires locaux en prévention des chutes que les intervenants ÉquiLIBRE s'entendent pour dire que les participants ÉquiLIBRE appuient positivement et fortement le programme. Ceux-ci témoignent de ses bienfaits principalement aux intervenants, mais aussi à d'autres personnes âgées, ce qui a un effet de dissémination positive. Les autres professionnels à l'intérieur des établissements appuient aussi ÉquiLIBRE, que ce soit par des commentaires positifs ou par des références au programme. Quand les répondants ont été questionnés sur la présence d'appuis significatifs hors établissement, particulièrement celui des instances représentant les personnes âgées, ils ont tous dit ignorer si de tels appuis existaient. Cette question a fait réaliser à certaines personnes que des liens étaient à bâtir avec ces instances, qu'ils seraient bénéfiques pour la promotion du programme et donc au recrutement de la clientèle. Ils soulignent, en effet, que peu de demandes proviennent des aînés eux-mêmes, malgré la mission populationnelle des établissements et le rapprochement souhaité avec la communauté.

« [...] ça fait quelques années qu'on rencontre soit des groupes de fermières, soit justement la FADOQ on les a [...] Pour expliquer les services du SAD. Et on a [...] jamais pensé parler du programme. » [Gestionnaire]

La plupart des établissements ont fait valoir l'importance de mieux faire connaître le programme aux partenaires. Il est souhaité que les professionnels (par exemple les médecins traitants ou les infirmières de groupes de médecine de famille) fassent davantage de références et comprennent bien ce qu'est ÉquiLIBRE. Le message de prévention est mieux entendu quand il est diffusé par plusieurs professionnels de la santé de multiples provenances.

Finalement, concernant le partenariat, il semblerait que le niveau de collaboration des ressources en résidences privées est très variable d'un milieu à l'autre. Les infirmières et responsables des loisirs peuvent être d'une grande utilité pour promouvoir le programme, recruter la clientèle et motiver les personnes âgées. Tous les établissements visés ont vécu des partenariats variables, et la collaboration du milieu est sans contredit un facteur de réussite. Les ressources sur place connaissent la clientèle et peuvent orienter les intervenants ÉquiLIBRE pour un bon recrutement. Elles peuvent aussi informer les intervenants de l'état de santé des participants, et ce, en continu au cours des sessions. Finalement, l'organisation de l'activité est

facilitée quand une personne sur place y contribue. En fait, la collaboration des ressources du milieu en centres de jour doit idéalement être transposée en résidences privées.

- **Processus décisionnel – Solutions**

- *Solutions proposées par les auteures : Démontrer les effets bénéfiques du programme, identifier des éléments à améliorer, diffuser les progrès observés.*

Certains établissements diffusent les progrès sur l'atteinte de la cible aux intervenants concernés par le programme ou à la direction. Néanmoins, tous souhaitent diffuser plus largement ces données à l'intérieur de leur établissement. Deux établissements expriment le besoin d'être outillés pour monitorer le programme. Des mécanismes d'échange pour préciser les éléments à améliorer sont présents dans trois établissements. Deux d'entre eux se caractérisent par des rencontres régulières entre le gestionnaire local en prévention des chutes et les intervenants ÉquiLIBRE, et l'autre a réalisé l'an dernier une démarche de révision des processus en prévention des chutes.

En somme...

| Programme ÉquiLIBRE – Niveau macro | Processus décisionnel |
|--|--|
| <p style="text-align: center;">Conditions favorables à l'implantation</p> <ul style="list-style-type: none"> • La prévention des chutes auprès des aînés est une priorité nationale de santé publique. • Les établissements sont en ententes de gestion avec l'Agence pour la réalisation d'ÉquiLIBRE. • Tous les gestionnaires locaux en prévention des chutes sont conscients de l'ampleur de la problématique des chutes et croient que des interventions peuvent les prévenir. • Les directions SAD de tous les établissements connaissent l'existence d'ÉquiLIBRE et sont en faveur. • Des participants témoignent de leur appréciation du programme au sein de tous les établissements. • Plusieurs professionnels au sein de tous les établissements émettent des commentaires positifs et réfèrent à ÉquiLIBRE. • La collaboration des ressources du milieu à la promotion d'ÉquiLIBRE, au recrutement des participants et à l'organisation de la session favorise l'implantation. | <p style="text-align: center;">Obstacles contraignant l'implantation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certains établissements ont connu une grande mouvance au niveau de la gestion au SAD au cours des dernières années. • ÉquiLIBRE est mal connu de la population générale et des partenaires hors établissement (ex. : médecins traitants, GMF). • Tous les établissements ignorent s'ils ont des appuis externes en faveur du programme ÉquiLIBRE. • La collaboration des ressources du milieu accueillant ÉquiLIBRE est faible dans certains cas. |

| Programme ÉquiLIBRE – Niveau macro | Processus décisionnel |
|--|-----------------------|
| Recommandations | |
| <p>▶ Établissements</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diffuser (au moins une fois par année) de l'information sur la progression de la cible ÉquiLIBRE au sein des établissements. • Prendre entente avec les milieux ÉquiLIBRE (particulièrement les résidences privées), en spécifiant les attentes vis-à-vis des ressources du milieu pour la promotion, le recrutement et l'organisation de l'activité. | |
| <p>▶ DRSP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Outiller les établissements qui désirent réaliser un monitoring local pour le programme. | |
| <p>▶ Établissements et DRSP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maintenir les ententes de gestion entre les établissements et l'Agence pour la réalisation d'ÉquiLIBRE. • Lors de changements organisationnels, sensibiliser les nouveaux gestionnaires (chefs de programme et direction SAD) à l'ampleur de la problématique des chutes et aux interventions efficaces pour les prévenir, en s'appuyant sur des données fiables, récentes et régionales. Informer également ces gestionnaires des programmes de prévention des chutes implantés au sein de l'établissement et des ressources professionnelles y collaborant. • Établir des partenariats avec des instances représentant ou mobilisant des personnes âgées de même qu'avec des professionnels de la santé qui peuvent faire valoir les bénéfices du programme et diriger des aînés vers ce dernier. Faciliter l'accès au programme en conséquence. • Diffuser l'offre de service en prévention des chutes auprès de la population âgée. • Diffuser les outils du plan de communication en prévention des chutes (arbre décisionnel pour choix du programme, description des programmes, affiches et encarts promotionnels des programmes) dans les établissements. • Planifier une diffusion plus large auprès des professionnels hors établissement et de la population générale aînée. | |

- **Autres conditions favorisant ou contraignant l'implantation au niveau macro**

- a. **L'accès au programme**

ÉquiLIBRE n'est encore offert qu'à certaines clientèles dans bien des cas. Plusieurs centres de jour n'offrent le programme qu'aux usagers de leurs milieux, et certaines résidences privées sont réticentes à ouvrir leurs portes à des participants ne résidant pas sur place. Le programme n'est donc pas facilement accessible aux aînés de la communauté ne faisant pas partie de ces deux groupes d'individus. Par ailleurs, l'accès à ÉquiLIBRE à la suite d'une participation au programme MARCHE n'est pas simple. L'accès par une référence d'un clinicien hors établissement l'est encore moins. La promotion du programme à l'externe est désirée, mais l'accès n'est pas aisé. Il est souhaité que les trajectoires et les processus de référence soient plus clairs, surtout avec l'arrivée des guichets d'accès.

« Oui! Plus la trajectoire, le programme, je pense qu'ils commencent à le connaître assez bien. C'est plus la trajectoire. Ouais, c'est ça, fait que ça non plus, ce n'est pas clair. Puis moi, dans ma tête, tant que ce n'est pas bien défini, c'est là où j'ai de l'inconfort parce que j'aime ça m'impliquer, mais j'aime ça

quand je peux donner des réponses quand les gens me posent des questions. Là, les intervenants peuvent venir m'interpeller, puis bien, je ne suis pas trop sûre. » [Intervenante]

b. Les lieux physiques

Les lieux physiques sont souvent un obstacle à la réalisation du programme. Certaines salles sont trop petites et obligent les intervenants ÉquiLIBRE à réaliser des exercices dans les aires de déplacement, ce qui nuit à la sécurité des personnes y circulant et à celle du groupe, qui, pendant ce temps, n'est pas supervisé. D'autres sont très encombrées, donc non sécuritaires pour les participants, en plus d'imposer aux intervenants de déplacer le mobilier avant et après la séance. L'entreposage du matériel peut aussi faire défaut. La manutention sur de longues distances ou dans des escaliers est exigeante. Ces situations sont des irritants majeurs pour les intervenants ÉquiLIBRE.

c. Le transport

L'avantage premier d'offrir ÉquiLIBRE en résidences privées est qu'aucun déplacement des aînés n'est nécessaire. En effet, le déplacement vers le milieu offrant le programme semble influencer la participation, et c'est d'autant plus vrai qu'elle nécessite deux déplacements hebdomadaires. Cela explique sûrement pourquoi tous affirment que d'offrir le transport aux personnes âgées qui participent à ÉquiLIBRE en centres de jour est une condition de réussite. Par contre, plusieurs obstacles tournent autour du transport. D'abord, le lieu de résidence peut influencer l'accès au programme, simplement parce que les compagnies de transport ne desservent pas certaines portions de territoire, ou encore les coûts, comme la durée de déplacement, sont trop grands. Ensuite, l'organisation des déplacements demandant un temps considérable aux intervenants ÉquiLIBRE, il est souhaité par plusieurs qu'elle soit une tâche assignée à du personnel de soutien.

En somme...

| Programme ÉquiLIBRE – Niveau macro | | Autres conditions |
|---|---|--------------------------|
| Conditions favorables à l'implantation | Obstacles contraignant l'implantation | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Offrir ÉquiLIBRE dans le milieu de vie des aînés ne requiert pas de déplacement de leur part. • Offrir le transport aux personnes devant se déplacer pour participer au programme favorise l'adhésion à ÉquiLIBRE. | <ul style="list-style-type: none"> • L'accès au programme est limité. • Les trajectoires et les mécanismes de référence ne sont pas clairs. • Certains locaux sont inadéquats pour accueillir ÉquiLIBRE ou son matériel. • Le lieu de résidence peut restreindre l'accès à ÉquiLIBRE. • L'organisation du transport exige beaucoup de temps. | |

| Programme ÉquiLIBRE – Niveau macro | Autres conditions |
|---|-------------------|
| Recommandations | |
| <p>▶ Établissements</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réserver quelques places par session pour la clientèle ne provenant pas des centres de jour ou des résidences privées offrant ÉquiLIBRE. • Établir la trajectoire entre les programmes du Continuum, entre les services de l'établissement et pour les milieux cliniques hors établissement. Diffuser largement cette information à l'interne et auprès des partenaires. • Déterminer à qui doivent être acheminées les références (idéalement à l'intervenant-pivot local en prévention des chutes) et le moyen de faire une référence (outil). Diffuser largement cette information à l'interne et auprès des partenaires. • S'assurer d'avoir une salle vaste contenant des appuis sécuritaires pour l'animation d'ÉquiLIBRE. Prévoir l'entreposage du matériel à même la salle ou à proximité. Quand ces conditions ne sont pas présentes, prévoir la contribution de personnel de soutien pour aider à l'aménagement de la salle. • Établir des partenariats avec certains organismes communautaires ou avec les municipalités du territoire pour offrir ÉquiLIBRE ailleurs qu'en centres de jour, certaines sessions, pour les localités éloignées des grands centres. • Assigner la tâche de l'organisation du transport à du personnel de soutien. <p>▶ DRSP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soutenir les établissements dans l'élaboration de leur trajectoire et de leur mécanisme de référence. | |

5.4.2. Programme ÉquiLIBRE – Niveau intermédiaire

- **Routine de travail A**

- *Comment s'insère le programme ÉquiLIBRE dans la routine de travail du centre de jour et du SAD, étant donné qu'un intervenant du centre de jour ou du SAD anime le programme?*

Pour une majorité d'établissements, ÉquiLIBRE a un impact important sur la routine de travail des personnes réalisant le programme et sur celle des équipes. Pour tous les intervenants, ÉquiLIBRE constitue une partie seulement de leurs tâches. Presque tous les intervenants ÉquiLIBRE et gestionnaires locaux en prévention des chutes ont affirmé que lorsque les professionnels assumaient des tâches ÉquiLIBRE, moins de clients étaient vus en réadaptation, que ce soit en hébergement, en milieu hospitalier, en centres de jour ou à domicile. Cela a une incidence sur le travail de leurs collègues, qui voient leur liste d'attente s'allonger en raison du manque de disponibilité des ressources responsables d'animer ÉquiLIBRE. Les intervenants ÉquiLIBRE ont dit ressentir un malaise vis-à-vis de leurs collègues quand ils prennent du temps pour ÉquiLIBRE, surtout aux étapes de préparation des sessions. Ces tâches leur demandent beaucoup de temps.

Dans un même ordre d'idées, ÉquiLIBRE a un impact encore plus grand sur la routine de travail des physiothérapeutes d'un établissement en particulier, car ces derniers sont interpellés pour

les évaluations des participants potentiels ÉquiLIBRE. Cela s'ajoute et peut perturber leur routine de travail, aux dires des intervenants ÉquiLIBRE.

Un établissement se démarque des autres par la réorganisation des tâches qui s'est faite pour intégrer de façon réaliste ÉquiLIBRE à la routine de travail des intervenants, sans affecter celle des équipes. En effet, au cours de la première année d'implantation, une estimation du temps alloué à chaque tâche ÉquiLIBRE a été réalisée, de la promotion à l'animation du programme, en passant par le recrutement de la clientèle, par la complétion des formulaires, etc. Les intervenants ÉquiLIBRE étant dégagés pour le temps réellement nécessaire à la réalisation d'ÉquiLIBRE, l'intégration du programme à leur routine n'a pas d'impact sur leurs autres clientèles, ni conséquemment sur leur équipe de travail. Cette latitude semble faire défaut dans les autres établissements. Pour ces derniers, le nombre d'heures consacrées aux tâches préalables à l'animation d'ÉquiLIBRE n'est pas clairement spécifié. Cette situation peut entraîner un malaise chez les intervenants ÉquiLIBRE, une surcharge pour les collègues et une attente de la part des usagers.

« Mais moi, je pense qu'il ne sait pas ce que ça implique. Puis moi je ne le sais pas non plus. Bien en fait, je ne sais pas tout à fait c'est quoi les attentes là. Est-ce que je peux oui, prendre du temps pour me libérer. Fait que ça n'a pas été établi comme tu as dit tantôt, ce n'est pas redéfinir, c'est de définir. »
[Intervenant]

- **Routine de travail B**

- *Pour arriver au niveau d'implantation actuel d'ÉquiLIBRE et compte tenu des nombreuses équipes impliquées, avez-vous dû faire des ajustements à vos modalités habituelles de coordination et de communication (dans chacune de vos équipes, entre les équipes et avec d'autres équipes – guichet d'accès)?*

Sur le plan de la coordination, il ne semble pas y avoir de problème quand les intervenants ÉquiLIBRE relèvent du même chef de programme pour l'ensemble de leurs tâches (incluant ÉquiLIBRE). Par contre, le chef de programme d'un secteur ayant le mandat de la coordination d'ÉquiLIBRE pour tout un établissement a dû prendre des ententes avec ses vis-à-vis chefs de programme SAD pour déterminer la supervision qui serait faite des ressources ne relevant pas de lui en temps normal. Un autre établissement a apporté des changements à sa structure organisationnelle pour que les ressources en prévention des chutes soient sous la coordination d'un gestionnaire qui aurait un mandat transversal pour ce dossier. Ce gestionnaire, de par sa position hiérarchique, réalise toutefois des tâches qui ne lui incomberaient pas habituellement, et les intervenants ÉquiLIBRE se retrouvent sans coordination clinique pour le programme.

Pour les aspects de communication, deux établissements ont mis en place des moyens de communication entre le gestionnaire local en prévention des chutes et les chefs de programme des différents points de service. Bien qu'un pas soit fait dans la bonne direction, des améliorations sont probablement encore nécessaires, car les intervenants de ces

établissements ont émis des doutes quant à la connaissance qu'avait leur chef de programme concernant ÉquiLIBRE. Leur compréhension des tâches associées au programme favoriserait probablement leur réceptivité aux difficultés rencontrées par les intervenants ÉquiLIBRE à augmenter le nombre d'usagers vus dans le cadre de leurs tâches plus cliniques.

« Je me demande si mon supérieur sait qu'on fait ça... Au début, quand il a su que j'allais prendre, qu'on allait faire le programme ÉquiLIBRE, il a dit : « Oh! Je ne le savais pas que ça impliquait tout ça le programme ÉquiLIBRE, tout ce temps-là ». Même lui il a été très surpris de ça, franchement, il ne pensait pas que ça prendrait autant de temps. » [Intervenant]

- **Routine de travail C**

- *Étant donné que le mandat de la coordination d'ÉquiLIBRE était donné dans les premières années au palier régional (DRSP) et qu'il a été peu à peu dédié au niveau local (intervenant-pivot local en prévention des chutes) : Avez-vous des suggestions pour améliorer le lien (l'accès) entre la DRSP et votre établissement (pour vous-même ou pour votre personnel) dans le soutien à l'implantation du programme.*

Comme il a été dit précédemment, tous les établissements peuvent en référer à la DRSP pour les questionnements, la résolution de problèmes et les suivis du niveau d'implantation atteint. Toutes les personnes interrogées ont fait valoir l'apport de la DRSP dans le soutien et l'accompagnement à l'implantation.

« C'est un support intéressant qui peut faire que ça demeure vivant [...] Le fait qu'un programme soit supporté par la santé publique [...] Pour moi le support c'est plus qu'une reddition de comptes. Tout ce que les CSSS n'ont pas le temps de faire, mais que finalement l'instance qui veut que ça s'implante, pis que ça demeure, faut que le suivi soit plus que dans les cinq prochaines années, faut que ça demeure vivant à travers le temps. Pis c'est pas vrai que le CSSS va faire ça [...] C'est comme un élan supérieur de l'extérieur [...] Un apport d'énergie extérieur. » [Gestionnaire]

- **Routine de travail - Solutions**

- *Solutions proposées par les auteures : Faire participer le personnel à l'adaptation du programme aux réalités locales, mettre en place des groupes de travail pour planifier l'implantation, échanger sur les problèmes vécus.*

Les gestionnaires locaux en prévention des chutes et les intervenants ÉquiLIBRE ont relevé l'importance de maintenir au moins une rencontre régionale annuelle pour les gestionnaires et une autre pour les intervenants-pivots locaux en prévention des chutes. De plus, il est souhaité par tous les intervenants ÉquiLIBRE qu'au moins une rencontre locale se tienne annuellement pour échanger sur les problèmes rencontrés et les solutions expérimentées, ainsi que pour

uniformiser les pratiques. Certains établissements ont tenu de pareilles rencontres; tous ont le désir que ces moments d'échange ne soient pas que ponctuels, mais réguliers.

En somme...

| Programme ÉquiLIBRE – Niveau intermédiaire | Routine de travail |
|---|--|
| Conditions favorables à l'implantation | Obstacles contraignant l'implantation |
| <ul style="list-style-type: none"> • La DRSP est disponible au besoin pour soutenir les établissements dans l'implantation. Les établissements en réfèrent à la ressource régionale quand ils vivent des difficultés. • La DRSP organise des rencontres régionales d'échange et d'information réunissant les gestionnaires locaux en prévention des chutes et les intervenants-pivots locaux en prévention des chutes. • Une majorité d'établissements n'ont pas eu à revoir leurs modalités de coordination en intégrant ÉquiLIBRE dans leurs pratiques. • Un établissement a fait une description de tâches détaillant le nombre d'heures réel nécessaire à la réalisation d'ÉquiLIBRE. • Un établissement établit un contrat spécifique avec un intervenant ÉquiLIBRE pour animer le programme. Il n'y a donc pas d'impact sur sa routine de travail ou sur celle de ses collègues. • Certains intervenants ÉquiLIBRE relèvent du même gestionnaire pour l'ensemble de leurs tâches, incluant ÉquiLIBRE. • Un établissement a organisé des rencontres de travail entre le gestionnaire et les intervenants pour planifier l'implantation d'ÉquiLIBRE à chaque nouveau point de services implanté. • Un établissement organise des rencontres d'échange locales réunissant les intervenants ÉquiLIBRE. • Un autre établissement organise des rencontres d'échange locales réunissant les intervenants ÉquiLIBRE et MARCHE. • Un établissement planifie des rencontres préparatoires avant chaque début de session réunissant les intervenants et leur chef de programme pour prévoir les activités à venir et faire quelques rappels. C'est également l'occasion d'échanger sur les améliorations à apporter en fonction du déroulement de la session précédente. • Des rencontres d'échanges pour planifier l'implantation en résidences privées ont eu lieu entre le gestionnaire local et l'intervenant-pivot | <ul style="list-style-type: none"> • Des intervenants relèvent d'un gestionnaire différent ou d'un palier hiérarchique différent quand ils réalisent ÉquiLIBRE, pour une majorité d'établissements. Certains CSSS ont dû revoir leurs modalités de coordination pour une meilleure transversalité. Un établissement prévoit implanter une nouvelle <u>structure</u> de coordination pour les intervenants ÉquiLIBRE, car plusieurs tâches de coordination pour ce programme ne reviennent pas au niveau de gestion actuel. • Les chefs de programme ont une connaissance limitée des tâches associées à ÉquiLIBRE quand ils n'agissent pas comme gestionnaire local en prévention des chutes. • Les modalités de communication autour du programme ÉquiLIBRE sont insuffisantes dans la plupart des établissements, particulièrement auprès des autres équipes, des autres directions et du guichet d'accès. • L'intégration d'ÉquiLIBRE à la routine de travail a demandé plusieurs ajustements (ex. : révision des horaires de travail) en début d'implantation pour tous les établissements. • Le temps consacré à ÉquiLIBRE a un impact sur la routine de travail des collègues. Les intervenants ÉquiLIBRE ne sont plus disponibles pour les aider à réaliser les interventions, souvent de nature clinique. Certains intervenants ne travaillent pas à temps complet pour un établissement. Cela renforce les difficultés à aider les collègues du SAD à répondre aux demandes et à écouler les listes d'attente. • Le nombre d'heures allouées aux intervenants pour réaliser l'ensemble des tâches ÉquiLIBRE n'est pas clair et probablement sous-estimé pour la plupart des établissements. • Les interventions cliniques et l'animation d'ÉquiLIBRE ont chacune leurs contraintes. Les délais prescrits pour les premières et les plages horaires fixes pour la seconde en sont des exemples. |

| Programme ÉquiLIBRE – Niveau intermédiaire | | Routine de travail |
|---|---------------------------------------|--------------------|
| Conditions favorables à l'implantation | Obstacles contraignant l'implantation | |
| <p>local en prévention des chutes, ainsi qu'avec la ressource responsable du projet, pour un établissement.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour un établissement, la priorité accordée au programme facilite l'acceptation, par les collègues, de l'obligation d'assumer certaines tâches quand les intervenants ÉquiLIBRE sont absents. | | |
| Recommandations | | |
| <p>► Établissements</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maintenir la communication avec le répondant régional ÉquiLIBRE, selon les besoins des établissements. • Maintenir ou établir un niveau de priorité élevé pour les programmes de prévention des chutes. • Maintenir les modalités de communication mises en place pour ÉquiLIBRE au sein des équipes de travail concernées par le programme. • Enrichir les modalités de communication concernant le programme ÉquiLIBRE auprès du guichet d'accès, des autres équipes et des autres directions des établissements. • Renforcer les liens entre le gestionnaire local en prévention des chutes et les chefs de programme supervisant des intervenants qui ont une double tâche (ÉquiLIBRE et SAD), en améliorant leur connaissance du programme. • Maintenir ou améliorer les modalités de coordination actuelles, de façon à ce qu'il y ait une cohérence et une continuité entre les attentes et les directives des différents gestionnaires des programmes et secteurs concernés par ÉquiLIBRE. • Estimer le nombre d'heures réellement nécessaires pour ÉquiLIBRE et libérer les intervenants en conséquence. Informer les équipes de travail et les gestionnaires des mesures prises pour pallier le manque de disponibilité des intervenants ÉquiLIBRE, du niveau de priorité accordé aux programmes de prévention des chutes (quand cela s'applique) et des raisons qui expliquent cette priorisation. • Permettre, selon les urgences cliniques observées, le remplacement ponctuel des intervenants ÉquiLIBRE, entre eux, pour certaines séances. • Prévoir, localement, quelques rencontres d'échange annuelles entre tous les intervenants ÉquiLIBRE pour chacun des établissements. • Allouer quelques heures par semaine à l'intervenant-pivot local en prévention des chutes de chacun des établissements pour qu'il puisse soutenir ses collègues, particulièrement avant le début des sessions, durant les premières semaines et à la fin. Évaluer le temps nécessaire avec les personnes concernées. • Chaque session, réserver quelques plages horaires supplémentaires pour ÉquiLIBRE, en prévision des jours fériés et de l'annulation de certaines séances. <p>► DRSP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre l'accompagnement des établissements selon les besoins exprimés et le suivi de l'implantation, même en situation d'implantation optimale. Valider, notamment, le temps estimé pour chaque tâche ÉquiLIBRE, afin de se doter d'une description de tâches harmonisée régionalement. Le CSSS ayant déjà réalisé ce travail pourrait être mis à contribution. • Maintenir la disponibilité et la mise à jour de la formation ÉquiLIBRE. • Maintenir la présence d'un agent de planification, de programmation et de recherche porteur du programme, qui détient une expertise de contenu et qui peut accompagner l'établissement dans l'implantation et la mise en œuvre d'ÉquiLIBRE. • Maintenir la tenue de rencontres régionales pour les intervenants locaux et les gestionnaires locaux en prévention des chutes. • Consulter les intervenants ÉquiLIBRE dans le cadre de la révision du Programme-cadre ÉquiLIBRE. | | |

- **Structure de supervision A**

- *Étant donné qu'ÉquiLIBRE est un nouveau programme, relativement complexe à implanter, avez-vous pu signifier au personnel vos attentes de façon satisfaisante?*
- *Étant donné qu'ÉquiLIBRE est un nouveau programme, jugez-vous que vos rôles ont été clairement définis dès le départ dans la mise en place de ce programme (attentes signifiées)?*

Dans tous les établissements, les attentes des gestionnaires vis-à-vis de leur personnel sont claires en ce qui concerne le nombre de groupes ÉquiLIBRE à réaliser annuellement. En centres de jour, les gestionnaires ont peu d'attentes à spécifier puisque ces milieux offrent le programme depuis plusieurs années. Pour le déploiement dans la communauté et l'affectation d'un intervenant-pivot local en prévention des chutes, la plupart des gestionnaires ont dû préciser à leur personnel la façon dont le partage des responsabilités se ferait. Ce qui est attendu en ce qui a trait aux cibles et aux tâches à réaliser semble assez clair, tant du point de vue des gestionnaires locaux en prévention des chutes que des intervenants ÉquiLIBRE.

Toutefois, aux dires des intervenants, les attentes manquent de réalisme. Le temps alloué pour réaliser les tâches demandées est sous-estimé aux étapes préalables à l'animation, principalement lors de la promotion du programme et du recrutement de la clientèle. De plus, la répartition de certaines tâches n'est pas claire. Par ailleurs, il arrive que les attentes du gestionnaire local en prévention des chutes entrent en conflit avec celles du chef de programme. Des intervenants se font reprocher d'avoir un moins bon rendement clinique en raison du temps consacré à ÉquiLIBRE.

« Bien ils s'attendent que je donne la chose comme il faut. Mais est-ce qu'ils savent toute la préparation qui vient avec puis le temps que ça te demande? »
[Intervenant]

« Même au contraire, mon gestionnaire, lui, il calcule le temps là, mon temps de travail, bien le temps ÉquiLIBRE, si ça dure une heure, bien lui, il m'a déjà dit : "Tu fais 4 heures d'ÉquiLIBRE par semaine, bien je constate 4 heures clinique de moins de rendement." Mais la réalité c'est plus que ça là des fois. » [Intervenant]

Dans un même ordre d'idées, le mandat d'intervenant-pivot local en prévention des chutes est clairement attribué pour tous les établissements. Par contre, les tâches associées à cette fonction sont difficilement réalisables, faute de temps. Aussi, il semblerait que plusieurs des collègues des individus ayant ce mandat ignorent ce qu'ils peuvent attendre de leur part. Les attentes sont donc très variables. Dans un établissement, le rôle de pivot a été attribué à une personne qui a peu de contacts avec les intervenants ÉquiLIBRE. Ces derniers en réfèrent à leur chef de programme pour l'ensemble des tâches qui devraient être réalisées par leur intervenant-pivot local en prévention des chutes.

Finalement, il y a confusion au sein de certains établissements quant au partage des responsabilités. Plusieurs se questionnent à savoir qui, de l'intervenant-pivot local en prévention des chutes, d'un intervenant ÉquiLIBRE ou d'une ressource du milieu (par exemple : infirmière, technicien en loisirs en résidence privée), doit faire la promotion du programme, le recrutement de la clientèle et la complétion des formulaires. Dans un établissement, les pratiques sont variables entre les points de service. Dans un autre, ces tâches avaient été assignées à un intervenant de façon temporaire pour une seule année sans avoir déterminé la suite pour les années subséquentes. Un dernier établissement mentionne une confusion relativement à qui assumera les tâches d'inscription de la clientèle et l'organisation du transport à l'avenir.

- **Structure de supervision B**

- *Étant donné qu'ÉquiLIBRE est un nouveau programme qui s'appuie sur des paramètres précis et qui vise des cibles prédéfinies :*
 - *jusqu'à quel point permettez-vous aux intervenants qui y sont impliqués de faire des adaptations dans leur travail pour y arriver (par exemple, dans leur horaire, tâches et fonctions)?*
 - *jusqu'à quel point votre gestionnaire fait preuve de souplesse à votre égard dans l'adaptation de votre travail pour y arriver?*

Toutes les personnes rencontrées ont dit qu'une souplesse était accordée quant à l'animation des exercices, que le jugement clinique des intervenants ÉquiLIBRE prévalait et que si ces derniers le jugeaient nécessaire, des changements pouvaient être apportés au programme. Quelques intervenants ont même souligné qu'il était important qu'il n'y ait pas d'ingérence dans leur pratique. Par contre, comme le disent deux gestionnaires, il est important de ne pas dénaturer le programme, et les changements doivent faire l'objet d'un consensus clinique, non pas reposer sur les idées d'un seul individu.

« L'important, pour moi, c'est qu'on ait un lieu de mise en commun, donc mise à l'épreuve de plusieurs têtes. » [Gestionnaire]

Ensuite, tous les répondants ont abordé le temps accordé au programme. Au sein de la plupart des établissements, il semblerait qu'il n'y ait pas de contrainte directe imposée dans le temps à allouer au programme; tous disent pouvoir y mettre le temps souhaité. Par contre, dans un établissement, les intervenants ont mentionné que pour les tâches autres qu'ÉquiLIBRE, leur rendement est évalué et affecté négativement par tout le temps consacré au programme. En ce qui concerne l'horaire de travail, la plupart des intervenants ÉquiLIBRE bénéficient de souplesse dans l'aménagement de celui-ci. Un établissement n'a pas besoin d'ajouter du lest, car tout le temps nécessaire à ÉquiLIBRE est prévu à l'horaire. Pour un autre, il est difficile de donner plus de latitude aux quelques intervenants puisqu'ils sont responsables de réaliser un grand nombre de groupes. Les horaires dépendent donc souvent des disponibilités des milieux accueillant ÉquiLIBRE.

Finalement, des gestionnaires proactifs proposent des solutions quand certains problèmes sont rencontrés par les intervenants ÉquiLIBRE. Par exemple, un établissement a dégagé un autre intervenant pour l'animation quand la personne responsable s'est retrouvée en surcharge. Deux gestionnaires laissent aux intervenants ÉquiLIBRE le choix de faire les tâches de promotion et de recrutement, selon leurs intérêts et habiletés.

- **Structure de supervision C**

- *Comment votre supérieur soutient-il vos efforts pour implanter ÉquiLIBRE?*

Tous les intervenants ÉquiLIBRE se sont dits soutenus par leur gestionnaire en prévention des chutes. Celui-ci accorde l'importance qui se doit au programme. Les mesures de souplesse nommées précédemment témoignent de ce soutien. Par contre, ils ne se sentent pas appuyés par leur chef de programme s'il n'est pas gestionnaire local en prévention des chutes. Aussi, bon nombre ont fait valoir que « l'obligation » des établissements d'implanter ÉquiLIBRE favorisait le soutien exprimé. Finalement, un CSSS se démarque pour le soutien remarquable de leur chef de programme, qui les accompagne particulièrement dans les étapes préalables à l'animation. Des repères sont donnés et des périodes de temps réalistes sont allouées à ces tâches. Les intervenants se sentent soutenus sur les plans clinique et organisationnel.

« Elle nous fait le rappel, les Q-AAP, t'sais on a tout le temps des petites notes : "Bon, là, il faudrait commencer." Non, elle encadre bien tout ça, par exemple. »
[Intervenant]

« Oui, moi je trouve que c'est elle qui nous encadre! » [Intervenant]

- **Structure de supervision – Solutions**

- *Solutions proposées par les auteures : Offrir de la formation pour renforcer les habiletés de : communication, répartition des rôles entre les gestionnaires et le personnel, monitoring de programme et rétroaction.*

Aucune des solutions proposées par les auteures du cadre conceptuel n'a été mise de l'avant spécifiquement pour ÉquiLIBRE. Par contre, plusieurs gestionnaires ont souligné avoir suivi des cours de gestion dans leur plan de formation régulier.

En somme...

| Programme ÉquiLIBRE – Niveau intermédiaire | | Structure de supervision |
|--|--|--------------------------|
| Conditions favorables à l'implantation | Obstacles contraignant l'implantation | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Les attentes quant aux cibles à atteindre sont claires pour les gestionnaires locaux en prévention des chutes et les intervenants ÉquiLIBRE pour tous les établissements. Les attentes quant au recrutement des milieux dans la communauté ont également été signifiées pour les établissements concernés. | <ul style="list-style-type: none"> • Une majorité d'établissements ont connu un roulement dans la coordination du programme. La compréhension et la vision du programme diffèrent d'un gestionnaire à l'autre. Les intervenants souhaitent une constance dans les attentes et les procédures. | |

| Programme ÉquiLIBRE – Niveau intermédiaire | Structure de supervision |
|--|---|
| <p style="text-align: center;">Conditions favorables à l'implantation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour un établissement, les attentes sont signifiées lors d'une rencontre présession avec chacun des intervenants. Le rôle de chacun est bien défini, du recrutement à l'animation. Les horaires et le temps alloué sont aussi clairement signifiés. L'horaire de travail des intervenants, pour cet établissement, est aménagé de façon à ce que tout le temps nécessaire à la réalisation d'ÉquiLIBRE soit prévu. • La structure du programme et les documents qui l'accompagnent outillent le gestionnaire d'un établissement pour clarifier ses attentes et planifier l'implantation. Ces références ont permis au gestionnaire de signifier ses attentes quand il observait un manque d'uniformité dans les pratiques des intervenants. • Les intervenants ÉquiLIBRE se sentent soutenus par leur gestionnaire local en prévention des chutes. La plupart d'entre eux jugent que ce gestionnaire accorde l'importance nécessaire au programme. • Les gestionnaires locaux en prévention des chutes ont confiance au jugement clinique de leurs intervenants ÉquiLIBRE pour l'animation du programme. Un établissement requiert le consensus des intervenants pour apporter des changements aux exercices. • Une latitude est accordée aux intervenants pour le temps alloué à ÉquiLIBRE et à l'aménagement de l'horaire. Il est arrivé pour certains établissements que des heures supplémentaires soient nécessaires pour amorcer l'implantation du programme dans la communauté ou élaborer des documents structurants. La priorité accordée au programme justifie cette souplesse pour un établissement. • Les gestionnaires locaux en prévention des chutes trouvent des solutions aux problèmes rencontrés par les intervenants ÉquiLIBRE. • Un chef de programme d'un établissement est particulièrement impliqué à la réalisation d'ÉquiLIBRE, même s'il n'est pas désigné comme gestionnaire local en prévention des chutes. • Des formations liées à la communication et à la répartition des rôles sont offertes à tous les gestionnaires, au sein d'un établissement. | <p style="text-align: center;">Obstacles contraignant l'implantation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il y a confusion pour savoir qui réalisera la promotion, le recrutement, la complétion des formulaires et l'organisation des transports pour les sessions à venir dans trois établissements. • Le temps évalué pour la réalisation des tâches ÉquiLIBRE est sous-estimé (particulièrement pour les étapes préalables à l'animation et celles associées au rôle d'intervenant-pivot local en prévention des chutes) pour une majorité d'établissements. Les attentes des gestionnaires ne sont pas claires. • Le temps employé à ÉquiLIBRE affecte le rendement clinique des intervenants ÉquiLIBRE pour tous les établissements. Ceci a été reproché aux intervenants d'un établissement par leur gestionnaire. • Quand ils ne sont pas gestionnaires locaux en prévention des chutes, les supérieurs immédiats des intervenants (chefs de programme) en savent peu sur les tâches à réaliser pour l'implantation d'ÉquiLIBRE et sous-estiment le temps demandé aux intervenants. • Les attentes des chefs de programme, quand ils ne sont pas les gestionnaires locaux en prévention des chutes, entrent en conflit avec celles de ces derniers pour tous les établissements où la situation se présente. • Les intervenants ÉquiLIBRE relevant de deux gestionnaires ne se sentent pas appuyés par celui n'ayant pas de responsabilités dans le Continuum de services en prévention des chutes. • Les intervenants qui se consacrent à l'animation d'ÉquiLIBRE ne désirent pas réaliser les étapes de promotion et de recrutement (manque d'intérêt et d'habileté) et craignent que ces tâches leur soient un jour confiées. Deux établissements leur offrent la possibilité de choisir leur niveau d'implication dans la mise en œuvre du programme. • Les rôles des intervenants-pivots locaux en prévention des chutes sont mal connus de leurs collègues pour l'ensemble des établissements. • Les liens entre les intervenants-pivots locaux en prévention des chutes et les intervenants ÉquiLIBRE ne sont pas optimaux pour deux établissements. Certains intervenants-pivots locaux en prévention des chutes manifestent le besoin d'avoir du temps libéré pour soutenir leurs pairs. |

| Programme ÉquiLIBRE – Niveau intermédiaire | | Structure de supervision |
|--|---|--------------------------|
| Conditions favorables à l'implantation | Obstacles contraignant l'implantation | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Certains intervenants ÉquiLIBRE d'un même établissement sont issus d'équipes différentes. L'arrimage et le partenariat sont variables selon les individus et les dynamiques de secteur. | |
| Recommandations | | |
| <p>► Établissements</p> <ul style="list-style-type: none"> Maintenir le niveau de priorité accordé au programme au sein des établissements. Signifier les attentes de gestion aux intervenants avant chaque session ou, minimalement, une fois par année. Préciser ces attentes (nombre de groupes à implanter, rôles de chacun, tâches à réaliser, temps accordé pour la réalisation des tâches ÉquiLIBRE [particulièrement celles préalables à l'animation de groupe], échéanciers, etc.). Établir clairement qui réalise les tâches préalables à l'animation du programme, et ce, pour tous les milieux ÉquiLIBRE de l'établissement (les intervenants ÉquiLIBRE, les ressources du milieu ou l'intervenant-pivot local en prévention des chutes). Prendre en compte les intérêts et les disponibilités des intervenants. Estimer le nombre d'heures réellement nécessaires pour chacune des tâches ÉquiLIBRE et libérer les intervenants ÉquiLIBRE en conséquence. Informer et sensibiliser les chefs de programme à cet emploi du temps et aux responsabilités associées à ÉquiLIBRE. Maintenir ou stabiliser la structure de supervision pour ÉquiLIBRE, selon les établissements. Établir des procédures claires et constantes dans le temps. Maintenir la latitude accordée aux intervenants dans la réalisation des tâches ÉquiLIBRE et l'animation du programme, selon les paramètres prescrits du programme et leur jugement professionnel. Diffuser, au sein des équipes, les rôles de l'intervenant-pivot local en prévention des chutes et favoriser les contacts avec ce dernier. Allouer quelques heures à l'intervenant-pivot local en prévention des chutes pour qu'il puisse soutenir ses collègues, particulièrement dans les semaines précédant les sessions ainsi qu'en début et fin de session. Évaluer le temps nécessaire avec les personnes concernées. | | |
| <p>► DRSP</p> <ul style="list-style-type: none"> Maintenir des paramètres clairs d'intervention pour ÉquiLIBRE. Accompagner les établissements, à leur demande. | | |

● **Normes de groupe A**

- *Selon vous, comment les intervenants du SAD, pas seulement le centre de jour, perçoivent-ils le programme ÉquiLIBRE? Sont-ils en faveur ou en défaveur? Commenter.*
- *Comment vos collègues du SAD – centre de jour perçoivent-ils, selon vous, le programme ÉquiLIBRE? Sont-ils en faveur? En défaveur? Commenter.*

Toutes les personnes interrogées, tant les gestionnaires que les intervenants ÉquiLIBRE, ont dit que les collègues des équipes sont en faveur du programme. Cela est particulièrement vrai dans les milieux accueillant ÉquiLIBRE. Les ressources en centres de jour et en résidences privées sont très positives et souvent impliquées dans le programme. Des références de collègues du SAD, de l'hôpital et du centre de jour vers ÉquiLIBRE ainsi que des commentaires

positifs émis sur les vertus du programme font aussi dire aux intervenants que leurs pairs sont en faveur de ce dernier.

Deux nuances sont toutefois apportées par la plupart des répondants. D'abord, il semblerait que le niveau de connaissance du programme varie d'un collègue à l'autre. ÉquiLIBRE gagne à être connu puisque tous les professionnels ayant assisté à une séance sont par la suite très enthousiastes à son égard et y adressent davantage de personnes. L'autre élément est une fois de plus le fait que les collègues souffrent du manque de disponibilité des intervenants ÉquiLIBRE. Bien qu'aucun commentaire n'ait été fait en ce sens aux ressources impliquées à ÉquiLIBRE, les intervenants et gestionnaires croient que cela peut jouer négativement sur la perception du programme par les collègues. Il faut préciser toutefois que les quelques intervenants ÉquiLIBRE qui effectuent l'ensemble de leurs tâches en centres de jour ne ressentent pas ce malaise, au contraire...

« L'équipe est quand même [...] ce n'est pas juste moi là [...] ils sont là-dedans, puis ils en font une partie, puis ils sont très prêts à aider, à partager. Fait que ça va quand même bien [...]. » [Intervenant en centre de jour]

« T'sais si tes collègues te voient assise au bureau, ils ne le savent pas eux autres, nécessairement ce que tu fais : « Elle fait quoi? Elle ne fait rien? Pourquoi qu'elle ne va pas à domicile? » [Intervenant à domicile]

- **Normes de groupe B**

- *Tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de votre établissement, avez-vous des appuis significatifs pour ÉquiLIBRE (de personnes bien perçues et estimées par les intervenants ÉquiLIBRE)? Quels appuis?*
- *Tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de votre établissement, avez-vous des appuis significatifs pour ÉquiLIBRE (de personnes bien perçues et que vous estimez)? Quels appuis?*

Du point de vue des intervenants et des gestionnaires, les appuis prennent la forme de références faites à ÉquiLIBRE par des médecins, des collègues de la réadaptation et des autres ressources (des CJ, du CLSC, de MARCHE, etc.). Il a été difficile, à travers les réponses, de faire ressortir lesquels de ces appuis étaient hautement estimés par le personnel. Il semblerait que l'appui des personnes situées à un niveau hiérarchique élevé, comme la direction, est particulièrement apprécié et valorisé. Dans un même ordre d'idées, le jugement favorable des médecins et des ressources professionnelles en résidence privée a un impact sur la participation des aînés.

« Puis le client, il le dit à son médecin : « Heille! J'aime ça faire ça, puis ça me fait du bien. » Puis eux autres, ils voient bien que leur client est [...]. Supposons qu'il avait de la misère à marcher puis là, il va mieux. Fait que moi, là-dessus, je le sais que j'ai des clients qui m'ont dit que leur médecin était bien d'accord à

continuer ça, puis que leur médecin était bien content. Ils ne me l'ont pas dit directement à moi, mais je le sais par l'entremise du client. » [Intervenant]

- **Normes de groupe C**

- *Selon vous, jusqu'à quel point les intervenants ÉquiLIBRE jugent que leur contribution peut mener au succès du programme : prévenir les chutes auprès des aînés en améliorant la force, l'équilibre et la marche?*

Cette notion sera aussi abordée plus loin par la dimension « engagement » au niveau individuel, pour recueillir le point de vue des intervenants ÉquiLIBRE. De l'avis des gestionnaires locaux en prévention des chutes, les personnes impliquées perçoivent qu'elles contribuent au succès du programme. Ils prétendent que leurs ressources voient leur contribution, car ils témoignent des effets du programme sur la clientèle. L'un des gestionnaires fait valoir que leur contribution est aussi essentielle au succès du programme.

« Ils sont très conscients que leur implication a une incidence, mais ils ne sont pas les seuls [...] Doivent avoir le support du gestionnaire pour faire le bout qu'ils ne peuvent pas faire [...]. » [Gestionnaire]

Un gestionnaire mentionne que la contribution des intervenants ÉquiLIBRE au succès du programme peut être difficilement observable puisqu'on ne voit pas ce qui est prévenu.

- **Normes de groupe - Solutions**

- *Solutions proposées par les auteures : commencer à petite échelle, recruter un leader – une personne bien vue et estimée, encourager les échanges à l'intérieur de l'organisation.*

Tous les établissements ont amorcé l'implantation d'ÉquiLIBRE à petite échelle sur leur territoire respectif. Dans tous les cas, les personnes désignées pour occuper le rôle d'intervenant-pivot local en prévention des chutes sont bien vues par leurs collègues et démontrent un bon leadership.

En somme...

| Programme ÉquiLIBRE – Niveau intermédiaire | | Normes de groupe |
|--|--|------------------|
| Conditions favorables à l'implantation | Obstacles contraignant l'implantation | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Pour tous les établissements, les collègues des intervenants ÉquiLIBRE semblent généralement en faveur du programme. Cela prend la forme de références et de commentaires positifs à son égard. Une présentation du programme aux collègues a été réalisée dans un établissement, et des collègues ont assisté à une séance ÉquiLIBRE dans un autre. | <ul style="list-style-type: none"> • Certains collègues connaissent peu ou pas ÉquiLIBRE pour la plupart des établissements. • Pour une majorité d'établissements, le manque de disponibilité des intervenants ÉquiLIBRE a un impact sur la routine de travail de leurs collègues en clinique. L'impression que les collègues jugent que trop de temps est consacré à ÉquiLIBRE crée un malaise chez plusieurs intervenants. | |

| Programme ÉquiLIBRE – Niveau intermédiaire | | Normes de groupe |
|--|---|------------------|
| Conditions favorables à l'implantation | Obstacles contraignant l'implantation | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Les ressources des milieux accueillant ÉquiLIBRE (principalement les centres de jour et les résidences privées) sont généralement très positives envers ÉquiLIBRE et impliquées (notamment pour la promotion du programme et le recrutement des participants). Cela s'observe au sein de tous les établissements. • Selon l'ensemble des gestionnaires locaux en prévention des chutes, les ressources impliquées dans ÉquiLIBRE croient que leur contribution favorise le succès du programme. Ils sont eux-mêmes également conscients de leur importance. • Les intervenants-pivots locaux en prévention des chutes sont généralement bien vus et estimés, et ils exercent un leadership au sein de leur établissement respectif. • Tous les établissements soulignent que l'implantation d'ÉquiLIBRE s'est faite de façon progressive, un milieu ou un secteur à la fois. | <ul style="list-style-type: none"> • Au sein d'un établissement, les intervenants ÉquiLIBRE croient que leurs collègues physiothérapeutes sont ambivalents vis-à-vis du programme, parce qu'ils doivent s'impliquer à la vérification de l'admissibilité des participants. Cela perturbe leur routine de travail, et ils peuvent vivre des frustrations (ex. : déplacement inutile, ajout d'un client à leur charge de travail. • Il y a peu de liens avec des instances externes pour l'ensemble des établissements. Peu d'appui externe pour ÉquiLIBRE est observé. | |
| Recommandations | | |
| <p>► Établissements</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entretenir la vision positive du programme au sein des établissements. • Continuer à faire connaître le programme ÉquiLIBRE auprès des collègues, particulièrement ceux qui peuvent y diriger des personnes, idéalement par une présentation et en leur permettant d'assister à une séance ÉquiLIBRE. • Encourager les membres des équipes à adresser des personnes à ÉquiLIBRE. • Informer les équipes SAD des mesures mises en place pour pallier le manque de disponibilité des intervenants ÉquiLIBRE. • Diffuser régulièrement les bons coups et les effets du programme dans les équipes de travail et plus largement au sein des établissements. • Signifier aux intervenants ÉquiLIBRE leur part de responsabilité dans le succès du programme, valoriser leur contribution. • Maintenir les ressources actuelles aux rôles névralgiques d'ÉquiLIBRE (selon les établissements : intervenants-pivots locaux en prévention des chutes, coordination du programme, responsable de l'implantation dans la communauté). | | |
| <p>► En début d'implantation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prévoir une implantation progressive en intégrant le programme un milieu ou un secteur à la fois. | | |
| <p>► DRSP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Outiller les établissements en rédigeant, environ deux fois par année, un court article informatif sur ÉquiLIBRE, qui pourrait être diffusé dans les journaux des établissements et dans lequel pourraient être intégrées des observations locales. | | |
| <p>► Établissements et DRSP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire connaître le programme à l'extérieur des établissements. | | |

5.4.3. Programme ÉquiLIBRE – Niveau individuel

- **Rôles au travail A**

- *Jusqu'à quel point les tâches reliées au programme ÉquiLIBRE (promotion, recrutement, animation) nécessitent des changements ou des adaptations dans votre routine de travail? De quelle manière?*

Tous les intervenants ÉquiLIBRE ont mentionné que la tâche d'animation du programme d'exercices implique peu ou pas de changements. Même si l'intervention de certains d'entre eux repose essentiellement sur une base individuelle dans leur pratique quotidienne, l'approche de groupe d'ÉquiLIBRE ne leur cause pas de problème. Toutefois, la mise en œuvre du programme demande plus de planification et d'organisation. Le choix des milieux, des participants, des horaires et l'organisation des transports sont des tâches moins courantes, et les intervenants ÉquiLIBRE ont dû s'y habituer. Ces tâches demandent un temps considérable et des déplacements dans d'autres milieux. Elles ont nécessité des changements chez les intervenants dans l'organisation du travail; certains les ont intégrés, mais d'autres n'ont pas la volonté ni l'intérêt pour les réaliser. Des intervenants n'ont pas à faire ces tâches par choix ou en raison des orientations de l'organisation, n'ayant que l'animation d'ÉquiLIBRE comme responsabilité.

« Moi, je pourrais peut-être juste rajouter que c'est aidant d'avoir l'infirmière pour planifier puis pour aller chercher, recruter les gens. Puis ça a été très aidant que ça soit quelqu'un comme toi de l'extérieur, t'sais je n'ai pas perdu de temps entre parenthèses là-dessus là. Pour moi ça a été [...] Si ça serait à reproduire, ça serait comme ça que je le ferais. » [Intervenant]

La notion de temps était très présente tout au long des entrevues. À ce sujet, les intervenants ÉquiLIBRE soulignent que chaque session d'exercices dans des milieux différents demande un déplacement, de la manutention de matériel et l'aménagement des aires d'intervention. Certains établissements ont expérimenté deux groupes dans une même demi-journée. Tous s'entendent pour dire qu'ils sont plus efficaces ainsi. De plus, certains proposent de privilégier, si possible, l'animation du programme en début de journée, car, de cette façon, la routine de travail est moins perturbée. Finalement, d'autres proposent d'amorcer la session d'hiver en mars pour éviter les absences et les annulations dues aux tempêtes et aux maladies. Ces propositions pourraient favoriser l'implantation.

- **Rôles au travail B**

- *Les tâches exigées par ÉquiLIBRE sont-elles cohérentes avec les tâches habituellement associées à votre discipline ou à votre fonction?*

En premier lieu, il ressort que les exigences liées au programme sont différentes de celles vécues en clinique, car dans ce dernier cas, les intervenants doivent rentabiliser le temps/client. Pour ÉquiLIBRE, une portion du temps n'est pas consacrée à l'intervention directe (promotion

du programme, recrutement d'aînés et de milieux, organisation de transports et d'horaires). Ces tâches ne sont habituellement pas réalisées en réadaptation dans les programmes où ils évoluent. Certains soulignent que la prise de rendez-vous pour remplir les grilles de sélection des participants et l'organisation du transport pourraient être assumées par du personnel de secrétariat. De plus, quelques-uns font valoir le fait qu'ÉquiLIBRE entraîne un rapport différent entre les intervenants et leur clientèle. Pour ce programme, ils doivent convaincre les aînés de bénéficier d'un service, alors qu'habituellement ceux-ci sont en attente d'interventions.

« On est habitué de fonctionner en physio, rentabiliser le nombre de patients, au niveau statistique, et tout ça. Tandis que là, quand je prenais du temps pour faire ça, c'était du temps qui n'était pas nécessairement comptabilisé, fait que j'avais l'impression d'être [...]. » [Intervenant]

En ce qui concerne l'animation d'ÉquiLIBRE, tous affirment que la prescription d'exercices est complètement compatible avec leur discipline et leur fonction actuelle. Ils agissaient déjà en prévention des chutes. Le gestionnaire et les intervenants ÉquiLIBRE d'un établissement ont mis en lumière la responsabilité professionnelle qui se manifeste différemment en résidence privée, par rapport à ce qui se fait normalement dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux. En effet, les intervenants disposent de dossiers beaucoup moins complets pour les personnes âgées à l'extérieur du réseau, ce qui pourrait faire l'objet d'un questionnement par leur ordre professionnel.

- **Rôles au travail C**

- *À partir du moment où ÉquiLIBRE a été intégré à votre routine de travail, avez-vous constaté des effets (tant positifs que négatifs) sur la clientèle? Lesquels avez-vous observés en premier?*

Tous les intervenants ont indiqué avoir observé les bienfaits d'ÉquiLIBRE. Des évaluations en début et en fin de session leur ont permis de noter une amélioration des capacités motrices des participants ou, à tout le moins, leur maintien. L'effet de groupe a aussi été soulevé. Il favorise les échanges et les encouragements. Finalement, la notion de sensibilisation ressort pour tous les groupes d'intervenants interrogés. Les aînés sont plus enclins à parler des chutes, à avouer qu'ils sont tombés ou à aller chercher de l'aide. Ils sont aussi moins anxieux et mettent en pratique les comportements sécuritaires qui leur ont été conseillés.

« Qui ont des progrès, puis on le voit là au posttest qu'il y a des résultats, fait que c'est sûr que [...] moi aussi, je trouve que c'est un indicateur de succès, même s'il n'y a pas toujours une augmentation au test, une cotation meilleure, s'il y a un maintien, parce qu'ils ont avancé en âge quand même. Fait qu'on aurait pu croire que ces gens-là, s'ils n'avaient pas suivi le programme ÉquiLIBRE, ils auraient [...] C'est ça, ils auraient peut-être diminué dans leurs capacités. » [Intervenant]

● **Rôles au travail – Solutions**

- *Solutions proposées par les auteures : Fournir différentes formes d'encouragement et de récompense.*

Dans les faits, peu ou pas d'encouragements viennent des supérieurs; les intervenants ne s'attendent pas à en recevoir; ce n'est pas pratique courante dans les établissements. La reconnaissance vient des personnes âgées participant au programme. Celles-ci témoignent des effets bénéfiques, et les intervenants ÉquiLIBRE apprécient cela.

En somme...

| Programme ÉquiLIBRE – Niveau individuel | Rôles au travail |
|---|--|
| <p style="text-align: center;">Conditions favorables à l'implantation</p> <ul style="list-style-type: none"> • La prévention des chutes est intégrée dans les pratiques des professionnels de tous les établissements. • La prescription et l'animation d'exercices sont des tâches habituelles pour l'ensemble des professionnels animant ÉquiLIBRE. Les intervenants qui n'ont que ces tâches à réaliser apprécient de ne pas avoir à effectuer la promotion et le recrutement. • La participation des ressources du milieu qui accueille ÉquiLIBRE aux tâches préalables à l'animation est très appréciée par les intervenants. • L'attribution de la tâche d'implanter ÉquiLIBRE dans la communauté à une personne en particulier a été appréciée dans tous les établissements où cette stratégie a été favorisée. • Un établissement a sollicité l'approbation de la direction pour la réorganisation des tâches des intervenants. Celle-ci permet de maintenir une expertise clinique et une polyvalence chez ses intervenants, en plus d'éviter que le programme ne repose que sur un seul individu. • Les bienfaits d'ÉquiLIBRE sont observés par les intervenants et les aînés dans tous les établissements. En plus des effets sur les capacités motrices, d'autres points positifs sont notés (assurance, renforcement, socialisation chez les aînés, recrutement de nouvelles clientèles, etc.). Les participants manifestent également leur appréciation du programme. • La reconnaissance manifestée aux intervenants vient principalement des participants pour tous les établissements. Quelques collègues émettent également des commentaires positifs dans certains établissements. | <p style="text-align: center;">Obstacles contraignant l'implantation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certains collègues connaissent peu ou pas ÉquiLIBRE dans la plupart des établissements. • La promotion du programme, le recrutement des milieux et des clientèles, l'organisation des transports et des horaires et la planification de la session ne sont pas des tâches habituelles pour l'ensemble des intervenants. Certains n'ont ni l'intérêt ni les habiletés pour exercer ces tâches qui demandent beaucoup de temps. De plus, le temps passé à planifier et à organiser l'activité n'est pas comptabilisé, alors qu'en clinique, celui-ci doit être rentabilisé en voyant le plus de clients possible. • Plusieurs intervenants ÉquiLIBRE jugent que certaines tâches administratives devraient être déléguées à du personnel de soutien (ex. : réservation de salle, commande de matériel, organisation des transports, appels aux personnes âgées de la liste d'attente pour prendre les inscriptions et programmer la complétion des grilles des participants). • ÉquiLIBRE diffère des tâches habituelles pour certains intervenants, car il implique une approche de groupe (versus individuelle), une intervention préventive (versus curative), une intégration dans certains milieux comme les centres de jour ou les résidences privées et une collaboration avec leurs ressources (versus intervention au domicile des personnes âgées). • Pour ÉquiLIBRE, les intervenants doivent souvent convaincre la clientèle de bénéficier du programme, ce qui n'est pas habituel pour eux. • Les intervenants de tous les établissements ne reçoivent pas de reconnaissance de leur gestionnaire pour la réalisation d'ÉquiLIBRE. |

| Programme ÉquiLIBRE – Niveau individuel | | Rôles au travail |
|--|---|------------------|
| <p>Conditions favorables à l'implantation</p> <ul style="list-style-type: none"> L'aménagement de l'horaire peut rentabiliser le temps de l'intervenant ÉquiLIBRE. | <p>Obstacles contraignant l'implantation</p> <ul style="list-style-type: none"> Le dossier des aînés est moins complet en résidences privées que dans les établissements du réseau. Cette situation crée un inconfort chez certains professionnels quant à la sécurité de leurs interventions. Certaines périodes de l'année sont moins favorables à l'assiduité des participants. | |
| Recommandations | | |
| <p>► Établissements</p> <ul style="list-style-type: none"> Assurer un partage des tâches préalables à l'animation d'ÉquiLIBRE selon les intérêts, les habiletés et les disponibilités des intervenants. Déléguer certaines tâches administratives à du personnel de soutien. Allouer un temps suffisant aux intervenants pour promouvoir le programme, recruter les milieux et les participants et planifier l'activité. Sensibiliser les équipes de travail aux tâches (et au temps nécessaire) à réaliser en vue d'une session ÉquiLIBRE et diffuser les retombées bénéfiques de cet investissement de temps. Maintenir une responsabilité partagée du programme entre plusieurs intervenants. S'assurer que les intervenants ÉquiLIBRE ont de la rétroaction positive de leur(s) gestionnaire(s) pour la réalisation du programme. Diffuser les résultats des évaluations (moyenne d'amélioration des capacités motrices des participants). Encourager les participants à s'exprimer sur leur appréciation du programme et les bénéfices qu'ils en retirent (ex. : prévoir une période de rétroaction à la mi-session et en fin de session). Prévoir des évaluations complémentaires si le jugement clinique de l'intervenant ÉquiLIBRE l'amène à se questionner sur la participation sécuritaire au programme, dans certains cas. | | |
| <p>► DRSP</p> <ul style="list-style-type: none"> Fournir aux établissements un outil de collecte de données quantitatives pour mettre en lumière les résultats aux évaluations (prétests et posttests), facile et rapide d'utilisation. | | |

- **Capacités et habiletés A**

- *Est-ce que vos tâches sont bien définies pour réaliser le programme ÉquiLIBRE? Avez-vous le sentiment de savoir quoi faire?*

Le Programme-cadre ÉquiLIBRE et la formation initiale, combinés à l'expérience, font que tous les intervenants ÉquiLIBRE savent aujourd'hui comment implanter le programme. Avec le temps, ils ont compris en quoi consistaient les tâches préalables à l'animation. L'appropriation du programme d'exercices et du déroulement des séances prend d'une à deux sessions. Certains proposent que les nouvelles ressources assistent à quelques séances avant de les animer. Une fois de plus, bon nombre soulèvent l'importance que ces tâches soient bien définies et écrites, de façon à outiller de nouveaux intervenants et à perpétuer les pratiques.

« Mais on s'améliore, ça fait une couple de fois qu'on le fait! [rire] C'est comme moi, ça fait une couple de fois que je le fais, fait que la dernière fois, ça a super bien allé... ça a mieux été que la première fois que je l'ai fait, c'est sûr. »
[Intervenant]

Par ailleurs, des améliorations pourraient être apportées au Programme-cadre. En effet, presque tous les intervenants ÉquiLIBRE ont déterminé certains exercices nécessitant des adaptations ou des modifications dans la façon de les réaliser ou de les expliquer. Une mise à jour du programme est souhaitée.

- **Capacités et habiletés B**

- *Selon vous, les intervenants du SAD – Centre de jour ont-ils les compétences et l'expérience nécessaires pour réaliser ÉquiLIBRE?*

Ce sont les gestionnaires qui ont été interrogés pour répondre à cette question, étant donné qu'une autre question aux intervenants visait à mesurer la même dimension. Tous les gestionnaires croient que le personnel désigné à ÉquiLIBRE répond aux exigences du programme. Selon eux, tous ont les compétences et les habiletés nécessaires.

« Pas de doute [...] Autant ceux qui font les questionnaires de sélection que les TRP oui. C'est sûr qu'il faut la formation. » [Gestionnaire]

Un établissement a même intégré la prévention des chutes aux profils de compétences du SAD. Un gestionnaire note que certains intervenants peuvent être moins à l'aise ou intéressés par rapport à la promotion et au recrutement. Il s'agit de déléguer ces tâches à d'autres dans ces cas-là. Dans certains établissements, ce sont les infirmières qui remplissent les grilles d'admissibilité. Les gestionnaires croient qu'elles ont aussi les habiletés pour le faire.

- **Capacités et habiletés C**

- *Croyez-vous que vous êtes bien outillés (en ayant les compétences et l'expérience nécessaires) pour réaliser ÉquiLIBRE?*

Tout comme les gestionnaires, les intervenants affirment avoir les compétences et l'expérience nécessaires à la réalisation d'ÉquiLIBRE. Leur provenance du secteur de la réadaptation leur confère une bonne connaissance des exercices ainsi que la capacité de les adapter selon les besoins de la clientèle. Ils sont à l'aise avec le programme. Ce sentiment est plus fortement exprimé chez les thérapeutes en réadaptation physique, qui sont d'ailleurs plus nombreux.

« Moi, je pense qu'on [...] c'est la meilleure profession pour animer ce groupe-là. On est vraiment des intervenants dans le fond, spécialisés, pour les exercices, le renforcement, l'assouplissement, puis l'équilibre, fait que ça, ça ne pose pas un problème. » [Intervenant]

L'animation d'ÉquiLIBRE a demandé l'acquisition de nouvelles connaissances et compétences pour quelques ergothérapeutes moins habitués à ce genre de programme. Dans un autre ordre d'idées, certains intervenants auraient aimé être formés à la réanimation cardiaque pour l'animation en résidences privées. D'autres auraient aimé en savoir plus sur les effets du programme ÉquiLIBRE lors de leur formation.

● **Capacités et habiletés – Solutions**

- *Solutions proposées par les auteures : Soutenir et accompagner le personnel (par de l'information et de la formation) pour améliorer leurs connaissances et leur compréhension, leurs habiletés et leur efficacité personnelle (telle qu'ils la perçoivent).*

La formation spécifique à ÉquiLIBRE est la seule activité s'apparentant aux solutions proposées par les auteures du cadre conceptuel, à avoir été réalisée. Tous les intervenants ont apprécié la formation théorique, et particulièrement la formation pratique sous forme d'observation de séances sur le terrain. Certains auraient souhaité que les visites de la DRSP se poursuivent. Le soutien de collègues plus expérimentés est aussi considéré comme une source de formation et d'information présente dans la plupart des établissements.

En somme...

| Programme ÉquiLIBRE – Niveau individuel | | Capacités et habiletés |
|---|--|------------------------|
| Conditions favorables à l'implantation | Obstacles contraignant l'implantation | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Le cartable et la formation (théorique et pratique) ÉquiLIBRE outillent les intervenants. • Tous les intervenants ÉquiLIBRE ont minimalement une session d'expérience avec le programme et bon nombre l'animent depuis plusieurs années. • Certains intervenants ÉquiLIBRE ont bénéficié du soutien d'un collègue expérimenté lors des premières sessions de mise en œuvre du programme. • Tous les intervenants ÉquiLIBRE considèrent qu'ils ont les capacités et les habiletés pour animer le programme. Pour eux, leur formation scolaire (particulièrement les techniques de réadaptation physique) et leurs expériences de travail sont des atouts. • Les gestionnaires locaux en prévention des chutes ont confiance dans les habiletés et capacités des ressources impliquées dans ÉquiLIBRE pour les tâches qui leur sont assignées, tant le personnel de réadaptation, pour l'intervention proprement dite, que les autres ressources pour le recrutement de la clientèle et la complétion des formulaires. • Les gestionnaires locaux en prévention des chutes sont conscients du fait que des intervenants puissent être moins intéressés ou à l'aise de réaliser certaines tâches moins cliniques. Tous les établissements ont réparti ces tâches entre les professionnels en considérant cet élément. | <ul style="list-style-type: none"> • La plupart des intervenants ont été moins à l'aise au début de l'implantation du programme (particulièrement pour les tâches préalables à l'animation, le respect du temps alloué et la séquence d'exercices à réaliser lors des séances). Une session de douze semaines semble nécessaire pour se l'approprier. • Certains intervenants n'avaient jamais fait d'intervention de groupe avant d'animer ÉquiLIBRE. • Dans quelques cas, l'animation d'ÉquiLIBRE a été confiée à des ergothérapeutes qui affirmaient ne pas détenir initialement les connaissances et les compétences requises. Ce type d'intervention a demandé l'acquisition de nouvelles connaissances et compétences. • Certains intervenants auraient aimé observer une séance ÉquiLIBRE avant d'animer une première fois. Ils ne sont pas à l'aise ni intéressés par les tâches de recrutement de la clientèle et de promotion du programme. Ceux qui n'ont jamais réalisé ces tâches ne sauraient pas comment procéder. • La description des tâches et leur répartition entre les professionnels ne sont pas assez précises pour les intervenants de deux établissements. • Les tâches de l'intervenant-pivot local en prévention des chutes ne sont pas suffisamment précises pour les intervenants d'un établissement. Une procédure écrite est souhaitée. Selon les secteurs, les tâches réalisées diffèrent. | |

| Programme ÉquiLIBRE – Niveau individuel | | Capacités et habiletés |
|---|---|------------------------|
| <p>Conditions favorables à l'implantation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certains intervenants soulignent qu'ÉquiLIBRE a eu un impact positif sur leur pratique habituelle, que des exercices du programme ont été transposés. | <p>Obstacles contraignant l'implantation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certains intervenants d'un établissement aimeraient être formés à la réanimation cardiaque respiratoire pour les groupes qu'ils animent en résidences privées, en cas de situation d'urgence. • Certains intervenants d'un établissement aimeraient connaître les résultats de recherches pour savoir pourquoi le programme est implanté et quels sont les effets obtenus. • Certains intervenants auraient aimé que le soutien « terrain » de la DRSP se poursuive aux sessions subséquentes. • Certains exercices du Programme-cadre ÉquiLIBRE doivent être révisés. | |
| Recommandations | | |
| <p>► Établissements</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maintenir la responsabilité de la mise en œuvre ÉquiLIBRE à des ressources professionnelles expérimentées (majoritairement des thérapeutes en réadaptation physique). • Assurer un partage des tâches préalables à l'animation d'ÉquiLIBRE selon les intérêts, les habiletés et les disponibilités des intervenants, mais aussi dans l'optique d'une utilisation efficiente et optimale des ressources. Déléguer certaines tâches administratives à du personnel de soutien. Mettre à contribution les ressources du milieu pour la promotion du programme et le recrutement de la clientèle. • Permettre à un nouvel intervenant ÉquiLIBRE d'assister à une ou plusieurs séances. • Offrir un mentorat aux nouvelles ressources par l'entremise d'intervenants ÉquiLIBRE plus expérimentés. Ce jumelage permettra aux nouveaux intervenants d'avoir un soutien aux étapes préalables à l'animation et des conseils sur l'animation proprement dite. En fait, ce rôle d'accompagnement devrait être joué par l'intervenant-pivot local en prévention des chutes. • Diffuser, au sein des équipes, les rôles de l'intervenant-pivot local en prévention des chutes et favoriser les contacts avec ce dernier. • Offrir, selon les besoins exprimés, la formation de réanimation cardiaque aux intervenants qui animent ÉquiLIBRE dans la communauté. | | |
| <p>► DRSP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rendre accessible le Programme-cadre ÉquiLIBRE aux intervenants. • Maintenir la présence d'un répondant régional ayant une expertise de contenu pour soutenir les intervenants locaux, selon les besoins. • Poursuivre l'offre de formation régionale ÉquiLIBRE (théorique et pratique). • Élaborer un aide-mémoire résumant les principales tâches à réaliser pour le démarrage d'un groupe ÉquiLIBRE. • Réviser le contenu du Programme-cadre d'exercices ÉquiLIBRE, en consultant au préalable les intervenants concernés. • Diffuser les résultats de la collecte de données 2006-2009 issues des évaluations des capacités motrices pré et post intervention. • Offrir un accompagnement « terrain » (en assistant à certaines séances), selon les besoins exprimés en ce sens. | | |

- **Engagement A**

- *Compte tenu de votre perception des effets du programme ÉquiLIBRE sur la clientèle, croyez-vous que les efforts investis (en ressources financières et en temps) sont justifiés (notion coût-efficacité)?*

Les deux groupes de répondants ont été questionnés à ce sujet. Tous les gestionnaires font valoir que les effets de la prévention sont difficiles à mesurer. Leur croyance en la capacité d'ÉquiLIBRE à prévenir les chutes s'appuie sur leurs convictions et sur le fait que le programme est basé sur des données probantes. Tout de même, tous jugent que l'investissement en ressources financières est moindre que les résultats qu'on peut escompter, donc qu'ÉquiLIBRE est rentable. Plusieurs notent que les coûts d'un programme préventif sont moins élevés que l'hébergement et qu'ÉquiLIBRE vaut la peine d'être offert, car il retarde la perte d'autonomie.

« L'effet est tellement à moyen pis long termes. Quand tu évites une chute, tu ne vois pas ce que t'as empêché [...] Là tu viens prévenir quelque chose, mais que t'as pas vu les effets négatifs. C'est comme un paradigme qui est opposé. »
[Gestionnaire]

Les réponses des intervenants ÉquiLIBRE vont dans le même sens. La plupart ignorent quel est l'investissement financier lié au programme, mais en observent concrètement les effets. Ils croient donc que le programme est rentable, mais leur opinion est basé sur l'investissement de temps et d'énergie, par rapport aux effets observés. Certains notent toutefois que d'offrir le programme à des aînés non motivés demande plus d'énergie, et que ces efforts sont vains.

- **Engagement B**

- *Jusqu'à quel point jugez-vous que votre contribution peut mener au succès d'ÉquiLIBRE (prévenir les chutes en améliorant la force, l'équilibre et la marche)? De quelle façon?*

Cette question est semblable à celle posée aux gestionnaires dans la dimension « Normes de groupe C ». Cette fois-ci, le point de vue des intervenants ÉquiLIBRE est recueilli. La perception des gestionnaires à ce propos était juste, car tous les intervenants considèrent que le programme repose sur leur contribution. Ils jugent qu'ils sont essentiels à ÉquiLIBRE, car toutes les étapes de réalisation dépendent d'eux. L'approche des intervenants a été nommée par une majorité de répondants. Leur style d'animation, leur rigueur à suivre le Programme-cadre et leurs encouragements font en sorte que le programme peut être efficace. De plus, ils contribuent à la motivation des participants, tant pour l'adhésion au programme que pour l'assiduité aux exercices à domicile. Ils créent un lien particulier avec ces personnes âgées, s'intéressent à elles et établissent une relation de confiance. Un groupe d'intervenants ÉquiLIBRE a aussi fait remarquer que l'animation par des professionnels de réadaptation ajoute du sérieux au programme.

« Bien on peut tu le dire que tout repose sur nos épaules [...] On est comme la stabilité nous autres, parce que c'est comme [...] On est là depuis le début, puis c'est toujours les mêmes personnes, fait que ça y fait. Parce que dans les personnes responsables à la tête, si tu veux, ça change là, [...] » [Intervenant]

« Il faut motiver cinq personnes là, [...] il y a beaucoup de raisons pourquoi ils ne voudraient pas venir. Fait qu'il faut leur démontrer l'importance de venir deux fois par semaine. Fait que c'est de bien montrer le programme maison, c'est [...] Je pense qu'on fait le succès du programme à partir du moment où est-ce qu'on crée un lien avec eux puis on s'intéresse à eux. Déjà, c'est des gens qu'il faut être intéressé un petit peu à leur vie. Puis t'sais, parce qu'à un moment donné, ça devient un peu une rencontre. » [Intervenant]

- **Engagement C**

- *Étant donné qu'ÉquiLIBRE présente une certaine complexité, quels moyens vous êtes-vous donnés pour rencontrer les exigences de ce programme et les intégrer à vos activités courantes?*

Les intervenants ÉquiLIBRE ont, pour la plupart, rapporté des stratégies d'implantation qui sont présentées plus tôt, en introduction aux modalités locales de fonctionnement (point 5.3.1). Ils se sont tous donné des moyens pour se conformer aux exigences du programme et l'intégrer à leur routine de travail, mais ce ne sont pas des objectifs, comme l'entendent les auteures du cadre conceptuel, qui ont été fixés et dont on visait l'atteinte.

- **Engagement - Solutions**

- *Solutions proposées par les auteures : Diffuser les bons coups par des leaders, des utilisateurs (par des témoignages), par l'employeur (par de la rétroaction sur l'atteinte des objectifs).*

Un établissement a organisé dans le passé un mois thématique voué à ÉquiLIBRE. Cette activité a permis de faire connaître le programme et les bons coups qui y sont associés dans l'établissement. Plusieurs gestionnaires ont souligné l'importance d'une telle diffusion. Certains ont émis des idées, comme un témoignage de reconnaissance lors d'une soirée officielle ou la parution d'un article dans le journal de l'établissement. L'utilisation de statistiques est aussi proposée comme moyen pour étayer les résultats obtenus.

En somme...

| Programme ÉquiLIBRE – Niveau individuel | | Engagement |
|--|--|------------|
| Conditions favorables à l'implantation | Obstacles contraignant l'implantation | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Tous les gestionnaires locaux en prévention des chutes croient qu'ÉquiLIBRE est rentable; les budgets investis valent la peine, selon eux. | <ul style="list-style-type: none"> • Tous les gestionnaires affirment que les effets des interventions préventives sont difficiles à mesurer. | |

| Programme ÉquiLIBRE – Niveau individuel | | Engagement |
|---|---|------------|
| <p>Conditions favorables à l'implantation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tous les intervenants croient qu'ÉquiLIBRE est rentable; le temps à investir en vaut la peine, selon eux. • Tous les intervenants ÉquiLIBRE et plusieurs gestionnaires observent les effets bénéfiques du programme (résultats aux évaluations, appréciation des participants, amélioration de la pratique en réadaptation, etc.). • Un établissement sollicite le témoignage de participants ÉquiLIBRE lors des séances d'information. • Tous les intervenants jugent qu'ils sont essentiels à la réalisation d'ÉquiLIBRE. Leur approche, leur expérience et leur rigueur dans le respect des paramètres prescrits du programme sont jugés très importantes. | <p>Obstacles contraignant l'implantation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le gestionnaire et les intervenants d'un établissement s'interrogent sur les effets à long terme d'ÉquiLIBRE au regard des chutes. • La plupart des intervenants ignorent les coûts associés à ÉquiLIBRE. • Pour tous les établissements, les bons coups liés au programme ÉquiLIBRE sont rarement diffusés. • Les intervenants d'un établissement soulignent que les participants ÉquiLIBRE non motivés peuvent leur demander beaucoup d'énergie et être une source de frustration et de démotivation pour eux. | |
| Recommandations | | |
| <p>► Établissements</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluer les tribunes pertinentes à l'intérieur des établissements (ex. : activité de reconnaissance, journal, etc.) et à l'externe pour promouvoir les bons coups du programme ÉquiLIBRE : ses performances et celles des aînés (ex. : résultats des évaluations et témoignages de participants). | | |
| <p>► DRSP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diffuser, au sein des établissements, les résultats de la collecte de données quantitatives issues des évaluations des capacités motrices pré et post intervention. • Diffuser, au sein des établissements, des résultats d'études démontrant l'efficacité et le rapport coût-efficacité de programmes d'exercices de type ÉquiLIBRE, ou réaliser une évaluation des effets du programme ÉquiLIBRE (saisir les occasions de financement en ce sens). • Outiller les établissements en rédigeant, environ deux fois par année, un court article informatif sur ÉquiLIBRE, qui pourrait être diffusé dans les journaux des établissements et dans lequel pourraient être intégrées des observations locales. | | |

- **Autres conditions favorisant ou contraignant l'implantation au niveau individuel**

A. Les participants recrutés

Le recrutement de personnes âgées volontaires, motivées et réceptives est une condition de succès nommée par toutes les personnes interrogées. La motivation favorise l'assiduité aux séances, mais aussi la réalisation du programme maison. Presque tous les intervenants ÉquiLIBRE ont mentionné l'assiduité comme une condition essentielle pour que le programme soit efficace. Plusieurs soulignent aussi qu'il est important d'expliquer pourquoi les exercices sont faits; cela favorise la participation au programme. Certains intervenants font valoir que la personne âgée a un rôle à jouer dans la prévention des chutes. Elle doit, après quelques sessions, être en mesure de réaliser les exercices du programme maison, de façon autonome.

« Bien moi, comme j'ai dit tantôt, je trouve que c'est un très bon programme. C'est bien investi, sauf que c'est comme je t'ai dit, à une ou deux participations, je pense que ça peut être correct. Mais quand ça tombe dans la répétition des participations, bien là je trouve que l'objectif qui était de sensibiliser les gens puis qu'ils se prennent en main est perdu. Là ce n'est plus... Moi je trouve que ça ne rentre plus dans le barème. Ça devient de la prise en charge. » [Intervenant]

De plus, la motivation à adhérer à ÉquiLIBRE peut s'effriter si un aîné est recruté plusieurs semaines avant le début du programme. Il est donc pratique courante d'intégrer des aînés en cours de session et de poursuivre l'intervention en offrant une session complète par la suite.

Plusieurs font remarquer que la situation de la clientèle en centres de jour s'alourdit. Bon nombre d'aînés se déplacent avec une aide à la marche ou ont des troubles cognitifs limitant la compréhension. Le phénomène contraire est généralement observé en résidences privées, où les personnes âgées sont plus autonomes et motivées. Étant donné cette disparité dans la clientèle, la formation de groupes homogènes est jugée préférable.

En somme...

| Programme ÉquiLIBRE – Niveau individuel | | Autres conditions |
|--|--|--|
| Conditions favorables à l'implantation | | Obstacles contraignant l'implantation |
| <ul style="list-style-type: none"> Le recrutement de personnes âgées motivées. La formation de groupes homogènes. | | <ul style="list-style-type: none"> Bon nombre des personnes âgées en centres de jour présentent des atteintes sur le plan cognitif ou de la mobilité. |
| Recommandations | | |
| <p>► Établissements</p> <ul style="list-style-type: none"> S'assurer de bien expliquer le programme et vérifier la motivation avant d'inscrire les personnes âgées. Réaliser un entretien motivationnel. Former des groupes les plus homogènes possible, selon les capacités et l'autonomie des participants. Diminuer le ratio intervenant ÉquiLIBRE/participants pour les groupes plus lourds. S'assurer d'une bonne compréhension des critères d'admissibilité par les professionnels qui recrutent. | | |

5.4.4. Programme MARCHE – Niveau macro

- **Procédures A**

- *Pour vous, les objectifs visés par MARCHE sont-ils cohérents avec la mission, les buts et les objectifs du SAD et du CSSS? Pour quelles raisons?*
- *Pour vous, les procédures associées à MARCHE, soit gestionnaire responsable, intervenant-pivot MARCHE, équipe-ressource, plan d'intervention, sont-elles cohérentes avec la mission, les buts et les objectifs du SAD et du CSSS? Pour quelles raisons?*

Tous les gestionnaires rencontrés conviennent de la compatibilité du programme MARCHE avec la mission, les buts et les objectifs du SAD et du CSSS. Ils croient à l'importance de

maintenir la personne âgée à domicile en lui assurant la sécurité et une qualité de vie. Pour cela, une vue d'ensemble de la personne et des facteurs de risque qu'elle présente, dans une perspective préventive, s'avère tout à fait appropriée. Dans quelques milieux, la prévention semble déjà intégrée aux pratiques, notamment dans le secteur de la réadaptation. En effet, des ergothérapeutes, physiothérapeutes ou techniciens en réadaptation physique sont sensibilisés aux interventions préventives pour leurs clients.

Plusieurs affirment que le virage ambulatoire, pris par les CSSS au cours des dernières années, laisse de moins en moins de place à la prévention. Comme la clientèle postopératoire occupe une grande partie des charges de travail des intervenants, il est difficile à ces derniers de travailler davantage en amont des problèmes. Un gestionnaire illustre cette réalité ainsi :

« On a beaucoup de demandes pour agir quand l'accident est arrivé, après [...]. C'est ça la réalité dans notre pratique. On a effectivement à réintégrer davantage le préventif. » [Gestionnaire]

Même si la clientèle de MARCHE entre souvent en concurrence avec celles qui nécessitent des soins, il semble qu'elle a également sa place au sein du SAD. D'ailleurs, un CSSS souhaite être en mesure de la rallier davantage.

Les procédures mises en place pour ce programme (gestionnaire responsable, intervenant-pivot et équipe-ressource) sont toutes jugées très importantes pour qu'il fonctionne bien. Pour les gestionnaires, d'avoir un porteur de dossier au plan transversal constitue une condition facilitante en raison de son rôle auprès des autres directions de l'établissement et dans le processus d'implantation. De plus, comme le roulement de personnel demeure élevé au sein des équipes, le rôle d'intervenant-pivot s'avère particulièrement central. En plus de fournir de la stabilité au sein de l'équipe, son expérience et son expertise facilitent le travail des intervenants, qui apprécient de pouvoir se référer à une seule personne dans le cadre de leurs activités en prévention des chutes.

Le mode de fonctionnement basé sur une équipe interdisciplinaire de laquelle font partie les intervenants concernés, dont un pharmacien (et le médecin dans un CSSS), représente une autre condition favorable du point de vue des gestionnaires. L'apport de chaque discipline, qui permet de broser un portrait global des risques de chute pour un aîné, s'avère un atout appréciable. Le partage d'une vision commune à cet égard et des objectifs poursuivis contribue à motiver les intervenants et à valoriser leurs rôles respectifs à l'intérieur de ce programme.

Quelques gestionnaires ont révisé les processus et les modalités de fonctionnement du programme MARCHE de façon à en faciliter l'application. Cette démarche a donné lieu à l'identification d'un certain nombre de dysfonctionnements (par exemple, dédoublement de ressources dans un même dossier, sur le plan d'intervention), pour lesquels des correctifs ont été apportés, ce qui a permis d'alléger certaines tâches.

La question des procédures touche également la structure organisationnelle, et celle-ci diffère d'un milieu à l'autre. Dans certains cas, les intervenants impliqués dans l'équipe-ressource relèvent de gestionnaires de directions différentes. Il est donc nécessaire que ceux-ci partagent une vision commune pour faire évoluer le programme vers un même but, ce qui peut parfois présenter des difficultés.

- **Procédures B**

- *Avez-vous prévu des **ressources financières et humaines**, ainsi que du temps pour planifier l'implantation de MARCHE dans votre établissement? De quelle manière?*
- *Dans les faits, est-ce que cela s'est réalisé comme prévu?*

Selon les gestionnaires, la période visant à planifier l'implantation du programme a demandé plus de temps et d'énergie que ce qu'ils avaient estimé au départ. Un milieu souligne que cette étape n'a pas nécessairement été prise en compte dans le financement accordé à MARCHE pour aider les milieux à le démarrer dans chaque établissement. En général, les premières démarches des gestionnaires ont consisté à identifier et à rassembler les ressources professionnelles requises. C'est par la suite qu'ils ont constaté toute la complexité du programme. À ce sujet, un gestionnaire a souligné qu'il n'avait réalisé ni l'importance ni l'ampleur de la formation requise afin de maintenir les connaissances à jour, particulièrement pour le dépistage, qui inclut plusieurs notions, dont certaines ne sont pas familières aux intervenants. Le roulement de personnel a aussi contribué à rendre l'organisation de la formation particulièrement exigeante dans tous les milieux.

Il faut de plus mentionner qu'une certaine méconnaissance du programme, ayant entraîné de la résistance chez les intervenants, a pu contribuer à en ralentir l'implantation dans quelques milieux.

Enfin, la documentation fournie aux milieux par le palier régional pour implanter MARCHE s'est avérée très utile, particulièrement le Programme-cadre, qui a servi de balise aux équipes.

- **Procédures C**

- *Selon vous, les exigences de l'Agence/la DRSP à l'égard de MARCHE, c'est-à-dire les ententes de gestion, redditions de comptes et suivis ponctuels avec le responsable régional du programme, sont-elles compatibles avec vos façons de faire habituelles?*

Pour la majorité des gestionnaires, les exigences de la DRSP relativement au suivi du programme vont dans le sens de leurs façons de faire et ne sont pas perçues comme trop complexes. Ils se disent familiarisés avec la reddition de comptes et de plus en plus à l'aise avec ces procédures, étant donné que d'autres programmes de santé publique ont des

exigences similaires. Les gestionnaires jugent intéressant d'avoir une cible et ils apprécient le suivi de la DRSP, qui permet d'accompagner le changement dans leur établissement.

Des difficultés à atteindre la cible sont cependant relevées par la plupart des milieux. Afin d'apporter des correctifs à cette situation, un CSSS a pris l'initiative de réviser les structures et les modalités de fonctionnement du programme afin de mieux répondre aux exigences de l'instance régionale. Cette réflexion l'a non seulement amené à revoir le partage des tâches entre les intervenants, mais également à accorder une priorité à la clientèle présentant des risques de chute, ce qui n'était pas le cas auparavant. Une telle situation ne présente pas que des avantages, cependant. En effet, à l'intérieur de leur pratique, les intervenants se voient confrontés à devoir choisir entre des personnes présentant des situations pour lesquelles des interventions curatives sont requises et celles du programme MARCHE, qui nécessitent des interventions de nature préventive. Le gestionnaire du programme souligne à ce propos :

« En titularisant des postes, on mettait sur la tête des mêmes personnes des conflits sur des bases cliniques entre le préventif et le curatif. Ces clientèles-là viennent souvent en vague [...] et c'est la même personne [...]. Elle a des heures pour le faire et ne devrait pas en déroger en principe, mais ce n'est pas facile à gérer au quotidien. C'est la seule clientèle qui m'oblige à mettre une cloison dans l'horaire de l'intervenant et lui dire : Ça, t'as pas le choix! Il n'y a aucune autre clientèle pour laquelle on fait ça. » [Gestionnaire]

- **Procédures – Solutions**

- *Solutions proposées par les auteures : Faire des représentations auprès des supérieurs ou de la direction pour en venir à des ententes favorisant l'implantation.*

Le programme MARCHE a bénéficié de l'appui du gestionnaire local en prévention des chutes dans tous les établissements. C'est lui qui a porté le programme à l'intérieur du CSSS, en prenant les moyens pour le faire vivre ou pour le remettre en route, dans le cas d'un milieu en particulier. Dans un CSSS, un consultant externe a été embauché pour revoir et adapter le fonctionnement et les outils du programme. Cette révision en profondeur a aidé les intervenants à s'approprier davantage le programme à l'intérieur de leur pratique clinique.

Il existe par ailleurs peu d'ententes officielles entre le SAD et les autres directions des établissements qui permettent de fournir l'ensemble des services attendus par le programme (avec le département de pharmacie, par exemple). Il s'agit, le plus souvent, d'une collaboration qui repose sur le volontariat individuel de certains professionnels et sur leur intérêt personnel pour ce programme.

En somme...

| Programme MARCHE – Niveau macro | | Procédures |
|--|---|------------|
| Conditions favorables à l'implantation | Obstacles contraignant l'implantation | |
| <ul style="list-style-type: none"> • La prévention des chutes s'inscrit dans la mission des établissements et dans celle du SAD. • La clientèle visée par MARCHE correspond à celle du SAD. • Les procédures du programme MARCHE sont perçues comme pertinentes. Quelques milieux ont procédé à des révisions pour en faciliter l'application. • Le gestionnaire local en prévention des chutes fait valoir l'importance du programme MARCHE à l'intérieur de son organisation. • Les établissements sont familiers avec la reddition de comptes et considèrent raisonnables les exigences de la DRSP à l'égard de ce programme. • Le responsable régional MARCHE (de la DRSP) fournit un soutien professionnel apprécié de chacun des milieux. | <ul style="list-style-type: none"> • Les enjeux reliés au vieillissement de la population et son impact sur la demande de services pour des soins curatifs constituent un obstacle important au regard de la capacité potentielle des milieux à maintenir un programme préventif à moyen et à long terme. • Une certaine méconnaissance du programme MARCHE de la part des intervenants a contribué à en ralentir l'implantation dans quelques milieux. • Les mesures instaurées au cours des dernières années en faveur du virage ambulatoire représentent un frein majeur à la réalisation des pratiques préventives. • La priorité accordée au programme MARCHE dans quelques milieux rend la pratique de plusieurs intervenants inconfortable. Aussi, la « cohabitation » d'interventions préventives et curatives au SAD représente un dilemme pour les intervenants aux prises avec cette réalité. • Les établissements rencontrent des difficultés quant au nombre de personnes à joindre (la cible) à l'ensemble des étapes du programme. • Le plan d'implantation n'avait pas prévu la complexité du programme et demande de prévoir de la formation pour soutenir adéquatement les membres des équipes. | |
| Recommandations | | |
| <p>► Établissements</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pouvoir compter sur une organisation qui appuie la prévention des chutes et qui se donne les moyens pour atteindre les objectifs visés pour son territoire. La reddition de comptes constitue un moyen qui favorise la formalisation de l'engagement. • Maintenir la présence d'un gestionnaire responsable du Continuum de services au sein de chaque établissement. • S'assurer de maintenir le rôle « d'intervenant-pivot » MARCHE », à qui les autres membres de l'équipe peuvent se référer pour les aspects cliniques du programme et lui accorder la disponibilité suffisante pour bien s'acquitter de l'ensemble de ses fonctions. • Recourir, si nécessaire, au soutien de la DRSP (ou à un soutien externe) pour faciliter l'application du programme. • Déterminer les collaborations souhaitées des autres directions pour actualiser le programme et s'assurer d'une bonne communication facilitant le partage des responsabilités avec celles-ci. | | |
| <p>► DRSP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre le soutien offert à chacun des milieux et aider à définir les ajustements nécessaires pour faciliter la « gestion du changement » que requiert ce programme. • Fournir un soutien professionnel par l'adaptation des modalités de fonctionnement (procédures) des établissements, en vue d'optimiser l'application de MARCHE dans le contexte spécifique à chaque milieu. | | |

- **Ressources A**

- *Selon vous, le SAD peut-il compter sur le personnel requis pour implanter et maintenir MARCHE dans le temps?*

D'entrée de jeu, les gestionnaires soulignent que leur équipe MARCHE ne dispose pas de toutes les ressources professionnelles, telles que le Programme-cadre régional le propose. Peu de médecins y sont associés, ce qui amène les intervenants à travailler avec les médecins traitant des aînés dépistés et peut entraîner des difficultés. Leur collaboration ne semble pas acquise dans tous les cas. Une certaine méconnaissance de leur part est aussi observée, ce qui donne lieu à des références vers le mauvais programme du Continuum de services en prévention des chutes. En obligeant les membres des équipes à reprendre les étapes du repérage et du dépistage, ces situations occasionnent le « dédoublement » d'un certain nombre d'interventions. Pour y remédier, certains proposent que de la promotion auprès des médecins soit réalisée pour leur faire connaître le Continuum de services en prévention des chutes. Cela pourrait s'avérer aussi profitable à l'ensemble de la population. La campagne 0.5.30 est citée en exemple.

La présence d'un pharmacien dans chacune des équipes MARCHE est très appréciée, en raison de son expertise spécifique très utile à la problématique des chutes. Cependant, le temps que ce professionnel peut allouer au programme diffère d'un milieu à l'autre, en fonction des modalités administratives de l'organisation. L'embauche de certaines ressources demeure également difficile, particulièrement en réadaptation, et ce, même lorsque le milieu dispose des sommes requises. La rareté de ce type de ressources constitue une contrainte actuellement pour les établissements. Aussi, un gestionnaire fait valoir qu'une combinaison d'expertise et de polyvalence des intervenants au sein des équipes constitue un atout majeur pour le programme MARCHE, au regard des tâches et des fonctions qui leur sont dévolues. Selon lui, la diversité des capacités des membres de son équipe permet de répondre adéquatement à l'ensemble des besoins de la clientèle dépistée.

Par ailleurs, un établissement ne dispose pas d'une équipe complète d'intervenants MARCHE et doit solliciter d'autres CSSS pour la prestation de certains services. Le temps et l'énergie pour mettre en place les collaborations et les trajectoires nécessaires sont considérables.

Les gestionnaires craignent de ne pas être en mesure de maintenir MARCHE dans le temps. Les demandes sans cesse croissantes pour des programmes curatifs sollicitent beaucoup les ressources, ce qui pourrait obliger les établissements, au cours des prochaines années, à faire des choix entre différentes clientèles ou différents programmes. Selon un gestionnaire, l'augmentation des demandes se répercute déjà sur les intervenants, qui se voient confrontés, au quotidien, à la gestion de priorités dans leur pratique. Aussi, de ne pas avoir la capacité de répondre rapidement aux besoins des aînés en prévention des chutes et de devoir les inscrire sur une liste d'attente constituent un obstacle majeur.

La capacité à maintenir ce programme au cours des années implique également d'être en mesure de former les nouveaux intervenants en prévention des chutes, notamment en raison du roulement du personnel relativement important dans chaque milieu. Un CSSS a d'ailleurs intégré la prévention des chutes dans le profil des compétences des différentes catégories d'emplois au SAD.

Dans un milieu où l'implantation n'est pas encore très avancée, l'insuffisance des ressources a fait en sorte que les dépistages se sont réalisés principalement sous forme de « blitz », lors de périodes moins achalandées, sans que ce soit étalé sur une année complète. Ce mode de fonctionnement ne s'est pas avéré optimal, étant donné que le programme implique de nouvelles pratiques relativement exigeantes pour les dépisteurs qui ont à intégrer plusieurs notions et façons de faire. Le gestionnaire souligne l'intérêt pour leur milieu d'arriver à implanter le programme sur une base régulière, afin que cela devienne une routine, et ce, à partir d'une structure et de processus plus établis.

Des gestionnaires éprouvent des difficultés à mobiliser des intervenants du SAD pour MARCHE, en raison du niveau d'exigence qu'il revêt. Ils considèrent important de les sensibiliser aux objectifs de ce programme, soit de maintenir le client à domicile le plus longtemps possible, et de leur faire connaître ses effets comme étant de « bons coups ».

En outre, de pouvoir compter sur des ressources financières et humaines suffisantes demeure une condition essentielle pour l'ensemble des gestionnaires, étant donné qu'il s'agit d'un programme complexe à mettre en place.

- **Ressources B**

- *Avez-vous prévu des ressources financières et humaines, ainsi que **du temps** pour planifier l'implantation de MARCHE dans votre établissement? De quelle manière?*
- *Dans les faits, est-ce que cela s'est réalisé comme prévu?*

La phase d'implantation initiale du programme s'est avérée très exigeante en temps dans tous les milieux. Elle s'est réalisée en fait sur plusieurs mois et même davantage, dans certains cas. Un bon nombre d'éléments étaient à prendre en compte dans la mise en œuvre du programme, ce qui s'est traduit par un démarrage relativement lent dans quelques milieux.

Dans l'ensemble, au moment de la planification de MARCHE, chacun des milieux n'avait pas suffisamment tenu compte, dès le départ, de la complexité du programme. Les premiers efforts des gestionnaires ont servi à réunir les ressources professionnelles requises pour former l'équipe interdisciplinaire. Cela a nécessité différentes démarches de leur part, notamment pour s'assurer de la collaboration d'un médecin et d'un pharmacien. Comme il s'agit de ressources difficiles à recruter, la majorité des équipes ont connu des difficultés à ce chapitre.

Des adaptations au sein des équipes ont aussi été apportées en cours d'implantation afin de faciliter le fonctionnement et, ainsi, atteindre une meilleure performance quant à la cible visée. C'est le cas d'un milieu, qui a libéré les physiothérapeutes de certaines tâches pour qu'ils s'impliquent davantage dans le programme, notamment en procédant à l'évaluation des personnes dépistées. Dans un autre milieu, la planification s'est faite lors des rencontres d'équipe, sans que des ressources supplémentaires soient allouées de façon particulière. Le leadership de l'intervenant-pivot MARCHE ainsi que sa responsabilité envers le programme ont constitué des facteurs facilitants dans ces cas.

Même si la cohérence de ce programme préventif ne fait pas de doute au sein des CSSS, le vieillissement de la population, qui exercera de plus en plus de pression sur l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux, oblige à évaluer la capacité des milieux à l'appliquer à moyen et long terme. Comme différentes disciplines sont mises à contribution dans l'équipe MARCHE, les coûts associés aux déplacements pour les visites à domicile, par exemple, peuvent être substantiels. Cette préoccupation reliée au maintien d'un tel programme a été relevée par quelques milieux.

- **Ressources C**

- *Quelle information vous a été utile pour implanter MARCHE adéquatement?*
- *En quoi les balises fournies par la DRSP ou celles données par votre directeur SAD ainsi que le matériel requis (Programme-cadre, documentation complémentaire, matériel d'intervention, matériel promotionnel) vous ont aidé à implanter MARCHE? Commenter.*

Tous les gestionnaires rencontrés soulignent que l'information transmise par la DRSP relativement à MARCHE a été celle qui leur a été le plus utile, tant le Programme-cadre que les outils qu'il renferme, dont la feuille synthèse. Ces documents fournissent, entre autres, des précisions sur les rôles et les tâches des intervenants, ce qui est perçu comme très important. En plus de servir à la mise en place initiale du programme, cette information a aussi aidé certains établissements à apporter des ajustements après une période d'expérimentation. Il s'agit là d'un soutien appréciable pour les établissements qui n'auraient pu, à même leurs ressources, élaborer ni ce matériel ni les outils. Les gestionnaires signalent de plus que l'accompagnement fourni par la DRSP, tout au long de la mise en place de MARCHE, leur a permis de résoudre différents problèmes et de « bonifier » le programme à l'échelle locale.

Les gestionnaires ont apprécié le soutien du répondant régional ainsi que sa disponibilité pour répondre à leurs interrogations en cours d'implantation. Selon quelques gestionnaires, plusieurs de ses interventions ont permis d'accompagner le changement qui devait être réalisé pour que le programme soit appliqué suivant les exigences régionales.

Selon les intervenants, l'information provenant des directeurs du SAD était davantage d'ordre administratif et concernait particulièrement la reddition de comptes et l'atteinte de la cible. Ces

derniers ne fournissaient généralement pas de précisions particulières quant au programme à mettre en place.

- **Ressources – Solutions**

- *Solutions proposées par les auteures : Recourir à du soutien d'expert ou consultant, du soutien technique, des fonds supplémentaires, du temps de personnel supplémentaire.*

Pour la majorité des gestionnaires, le principal soutien a été fourni par la DRSP, qui a suivi de près l'évolution de l'implantation du programme à l'échelle locale. Quelques CSSS ont aussi fait appel à du soutien externe, notamment par l'embauche d'un consultant, dont le mandat était de revoir l'ensemble du fonctionnement du programme et ses composantes.

Par ailleurs, plusieurs gestionnaires ont mentionné avoir eu recours à du personnel supplémentaire ou, encore, avoir ajouté du temps à certaines ressources humaines (par exemple, en pharmacie). En outre, un gestionnaire souligne que dans son milieu, le soutien technique a été apporté par les collègues d'un autre CSSS, qui ont fourni une formation de base à quelques intervenants. Cela leur a donné l'occasion de s'appropriier les différents outils du programme.

En somme...

| Programme MARCHE – Niveau macro | | Ressources |
|---|--|------------|
| Conditions favorables à l'implantation | Obstacles contraignant l'implantation | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Les établissements peuvent compter sur la plupart des professionnels requis pour la mise en œuvre de MARCHE. • Une combinaison d'expertise et de polyvalence des intervenants est jugée facilitante. La plupart des milieux peuvent compter sur une partie de cette expertise. • L'information transmise par la DRSP à partir du programme régional et de ses différents outils ainsi que le soutien du répondant régional MARCHE se sont avérés très utiles à l'implantation du programme pour l'ensemble des milieux. | <ul style="list-style-type: none"> • Les établissements aimeraient pouvoir compter sur des ressources humaines stables et en nombre suffisant. • La pénurie de certains types de professionnels, particulièrement en réadaptation, entraîne des difficultés dans la constitution des équipes-ressources. • Des milieux soulèvent la difficulté de ne pas pouvoir répondre rapidement aux besoins des aînés à l'intérieur du programme. Ils se voient alors obligés de les inscrire sur une liste d'attente. • Des gestionnaires ont du mal à mobiliser une part de leurs intervenants, qui considèrent le programme complexe et exigeant. Certains d'entre eux auraient souhaité avoir plus de temps pour se familiariser davantage avec les exigences du programme. • En l'absence de ressources professionnelles dans une équipe, des collaborations sont nécessaires entre les établissements, ce qui exige un temps considérable. | |

| Programme MARCHE – Niveau macro | | Ressources |
|---|--|------------|
| Conditions favorables à l'implantation | Obstacles contraignant l'implantation | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Les sommes consacrées à MARCHE ne semblent pas répondre parfaitement aux besoins de certains établissements. Cette situation s'ajoute au défi des établissements de conserver ce programme dans leur offre de service. | |
| Recommandations | | |
| <p>► Établissements</p> <ul style="list-style-type: none"> Recruter certains types de professionnels, dont des médecins et des pharmaciens, afin de pouvoir compter sur une équipe-ressource complète et des expertises variées. Accorder du temps aux « nouveaux » intervenants qui s'impliquent dans la prévention des chutes, pour qu'ils se familiarisent avec leurs nouvelles tâches et les intègrent dans l'ensemble de leurs fonctions. Faire appel au répondant régional MARCHE pour valider des ajustements ou des adaptations apportés au programme dans son application sur le terrain. Ce soutien permettrait de fournir une information utile qui pourrait faire gagner du temps aux établissements. | | |
| <p>► DRSP</p> <ul style="list-style-type: none"> Poursuivre le soutien apporté aux milieux locaux dans l'actualisation du programme. | | |

- **Processus décisionnel A**

- *Est-ce que vous jugez que MARCHE répond à des besoins réels et reconnus qu'ont les personnes âgées? Commenter.*

Tous les gestionnaires reconnaissent que les chutes chez les personnes âgées représentent un problème réel de santé publique dont il faut se préoccuper. À cet égard, il leur apparaît important de développer une approche préventive, d'autant plus que les conséquences des chutes chez les aînés peuvent être très sévères et qu'elles engendrent des coûts importants pour le réseau de la santé. Pour les personnes elles-mêmes, les conséquences sont majeures et peuvent même entraîner le décès, dans certains cas.

Par ailleurs, un gestionnaire fait valoir la motivation des personnes âgées comme une composante importante dans la réponse à leurs besoins en prévention des chutes. Certains aînés ne considèrent pas que le risque de chute qu'ils présentent constitue un problème prioritaire à prendre en compte. Ils ne voient pas toujours la pertinence du repérage et du dépistage, même si, sur le plan clinique, cela s'avère tout à fait approprié. Cependant, à partir du moment où les personnes âgées reconnaissent le problème, la condition de base est remplie; l'équipe peut intervenir plus facilement sur les différents facteurs de risque.

- **Processus décisionnel B**

- *Est-ce que vos directions (CSSS et SAD) soutiennent fortement et activement MARCHE? Commenter.*

Dans tous les cas, les gestionnaires confirment que leur direction générale respective apporte un soutien à MARCHE; elles connaissent le programme et y adhèrent. Les directeurs du SAD suivent, pour leur part, l'évolution de l'implantation du programme à partir de la reddition de comptes. Pour certains établissements, convenir d'en faire une priorité à l'intérieur du SAD constitue un appui important. Aussi, selon un milieu, « les risques de chute et la sécurité » sont une priorité centrale sur le plan de leurs pratiques organisationnelles, comme Agrément Canada le reconnaît.

- **Processus décisionnel C**

- *Selon vous, est-ce que les instances représentant les personnes âgées soutiennent MARCHE (par exemples : la Fédération de l'Âge d'Or du Québec – régions de Québec et Chaudière-Appalaches [FADOQ-RQCA], la Table de concertation des personnes âgées de la Capitale-Nationale)? De quelle manière?*

La majorité des gestionnaires rencontrés ne sont pas en mesure de se prononcer sur la connaissance du programme qu'ont les instances locales représentant les aînés. Ils croient toutefois que ces instances considèrent les pratiques reconnues efficaces comme ce qu'il faut promouvoir auprès de leurs membres, en matière de prévention des chutes et dans d'autres domaines. Le programme MARCHE serait bien perçu de leur part, même si les programmes PIED et ÉquiLIBRE sont probablement plus connus. En effet, ceux-ci s'adressent à une plus large partie de la population aînée, alors que MARCHE est spécifique à la clientèle du SAD.

Un seul milieu a indiqué recevoir des demandes d'un organisme représentant les aînés pour de la sensibilisation à divers programmes. Dans le cadre de cette demande, la prévention des chutes s'avère un sujet tout à fait pertinent. Il pourra d'ailleurs leur être proposé dès leur prochaine demande.

- **Processus décisionnel - Solutions**

- *Solutions proposées par les auteures : Démontrer les effets bénéfiques du programme, identifier des éléments à améliorer, diffuser les progrès observés.*

Deux établissements ont procédé à une révision du fonctionnement du programme, ce qui a permis de revoir les éléments problématiques et d'y apporter des corrections. Dans un cas, le gestionnaire a souligné que la révision et l'adaptation des modalités du programme s'inscrivaient dans un fonctionnement basé sur l'amélioration continue. Dans l'autre cas, le gestionnaire rencontré voit l'intérêt de répéter ce type de démarche de révision chaque année, mais de manière plus circonscrite pour qu'elle soit moins exigeante pour le personnel.

Deux établissements ont intégré des activités de renforcement dans leur fonctionnement habituel, notamment en diffusant les bons coups du programme. Un autre milieu fait connaître

la progression du programme quant au nombre de repérages, de dépistages et de plans d'intervention réalisés. Il y a quelques années, cet établissement avait aussi lancé une activité de reconnaissance pour le « meilleur dépiste », ce qui a été apprécié par le personnel. Enfin, un gestionnaire souligne avoir communiqué à ses pairs l'information concernant l'atteinte de la cible. Il convient, toutefois, de la pertinence d'informer l'ensemble du personnel du SAD, notamment les intervenants qui sont directement impliqués dans le programme.

En somme...

| Programme MARCHÉ – Niveau macro | Processus décisionnel |
|---|--|
| <p style="text-align: center;">Conditions favorables à l'implantation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les chutes sont perçues comme un problème réel de santé publique chez les aînés, dont les conséquences sont très importantes. • Les gestionnaires conviennent de la pertinence d'introduire un programme préventif concernant la problématique des chutes chez les aînés au sein de leur établissement. • Dans l'ensemble, le soutien des directions du SAD pour l'implantation du programme MARCHÉ est jugé adéquat. • Des CSSS ont apporté des améliorations au programme pour qu'il « colle » bien à leur réalité en procédant à une révision de son fonctionnement. • Des activités de renforcement ont été mises en place dans les organisations pour ce qui est de l'atteinte de la cible. | <p style="text-align: center;">Obstacles contraignant l'implantation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tous les milieux n'offrent pas le soutien suffisant qu'exige la complexité du programme MARCHÉ. • Le soutien offert aux intervenants par leurs chefs de programme varie selon les établissements et les secteurs de CLSC. • Aucun soutien particulier n'est apporté au programme MARCHÉ par des instances externes représentant les aînés du territoire. Il est possible que ce programme ne soit pas très connu de leur part. |
| Recommandations | |
| <p>▶ Établissements</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire état des résultats observés chez la clientèle dans l'optique de maintenir les intervenants mobilisés dans l'application du programme et d'encourager d'autres intervenants à s'y impliquer. • Déterminer les changements à apporter en vue d'optimiser le fonctionnement du programme et solliciter la participation du personnel à cet égard. | |
| <p>▶ DRSP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer des outils de monitoring pour suivre les progrès du programme et diffuser ces derniers. • Faire connaître les programmes de prévention des chutes à certains partenaires, qui pourront agir comme ambassadeurs auprès d'autres organismes et collaborateurs potentiels, dont des médecins de 1^{re} ligne. • Évaluer la capacité des établissements à recevoir un plus grand nombre de demandes et définir des trajectoires dans le cas où une campagne de promotion serait faite auprès des médecins et de la population. | |

5.4.5. Programme MARCHE – Niveau intermédiaire

- **Routine de travail A**

- *Les activités liées à MARCHE : repérage, dépistage, évaluation et intervention, s'insèrent-elles bien dans la routine de travail de(s) l'équipe(s) du SAD (des secteurs de CLSC)? De quelle manière?*

Dans tous les cas, le repérage est bien intégré dans la routine de travail des intervenants. Par contre, le dépistage s'avère nettement plus exigeant quant au temps à y consacrer, compte tenu de l'ensemble des facteurs de risque à couvrir. Il est rare qu'un intervenant puisse réaliser cette tâche en une seule visite. Aussi, de cumuler des tâches de coordination de dossiers et de dépistage représente de la lourdeur. Dans ces cas-là, le dépistage s'insère encore plus difficilement dans la routine de travail. De plus, comme il existe un certain roulement de personnel à la fonction de dépistage, il apparaît important, pour les gestionnaires, de prévoir et de planifier de la formation pour le personnel, et ce, sur une base régulière. L'évaluation et les interventions, propres à chaque discipline, sont réalisées de manière habituelle. Elles s'insèrent donc bien dans le travail régulier des intervenants concernés.

La planification des interventions, réalisée en interdisciplinarité, présente aussi des difficultés. L'arrimage des agendas des différents intervenants constitue une certaine « gymnastique ». Tous les milieux n'y arrivent pas de la même manière. Dans le cas d'un établissement, la révision complète du programme et de ses modalités a été réalisée avec la contribution de l'équipe. Dans la foulée de ce travail, une nouvelle répartition de certaines tâches a permis de libérer les professionnels de l'équipe MARCHE de manière à ce qu'ils puissent consacrer plus de temps aux interventions cliniques. L'équipe peut maintenant compter sur du personnel de soutien et des archivistes pour assumer des tâches administratives (par exemple, classer les formulaires au dossier).

Par ailleurs, des avantages et inconvénients ont été relevés par les personnes qui occupent la fonction d'intervenant-pivot MARCHE. Dans un cas, on fait valoir la complicité développée au sein de l'équipe, ce qui est considéré par tous les participants comme très facilitant. De plus, les différentes tâches associées à ce rôle fournissent une vue d'ensemble, ce qui aide dans son exercice. Dans un autre milieu, l'intervenant-pivot fait ressortir la surcharge de travail inhérente à cette fonction. Il souligne l'importance de partager les interventions cliniques avec ses collègues, en raison de la somme de travail qui lui incombe.

Finalement, la disponibilité de certains intervenants influence également l'organisation du travail des intervenants impliqués dans le programme. Il arrive, par exemple, qu'un pharmacien se déplace au domicile de la personne âgée pour procéder à l'évaluation et amorcer les interventions requises. Ailleurs, le pharmacien est dégagé uniquement pour participer aux plans d'intervention. Ce dernier doit donc gérer la suite de son implication à même son temps, parallèlement à ses autres tâches et fonctions. Son implication réelle est moindre que celle qu'il

aimerait avoir pour ce programme. En raison de sa charge de travail importante, il ne peut pas compter sur une grande latitude à l'intérieur de sa pratique.

- **Routine de travail B**

- *Pour arriver au niveau d'implantation actuel de MARCHE et compte tenu des nombreuses équipes impliquées, avez-vous dû faire des ajustements à vos modalités habituelles de coordination et de communication (dans chacune de vos équipes, entre les équipes et avec d'autres équipes - guichet d'accès)?*

Tous les milieux ont apporté différents ajustements aux modalités habituelles de coordination pour faciliter l'implantation de MARCHE. Parmi ceux-ci, un soutien administratif a été nécessaire de la part d'un gestionnaire pour la coordination clinique du programme, notamment en facilitant la planification et la coordination des plans d'intervention pour rendre cette étape plus optimale. Pour ce gestionnaire, un tel programme doit pouvoir compter sur des structures de supervision et de coordination efficaces permettant de maximiser les résultats. De plus, un CSSS a convenu d'ajouter un niveau de coordination clinique à la structure existante. Ce dernier soutiendra, au plan clinique, les chefs de programme, qui eux doivent s'assurer de l'atteinte de la cible visée et du partenariat.

Par ailleurs, la mise en place des guichets d'accès au cours des dernières années dans les établissements a obligé les gestionnaires à se coordonner avec les responsables des services d'accueil. Ce mécanisme a introduit de nouvelles modalités en ce qui a trait aux fonctions d'accueil, d'évaluation et d'orientation, incluant la fonction de repérage de la clientèle pour le programme MARCHE. Dans ce contexte, des liens ont été faits avec le personnel du guichet pour préciser ce qui était attendu de leur part pour le repérage.

Les gestionnaires confirment l'utilité d'un intervenant-pivot MARCHE pour faciliter la coordination des activités en prévention des chutes, non seulement en raison de la fonction qu'il assume mais également en raison du leadership qu'il exerce auprès de ses collègues. Dans un même ordre d'idées, les intervenants sont satisfaits du fonctionnement à l'interne du CSSS relativement au programme MARCHE, notamment parce qu'ils peuvent compter sur un intervenant-pivot. Ils apprécient avoir une personne à qui se référer, ayant une bonne connaissance de la problématique et du programme.

« J'aime ça, j'ai une personne à qui me référer et si j'ai quelque chose, je vais la voir directement. Je n'ai pas à courir après [...]. » [Intervenant]

Tous les gestionnaires rencontrés conviennent de l'importance à accorder à la communication pour maintenir ce programme vivant dans l'organisation. À cet égard, ils considèrent comme indispensable de le présenter aux différentes directions pouvant être concernées, afin de les tenir informées. Bien qu'ils reconnaissent la pertinence d'une bonne communication, les gestionnaires admettent que cet aspect constitue une lacune et conviennent de la nécessité d'en parler davantage dans leur milieu respectif. Certains d'entre eux précisent par ailleurs que

la communication ne relève pas de leur seule responsabilité; d'autres personnes peuvent jouer aussi un rôle, dont l'intervenant-pivot MARCHE, qui agit comme agent multiplicateur auprès des intervenants. D'ailleurs, au plan clinique, la communication s'avère particulièrement importante, alors que le taux de roulement des intervenants est élevé dans l'ensemble des milieux. Ainsi, il est essentiel de transmettre des balises claires et uniformes quant à la définition du programme et de ses modalités de fonctionnement (particulièrement les tâches et les délais). Ce sont là des éléments clés pour les intervenants qui ont à déployer ce programme préventif à l'intérieur de leurs activités courantes. L'information relative à la cible à atteindre est un autre élément important à faire connaître pour favoriser l'implantation du programme à l'échelle locale.

Conscients des lacunes sur le plan des communications, quelques établissements ont fait des efforts à cet égard au cours des dernières années. Dans le cas d'un milieu, les modes de communication utilisés aux soins palliatifs ont servi de modèle. Pour un autre milieu, un mode de gestion transversale facilite la communication, comparativement à un fonctionnement en « silos ». Quoi qu'il en soit, comme la communication repose très souvent sur la bonne volonté individuelle, plusieurs gestionnaires font valoir qu'il s'agit d'un défi pour leur établissement, auquel ils doivent travailler de manière continue.

- **Routine de travail C**

- *Étant donné que le mandat de la coordination de MARCHE était donné dans les premières années au palier régional (DRSP) et qu'il a été peu à peu dédié au niveau local (intervenant-pivot local en prévention des chutes) : Avez-vous des suggestions pour améliorer le lien (l'accès) entre la DRSP et votre établissement dans le soutien à l'implantation du programme?*

Les gestionnaires se disent satisfaits du lien entre eux et le répondant régional MARCHE. Aucun problème particulier n'est relevé. Au contraire, tous soulignent plutôt la facilité à le joindre ainsi que sa disponibilité à répondre à leurs questions. Pour la résolution des problèmes rencontrés, les établissements se sont appuyés sur les paramètres définis dans le Programme-cadre et sur les recommandations de ce répondant. D'ailleurs, une gestionnaire dit regretter de ne pas avoir utilisé davantage son expertise pour aider à restructurer le programme dans son milieu. Ses connaissances et son expérience auraient été profitables et auraient permis de gagner du temps. Les intervenants rencontrés confirment la grande accessibilité de cette ressource ainsi que la rapidité avec laquelle elle donne suite à leurs questions ou leurs demandes.

- **Routine de travail – Solutions**

- *Solutions proposées par les auteures : Faire participer le personnel à l'adaptation du programme aux réalités locales, mettre en place des groupes de travail pour planifier l'implantation, échanger sur les problèmes vécus.*

Quelques-unes des solutions proposées ont été mises en œuvre. Dans un CSSS, il semble que le gestionnaire du SAD ait joué un rôle important pour soutenir les intervenants qui avaient plus de difficulté à intégrer les nouvelles pratiques de MARCHE. Une révision complète des processus du programme a également été réalisée, pour laquelle la collaboration du personnel a été sollicitée. Lors de cette démarche, des participants de chaque discipline concernée ont eu l'occasion de s'exprimer sur les problèmes rencontrés et de proposer des pistes de solution. D'autres milieux ont aussi privilégié des échanges avec les intervenants en recueillant, au cours de l'implantation, leurs points de vue sur les difficultés vécues. Cette façon de faire a été très appréciée des intervenants, qui déplorent que ce type de discussions ne soit plus aussi présent. Par ailleurs, dans le cas d'un établissement, la participation d'un intervenant à l'élaboration du Programme-cadre MARCHE a été bénéfique. Par ses connaissances et son implication dans la conception du programme, il a pu jouer un rôle « conseil » de premier plan auprès de ses collègues.

Les rencontres régionales, organisées par la DRSP, ont aussi été mentionnées par les intervenants et un gestionnaire comme ayant joué un rôle positif dans l'implantation du programme MARCHE. Ces rencontres ont fourni l'occasion d'échanger sur les expériences de chaque établissement et de partager des façons de faire ou des modalités de fonctionnement pouvant être utiles aux autres. Toutefois, même s'il reconnaît la pertinence de telles rencontres, un gestionnaire soulève la question des coûts qui en découlent. Le temps qui y est consacré n'est pas investi en interventions directes auprès des aînés.

En somme...

| Programme MARCHE – Niveau intermédiaire | Routine de travail |
|---|---|
| Conditions favorables à l'implantation | Obstacles contraignant l'implantation |
| <ul style="list-style-type: none"> • La majorité des étapes du programme s'insèrent bien dans la routine des intervenants, particulièrement le repérage, l'évaluation et les interventions, qui se pratiquent comme à l'habitude pour la majorité des professionnels. • Le mode de fonctionnement en interdisciplinarité est un « plus », entre autres avec l'apport du pharmacien de l'équipe. • La présence d'un intervenant-pivot MARCHE est perçue comme une condition gagnante pour le bon fonctionnement de MARCHE, en raison de la nature de son rôle, axé sur la coordination des activités cliniques du programme. En ce sens, il est une référence pour ses collègues. • La fusion des établissements (CSSS et Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés [CHSGS]) facilite les liens et la communication entre les professionnels de ces milieux et permet un meilleur suivi des clients. | <ul style="list-style-type: none"> • Le nombre croissant de nouveaux programmes à mettre en place dans les établissements constitue une autre contrainte qui bouscule l'organisation des services et les agendas de travail du personnel. • Le dépistage est l'étape la plus difficile à intégrer à la routine de travail des intervenants, en raison du temps à y consacrer. • Le roulement de personnel au SAD demeure une contrainte de taille, qui entraîne un manque de continuité et fait ressortir la nécessité de prévoir un programme continu de formation pour le personnel. • Les mécanismes de communication concernant MARCHE sont peu développés, ce qui ne favorise pas les liens entre les gestionnaires et leur personnel, ni entre les équipes ou entre les directions. |

| Programme MARCHE – Niveau intermédiaire | | Routine de travail |
|--|---|--------------------|
| <p>Conditions favorables à l'implantation</p> <ul style="list-style-type: none"> • La contribution des membres de certaines équipes MARCHE à la révision du programme s'est avérée facilitante. • La tenue de rencontres régionales favorise le partage d'expériences et d'information entre les milieux. • L'expertise du répondant régional MARCHE et sa disponibilité constituent un soutien très apprécié des milieux. | <p>Obstacles contraignant l'implantation</p> <ul style="list-style-type: none"> • La mise en place du guichet d'accès a entraîné des modifications sur le plan organisationnel ayant des implications pour l'étape du repérage. Des ajustements ont été nécessaires pour en faciliter la réalisation, ce qui a exigé beaucoup de temps dans certains cas. • À moyen et long terme, le maintien du rôle d'intervenant-pivot MARCHE présente un défi pour les établissements, en raison du temps à y consacrer. • Des intervenants souhaiteraient avoir davantage d'échanges concernant MARCHE à l'intérieur de leur organisation. • Le mode de travail en interdisciplinarité n'est pas facile à appliquer et demande une certaine organisation. • La méconnaissance du programme de la part des médecins traitants amène le dédoublement de certaines tâches pour identifier le « bon » programme du Continuum. Les intervenants déplorent également le fait de ne pas avoir de retour de leur part, en suivi des recommandations transmises. | |
| Recommandations | | |
| <p>► Établissements</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accorder le temps nécessaire au personnel impliqué en prévention des chutes pour lui permettre de se familiariser avec le programme ainsi qu'avec les rôles et les fonctions qu'il doit assumer. • Faire participer le personnel à l'identification de pistes de solution pour résoudre des difficultés rencontrées durant la mise en place du programme. Ce mode de fonctionnement est à privilégier tout au long du processus d'implantation, jusqu'à ce que les différentes étapes soient bien intégrées à la routine de travail des intervenants. • Maintenir le rôle d'intervenant-pivot MARCHE au sein de l'équipe, afin d'améliorer la coordination des dossiers et la continuité du programme dans l'établissement. • Utiliser les canaux de communication de l'organisation pour maintenir le personnel du SAD et les autres directions informés des progrès de la mise en place du programme. • Maintenir un lien direct avec les « promoteurs » du programme, à la DRSP, de façon à solliciter leur expertise pour identifier, entre autres, des pistes de solution aux problèmes rencontrés, particulièrement dans les milieux où l'implantation est moins avancée. | | |
| <p>► DRSP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre la tenue de rencontres régionales, sur une base bisannuelle ou annuelle (selon les besoins des milieux et leur disponibilité), afin de favoriser les échanges entre les établissements quant à l'application du programme. • Voir à la pertinence d'apporter des ajustements au Programme-cadre, en tenant compte des données probantes. | | |

- **Structure de supervision A**

- *Étant donné que MARCHE est un nouveau programme, relativement complexe à implanter, avez-vous pu signifier au personnel vos attentes de façon satisfaisante?*
- *Étant donné que MARCHE est un nouveau programme, relativement complexe à implanter, jugez-vous que vos rôles ont été clairement définis dès le départ dans la mise en place de ce programme (attentes signifiées)?*

Les gestionnaires ont eu l'occasion de signifier leurs attentes aux membres de leurs équipes pour la mise en place de MARCHE. Certaines de ces attentes ont porté spécifiquement sur la cible à atteindre pour, notamment, encourager le personnel à faire davantage de dépistage. Différents moyens ont été utilisés par les gestionnaires pour informer leur personnel. Quelques-uns ont choisi de transmettre l'information aux chefs de programme, qui se chargeaient, eux, de la relayer aux intervenants concernés. Il semble, toutefois, que cette information n'ait pas été suffisamment diffusée, puisque très peu d'intervenants, au moment de la rencontre, étaient en mesure de préciser quelle était la cible visée pour leur territoire.

Dans un établissement, les attentes à l'égard de la cible à atteindre ont été précisées directement au personnel chargé du dépistage. Des arrangements devaient être faits avec les autres disciplines concernées, pour leur présenter les orientations privilégiées et leur faire connaître les modalités de fonctionnement du programme. Le gestionnaire de ce milieu est certain que les intervenants responsables du dépistage, de plus en plus convaincus du bien-fondé de MARCHE, seront de bons « ambassadeurs » auprès de leurs collègues.

Dans d'autres milieux, les attentes à l'égard du programme ont découlé d'une directive à l'effet d'accorder une priorité à la prévention des chutes. Enfin, d'autres attentes des gestionnaires à l'endroit de leur équipe ont concerné la diminution de certains délais, dont celui entre le repérage et le plan d'intervention.

La majorité des intervenants ont fait valoir que leurs rôles n'étaient pas bien définis au moment de démarrer le programme. Pour quelques-uns, la formation donnée par le palier régional à cette étape s'est avérée très utile et a représenté un bon guide. Les intervenants actuellement impliqués dans MARCHE n'y ont cependant pas tous participé. De plus, le roulement important de personnel au SAD a amené de nombreux changements dans la répartition des rôles et des responsabilités au cours des dernières années. Dans ce contexte, plusieurs soutiennent ne pas être bien informés des attentes de leur gestionnaire pour ce programme. Certains d'entre eux ont senti le besoin de se référer au document régional pour les aider à préciser les tâches à faire. Par ailleurs, la collaboration d'un intervenant à l'élaboration du Programme-cadre s'est avérée utile pour son équipe. Celui-ci a pu aider ses collègues à préciser un certain nombre d'éléments reliés aux rôles attendus aux différentes étapes.

- **Structure de supervision B**

- *Étant donné que MARCHE est un nouveau programme qui s'appuie sur des paramètres précis et qui vise des cibles prédéfinies :*
 - *jusqu'à quel point permettez-vous aux intervenants qui y sont impliqués de faire des adaptations dans leur travail pour y arriver (par exemple, dans leur horaire, tâches et fonctions)?*
 - *jusqu'à quel point votre gestionnaire fait preuve de souplesse à votre égard dans l'adaptation de votre travail pour y arriver?*

La majorité des gestionnaires font valoir l'autonomie qu'ont les intervenants pour apporter certaines adaptations qu'ils jugent pertinentes et nécessaires, pour autant que les principes et assises du programme soient respectés. Ils disent faire preuve de souplesse dans la gestion de leur personnel, tout en s'assurant que le nombre d'heures à allouer au programme n'est pas diminué. Cette affirmation est corroborée par les équipes rencontrées, qui confirment avoir de la latitude dans l'actualisation du programme. Quelques ajustements ont d'ailleurs été apportés en cours de route concernant la gestion du temps pour la réalisation de MARCHE. C'est le cas d'un établissement, qui profite des périodes moins achalandées au cours de l'année pour réaliser un grand nombre de dépistages. Cette initiative les amène à travailler de façon plus « concentrée » relativement à la majorité des milieux, qui les répartissent davantage tout au long de l'année. Avec un recul, la gestionnaire relève que cette façon de faire ne s'est pas avérée optimale.

- **Structure de supervision C**

- *Comment votre supérieur soutient-il vos efforts pour implanter MARCHE?*

La situation des intervenants concernant cet aspect varie selon les milieux. Un certain nombre d'entre eux disent bénéficier du soutien de leur supérieur immédiat (chef de programme), alors que d'autres mentionnent qu'ils s'organisent seuls, sans aide réelle de leur part.

« Il ne me demande jamais de comptes par rapport à cela. » [Intervenante]

On relate également qu'il est difficile de « performer » et d'atteindre la cible visée alors que les apprentissages reliés à la mise en place du programme ne sont pas terminés.

« Je sentais que la pression était sur les intervenants et que cela devait être fait sur une très courte période. » [Intervenante]

Dans un cas particulier, un ajout de ressources a permis à une équipe de s'approcher de la cible visée quant au nombre de personnes à joindre, ce qui a été très apprécié des intervenants. Ils sont d'ailleurs très reconnaissants de ce geste concret posé par leur direction. Un intervenant d'un autre milieu souligne qu'il peut compter sur le soutien nécessaire de son supérieur, qui se charge de résoudre les problèmes rencontrés par l'équipe.

Dans l'objectif de soutenir les équipes, un autre CSSS a jugé nécessaire d'instaurer une liste d'attente pour les personnes repérées et dépistées. Par contre, les intervenants considèrent qu'il ne s'agit pas d'un moyen qui sert bien la clientèle. En fait, les personnes âgées, qui présentent généralement de la motivation au moment du dépistage, se voient dans l'obligation d'attendre plusieurs semaines avant que les évaluations soient amorcées. Cette façon de faire entraîne donc des retards de prise en charge qu'ils jugent non souhaitables pour les aînés. Ils aimeraient être en mesure d'intervenir plus rapidement auprès d'eux.

- **Structure de supervision – Solutions**

- *Solutions proposées par les auteures : Offrir de la formation pour renforcer les habiletés de : communication, répartition des rôles entre les gestionnaires et le personnel, monitoring de programme et rétroaction.*

Aucune des solutions proposées par les auteures n'a été mise en œuvre. Cependant, celles-ci apparaissent intéressantes, selon les gestionnaires.

En somme...

| Programme MARCHE – Niveau intermédiaire | | Structure de supervision |
|---|--|--------------------------|
| Conditions favorables à l'implantation | Obstacles contraignant l'implantation | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Du point de vue des gestionnaires, leurs attentes à l'égard de leurs équipes ont été signifiées clairement. Selon eux, la plupart des intervenants connaissaient les tâches à réaliser pour implanter MARCHE. [Le point de vue des intervenants diffère sur cet aspect.] • Pour les gestionnaires, les équipes ont la souplesse pour apporter des ajustements au programme de manière à tenir compte de leur réalité organisationnelle, tout en respectant la philosophie sous-jacente à la prévention des chutes. • La présence d'un gestionnaire local en prévention des chutes facilite la mise en place de MARCHE, en raison de son rôle auprès des autres directions. • L'intérêt du supérieur immédiat (chef de programme) à l'égard de MARCHE et son soutien sont d'autres conditions favorables présentes dans quelques milieux. | <ul style="list-style-type: none"> • Des intervenants ont dit ne pas avoir reçu une définition précise du rôle à jouer dans le programme MARCHE. Les attentes en ce sens n'ont pas été clairement signifiées dans tous les milieux. • L'absence d'une structure de supervision n'est pas favorable au maintien du programme. • La pression exercée par les gestionnaires relativement à la « performance » du programme (atteinte des cibles) est perçue très négativement par certains intervenants. • Des lacunes sur le plan de la communication dans les établissements ne favorisent pas les liens entre les gestionnaires et leur personnel. | |
| Recommandations | | |
| <p>► Établissements</p> <ul style="list-style-type: none"> • Définir des balises claires qui précisent les attentes du gestionnaire pour l'application du programme (tâches, temps, etc.) et les diffuser au sein des équipes. | | |

| Programme MARCHÉ – Niveau intermédiaire | Structure de supervision |
|---|--------------------------|
| Recommandations | |
| <ul style="list-style-type: none">• Signifier clairement les attentes des gestionnaires à l'égard des intervenants, quant :<ul style="list-style-type: none">- aux rôles et aux fonctions à exercer dans le programme;- à la cible visée (nombre de personnes à joindre);- aux délais à respecter pour réaliser l'ensemble des étapes.• Établir ou maintenir une structure de supervision pour encadrer et faciliter le travail des membres de l'équipe MARCHÉ.• Faire reposer « le poids de la cible à atteindre » sur plusieurs intervenants pour un meilleur partage de la pression, particulièrement au début de l'implantation alors que les intervenants sont en apprentissage des rôles et des fonctions à assumer.• Faire preuve d'ouverture (de la part des gestionnaires) envers les intervenants qui s'impliquent dans le programme par rapport à leurs demandes, pour les aider à se familiariser avec leurs « nouvelles » tâches.• Mettre en place des mécanismes de suivi et diffuser les résultats afin d'encourager le personnel à « performer » davantage dans ce programme. | |
| ► DRSP | |
| <ul style="list-style-type: none">• Soutenir les milieux dans le monitoring de MARCHÉ, pour transmettre régulièrement les résultats du programme aux équipes, aux autres collègues et aux partenaires des réseaux locaux de services. | |

- **Normes de groupe A**

- *Selon vous, comment les intervenants du SAD (pas seulement l'équipe-ressource) perçoivent-ils le programme MARCHÉ? Sont-ils en faveur ou en défaveur? Commenter.*
- *Selon vous, comment vos collègues du SAD perçoivent-ils le programme MARCHÉ? Sont-ils en faveur? En défaveur?*

Selon les gestionnaires, le programme est perçu positivement par les professionnels du SAD non impliqués dans MARCHÉ. Ces derniers sont généralement en faveur de la prévention et ils en voient les bénéfices. Les interventions touchant la médication, par exemple, donnent des résultats intéressants, et les intervenants sont en mesure d'observer les bénéfices pour les clients.

« Quand on voit qu'on peut faire des changements dans la médication avec l'accès à la pharmacienne, c'est souvent là qu'on va les gagner [les intervenants du SAD]. » [Gestionnaire]

Ils constatent, par contre, que les différentes étapes et la structure de MARCHÉ sont souvent perçus négativement par des intervenants du SAD, directement concernés, qui voient le programme comme une surcharge de travail. Pour un gestionnaire, il semble plus facile de convaincre ceux qui ne sont pas directement sollicités, comme les travailleurs sociaux qui constatent les effets bénéfiques du programme pour une partie de leur clientèle.

« Ici, les intervenants sociaux ont compris que MARCHE était une porte d'entrée facile pour avoir de la réadaptation, surtout quand les personnes [âgées] sont motivées. » [Gestionnaire]

Le point de vue des intervenants confirme celui de leurs supérieurs voulant que plusieurs de leurs collègues du SAD semblent en faveur du programme MARCHE, étant de plus en plus sensibilisés aux activités préventives. Ces perceptions varient toutefois selon les milieux ou selon les disciplines dans un même milieu. Même s'ils sont favorables à ce type d'interventions, certains intervenants ne souhaitent pas jouer un rôle actif pour autant, car ils considèrent la charge de travail associée à l'ensemble des étapes à réaliser comme trop importante.

« Ils ne sont pas en défaveur, ils ne veulent juste pas s'impliquer. Ils retournent cela à la réadaptation et ils oublient que c'est aussi en lien avec la nutrition, l'hypotension, les problèmes cognitifs [...]. » [Intervenant]

D'autres font valoir que le nombre croissant de demandes dans les différentes disciplines constitue un frein, pour les collègues, à s'impliquer dans le programme MARCHE.

« Au département [...], ils sont convaincus du bien-fondé du programme aussi. Ce n'est pas contesté, là. C'est question qu'il y a beaucoup de demandes [...]. Plein de choses au département sont demandées, puis c'est de trouver le temps de tout faire, de gérer cela, d'organiser la gestion du temps en conséquence de ça. Voir ce qui est possible de faire, puis à quel niveau d'implication. » [Intervenante]

Aux dires des personnes rencontrées, la question de « prioriser » la prévention des chutes au détriment d'autres situations jugées plus urgentes constituerait un élément critique. Selon les orientations de leur établissement, certaines équipes MARCHE ainsi que leurs collègues du SAD se voient dans l'obligation de privilégier les personnes à risque de chute. À ce propos, des intervenants se disent déchirés par le fait de devoir répondre à des demandes pour des services préventifs avant celles nécessitant des soins curatifs, qu'ils jugent généralement plus urgentes. Dans d'autres milieux, la demande accrue pour des soins curatifs oblige les intervenants à mettre la prévention des chutes de côté en faisant attendre les aînés dépités.

« C'est très déchirant parce que je veux aller voir les personnes qui m'ont été référées avant qu'elles chutent. Évidemment, si on a identifié qu'une personne était vraiment à risque, je vais y aller rapidement, mais ce n'est pas facile [...]. » [Intervenante]

- **Normes de groupe B**

- *Tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de votre établissement, avez-vous des appuis significatifs pour MARCHE (de personnes bien perçues et estimées par les intervenants MARCHE)? Quels appuis?*

- *Tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de votre établissement, avez-vous des appuis significatifs pour MARCHE (de personnes bien perçues et que vous estimez)? Quels appuis?*

Les gestionnaires font mention de différents appuis à l'égard du programme MARCHE ou du Continuum de prévention des chutes en général. Quelques médecins impliqués dans le programme semblent être de bons ambassadeurs. C'est le cas, par exemple, de ceux qui participent aux plans d'intervention et de ceux qui connaissent MARCHE et y adressent des aînés. Il est cependant difficile de se prononcer pour les autres médecins, à savoir jusqu'à quel point ils connaissent ou non le programme et s'ils l'appuient.

Des intervenants de deux équipes comptent aussi les médecins traitants de leur territoire au nombre des ambassadeurs du programme, particulièrement ceux qui le connaissent et y acheminent des personnes âgées.

Dans un autre cas, ce sont les pharmaciens impliqués au programme qui, de l'avis du gestionnaire, constituent les meilleurs appuis, tout comme leur département d'ailleurs. Enfin, le personnel infirmier d'un autre milieu est le mieux placé pour parler positivement du programme à ses collègues, étant convaincu du bien-fondé de MARCHE dans l'établissement.

La plupart des intervenants rencontrés disent pouvoir compter sur le soutien du gestionnaire impliqué dans la mise en place de ce programme à l'intérieur de leur organisation.

« Elle a répandu la bonne nouvelle et a été un très bon porteur de ce programme ». [Intervenante]

- **Normes de groupe C**

- *Selon vous, jusqu'à quel point les intervenants MARCHE jugent que leur contribution peut mener au succès du programme : prévenir les chutes auprès des aînés en diminuant l'incidence des facteurs de risque?*

Selon l'information recueillie auprès des gestionnaires, il semble que la réalité des intervenants soit partagée : d'une part, ceux qui croient au programme et à ses effets positifs sur la clientèle et, d'autre part, ceux qui sont davantage sceptiques quant à son efficacité. Dans le premier cas, les intervenants sont convaincus que leurs interventions contribuent à la réussite du programme, alors que dans le second, ils mettent en doute la nécessité de déployer autant d'effort et d'énergie sans avoir l'assurance de résultats positifs pour la clientèle qui y participe.

- **Normes de groupe – Solutions**

- *Solutions proposées par les auteures : Commencer à petite échelle, recruter un leader – une personne bien vue et estimée, encourager les échanges à l'intérieur de l'organisation.*

Dans tous les cas, les gestionnaires et les intervenants ont confirmé que l'implantation du programme a effectivement débuté à petite échelle. Aussi, plusieurs ont privilégié un mode de fonctionnement basé sur les échanges entre gestionnaires et intervenants, en cours d'implantation, notamment dans l'optique d'identifier les problèmes auxquels le personnel était confronté et des solutions à mettre en œuvre. Cette façon de faire a semblé assez courante dans les différents établissements, même si dans un cas particulier, le gestionnaire aurait aimé organiser un plus grand nombre de rencontres d'équipe que ce qui a été fait. À ce propos, les intervenants ont souligné que des efforts seraient à faire pour favoriser les échanges.

La majorité des personnes rencontrées, tant les gestionnaires que les intervenants, soulignent le rôle de « leader » assumé par l'intervenant-pivot MARCHE. Étant bien vu et estimé de ses collègues, il est généralement bien placé pour exercer une influence positive au sein de l'équipe. Cependant, selon les intervenants, le maintien d'une personne dans cette fonction clé demeure un défi important auquel les établissements seront possiblement confrontés dans les années à venir, étant donné les difficultés à conserver une certaine stabilité au sein du personnel.

En somme...

| Programme MARCHE – Niveau intermédiaire | | Normes de groupe |
|--|---|------------------|
| Conditions favorables à l'implantation | Obstacles contraignant l'implantation | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Dans l'ensemble, les intervenants du SAD appuient la prévention des chutes. • Le programme peut compter sur l'appui d'autres directions (gestionnaires et collègues) du CSSS ainsi que de l'externe (notamment de quelques médecins omnipraticiens). • Selon les gestionnaires, un certain nombre d'intervenants voient leur contribution au programme de manière positive (ce n'est cependant pas partagé par tous les intervenants impliqués). • Les milieux ont procédé à l'implantation progressive du programme, en commençant à « petite échelle ». | <ul style="list-style-type: none"> • Bien que plusieurs intervenants du SAD voient la prévention d'un bon œil, ils ne désirent pas s'impliquer pour autant dans le programme MARCHE, qu'ils considèrent comme complexe et lourd à appliquer. • La priorité accordée à la prévention des chutes dans certains établissements est remise en question par plusieurs intervenants concernés par cette directive. • Quelques intervenants ne voient pas que leur apport peut contribuer au succès du programme. | |
| Recommandations | | |
| <p>► Établissements</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favoriser les échanges entre les membres du personnel interpellé par le programme (par exemple, par des séances de travail), afin d'identifier, en cours d'implantation, les difficultés rencontrées et les éléments de solution. • Maintenir le rôle d'intervenant-pivot MARCHE, qui agit comme « facilitateur » auprès de ses collègues. | | |
| <p>► DRSP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rechercher l'adhésion de personnes bien perçues dans les territoires locaux et dans la région pouvant collaborer à bien faire connaître ce programme. Ces personnes pourraient agir comme des « ambassadeurs » pour le Continuum de services en prévention des chutes. | | |

5.4.6. Programme MARCHE – Niveau individuel

- **Rôles au travail A**

- *Jusqu'à quel point les tâches de MARCHE (repérage, dépistage, évaluation, intervention, suivi de dossier) nécessitent des changements ou des adaptations dans votre routine de travail? De quelle manière?*

Pour les intervenants rencontrés, le dépistage est l'étape qui nécessite le plus d'adaptation, alors que le repérage, les évaluations et les interventions s'inscrivent généralement bien dans les pratiques courantes. Certains d'entre eux voient le repérage comme une bonne occasion de sensibiliser les personnes âgées aux risques de chute et à leurs conséquences. De plus, réaliser le repérage lors du premier contact présente de nombreux avantages pour la personne âgée.

Tous les intervenants rencontrés insistent sur le temps que nécessite le dépistage des facteurs de risque, et ce, même s'ils conviennent du bien-fondé de l'approche qui sous-tend cette pratique. En raison du temps qu'ils y consacrent, quelques-uns mentionnent que les cas de prévention des chutes ralentissent leur rythme de travail. Pour eux, cela s'avère particulièrement vrai lorsqu'ils comparent ces cas à d'autres requérant des interventions plus circonscrites et s'exécutant plus rapidement (ex. : cas postopératoires ou en phase terminale). Ils soulignent également que les observations de leurs collègues, lors des discussions en équipe interdisciplinaire, leur ont permis de développer des réflexes qui leur sont utiles lors du dépistage des facteurs de risque et permettent d'avoir une vision plus globale.

Dans l'ensemble, les intervenants réalisent les évaluations et les interventions comme ils ont l'habitude de le faire, bien que chacun se montre soucieux de vérifier certains paramètres du programme auxquels ils portaient une attention moindre auparavant. De même, l'information colligée lors du dépistage constitue une source de données pertinente. Un pharmacien souligne à ce sujet que le profil médicamenteux et les données quant à l'observance, documentés lors du dépistage, servent de base à son intervention.

Par ailleurs, dans certains établissements, la priorité accordée à MARCHE pose problème pour l'intégration des tâches à la routine :

« Il est difficile de faire passer ces cas avant d'autres, avant les curatifs, sachant qu'ils resteront longtemps dans ma charge de cas et avec beaucoup de formulaires à compléter et à faire des liens avec tout le monde : nutrition, ergo, pharmacie. C'est du temps que je pourrais mettre à d'autres cas, c'est difficile. Je fais passer ces cas-là devant d'autres qui pourraient mieux en bénéficier. »
[Intervenant]

- **Rôles au travail B**

- *Les tâches exigées par MARCHE sont-elles cohérentes avec les tâches habituellement associées à votre discipline ou à votre fonction?*

Dans l'ensemble, les intervenants sont d'avis que les tâches reliées à MARCHE sont tout à fait compatibles avec celles de leur discipline. Quelques particularités sont toutefois relevées. C'est le cas du dépistage de certains facteurs de risque pour lesquels ils se voient obligés de « sortir » de leur champ d'intervention, selon la discipline de l'intervenant qui procède au dépistage. Bien que plusieurs intervenants aient reçu la formation pour dépister les facteurs de risque, ils ne se sentent pas tous en mesure de le faire. Selon eux, quelques tests de dépistage font appel à des notions très spécifiques, qu'ils estiment ne pas maîtriser suffisamment.

La plupart des intervenants ne sont pas complètement familiarisés avec la planification en équipe interdisciplinaire. Ils la considèrent comme exigeante, mais apprécient de pouvoir échanger avec les collègues, particulièrement pour les situations complexes.

- **Rôles au travail C**

- *À partir du moment où MARCHE a été intégré à votre routine de travail, avez-vous constaté des effets (tant positifs que négatifs) sur la clientèle? Lesquels avez-vous observés en premier?*

La majorité des gestionnaires rapportent les effets positifs de MARCHE sur la clientèle inscrite au programme, dont l'amélioration de leur autonomie, de leurs capacités physiques ainsi que de leur qualité de vie. L'intervention pharmacologique est aussi vue comme étant très bénéfique pour le patient. Il semble clair que l'accès à un pharmacien, par l'entremise de ce programme, représente une valeur ajoutée importante.

« L'accès à la pharmacienne entraîne un impact qu'on peut sentir rapidement quand il y a un changement au plan des médicaments. Nos actions sont facilitées par la suite; c'est facilitant pour l'équipe et il y a des effets positifs pour la clientèle. » [Intervenant]

Des intervenants en réadaptation soulignent que la prévention des chutes faisait déjà partie de leur pratique avant la mise en place de MARCHE. Ils mentionnent, cependant, que les effets de leurs interventions sur la clientèle, comme dans la majorité des programmes préventifs et contrairement aux interventions pratiquées en situation de crise, sont difficilement observables dans l'immédiat.

Finalement, les aînés d'un établissement sont rappelés six mois après avoir participé au programme pour vérifier s'ils continuent d'appliquer les recommandations qui leur ont été faites. Les intervenants ont pu constater, sur une période d'une année, que c'était bien le cas pour 90 % d'entre eux, ce qui constitue des résultats très encourageants. La satisfaction de la clientèle est un autre effet observé par les intervenants, qui soulignent recevoir plusieurs commentaires très positifs de la part des usagers concernant ce programme.

D'autres effets plus indirects sont aussi identifiés, tant pour l'usager que pour sa famille. Les intervenants ont relevé une « *meilleure prise de conscience des risques de chute et de leurs conséquences potentielles* ainsi qu'un *sentiment de sécurité pour les familles* », qui se sentent plus entourées et soutenues.

- **Rôles au travail – Solutions**

- *Solutions proposées par les auteures : Fournir différentes formes d'encouragement et de récompense.*

Un milieu s'est doté d'un mécanisme pour souligner les « bons coups » concernant le nombre de repérages et de dépistages réalisés au cours d'une année. Cette façon de faire est d'ailleurs appréciée des intervenants dépisteurs des milieux concernés.

Dans la majorité des milieux, les encouragements se font informellement, sans avoir recours à un mécanisme spécifique. Le plus souvent, les gestionnaires font part de leur satisfaction verbalement ou par courrier électronique, entre autres pour faire valoir la contribution des intervenants aux progrès accomplis dans la mise en place du programme. Dans le cas d'un milieu, la pratique axée sur les encouragements et renforcements est bien intégrée dans les façons de faire habituelles, selon le gestionnaire. En effet, il arrive régulièrement que de la rétroaction positive soit donnée aux intervenants dans le cadre des rencontres d'équipe.

Les intervenants mentionnent que les encouragements de leur gestionnaire prennent différentes formes. Dans certains cas, il s'agit de démarches permettant de rechercher des ressources financières ou humaines supplémentaires. Dans d'autres situations, ce sont des messages d'encouragement qui soulignent l'amélioration du rendement en faveur de l'atteinte de la cible. Enfin, l'attribution du titre de « meilleur dépisteur » au sein d'un CSSS est une autre forme d'appréciation du personnel de MARCHE.

En somme...

| Programme MARCHE – Niveau individuel | | Rôles au travail |
|---|---|------------------|
| Conditions favorables à l'implantation | Obstacles contraignant l'implantation | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Tous les intervenants sont en accord avec l'approche préventive sous-jacente au programme MARCHE. • Les étapes du programme, à l'exception du dépistage, s'insèrent bien dans les pratiques habituelles des intervenants impliqués à MARCHE. • Le repérage constitue une bonne occasion pour sensibiliser la clientèle aînée aux risques et conséquences des chutes. • L'information consignée dans la feuille synthèse lors du dépistage s'avère très utile aux professionnels pour la suite des interventions. | <ul style="list-style-type: none"> • Le dépistage des facteurs de risque nécessite de l'adaptation ainsi que du temps et de l'énergie. Certains intervenants se voient à l'extérieur de leur champ disciplinaire et ne se sentent pas en mesure de faire quelques-uns des tests. • La priorité accordée à la prévention des chutes oblige les intervenants à devoir choisir entre deux clientèles (une nécessitant des interventions de nature curative et celle en prévention des chutes). L'intégration du programme aux tâches quotidiennes est conséquemment difficile. | |

| Programme MARCHE – Niveau individuel | | Rôles au travail |
|---|--|------------------|
| <p>Conditions favorables à l'implantation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans l'ensemble, les tâches reliées au programme sont compatibles avec celles des disciplines des intervenants (réadaptation, nutrition, soins infirmiers, pharmacie, médecine). • L'apport du pharmacien dans ce programme est un « plus ». Ses interventions représentent des bénéfices directs pour les collègues et les aînés. • Les échanges lors des rencontres interdisciplinaires sont perçus comme un avantage pour les membres des équipes MARCHE, particulièrement lors de situations complexes. • La plupart des intervenants voient des effets positifs du programme sur la clientèle, dont une amélioration de leur autonomie, de leurs capacités physiques et de leur qualité de vie. De plus, les aînés et leurs proches prennent davantage conscience des risques. | <p>Obstacles contraignant l'implantation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un certain nombre d'intervenants ne voient pas d'effets immédiats du programme MARCHE pour leur clientèle, contrairement à d'autres programmes préventifs. Cette façon de faire diffère de leurs pratiques habituelles axées sur les soins curatifs. | |
| Recommandations | | |
| <p>► Établissements</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allouer un temps suffisant aux intervenants pour intégrer les tâches associées à la mise en place d'un programme relativement complexe, tel que MARCHE. • Établir des procédures claires facilitant l'intégration des rôles de chacun, pour que toutes les étapes soient réalisées dans les meilleurs délais. • Former et accompagner les intervenants responsables du dépistage pour les aider à intégrer cette étape dans l'ensemble de leurs rôles. • Introduire différentes formes de reconnaissance pour maintenir la motivation des intervenants qui travaillent aux différentes étapes du programme et les encourager à adopter les nouvelles pratiques associées à ce dernier. • Informer régulièrement le personnel du SAD de l'évolution du projet, de la progression de l'implantation du programme et de ses succès, afin de maintenir leur intérêt. | | |
| <p>► DRSP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre le soutien aux milieux locaux et les aider à identifier les correctifs à apporter dans l'actualisation des rôles et des fonctions à exercer dans le cadre de ce programme. | | |

- **Capacités et habiletés A**

- *Est-ce que vos tâches sont bien définies pour réaliser le programme MARCHE? Avez-vous le sentiment de savoir quoi faire?*

Le point de vue des intervenants à ce sujet varie. Pour l'un d'eux, tout a été très bien défini régionalement, les tâches étant très claires. D'autres soutiennent que dans l'ensemble, leurs tâches se sont précisées au fur et à mesure, à partir de l'expérience acquise. Par contre, l'information ne s'est pas avérée aussi claire pour tous les intervenants. Ainsi, n'ayant que peu d'information, des pharmaciens d'un territoire de CSSS ont ressenti le besoin de définir eux-

mêmes leurs tâches. D'autres intervenants ont élaboré des outils pour faciliter leur travail et se disent satisfaits de cet effort, même si du travail reste à faire. Enfin, certains souhaiteraient avoir davantage de précision quant à l'intensité et à la fréquence des interventions à faire. Selon eux, les balises qui structurent l'offre de service en physiothérapie dans certains milieux pourraient servir d'exemples pour d'autres domaines d'intervention, dont la nutrition.

- **Capacités et habiletés B**

- *Selon vous, les intervenants du SAD ont-ils les compétences et l'expérience nécessaires pour réaliser MARCHE?*

La majorité des gestionnaires soutiennent que leurs intervenants ont les compétences pour réaliser le programme MARCHE, qui sont sensiblement les mêmes que celles demandées pour les autres tâches du SAD. En fait, la plupart auraient les connaissances de base pour procéder au repérage et au dépistage des facteurs de risque, d'autant plus que certains d'entre eux ont participé à la formation donnée sur le dépistage donnée au moment où le programme a démarré. Les gestionnaires sont aussi d'avis qu'une mise à niveau serait à faire bien qu'elle implique des coûts pour le CSSS. Ce besoin est confirmé par les intervenants rencontrés.

Un gestionnaire souligne avoir observé des différences dans son milieu sur le plan des compétences des intervenants, selon leurs années d'expérience. Ainsi, les plus expérimentés auraient plus de facilité à travailler en interdisciplinarité. Comme les plus jeunes intervenants sont à créer leur propre identité professionnelle, ils ont tendance à se centrer davantage sur leur discipline, cherchant à acquérir une certaine maîtrise de cette pratique nouvelle. Cela peut expliquer le fait que certains d'entre eux se sentent moins à l'aise dans un fonctionnement interdisciplinaire, à ce stade de leur cheminement professionnel.

- **Capacités et habiletés C**

- *Croyez-vous que vous êtes bien outillés (en ayant les compétences et l'expérience nécessaires) pour réaliser MARCHE?*

Les intervenants n'ont pas tous bénéficié de la formation MARCHE et ne sont pas tous à l'aise avec les tests à réaliser, dont le Folstein pour les troubles cognitifs et le *Timed up and go* (TUG) pour les troubles de la marche et de l'équilibre. Il arrive également que des intervenants en réadaptation se sentent limités dans leurs interventions à domicile, puisqu'ils ne disposent pas d'un plateau technique. Quelques-uns disent recourir à leur créativité pour contourner la situation et proposer d'autres avenues à l'utilisateur touchant l'objectif visé au plan de la réadaptation.

- **Capacités et habiletés - Solutions**

- *Solutions proposées par les auteures : Soutenir et accompagner le personnel (par de l'information et de la formation) pour améliorer leurs connaissances et compréhension, leurs habiletés, leur efficacité personnelle (telle qu'ils la perçoivent).*

Tous les gestionnaires conviennent de la pertinence d'informer et de former le personnel pour qu'il puisse développer les compétences et les habiletés en prévention des chutes, telles qu'attendues. Des besoins de formation ont été identifiés à cet égard. Certains intervenants ont déjà reçu de la formation en prévention des chutes, dont le personnel en réadaptation, mais ce n'est pas le cas de tous. Du travail reste à faire en ce sens, et il semble que certaines professions seraient davantage à cibler, notamment la nutrition et la pharmacie. À ce sujet, des intervenants regrettent qu'il n'y ait pas de formation continue structurée incluant un programme de « rafraîchissement » pour les personnes en place. D'autres encore déplorent de devoir défrayer eux-mêmes leurs formations, comme celles organisées par leur ordre professionnel, entre autres, sur les chutes.

Un gestionnaire souligne que des intervenants ont eu la possibilité d'observer le déroulement d'une rencontre d'équipe MARCHE dans un autre milieu. Cela leur a permis de redéfinir les modalités de leurs plans d'intervention.

Il arrive que les gestionnaires apportent un soutien particulier à certains intervenants, pour les aider à accomplir leurs fonctions et pour améliorer leur efficacité. Cela peut prendre la forme de coaching ou d'un accompagnement. L'intervenant-pivot MARCHE a aussi été identifié comme l'expert qui fournit de l'information aux autres membres de l'équipe, notamment lors de rencontres où les outils et les connaissances sont partagés. En outre, une bonne communication à l'intérieur des établissements constitue une condition favorable au soutien du personnel.

En somme...

| Programme MARCHE – Niveau individuel | | Capacités et habiletés |
|--|---|------------------------|
| Conditions favorables à l'implantation | Obstacles contraignant l'implantation | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Pour certains intervenants, les tâches associées aux étapes du programme ont été définies clairement; ils savaient donc quoi faire pour planter MARCHE. • Dans l'ensemble, les intervenants ont les compétences et les connaissances pour réaliser le programme, puisqu'elles sont semblables à celles requises habituellement au SAD. • Des intervenants ont bénéficié d'une formation lors du démarrage du programme leur donnant la base des connaissances nécessaires pour sa mise en place. • La présence d'un pharmacien dans l'équipe MARCHE (et d'un médecin dans quelques cas) apporte des connaissances et des compétences complémentaires à celles des autres professionnels et donne du poids aux recommandations transmises au médecin traitant. | <ul style="list-style-type: none"> • Lors du démarrage du programme dans les milieux, le manque de précision des tâches à réaliser a obligé quelques intervenants à élaborer des outils ou à définir des façons de faire pour leur discipline (en pharmacie, par exemple). • Des intervenants qui procèdent au dépistage disent être à l'extérieur de leur champ disciplinaire pour certains facteurs de risque. • Les intervenants n'ont pas tous bénéficié d'une formation pour réaliser MARCHE. | |

| Programme MARCHE – Niveau individuel | | Capacités et habiletés |
|--|---------------------------------------|------------------------|
| Conditions favorables à l'implantation | Obstacles contraignant l'implantation | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Des gestionnaires fournissent du « coaching » à des intervenants pour les soutenir dans leurs interventions. • L'intervenant-pivot MARCHE agit comme expert auprès de ses collègues. • La révision du programme MARCHE a permis de dégager des intervenants pour faire davantage d'interventions cliniques correspondant à leur champ de compétences. | | |
| Recommandations | | |
| <p>▶ Établissements</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fournir le soutien nécessaire aux intervenants responsables du dépistage, sous forme de « coaching » ou pairage, en plus de la formation de base, pour leur permettre d'intégrer les connaissances et les habiletés requises et de se sentir à l'aise dans cette fonction. • Informer régulièrement le personnel du SAD afin qu'il suive l'évolution du programme (si des ajustements aux modalités de fonctionnement sont apportés en cours de route, par exemple). | | |
| <p>▶ DRSP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Définir des paramètres plus précis pour les évaluations et les interventions (seuils, durée, intensité, etc.) pour chaque champ disciplinaire. Les travaux régionaux réalisés par la physiothérapie pourraient servir d'exemple. • Fournir un soutien dans les programmes de formation pour les milieux qui le désirent. | | |
| <p>▶ Établissements et DRSP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Offrir de la formation aux nouveaux intervenants qui s'impliquent en prévention des chutes, notamment pour le dépistage, qui demande d'intégrer de nouvelles notions. Une mise à jour devrait également être offerte sur une base régulière. | | |

- **Engagement A**

- *Compte tenu de votre perception des effets du programme MARCHE sur la clientèle, croyez-vous que les efforts investis (en ressources financières et en temps) sont justifiés (notion coût-efficacité)?*

Bien qu'il soit difficile d'apprécier le rapport coût-efficacité des interventions du programme MARCHE, la majorité des gestionnaires sont convaincus qu'elles sont avantageuses pour la clientèle qui en bénéficie. Toutefois, pour un gestionnaire, le maintien du programme à moyen et long terme demeure un défi, étant donné la pression du vieillissement de la population sur le système de soins.

Aucun gestionnaire ne remet en question la pertinence d'intégrer un programme de prévention des chutes chez les aînés dans leur établissement, même s'il exige la contribution de plusieurs intervenants de disciplines différentes. La lourdeur de la structure et l'énergie requise pour implanter le programme sont néanmoins relevées par un gestionnaire comme éléments explicatifs du moins grand niveau d'avancement de leur milieu que ce qui est attendu pour le déploiement de MARCHE. Toutefois, ce gestionnaire est convaincu que les exigences, telles

que ressenties par les membres de son équipe, s'estomperont grâce à l'expérience et à l'assurance qu'ils auront acquises.

Par ailleurs, plusieurs commentaires positifs ont été émis relativement aux résultats observés ou attendus. En premier lieu, de l'avis de la majorité des personnes interrogées, la sensibilisation des aînés, de leurs proches et des intervenants constitue, en soi, un résultat très positif.

« Même s'il n'y a pas de dépistage, mais de la sensibilisation, c'est bien. Cela en vaut la peine et il faut aussi considérer les intervenants qui ont été sensibilisés. »
[Gestionnaire]

Étant donné que le repérage permet d'identifier la clientèle la plus à risque, un intervenant considère cette étape comme celle ayant l'effet préventif le plus important.

La plupart des intervenants MARCHE soulignent que les efforts consentis sont tout à fait justifiés, même si certains se questionnent à ce sujet, particulièrement en raison de l'investissement en ressources humaines. Quoi qu'il en soit, ils soutiennent que l'apport d'un programme en prévention des chutes est positif pour la clientèle. Quelques-uns font aussi valoir les bons résultats observés, qui méritent le temps qui y est investi.

« C'est une prévention qui est bien faite aussi et on travaille avec les autres intervenants. Ça va se maintenir à long terme et c'est vraiment très intéressant [...] » [Intervenant]

« On a tendance à penser que c'est cher et qu'on y met beaucoup de temps, mais une fracture de hanche coûte pas mal plus cher pour un patient hospitalisé. Pour le programme MARCHE, ce sont des patients qu'on ne verra peut-être pas en curatif. » [Intervenant]

Afin d'illustrer les bienfaits observés chez la clientèle, des intervenants font référence à divers aspects spécifiques de leurs interventions. Les conseils transmis lors du dépistage en sont un exemple, surtout dans le cas des clients qui font preuve de collaboration et de motivation à appliquer les mesures qui leur ont été proposées. À ce sujet, un CSSS a pu confirmer la disposition des aînés à poursuivre les exercices et à mettre en pratique les autres recommandations qui leur ont été transmises, en les rappelant six mois après les interventions. Enfin, une équipe a décidé, après discussion, de ne plus accepter les aînés présentant des troubles psychiatriques, en raison du manque de motivation à participer au programme et parce qu'aucun effet bénéfique n'était observé.

- **Engagement B**

- *Jusqu'à quel point jugez-vous que votre contribution peut mener au succès de MARCHE (prévenir les chutes en diminuant l'incidence des facteurs de risque)? De quelle façon?*

Tous les intervenants rencontrés affirment que leur contribution aide au succès du programme MARCHE auprès de la clientèle, d'autant plus que la problématique en cause est multifactorielle. En effet, la complexité de la problématique des chutes justifie bien que chacun y apporte sa contribution, qui est complémentaire à celle des collègues. En fait, la mise en commun des différentes expertises, comme le souligne un intervenant, vient enrichir le portrait que l'équipe peut se faire de la situation de chaque participant.

« Les échanges nous permettent d'en apprendre des autres intervenants. On comprend mieux ce qui en est [dans l'ensemble] plutôt que juste par rapport à notre discipline. [...] le patient est considéré comme une personne globale; on explore la situation en profondeur. En travaillant ensemble, on peut mieux travailler avec la force et travailler dans le même sens. » [Intervenante]

La notion de « travailler ensemble, dans le même sens » est aussi relevée par des intervenants provenant de différents milieux.

« Il s'agit d'une contribution synergétique de tous les intervenants. Notre force est justement d'être tous ensemble. » [Intervenant]

« Une dame donnait de l'information différente à chacun de nous, mais après que nous en avons parlé ensemble au plan d'intervention, on a été en mesure de se faire une image réelle en mettant toute l'information ensemble. » [Intervenant]

Par l'information qu'ils colligent auprès des aînés, certains voient aussi que leur contribution au programme peut aider les médecins traitants dans le suivi de leur clientèle. En effet, ils leur fournissent des détails, des précisions sur l'état de santé et la condition de l'aîné qui peuvent ne pas être connus par le médecin.

« On peut signaler des choses qui sont inconnues au médecin traitant; ils n'ont pas autant de temps que nous à accorder au patient. » [Intervenant]

En plus du repérage et du dépistage des patients, certains se voient jouer un rôle d'éducation. C'est le cas d'un pharmacien, qui fait de l'enseignement à ses patients, notamment sur l'usage des benzodiazépines.

« Quand ce patient verra son médecin, il ne demandera peut-être pas de pilules pour dormir. » [Intervenant]

Le rôle d'éducation est aussi relevé par un autre intervenant, qui, pour sa part, exerce ce rôle auprès des familles, principalement lorsque les aînés sont réticents à participer au programme.

« Par la discussion avec des membres de la famille, on les amène à porter un regard différent; les enfants ont les oreilles grandes ouvertes. » [Intervenant]

- **Engagement C**

- *Étant donné que MARCHE présente une certaine complexité, quels moyens vous êtes-vous donnés pour rencontrer les exigences de ce programme et les intégrer à vos activités courantes?*

Tous les milieux ont identifié la cible à atteindre comme la principale exigence à laquelle ils devaient répondre. Paradoxalement, aucun intervenant n'était vraiment informé du nombre d'utilisateurs visés pour leur secteur. Ils reconnaissent toutefois que la priorité accordée aux cas de prévention des chutes constitue un moyen important pour y arriver, mais cette directive ne convient pas à tous. Un intervenant mentionne qu'il refuse de se donner des objectifs liés à la quantité de patients à voir. Il mise davantage sur la qualité de ses interventions et sur l'obligation de répondre à ses autres mandats en SAD. Il n'apprécie pas l'insistance de sa direction à cet égard, alors que l'équipe n'a pas encore intégré l'ensemble du processus.

« Au début, j'avais l'impression d'être une stagiaire et d'apprendre et de m'approprier tout le contenu. Maintenant, je pense que j'ai laissé mes « petites roues ». [...] Je fais ce que je peux et on verra quels seront les résultats. »
[Intervenant]

Dans d'autres cas, l'atteinte de la cible a été possible grâce à l'engagement de ressources supplémentaires.

Des progrès sont aussi observés dans certains milieux en ce qui a trait aux plans d'intervention, étape charnière du processus MARCHE. Un meilleur roulement de la clientèle à cette étape a été relevé, particulièrement dans un secteur de CLSC. Dans ce cas, la priorité accordée au programme et les modalités mises en place, comme la tenue de rencontres à périodes fixes, structurent l'organisation du travail et expliquent en bonne partie les améliorations observées.

- **Engagement – Solutions**

- *Solutions proposées par les auteures : Diffuser les bons coups par des leaders, des utilisateurs (par des témoignages), par l'employeur (par de la rétroaction sur l'atteinte des objectifs).*

Comme il a été mentionné précédemment, des gestionnaires donnent de la rétroaction à leur personnel quant au volume de repérages et de dépistages faits durant l'année. Cette pratique existe depuis quelques années dans certains milieux, alors qu'elle est plus récente dans d'autres. Un gestionnaire réitère l'importance accordée à l'engagement de l'établissement envers ce programme. Les encouragements prodigués au personnel prennent différentes formes, et il semble que cette pratique soit bien intégrée à son mode de fonctionnement.

La diffusion des « bons coups » pourrait aussi être intégrée à l'activité annuelle de reconnaissance du personnel, tout comme l'ajout d'un témoignage d'un utilisateur. Ainsi, comme cette personne le mentionne :

« Cela ferait connaître le programme bien au-delà du SAD, ce qui serait merveilleux! » [Intervenant]

Selon les intervenants, à l'exception d'un milieu, aucune diffusion d'envergure n'est faite relativement au programme MARCHE. Quelques-uns disent faire état des « bons coups » entre eux, lors des rencontres de plans d'intervention :

« L'équipe se félicite d'un bon plan d'intervention, de bons résultats, un beau cas MARCHE... mais cela n'irradie pas au-delà de notre équipe. [...]. S'il y avait un peu de diffusion sur les bons coups, cela pourrait convaincre un peu les intervenants les plus réticents. » [Intervenants]

En somme...

| Programme MARCHE – Niveau individuel | Engagement |
|--|---|
| <p style="text-align: center;">Conditions favorables à l'implantation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aucun gestionnaire ou intervenant ne remet en question la pertinence d'intégrer un programme préventif tel que MARCHE dans leur milieu, même s'il est difficile d'apprécier le rapport coût-efficacité de ce dernier. • Dans l'ensemble, les personnes interrogées sont d'avis que les efforts consentis pour la mise en place du programme en prévention des chutes sont justifiés. • Les intervenants considèrent que leur contribution aide au succès de ce programme. L'apport de chacun est utile quand la problématique des chutes est multifactorielle. • La directive de « prioriser » la prévention des chutes dans certains établissements est perçue comme un moyen efficace pour répondre aux exigences du programme. • Plusieurs résultats et effets positifs ont été relevés, tels que la sensibilisation des aînés, des familles et des intervenants à la prévention des chutes. Le repérage est l'étape où l'effet positif est le plus grand, car il permet d'identifier les personnes qui sont plus à risque. • La rétroaction donnée aux membres des équipes par les gestionnaires prend différentes formes. | <p style="text-align: center;">Obstacles contraignant l'implantation</p> <ul style="list-style-type: none"> • La lourdeur de la structure du programme et l'énergie que nécessite le démarrage sont des contraintes relevées par certains. On reconnaît toutefois que les efforts demandés diminuent avec l'acquisition d'expérience. • L'insistance quant au volume d'aînés à joindre représente un irritant important pour des intervenants qui n'ont pas intégré l'ensemble des tâches du programme dans leurs activités courantes. • Les intervenants souhaitent avoir davantage de rétroaction de leur gestionnaire. |
| Recommandations | |
| <p>► Établissements</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vérifier l'intérêt et la motivation des personnes impliquées à MARCHE et voir à leur procurer le soutien nécessaire pour les encourager à continuer à s'y investir. • Recourir, lors de certaines occasions, à des témoignages de personnes âgées ayant bénéficié du programme ou de personnes convaincues de ses bienfaits pour en démontrer les effets bénéfiques. • Documenter et faire connaître les progrès reliés à la « performance » de MARCHE dans les différents milieux, notamment au regard de l'atteinte de la cible; également, comme le font certains secteurs de CLSC, diffuser le nombre de personnes ayant franchi les différentes étapes (repérage, dépistage, évaluation et plan d'intervention). | |

| Programme MARCHE – Niveau individuel | Engagement |
|---|------------|
| Recommandations | |
| ▶ DRSP | |
| • Soutenir les milieux locaux dans le monitoring de MARCHE (ex. : élaborer des outils) pour faire connaître les progrès liés à la performance du programme. | |

5.5. Étapes d'implantation franchies

En se référant aux étapes d'implantation proposées par Scheirer (1981) et par Roberts-Gray et Scheirer (1988), il est possible de déterminer globalement où les organisations de la région se situent dans l'implantation d'ÉquiLIBRE et de MARCHE.

- Étape 1 : Décision d'adopter
- Étape 2 : Rassemblement des ressources
- Étape 3 : Changements de rôles
- Étape 4 : Résolution des problèmes/Adaptations
- Étape 5 : Institutionnalisation

5.5.1. Programme ÉquiLIBRE

À la lumière de l'information recueillie, il apparaît que pour l'ensemble des établissements rencontrés, les conditions d'implantation associées aux trois composantes du niveau macro, soit les procédures, les ressources et les processus décisionnels, sont toutes présentes. Conséquemment, **la première étape d'implantation est franchie pour tous les établissements.**

Les étapes suivantes sont fortement liées et s'influencent entre elles. Ces étapes sont associées aux composantes des niveaux intermédiaire et individuel.

Les résultats démontrent que des ressources financières sont allouées pour réaliser ÉquiLIBRE, puisque des budgets récurrents sont disponibles. Ces ressources sont en quelque sorte sécurisées. Elles permettent de libérer ou engager des ressources humaines qui ont été clairement affectées aux rôles d'intervenant ÉquiLIBRE ou d'intervenant-pivot local en prévention des chutes. Finalement, des ressources matérielles sont disponibles pour le programme; il ne semble pas y avoir de lacune à ce niveau.

Par contre, la notion du temps revient à quelques reprises comme étant déficiente. Les intervenants ÉquiLIBRE prétendent que le temps requis pour réaliser les étapes préalables à l'animation est sous-estimé. Aucun moment n'est également alloué aux intervenants-pivots locaux en prévention des chutes pour soutenir leurs collègues dans la réalisation d'ÉquiLIBRE ou arrimer adéquatement les programmes de leur établissement. D'un autre côté, tous témoignent de la souplesse de leur gestionnaire dans le temps accordé au programme. En fait,

ce n'est pas le temps disponible pour le programme qui pose problème. Ce sont plutôt les attentes des gestionnaires locaux en prévention des chutes, des intervenants impliqués dans ÉquiLIBRE, de leur supérieur immédiat et de leurs collègues qui ne concordent pas.

Néanmoins, étant donné que l'allocation des ressources humaines et financières ainsi que de temps semble satisfaisante, on considère que **l'étape de « Rassemblement des ressources » est franchie** pour tous les établissements.

Les données recueillies démontrent bien que les rôles ont été attribués et que chacune des ressources sait ce qu'elle a à faire pour ÉquiLIBRE. Par contre, la compréhension des rôles diffère selon la position occupée, ce qui crée des attentes qui entrent en conflit. Les intervenants doivent réaliser des tâches dans le cadre de leur rôle à ÉquiLIBRE, tâches pour lesquelles le temps alloué est probablement sous-estimé par le gestionnaire local en prévention des chutes. Les intervenants ÉquiLIBRE y mettant tout de même le temps nécessaire, cela a une incidence sur le temps disponible pour leurs autres tâches, qui sont souvent de nature curative. Leur supérieur immédiat, souvent différent du gestionnaire local en prévention des chutes, et leur équipe de travail connaissent peu ou pas ÉquiLIBRE et ont des attentes, en ce qui a trait au rendement clinique (nombre de clients vus), supérieures à ce que peuvent faire les intervenants. La situation fait en sorte que les intervenants sont mal à l'aise vis-à-vis de leurs collègues et confus quant au temps réel qu'ils devraient consacrer à ÉquiLIBRE, en plus de sentir peu d'appui de leur supérieur immédiat.

Dans un même ordre d'idées, le rôle de l'intervenant-pivot local en prévention des chutes est mal connu des collègues ÉquiLIBRE. De plus, les tâches lui étant normalement confiées sont parfois réalisées par son supérieur ou par ses collègues ÉquiLIBRE, d'autres fois par des ressources du centre de jour ou des résidences privées. Cela amène une confusion quant au partage des tâches et un manque de cohérence dans les attentes des ressources impliquées à ÉquiLIBRE.

La situation observée permet de penser que **la troisième étape des « Changements des rôles » est en partie franchie**, puisque l'ensemble des tâches leur étant associées est fait. Par contre, il y a dissonance entre les attentes des diverses instances interpellées ou affectées par ÉquiLIBRE pour la plupart des établissements. Il est possible alors d'affirmer que **les établissements sont à l'étape de résolution de problèmes** quant aux nouveaux rôles engendrés par ÉquiLIBRE. Un établissement est en voie d'atteindre l'étape d'institutionnalisation. Toutefois, ce CSSS vit présentement une grande mouvance, et certaines tâches sont attribuées à une personne, mais réalisées par une autre. Cela entraîne de la confusion chez les individus et, une fois de plus, de la dissonance entre les attentes de tout un chacun. La situation observée n'est peut-être que temporaire, car les problèmes sont mineurs. Tout de même, au moment de l'étude, les établissements de la région se situaient tous à la frontière des étapes 3 et 4 du cadre conceptuel utilisé.

Les recommandations émises dans les sections 5 et 6 favorisent une implantation optimale, soit l'institutionnalisation du programme. Il est donc possible pour les établissements de progresser encore et de résoudre les problèmes observés.



Fig. 21 – Étapes d'implantation franchies par les organisations de la région de la Capitale-Nationale dans l'implantation du programme ÉquiLIBRE

5.5.2. Programme MARCHE

Les données colligées concernant le programme MARCHE font ressortir que la première étape d'implantation a été franchie par tous les milieux. En effet, **la décision d'adopter le programme**, prise par le palier stratégique et décisionnel, n'est pas remise en question. Aucun milieu ne doute de la pertinence d'implanter ce programme au sein de son organisation. Il s'agit toutefois de la seule étape franchie par l'ensemble des établissements.

Aux étapes suivantes, qui portent sur **les ressources, les rôles de chacun ainsi que sur la résolution de problèmes**, la mise en place du programme a connu différentes difficultés. Pour ces étapes, l'état d'avancement varie d'un milieu à l'autre, suivant sa réalité. Comme il a été mentionné au sujet d'ÉquiLIBRE, ces étapes s'influencent grandement entre elles et se situent plus particulièrement aux niveaux intermédiaire et individuel, en ce qui a trait au processus de mise en œuvre du programme et aux pratiques cliniques des intervenants.

En ce qui concerne **les ressources**, chaque milieu reçoit une somme récurrente servant à la mise en place de MARCHE, laquelle sert essentiellement à défrayer le coût des ressources humaines qui sont impliquées. Le programme nécessite peu de ressources matérielles particulières, sinon quelques outils servant spécifiquement au dépistage. Les évaluations et interventions se réalisent comme pour tout autre cas, au domicile des aînés.

La diversité des ressources humaines et le temps que chacune d'elles doit consacrer à MARCHE ont été relevés comme deux éléments très exigeants financièrement. Aussi, certains établissements se voient obligés de compenser l'insuffisance du budget accordé à même leurs propres fonds. Malgré ce constat, à l'exception d'un milieu dans lequel l'implantation est moins avancée, les organisations ont bel et bien franchi l'étape visant à « **Rassembler les ressources** » nécessaires à la mise en œuvre de ce programme. Quelques-unes en ont d'ailleurs fait une priorité et se sont dotées de moyens afin d'atteindre les objectifs de l'entente de gestion avec le palier régional. Par ailleurs, un établissement travaille à la fois à la répartition des ressources humaines à consacrer au programme et aux changements à apporter quant à leurs rôles et fonctions.

L'information recueillie a fait ressortir la complexité reliée à l'implantation de MARCHE dans une organisation qui doit adapter différents processus et modalités sur les plans organisationnel et clinique. L'importance de bien définir les rôles et les fonctions des intervenants mis à contribution est clairement ressortie. En effet, il est essentiel, pour ces derniers, de bien saisir la nature des changements désirés afin de pouvoir les intégrer dans leurs pratiques courantes. Aussi, les attentes des supérieurs doivent être suffisamment explicites pour en faciliter la réalisation, ce qui ne semblait pas le cas dans tous les milieux.

Il semble que les intervenants du guichet d'accès ou de l'accueil (social et santé) réalisent avec plus de facilité le repérage de la clientèle. L'évaluation des facteurs de risque et les interventions font partie des pratiques habituelles des intervenants MARCHE et présentent un plus grand degré de compatibilité avec leurs fonctions courantes. Par contre, l'étape de l'identification des facteurs de risque (dépistage) et celle du plan d'intervention impliquent des adaptations importantes, bousculant davantage les routines et les façons de faire. Aussi, ces deux étapes ont nécessité une démarche itérative impliquant à la fois le « **Changement de rôles** » et la « **Résolution de problèmes** ». Deux milieux se situent notamment au carrefour de ces étapes, concentrés à adapter les rôles et les fonctions des intervenants impliqués dans le programme et à rechercher des solutions aux difficultés auxquelles ils sont confrontés.

Par ailleurs, l'étape reliée au « **Changement de rôles** » est franchie pour deux autres milieux, les relayant à celle de la « **Résolution des problèmes** ». Ils doivent maintenant adapter leur fonctionnement pour tendre vers l'« **Institutionnalisation** », une étape qui suppose que le programme fait partie des activités courantes sans mesures particulières pour en assurer le bon déroulement. Comme les auteures du cadre conceptuel le relèvent, cette étape peut nécessiter plusieurs années, et ce, même dans le cas d'un programme bien implanté.

En outre, les étapes centrales impliquant les ressources, le changement de rôles et la résolution des problèmes sont considérées comme particulièrement charnières dans le processus de mise en œuvre d'un nouveau programme qui requiert d'apporter des adaptations aux pratiques organisationnelles et cliniques. Les établissements de la région se situent à l'une ou l'autre de ces étapes, ce qui révèle que l'implantation de MARCHE n'est pas encore achevée. Il reste donc des efforts à fournir par chacun d'eux, à des degrés divers, dans l'intégration de ce programme préventif au sein de leur programmation.

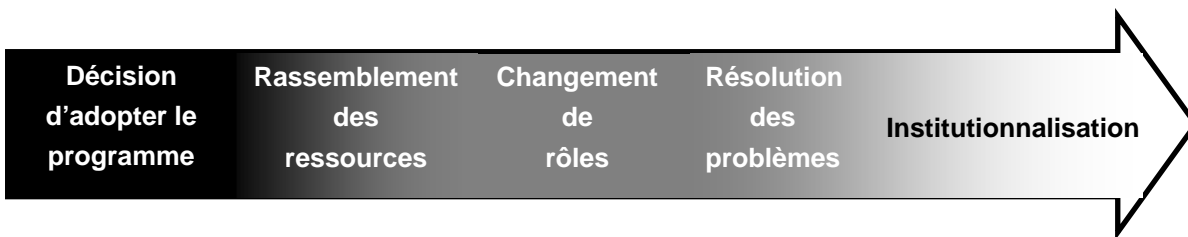


Fig. 22 – Étapes d'implantation franchies par les organisations de la région de la Capitale-Nationale dans l'implantation du programme MARCHE

VI. DISCUSSION

La littérature portant sur l'efficacité des programmes de prévention des chutes chez les aînés est foisonnante. Les connaissances actuelles permettent de bien définir les paramètres d'intervention de programmes tels que MARCHE ou ÉquILIBRE, pour qu'ils soient efficaces. Par contre, on en sait peu sur les conditions à mettre en place pour favoriser l'implantation, la mise en œuvre et la pérennité de ce genre de programmes. L'évaluation réalisée permet de mettre en lumière plusieurs de ces conditions qui peuvent faciliter ou, au contraire, nuire à leur implantation.

La section qui suit expose les grands constats à cet égard en les juxtaposant à des observations d'auteurs qui ont fait des études semblables. Elle est également reprise sous forme de synthèse à l'annexe I. Cette information est présentée pour chacune des dimensions du modèle conceptuel, ce qui permet d'émettre des recommandations en vue d'une implantation optimale.

Précisons que les études recensées ont fait l'objet d'une revue de littérature réalisée dans le cadre d'un essai universitaire, en 2010. Cette recension des écrits visait particulièrement l'implantation de programmes d'exercices en prévention des chutes s'adressant aux personnes âgées. Quatre concepts étaient donc recherchés : activité physique, chutes, aînés et conditions d'implantation. Trois bases de données ont été consultées, soit Pubmed, Cinhal et Sport Discuss. En plus de la multitude d'articles consultés à partir de ces bases de données, plusieurs articles associés (*related articles*) ont été examinés, tout comme certaines études intéressantes citées en bibliographie.

6.1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Pour être retenus, les articles devaient aborder au moins trois des concepts, dont obligatoirement ceux-ci : « aînés » et « conditions d'implantation ». En plus, certains critères de recherche étaient spécifiés : seuls les articles disponibles en langue française ou anglaise ainsi que ceux ciblant les 65 ans et plus étaient retenus. Ce ne sont que les articles publiés dans la période 2000-2010 qui ont été recensés. Évidemment, l'article devait être disponible pour lecture.

Plusieurs articles abordaient les conditions d'implantation du point de vue des personnes âgées ou des conditions à mettre en place pour qu'elles participent au programme. Bien qu'intéressants, ces articles ont été éliminés puisque le sujet à l'étude dans cette évaluation vise à mettre en lumière les conditions qui favorisent ou nuisent à l'implantation des programmes de prévention des chutes dans les organisations, du point de vue donc des administrateurs et des cliniciens.

La saturation des articles liés au thème à l'étude a probablement été atteinte, car une redondance des articles a été observée. En effet, plusieurs articles se citaient mutuellement. Le même phénomène était noté dans certains jumelages de concepts et dans les « articles associés », où là encore des articles déjà consultés revenaient.

6.2. Considérations générales

Il s'est avéré que le nombre d'écrits portant spécifiquement sur le sujet à l'étude était très pauvre. En effet, les articles abordant les conditions d'implantation d'un programme de prévention des chutes auprès des aînés sont peu nombreux. Il a donc fallu, pour cette revue de littérature, retenir des articles qui abordaient les concepts à l'étude, mais dont les programmes n'ont pas nécessairement des paramètres d'intervention identiques à ÉquiLIBRE et MARCHE.

De plus, la plupart des articles trouvés ont des manquements considérables quant aux aspects méthodologiques révélés. Bon nombre des articles ont un volet quantitatif et un qualitatif. Malheureusement, pour la plupart d'entre eux, on aborde peu le volet qualitatif. De plus, il arrive que les méthodes de collecte de données et les analyses soient peu développées. Dans un même ordre d'idées, les sujets, les méthodes et les analyses pour les volets quantitatif et qualitatif sont fréquemment présentés ensemble, si bien qu'on ne peut extraire d'éléments ni porter un jugement critique sur ceux d'ordre qualitatif touchant l'objet de ce travail.

En conséquence, la qualité des articles retenus est discutable dans certains cas. L'annexe I présente sommairement chacun de ces articles en exposant les concepts à l'étude et les lacunes méthodologiques, s'il y a lieu. Le programme y est aussi brièvement défini. Le lecteur est invité à consulter cette annexe pour nuancer son appréciation et son interprétation des données issues de la littérature.

6.3. Niveau macro (politique et stratégique : l'organisation)

6.3.1. Procédures

La compatibilité des objectifs et des procédures des programmes ÉquiLIBRE et MARCHE avec la mission des établissements et celle du SAD ne fait pas de doute. Ces programmes répondent entièrement à l'objectif de soutenir les aînés à domicile le plus longtemps possible. C'est d'ailleurs pour cette raison que les milieux se sont engagés à les implanter au sein de leur organisation. L'absence de compatibilité entre les visées du nouveau programme et avec la mission et la culture de l'organisation peut constituer un obstacle à l'implantation d'un programme de prévention des chutes. Rhonda et Koch (2006) relèvent un manquement en ce sens qui est, conséquemment, l'une des causes de l'échec de l'implantation du programme qu'ils ont évalué. Dans les faits, le modèle de soins et la culture organisationnelle existants étaient trop différents de ce qui était souhaité par le nouveau programme. Van Der Helm, Goossens et Bossuyt (2006) vont dans le même sens en affirmant que la culture de l'organisation représentait une barrière importante à l'implantation d'un programme de

prévention des chutes dans un milieu hospitalier. Dans ce cas, la collaboration entre départements n'était pas une procédure habituelle, ce qui a malheureusement fait échouer l'implantation du programme. Dans un même ordre d'idées, Mackenzie (2009) nomme comme barrière à l'implantation d'un programme de prévention des chutes les structures organisationnelles des différents milieux (centres de réadaptation, hôpitaux de jour, équipes de réadaptation communautaires, etc.) visés par le programme étudié. Dans ce cas, les interventions préventives n'étaient pas dans la mission des établissements accueillant le nouveau programme.

Des ententes de gestion entre les CSSS et la DRSP formalisent l'engagement des établissements à implanter les programmes. Même si tous les milieux sont maintenant familiarisés avec ces procédures, celles concernant les programmes ÉquiLIBRE et MARCHE intègrent, pour la première fois, des cibles de prévention à l'intérieur du SAD. Bien qu'elles soient récentes, les ententes de gestion avec la DRSP ainsi que la reddition de comptes sont perçues comme facilitantes, car elles précisent la cible pour chaque territoire.

Pour assurer la mise en œuvre des programmes, un budget régional a été prévu et mis à la disposition de chacun des milieux. Celui-ci sert plus particulièrement à la libération des ressources humaines, chargées des interventions sur le terrain, et ce, à partir d'ententes formelles et informelles. Tout comme Scheirer (1981) et Roberts-Gray et Scheirer (1988), plusieurs auteurs s'entendent sur l'importance de prévoir des ressources humaines et financières ainsi qu'un support d'information au moment d'implanter un nouveau programme. Par exemple, Li et autres (2008) proposent de fournir un plan d'implantation aux milieux en insistant sur l'aspect informatif : procédures pour l'implantation du programme, exigences du programme, utilisation du matériel, préparation administrative, sécurité du programme, *monitorage* et évaluation du programme. Filiatrault et autres (2007) et Stackpool (2006), quant à eux, insistent sur l'importance de prévoir un financement pour l'implantation du nouveau programme. L'équipe de Filiatrault et autres (2007), qui ont suivi l'évaluation de l'implantation de PIED dans la région de Montréal, précisait d'ailleurs que le programme doit être réaliste quant aux ressources humaines et financières à déployer par rapport au milieu qui accueille le programme.

À l'appui de la décision d'implanter les programmes ÉquiLIBRE et MARCHE, une priorité a été accordée par les directions de quelques établissements, ce qui s'est avéré très favorable. Cette notion de priorisation est renforcée par plusieurs auteurs. Après avoir questionné des administrateurs en vue d'implanter un programme d'exercices auprès d'aînés, Benjamin, Edwards et Caswell (2009) considèrent la priorisation par l'établissement comme un facteur facilitant la mise en place de ce type de programme. Mackenzie (2009), pour sa part, voit le manque de priorisation comme un obstacle à l'implantation.

De plus, en raison de la complexité de ces programmes, des fonctions transversales couvrant l'ensemble du Continuum de services s'avèrent essentielles pour en maintenir les orientations

et favoriser la continuité des services aux aînés. Ces fonctions, non habituelles, introduisent en quelque sorte une nouvelle culture et des façons de faire basées sur la transversalité. Rhonda et Koch (2006) mettent justement de l'avant l'introduction d'une nouvelle culture de travail, au moment d'implanter un programme, comme étant un élément à considérer et qui nécessite dans certains cas un accompagnement dans le changement.

Ces constats appuient l'importance de maintenir en place les différentes procédures qui soutiennent la réalisation des programmes préventifs dans les établissements. Dans certains cas, il peut être pertinent d'adapter des procédures existantes ou d'en introduire de nouvelles pour favoriser l'implantation d'un programme. En ce sens, Wright, Goldman et Beresin (2007) accordent une grande place à la révision des politiques et procédures de l'établissement comme condition favorable à l'implantation, en insistant sur la clarté qui doit caractériser celles-ci. Semin-Goossens, Van Der Helm et Bossuyt (2003) renchérissent en précisant que les procédures associées au nouveau programme doivent aussi être simples. Finalement, Benjamin, Edwards et Caswell (2009) soulignent que le manque de politiques et procédures liées au programme peut nuire considérablement à son implantation.

6.3.2. Ressources

La question des ressources est centrale au bon fonctionnement de ce type de programmes. C'est le cas pour MARCHE, qui mobilise un bon nombre d'intervenants de disciplines différentes. Aussi, malgré certaines difficultés à rassembler les professionnels, il semble que les établissements peuvent compter sur du personnel qualifié pour implanter ÉquiLIBRE et MARCHE. Wright, Goldman et Beresin (2007) croient qu'il est primordial d'avoir une équipe interdisciplinaire affectée à l'implantation d'un programme en prévention des chutes. Rhonda et Koch (2006) vont dans le même sens avec la notion de collaboration interdisciplinaire et recommandent d'ailleurs aux infirmières de leur étude de travailler davantage conjointement avec d'autres professionnels. Pour des programmes comme ÉquiLIBRE et MARCHE, où des intervenants spécialisés dans des domaines précis sont ciblés, il importe de prendre en considération l'enjeu du recrutement. Au moment d'implanter ÉquiLIBRE, l'absence de professionnels en activité physique ou en réadaptation était une contrainte majeure pour certains établissements. Benjamin, Edwards et Caswell (2009) ont observé un fait semblable dans les centres d'hébergement qui désiraient implanter un programme d'exercices pour les aînés, alors qu'il n'y avait pas de kinésiologue dans l'équipe. Un changement dans l'allocation des ressources était envisagé comme solution dans ce cas-là.

La pénurie et le roulement des ressources humaines ont contribué à ralentir la mise en œuvre des deux programmes dans plusieurs milieux. Pour cette raison, leur maintien dans le temps représente un vrai défi, d'autant plus que les intervenants doivent composer avec les pressions croissantes exercées par la demande pour des soins curatifs. Le manque de ressources, tant humaines que financières, est un obstacle majeur souvent rencontré dans l'implantation

d'autres programmes étudiés (Mackenzie, 2009; Van Der Helm, Goossens et Bossuyt, 2006; Benjamin, Edwards et Caswell, 2009; Sze et autres, 2005; Rhonda et Koch, 2006).

Dans l'ensemble, la mise en œuvre des deux programmes s'est faite progressivement dans tous les milieux, ce qui a laissé le temps aux équipes de s'approprier leurs rôles et fonctions, bien que certaines tâches aient été plus difficiles à maîtriser. Consciente du temps à consacrer à l'intégration de ces nouveaux programmes, la DRSP a d'ailleurs fait preuve de souplesse quant à l'atteinte des cibles. À ce sujet, Semin-Goossens, Van Der Helm et Bossuyt (2003) mentionnent que dans le cadre du programme qu'ils ont évalué, un laps de temps permettant des ajustements dans l'organisation avait fait défaut.

Le soutien de la DRSP, à partir des Programmes-cadres définissant ÉquiLIBRE et MARCHE, et par un accompagnement individualisé, a permis aux milieux de déterminer localement les conditions de leur mise en œuvre. Ici, au Québec, Filiatrault et autres (2007) ont justement proposé un soutien professionnel par la DRSP comme une condition gagnante à l'implantation du programme de prévention des chutes PIED. Chez nos voisins américains, Wright, Goldman et Beresin (2007) proposent une avenue semblable, puisque le soutien des créateurs du programme est suggéré en début d'implantation.

L'accès à l'information et au matériel pour implanter le nouveau programme est aussi mentionné par certains auteurs. Le programme évalué par Brown et autres (2005) prévoyait ainsi un manuel d'instruction pour l'implantation, tandis que celui de Semin-Goossens, Van Der Helm et Bossuyt (2003) incluait des instructions pour en favoriser l'organisation. Dans certaines études, les praticiens utilisant ce genre de documents en appréciaient la facilité d'accès. En effet, le manuel du premier groupe d'auteurs pouvait être téléchargé sur le Web, tout comme celui du programme évalué par Mitchell et Lawes (2008).

Certains établissements de la région ont apporté des adaptations au Programme-cadre MARCHE, après une certaine période d'implantation. La contribution de consultants, des membres des équipes ou encore l'ajout de temps ont été les principaux moyens utilisés par quelques milieux pour adapter les programmes ÉquiLIBRE et MARCHE à leur réalité locale. Semin-Goossens, Van Der Helm et Bossuyt (2003), qui ont évalué l'implantation d'un guide de pratiques en prévention des chutes, précisent que ce guide a été testé en pratique et a pu être adapté aux besoins locaux, ce qui représente une force. Wright, Goldman et Beresin (2007) vont dans le même sens puisque les interventions de prévention des chutes ont été adaptées aux besoins spécifiques des usagers. Il en va de même pour les protocoles de prévention des chutes évalués par Brown et autres (2005), qui ont été adaptés pour la pratique professionnelle sur le terrain.

6.3.3. Processus décisionnel

Tous s'entendent pour dire que les programmes ÉquiLIBRE et MARCHE répondent à des besoins réels et reconnus. Plusieurs ont mentionné que le fait que ces programmes soient implantés par la santé publique et appuyés par des données probantes constituait une force. Plusieurs auteurs vont dans le même sens. Les programmes évalués par Filiatrault et autres (2007), Semin-Goossens, Van Der Helm et Bossuyt (2003) et Van Der Helm, Goossens et Bossuyt (2006) sont basés sur des données probantes et récentes. Mackenzie (2009), au contraire, déplore le manque de données fiables pour appuyer les interventions préventives au sujet des chutes. Bleijlevens et autres (2008), quant à eux, regrettent que le programme évalué soit plus ou moins adapté aux besoins réels des aînés.

Conscients du fait que les chutes représentent un problème réel qui entraîne des conséquences graves pour la population âgée, les gestionnaires sont favorables à l'implantation de programmes préventifs. Sze et autres (2005) considèrent cette condition comme favorable à la durabilité du programme qu'ils ont étudié, tandis que Van Der Helm, Goossens et Bossuyt (2006) prétendent que les doutes de certains gestionnaires sur l'efficacité du programme qu'ils ont évalué ont nui à son implantation.

Il est de même primordial de bien faire valoir la pertinence de tels programmes auprès des directions, afin de pouvoir compter sur leur entière adhésion. L'appui de la direction est avancé par bon nombre d'auteurs comme un élément primordial à l'implantation d'un nouveau programme. Theodos (2004) ainsi que Rhonda et Koch (2006) voient cette condition comme un facteur de succès de l'implantation des programmes qu'ils ont évalués. Au contraire, d'autres auteurs ont cité le manque de soutien de la direction comme une contrainte à l'implantation (Van Der Helm, Goossens et Bossuyt, 2006; Semin-Goossens, Van Der Helm et Bossuyt, 2003; Wright, Goldman et Beresin, 2007).

L'appui des partenaires n'est pas encore assuré pour ÉquiLIBRE et MARCHE, probablement en raison d'une certaine méconnaissance de ces programmes. Toutefois, selon les témoignages des intervenants et des gestionnaires, les aînés qui en ont bénéficié se disent généralement très satisfaits.

Finalement, l'information sur l'atteinte de la cible est diffusée au sein des équipes comme élément de motivation et d'encouragement. Certains ont également identifié des changements à apporter pour mener à l'amélioration de la performance de ces programmes et ont pris les moyens pour réaliser les gains souhaités.

Face à ces constats, il demeure important de mettre en évidence les bénéfices de tels programmes, particulièrement dans le cas où les directions concernées vivent des changements d'orientation qui pourraient compromettre leur maintien.

6.4. Niveau intermédiaire (l'équipe de travail)

6.4.1. Routine de travail

Comme le soulignent certains auteurs, les équipes qui implantent un nouveau programme répondent déjà à plusieurs autres demandes dans leur travail quotidien (Mackenzie, 2009), et personne ne veut de travail additionnel (Van Der Helm, Goossens et Bossuyt, 2006). En effet, implanter un nouveau programme oblige les intervenants et leur supérieur immédiat à y consacrer du temps et de l'énergie afin de se familiariser avec les fonctions et les tâches qui y sont associées. L'information recueillie indique clairement que les programmes ÉquiLIBRE et MARCHE ne sont pas entièrement intégrés aux routines de travail, ni aux mécanismes de coordination et de communication des milieux.

À titre d'exemple, la réalisation des fonctions transversales implique une harmonisation de l'information à communiquer, ce qui est particulièrement difficile lorsque les membres des équipes relèvent de plus d'un gestionnaire. C'est particulièrement le cas de certains intervenants du programme ÉquiLIBRE. Plusieurs auteurs mentionnent que la communication à l'intérieur des équipes est essentielle. Wright, Goldman et Beresin (2007) recommandent de mettre en place un système de communication efficace pour la prévention et la gestion des chutes des résidents. Rhonda et Koch (2006) affirment que tous les professionnels doivent connaître la politique et la philosophie entourant le programme de prévention des chutes. Theodos (2004) insiste, pour sa part, sur la communication autour des interventions préventives. À l'inverse, Van Der Helm, Goossens et Bossuyt (2006) soulignent que l'absence d'un système d'information fiable explique en partie l'échec de l'implantation du programme de prévention des chutes qu'ils évaluaient. Cela a mené, notamment, à des processus inadéquats (mauvaise utilisation des formulaires et des outils, mauvaise orientation des nouveaux employés). Finalement, Semin-Goossens, Van Der Helm et Bossuyt (2003) proposent certains moyens pour favoriser la communication, dont des affiches faisant la promotion des programmes, placées dans les salles réservées aux employés, et la publication d'un article annonçant le début de leur implantation.

Le temps à investir dans ces programmes explique également qu'ils ne soient pas complètement intégrés à la routine de travail des intervenants. Même si leur implantation remonte à quelques années, il ne faut pas sous-estimer le temps requis pour modifier les pratiques organisationnelles et professionnelles des équipes de travail et des intervenants. À cet égard, Wright, Goldman et Beresin (2007) mentionnent l'importance de libérer suffisamment de temps pour les ressources ayant le mandat de prévention des chutes, afin qu'ils puissent y travailler. Le roulement de personnel, au sein des équipes, a aussi constitué une contrainte à l'intégration des tâches et des fonctions des programmes ÉquiLIBRE et MARCHE. Dans ce contexte, il peut être avisé de suivre les recommandations de Banez et autres (2008), lesquelles proposent de prévoir des stratégies pour pallier la surcharge des intervenants et s'assurer qu'il n'y a pas qu'un seul intervenant responsable des interventions.

Des correctifs ont été apportés par certains milieux afin de résoudre les problèmes rencontrés, alors que d'autres sont à mettre des mécanismes en place en ce sens. Les liens avec l'instance qui a créé les programmes et qui les finance, la DRSP dans le cas de la présente évaluation, contribuent à l'intégration d'ÉquiLIBRE et de MARCHE aux routines de travail des équipes. À ce sujet, deux études évaluant des programmes semblables à ceux mis en place dans la région font valoir l'importance d'avoir un suivi par un professionnel détenant une expertise pour le programme à implanter (Gardner et autres, 2002; Brown et autres, 2005). Dans la région, cette expertise est fournie par les répondants régionaux ÉquiLIBRE et MARCHE. Pour sa part, Stackpool (2006) déplore le manque de communication entre les créateurs du programme et ceux qui l'appliquaient au moment d'implanter des programmes d'exercices destinés aux aînés. Finalement, Banez et autres (2008) soulignent que ce type de suivi demande un engagement de temps considérable pour celui qui en est responsable.

Les constats reliés à la routine de travail font ressortir l'importance que chacun des établissements se dote de lieux d'échange, à l'échelle locale afin d'identifier les difficultés rencontrées sur le terrain et de voir à apporter des solutions. De tels lieux d'échange représentent également l'occasion d'assurer l'harmonisation et la diffusion de l'information en ce qui a trait aux programmes et même à l'adaptation de ces derniers aux réalités vécues dans les milieux. Bon nombre d'auteurs font des recommandations semblables. Bleijlevens et autres (2008) proposent des échanges interdisciplinaires pour favoriser la communication entre les cliniciens. Banez et autres (2008) renchérissent en précisant que le travail en interdisciplinarité peut unifier des équipes qui n'étaient pas soudées, permettre d'harmoniser les connaissances communes et transmettre un message uniforme aux clients et à leur famille. Wright, Goldman et Beresin (2007) encouragent les rencontres régulières pour privilégier les échanges entre les intervenants. Stackpool (2006) propose de mettre en commun les expertises et déplore le manque de communication entre les divers comités de projet du programme qu'il a étudié. Finalement, tout comme le suggère le cadre conceptuel, certains auteurs recommandent de permettre aux équipes, lors de rencontres, de réviser le matériel pour qu'il soit adapté à ce qu'ils vivent sur le terrain (Van Der Helm, Goossens et Bossuyt, 2006; Semin-Goossens, Van Der Helm et Bossuyt, 2003; Sze et autres, 2005).

6.4.2. Structure de supervision

L'ensemble des équipes ÉquiLIBRE et MARCHE déterminent clairement qui coordonne les programmes au sein de leur organisation, et la plupart d'entre elles affirment se sentir soutenues. En effet, les équipes ont besoin d'un gestionnaire pour donner des orientations, mais aussi pour en référer en cas de besoin (Sze et autres, 2005; Banez et autres, 2008). Certains auteurs soulignent d'ailleurs que des processus décisionnels inefficaces (Stackpool, 2006) ou un style de coordination « délégitif », plutôt que « directif » (Van Der Helm, Goossens et Bossuyt, 2006), peuvent contraindre l'implantation et la mise en œuvre du programme. Également, une étude mentionne que les employés doivent se sentir soutenus par leur

supérieur pour adopter le programme (Rhonda et Koch, 2006), et une autre signale le manque de soutien et de reconnaissance des gestionnaires (Mackenzie, 2009) comme une problématique. Par ailleurs, le suivi des gestionnaires à l'égard d'ÉquiLIBRE et de MARCHE semble varier d'un milieu à l'autre. Le plus souvent, ce suivi porte spécifiquement sur la progression de la cible. Cela fait en sorte que les attentes, quant à la répartition des tâches à réaliser et au temps à y consacrer, sont plus ou moins claires.

Il apparaît central que tous les niveaux de gestion aient des attentes bien définies relativement aux rôles, responsabilités et tâches que les intervenants ont à assumer. Ils doivent également assurer un suivi plus soutenu de la mise en œuvre des deux programmes. Pour faciliter l'adhésion des intervenants à ce type de programmes, il est souhaitable de formuler des consignes claires et de fournir de l'information sur une base régulière. La clarté des rôles, des responsabilités et des directives est d'ailleurs relevée par un grand nombre d'auteurs (Rhonda et Koch, 2006; Van Der Helm, Goossens et Bossuyt, 2006; Wright, Goldman et Beresin, 2007). Dans un même ordre d'idées, Banez et autres (2008) soulignent qu'il est important de clarifier le rôle et les responsabilités de chacun, dès le départ, étant donné que les intervenants travaillent aussi à d'autres programmes. Wright, Goldman et Beresin (2007) souhaitent, quant à eux, qu'on évite la confusion chez les intervenants.

En contrepartie, malgré une certaine confusion quant aux tâches à réaliser et au temps à y accorder, les intervenants disent bénéficier d'une marge de manœuvre dans leurs interventions pour implanter ÉquiLIBRE et MARCHE ainsi que dans l'aménagement du temps de travail qu'ils y consacrent. Cette souplesse permise par le supérieur est relevée comme une condition gagnante par certains auteurs (Brown et autres, 2005; Semin-Gossens, Van Der Helm et Bossuyt, 2003). Finalement, de manière plus spécifique, Wright, Goldman et Beresin (2007) suggèrent un horaire flexible.

6.4.3. Normes de groupe

Dans l'ensemble, les programmes ÉquiLIBRE et MARCHE ont été implantés progressivement, en démarrant à petite échelle. Les résultats de cette expérimentation ont servi d'enseignement pour déployer ensuite les programmes à plus grande échelle. Les établissements peuvent à présent compter sur l'appui d'un certain nombre d'intervenants à l'interne. Par contre, d'autres milieux semblent plus réticents à s'impliquer directement, plus particulièrement dans le cas de MARCHE, en raison de sa complexité et du temps à y consacrer. Van Der Helm, Goossens et Bossuyt (2006) ont observé un niveau de participation variable des intervenants au programme de prévention des chutes qu'ils étudiaient. Cela semble avoir contraint son implantation. Ces auteurs proposent, à l'avenir, d'observer le contexte et l'environnement avant l'implantation, afin d'identifier les barrières au changement et trouver des solutions à celles-ci.

La perception des intervenants, quant à leur contribution au succès des programmes ÉquiLIBRE et MARCHE, est généralement positive. Cette perception est particulièrement

rattachée aux effets perçus par la clientèle qui bénéficie des interventions réalisées. Par contre, la plupart des intervenants sont mitigés concernant la perception de leurs collègues face aux programmes. Ils sentent qu'ils sont en faveur des interventions préventives, mais qu'en contrepartie ils déplorent leur absence pour les soutenir dans les interventions curatives. Theodos (2004) affirme que le facteur majeur du succès du programme est le soutien de l'organisation et des employés. Wright, Goldman et Beresin (2007) encouragent, pour leur part, à favoriser l'adhésion des pairs.

Étant donné qu'Équilibre et MARCHE sont des programmes préventifs, pour lesquels les effets à moyen et long termes sont difficilement observables au quotidien, il importe de sensibiliser les collègues aux impacts de ceux-ci. Brown et autres (2005) appuient ces propos en ajoutant que les intervenants qui adopteront probablement davantage les stratégies de prévention des chutes dans leurs pratiques sont ceux qui ont des connaissances sur les facteurs de risque de chute ou qui ont déjà participé à un programme de prévention des chutes. En ce sens, Semin-Goossens, Van Der Helm et Bossuyt (2003) proposent une sensibilisation du personnel par la diffusion des statistiques de chutes dans le milieu. Theodos (2004) affirme, quant à lui, que les intervenants sensibilisés à l'importance de la prévention des chutes sont plus enclins à s'impliquer dans un programme qui s'y rattache.

Les auteures du cadre conceptuel proposent de rechercher le soutien de dirigeants dans l'organisation pour favoriser l'appui des collègues. Certains auteurs appuient cette recommandation (Brown et autres, 2005; Mitchell et Lawes, 2008). C'est d'ailleurs ce qui semble avoir été fait dans la plupart des établissements de la région, puisque les personnes ayant une fonction de « pivot » pour ÉquiLIBRE et MARCHE sont estimées de leurs collègues.

Les appuis provenant de l'externe pour ÉquiLIBRE et MARCHE sont peu nombreux. Quelques médecins connaissent ces programmes et en voient les bienfaits potentiels pour leurs clients âgés présentant des facteurs de risque. Pour multiplier les appuis, Banez et autres (2008) suggèrent d'informer les professionnels de la santé de l'existence d'un programme et de ses bénéfices pour les personnes âgées par des encarts, des dépliants, le bouche à oreille, etc.

Ces principaux constats convergent vers l'importance de diffuser les programmes à l'échelle locale. Il s'agit, d'une part d'informer les partenaires à l'externe en ce qui a trait à ÉquiLIBRE et MARCHE et, d'autre part, de convaincre les détracteurs à l'interne, qui sont peu enclins à y collaborer. Dans le même sens, Wright, Goldman et Beresin (2007) encouragent la communication à l'intérieur du département et entre les départements de l'organisation.

6.5. Niveau individuel (l'intervenant)

6.5.1. Rôles au travail

Plusieurs des tâches réalisées pour les programmes ÉquiLIBRE et MARCHE sont semblables à celles exécutées habituellement par les intervenants concernés. Mais certaines d'entre elles se

situent davantage à l'extérieur de leurs champs disciplinaires et de leurs activités habituelles. En effet, comme l'affirme Stackpool (2006), les nouveaux rôles ne correspondent pas toujours au champ d'application dans le milieu. C'est notamment le cas des activités liées à la promotion et au recrutement de la clientèle du programme ÉquiLIBRE. Les activités de dépistage à l'intérieur du programme MARCHE sont un autre exemple. Des adaptations ainsi que des nouvelles connaissances et compétences sont nécessaires pour que les intervenants intègrent de manière adéquate leurs nouvelles tâches. Puisque l'introduction de nouvelles responsabilités demande un temps important à ceux et celles qui les assument, certains établissements ont fait des aménagements à l'organisation du travail pour en faciliter l'intégration.

En outre, tant les gestionnaires que les intervenants conviennent du fait que ces programmes entraînent des effets directs et indirects pour la clientèle qui en bénéficie. C'est le cas d'ÉquiLIBRE, dont les résultats semblent davantage évidents. Les effets de MARCHE sont, pour leur part, un peu plus ténus, bien que les interventions réalisées sur la médication donnent des résultats souvent cités en exemple. Les effets observés portent particulièrement sur les facteurs de risque des aînés, sur lesquels des interventions sont réalisées, ainsi que sur la sensibilisation des aînés eux-mêmes et de leurs proches. La satisfaction de ceux et celles qui y ont participé est aussi mentionnée.

Finalement, les auteures du cadre conceptuel insistent sur les encouragements à donner aux intervenants pour favoriser l'implantation des programmes. Ceux-ci peuvent prendre diverses formes, que ce soit de la rétroaction ou des récompenses tangibles. Semin-Goossens, Van Der Helm et Bossuyt (2003) et Theodos (2004) optent pour une récompense (un présent) aux intervenants participant au programme, tandis que Wright, Goldman et Beresin (2007), Brown et autres (2005) et Semin-Goossens, Van Der Helm et Bossuyt (2003) choisissent des encouragements et de la rétroaction.

6.5.2. Capacités et habiletés

L'ensemble des gestionnaires et des intervenants soulignent que les équipes ont l'expérience et les compétences suffisantes pour implanter ces deux programmes. Celles-ci ont été acquises au cours des années. La formation de base, fournie par l'instance régionale, s'est avérée très utile à ceux qui ont pu en bénéficier. La plupart des auteurs considèrent justement la formation comme primordiale à une implantation réussie (Benjamin, Edwards et Caswell, 2009; Brown et autres, 2005; Wright, Goldman et Beresin, 2007; Mitchell et Lawes, 2008; Theodos, 2004; Filiatrault et autres, 2007; Stackpool, 2006). Mitchell et Lawes (2008) proposent notamment d'offrir plus d'une méthode d'apprentissage pour permettre aux praticiens de choisir celle qui correspond à leurs besoins. Le programme de cette étude proposait, entre autres, une formation à domicile au moyen d'un programme informatique.

Les Programmes-cadres ont également servi aux milieux pour déterminer des balises à respecter pour ÉquiLIBRE et MARCHE. La présence de documents structurants est aussi

relevée par les auteurs (Li et autres, 2008; Brown et autres, 2005; Bleijlevens et autres, 2008; Semin-Goossens, Van Der Helm et Bossuyt, 2003). À ce sujet, Semin-Goossens, Van Der Helm et Bossuyt (2003), Filiatrault et autres (2007) de même que Brown et autres (2005) insistent particulièrement sur la convivialité et la simplicité des Programmes-cadres.

Ces constats font ressortir l'importance d'offrir une formation de base aux équipes qui démarrent les programmes ainsi qu'une mise à niveau en cours d'implantation. Ces formations permettent de conserver les connaissances et les compétences des intervenants à jour, surtout en ce qui a trait aux nouvelles tâches qui leur sont demandées pour l'un ou l'autre des programmes. Il est essentiel que les gestionnaires soient attentifs aux besoins des intervenants afin de réagir rapidement si ceux-ci ne se sentent pas à la hauteur des tâches qui leur sont demandées.

6.5.3. Engagement

Dans l'ensemble, les intervenants impliqués à ÉquiLIBRE et MARCHE semblent engagés dans ces nouveaux programmes. À ce propos, Bleijlevens et autres (2008) indiquent comme condition favorable la perception des intervenants d'avoir un rôle positif dans le programme. Wright, Goldman et Beresin (2007) renchérissent en recommandant de valoriser l'importance de chacun ainsi que leur contribution respective au programme. Dans le cas d'ÉquiLIBRE et de MARCHE, tous les intervenants se sentent responsables de l'implantation du programme et disent contribuer à son succès. Van Der Helm, Goossens et Bossuyt (2006) ont observé tout le contraire dans leur étude, puisque le personnel croyait que la solution au problème des chutes n'était pas de leur responsabilité. De plus, une croyance répandue selon laquelle les personnes âgées allaient toujours chuter, que les chutes étaient inévitables, persistait.

Aucune remise en question n'est faite quant à la pertinence d'intégrer ÉquiLIBRE et MARCHE dans les établissements. Cependant, les exigences de ces programmes, reliées, entre autres, à un certain niveau de complexité et à la disponibilité des ressources humaines et financières, sont nommées. Malgré que ces programmes s'avèrent exigeants sur plusieurs aspects, tous conviennent que les efforts consentis en valent la peine. La sensibilisation des aînés et des membres de leurs familles ainsi que les résultats observés quant aux facteurs de risque se révèlent des plus positifs. On reconnaît de plus que la contribution de chacun, en temps et en énergie, est requise. D'ailleurs, Semin-Goossens, Van Der Helm et Bossuyt (2003) ont noté, dans leur étude portant sur l'implantation d'un guide de pratiques, que les professionnels jugeaient que ce dernier était trop complexe et demandait trop de temps pour s'y investir.

Ces constats mettent l'accent sur l'importance pour les gestionnaires de fournir une rétroaction, notamment sur les réalisations et les effets de programmes comme ÉquiLIBRE et MARCHE. Il y a tout lieu de croire que ces retours d'information permettront de valoriser la contribution de chacun et de maintenir leur motivation à s'investir dans ces nouveaux programmes de prévention. En ce sens, Wright, Goldman et Beresin (2007) proposent de démontrer les effets

des efforts communs (réduction des chutes). Ces mêmes auteurs et Semin-Goossens, Van Der Helm et Bossuyt (2003) recommandent également de communiquer les progrès observés en fonction des objectifs, de diffuser les changements et de présenter les résultats des programmes.

6.6. Conditions de succès

La présente évaluation permet de mettre en lumière un certain nombre de conditions de succès à l'implantation de programmes de prévention des chutes en CSSS. Celles-ci pourraient être transposables pour l'implantation d'autres programmes de santé publique à l'intérieur de ce type d'organisation.

6.6.1. L'organisation

La présence de certaines conditions semble indispensable à l'implantation de programmes, dont le **financement**. Les ressources financières sont, comme bien souvent, le « nerf de la guerre ». Dans les établissements rencontrés, la portion des ressources financières accordée pour des préoccupations de santé publique est souvent très restreinte. Le fait d'allouer un budget récurrent pour leur mise en œuvre a largement contribué à l'implantation des programmes ÉquiLIBRE et MARCHE.

Par ailleurs, il apparaît que si la thématique au cœur des programmes est mentionnée dans les **priorités** des établissements, il est plus aisé d'y consacrer temps et énergie. Dans ce cas-ci, les programmes de prévention des chutes ont émané d'une préoccupation de la Table régionale des directeurs du SAD. De plus, ils constituent une priorité nationale de santé publique et sont, par le fait même, inscrits aux plans d'action régionaux et locaux de santé publique. Également, étant donné que l'implantation des programmes de prévention des chutes est identifiée dans les attentes signifiées et fait l'objet d'ententes de gestion entre l'Agence et les établissements, une plus grande importance leur est accordée.

Avoir des **ressources humaines** qui s'impliquent est crucial. Pour implanter ce type de programmes, il ne s'agit pas seulement d'identifier des individus et de leur attribuer des responsabilités. Il importe que ceux-ci aient du temps, qu'ils soient libérés pour la réalisation des tâches associées au programme, et non que ces dernières s'ajoutent aux tâches habituelles. Pour ÉquiLIBRE et MARCHE, un investissement de temps considérable a été nécessaire; c'est pourquoi l'implantation a été plus rapide dans les milieux où des heures spécifiques ont été allouées à certains individus.

Un **appui** des niveaux supérieurs de gestion de l'établissement est tout aussi important. Ainsi, le soutien de la direction envers le programme permettra que celui-ci fasse partie des priorités, que le financement nécessaire soit attribué et que les intervenants soient libérés pour réaliser les fonctions qui y sont associées. C'est d'ailleurs ce qui a été observé avec les programmes

évalués : l'implantation s'est réellement amorcée à partir du moment où les personnes en autorité se sont intéressées aux programmes et ont donné leur aval pour leur mise en œuvre.

L'**accompagnement** par une instance qui connaît bien le programme en favorise l'implantation. Dans le cas qui nous occupe, c'est la DRSP qui avait cette responsabilité. Cet accompagnement doit être plus soutenu en début de parcours, car il est à prévoir que le programme nécessite des adaptations pour s'ajuster aux réalités locales et que des outils soient à élaborer. Cela favorise, en début d'implantation, une bonne appropriation du programme par l'organisation qui l'accueille. L'accompagnement en cours d'implantation permet ensuite de soutenir l'intégration du programme aux pratiques et d'aider à trouver des solutions aux problèmes qui émergent. Finalement, l'accompagnement, bien que moins intense une fois le programme implanté, doit se maintenir dans le temps. Il est souhaitable d'assurer un suivi en continu pour voir à ce que la mise en œuvre du programme se poursuive selon les paramètres prescrits, pour maintenir l'importance accordée à ce dernier et pour répondre aux besoins des ressources qui se renouvellent constamment.

6.6.2. L'équipe de travail

Au niveau intermédiaire, certaines conditions apparaissent comme particulièrement centrales dans la réussite de l'implantation. En ce qui concerne la **communication**, il semble essentiel d'avoir des lieux d'échange. D'abord au sein de l'organisation, il faut prévoir des modalités de communication facilitantes entre les intervenants d'une même équipe ou d'équipes différentes, amenées à travailler ensemble dans le cadre du nouveau programme. Ensuite, permettre aux personnes occupant les mêmes rôles dans des organisations différentes d'échanger entre elles favorise le partage de situations semblables et, souvent, l'émergence de solutions ayant été expérimentées. Enfin, la diffusion et l'harmonisation de l'information concernant le programme sont essentielles. Des messages uniformes doivent bien circuler entre les intervenants, dans les équipes et entre les paliers décisionnels et opérationnels.

Dans le cadre d'ÉquiLIBRE et de MARCHE, des rencontres réunissant la DRSP, le gestionnaire et l'équipe responsables de l'implantation locale étaient organisées en début d'implantation. Avec les années et l'état d'avancement, elles se sont espacées et ont été peu à peu remplacées par des rencontres régionales entre individus ayant les mêmes rôles dans des établissements différents. Au cours de l'évaluation, il a été mentionné par plusieurs que ces rencontres régionales entre gestionnaires et entre intervenants-pivots avec la DRSP étaient essentielles. Par ailleurs, plusieurs ont fait valoir que des rencontres à l'échelle locale étaient souhaitées entre professionnels de même discipline, mais également entre les équipes et avec le gestionnaire, pour échanger sur les programmes et faciliter l'harmonisation de l'information.

La **coordination** est un autre élément à prendre en considération dans les conditions de succès à l'implantation de programmes. La présence d'un gestionnaire qui a la responsabilité de l'implantation et du bon déroulement est primordiale. La responsabilité administrative

(atteinte des cibles) est importante, mais la coordination clinique l'est tout autant. Plusieurs décisions et adaptations sont nécessaires, surtout en début de parcours. Les intervenants des équipes ont besoin d'une personne en position de gestion pour en référer et pour être guidés. En présence d'un Continuum de services (comme dans le cadre de cette évaluation, où plusieurs programmes sont implantés), avoir un seul gestionnaire qui chapeaute et qui a une vision de l'ensemble est sans contredit une condition gagnante.

Les attentes semblent jouer un rôle fondamental. Des **attentes claires** et bien comprises de tous facilitent l'implantation harmonieuse du programme. Des paramètres d'intervention bien définis, à l'intérieur d'un document phare, jettent les bases pour préciser les attentes quant à la réalisation du programme. Pour ÉquiLIBRE et MARCHE, les Programmes-cadres ont été cités à plusieurs reprises lors de la collecte de données. Ces documents ont servi de référence aux gestionnaires et aux équipes au moment d'implanter les programmes.

Par ailleurs, un gestionnaire qui précise bien, aux intervenants des équipes, ses attentes quant aux modalités de fonctionnement et de mise en œuvre du programme, en facilite l'implantation. Cela réduit les risques de confusion ou les interprétations différentes que peuvent avoir les divers intervenants impliqués dans le programme ou leurs supérieurs. L'implantation d'ÉquiLIBRE et de MARCHE s'est vue facilitée dans les organisations où le gestionnaire était impliqué et précisait ses attentes. Au contraire, dans certains milieux, l'implantation a été difficile et la compréhension des différentes personnes impliquées a été variable. Dans ces cas, les équipes n'ont pas pu compter sur la présence d'un gestionnaire attiré à la prévention des chutes, et les attentes de l'établissement n'étaient pas clairement définies.

6.6.3. L'intervenant

Avec l'arrivée d'un nouveau programme, la **formation** est un élément indispensable. Elle permet aux intervenants de bien en comprendre les fondements et assure que l'intervention sera réalisée correctement. Autant que possible, cette formation doit être uniforme et offerte par une même instance qui connaît bien le programme. Elle doit aussi être disponible en continu, car les établissements vivent un roulement important des ressources humaines (c'est d'ailleurs ce qui a été observé dans la présente évaluation).

L'**adaptation** est un élément au cœur du changement de pratiques. La venue d'un nouveau programme nécessite des ajustements, notamment dans les rôles des individus et dans leurs routines de travail. L'intégration de nouvelles tâches demande non seulement une ouverture des personnes à s'adapter, mais aussi une capacité à réaliser ces adaptations. Dans le cadre de l'évaluation, diverses situations ont été observées. Dans certains cas où des personnes démontraient une grande réticence à adapter leurs pratiques, l'implantation était plus ardue. Par ailleurs, certains intervenants, bien qu'ouverts aux changements, vivaient plusieurs contraintes à l'intérieur de leur établissement, rendant les adaptations nécessaires impossibles. Ceux-ci ont déclaré avoir beaucoup de difficulté à intégrer le programme à leur routine de travail. Toutefois,

plusieurs expériences ont été beaucoup plus positives, puisque les adaptations ont été réalisées sur une base volontaire et les organisations ont fait preuve de souplesse.

Finalement, la **valorisation** du travail des intervenants, souvent négligée, a une incidence importante sur la motivation de ceux-ci à continuer de mettre les efforts et le temps requis pour la bonne marche des programmes. L'évaluation a clairement fait ressortir qu'il n'était pas aisé de faire vivre un programme préventif dans des organisations où le curatif prime. Dans ce contexte, valoriser le travail des ressources qui doivent assumer des fonctions préventives, en intégrant certaines formes de reconnaissance, favoriserait l'implantation de programmes de santé publique.

En conclusion, deux éléments sont ressortis comme étant majeurs dans l'implantation des programmes MARCHÉ et EquiLIBRE, et ce, tant aux niveaux de l'organisation et des équipes que de celui des individus : le **temps** et le **soutien de la DRSP**.

Il faut du temps aux organisations pour adopter les programmes et réunir les ressources nécessaires. Un temps suffisant doit être alloué aux équipes pour s'approprier les programmes, définir et attribuer les rôles et déterminer les modalités de mise en œuvre. Enfin, les intervenants ont besoin de temps pour assimiler leurs nouvelles tâches et les intégrer à leur routine de travail.

La DRSP joue un rôle essentiel au moment d'implanter des programmes préventifs. Il ne suffit pas de transmettre le programme et les exigences régionales au palier local. Il est souhaitable que la DRSP s'implique davantage. Cette condition de succès a d'ailleurs été relevée par tous lors de la collecte de données. Au niveau stratégique, la DRSP peut orienter la prise de décision, négocier avec les établissements quant aux cibles à atteindre et porter un jugement sur l'utilisation du financement. Au niveau opérationnel, elle peut accompagner les équipes dans l'implantation, notamment en formant les intervenants mais surtout en se penchant sur leurs réalités locales et en adaptant le programme à celles-ci, tout en s'assurant qu'ils demeurent dans les limites d'une intervention démontrée efficace.

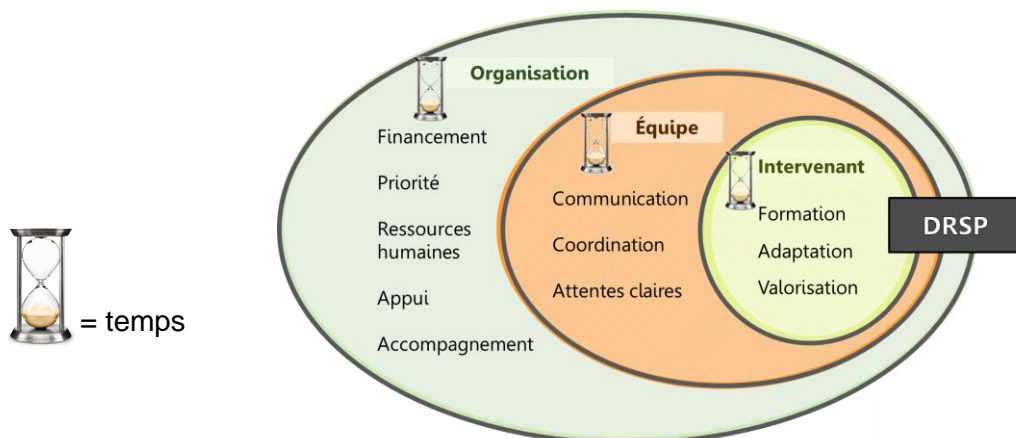


Fig. 23 – Conditions de succès à l'implantation d'un programme de santé publique

VII. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

7.1. Points forts de l'étude

Cette étude comporte un certain nombre de forces. D'abord, le type d'évaluation privilégié qui porte un regard sur l'implantation de deux programmes de prévention des chutes constitue un point fort. En effet, peu d'études ont été consacrées aux conditions d'implantation à privilégier ou à éviter, contrairement aux effets de ce genre de programmes qui sont bien démontrés. Ensuite, l'étude a bel et bien atteint les objectifs d'évaluation, tels que définis. De plus, les résultats recueillis dans la recension des écrits, jumelés à ceux qui se dégagent du terrain, font preuve d'une grande cohérence entre eux tout en enrichissant les connaissances.

Sur le plan méthodologique, le choix du cadre conceptuel s'est avéré approprié, en raison notamment des dimensions pour chaque niveau et des conditions qui y sont associées. Celles-ci apparaissent suffisamment exhaustives pour faire ressortir l'ensemble des enjeux d'implantation liés aux deux programmes. Le choix des collectes de données s'est aussi révélé adéquat. La combinaison de données rétrospectives, de données administratives et de celles recueillies expressément pour l'étude a permis d'obtenir une richesse d'information tout en reflétant la situation au moment de la collecte, mais également, son évolution dans le temps. De plus, le fait d'inclure l'ensemble des établissements qui appliquent ÉquILIBRE et MARCHE a permis de dresser un bilan complet de l'implantation régionale, qui tient compte des différentes réalités. L'ensemble de cette information est très riche et peut s'avérer très utile à d'autres milieux qui décideraient d'implanter ce type de programmes.

Tous les outils de collecte de données ont été bâtis aux fins de l'étude. Le temps mis à leur conception, particulièrement pour les canevas d'entrevue, a été bien investi. En effet, les questions ont été révisées pour les programmes, les organisations et les répondants de façon à être bien comprises et adaptées au contexte, sans toutefois en dénaturer le sens. Celles-ci ont fait émerger des réponses qui concordaient réellement avec les conditions d'implantation du cadre conceptuel retenu.

Le fait d'interroger deux groupes de répondants, soit les gestionnaires locaux en prévention des chutes et les intervenants, a permis de mettre en relief les réalités vécues à chacun des niveaux concernés (macro, intermédiaire et individuel) des organisations dans l'implantation des deux programmes. Comme ces personnes occupent différentes positions dans leur établissement respectif, leurs témoignages ont fait ressortir des points de vue à la fois variés et complémentaires. Aussi, le nombre et la diversité des intervenants interrogés a permis d'obtenir une bonne représentativité, ce qui s'est avéré très positif dans le cadre de la présente évaluation.

L'analyse des données, appuyée sur des résultats objectifs (atteinte des cibles et présence des paramètres du programme) et subjectifs (présence, ou non, des conditions d'implantation à partir

des perceptions des acteurs), constitue une force de cette étude. Le cadre conceptuel proposait 27 catégories mutuellement exclusives auxquelles il était facile d'associer les éléments de réponse qui y correspondaient.

En dernier lieu, étant donné que l'évaluation d'implantation s'est réalisée au même moment pour ÉquiLIBRE et MARCHE, des séances de travail entre les évaluateuses ont permis d'échanger et de valider la compréhension de chacune quant à certains aspects de l'étude, dont les étapes d'implantation franchies, ou non, pour les deux programmes. L'ensemble du processus a aussi fait l'objet de validations par un comité de suivi, mis en place à la DRSP, qui a accompagné la démarche d'évaluation.

En outre, le fait qu'une des deux évaluateuses soit à la fois la conceptrice du programme ÉquiLIBRE et répondante régionale, responsable de soutenir l'implantation du Continuum en prévention des chutes auprès des établissements, présente quelques avantages. Sa connaissance fine et son appropriation des programmes étaient optimales. De plus, le fait d'avoir suivi l'implantation des programmes au cours des années lui a permis de bien saisir leur évolution. Finalement, l'accompagnement offert à chaque établissement depuis le début a facilité la compréhension des modes de fonctionnement et des enjeux locaux propres à chacun.

7.2. Limites de l'étude

Cette évaluation présente aussi certaines limites, qu'il importe d'exposer. La revue de littérature renferme quelques lacunes, principalement du fait que peu d'articles consultés abordaient l'ensemble des concepts à l'étude. Il est donc permis d'en déduire que soit les écrits concernant le sujet à l'étude ne sont pas aussi étoffés que ce qui était attendu, soit la recherche dans les bases de données comporte des manquements. Cette deuxième hypothèse est cependant moins probable, vu la redondance des articles recensés. De plus, comme il a été mentionné précédemment, plusieurs articles retenus n'étaient pas suffisamment explicites sur le plan de la méthodologie.

Malgré l'intérêt du cadre conceptuel, celui-ci n'est pas très précis quant à la définition des étapes d'implantation et aux liens entre celles-ci et les dimensions directement concernées, ce qui a pu affecter l'interprétation de certains résultats. De plus, comme il n'existait pas de questionnaire issu du cadre conceptuel, des canevas ont dû être élaborés aux fins de l'évaluation. L'utilisation d'un outil validé aurait été préférable et aurait fait gagner du temps.

Quelques éléments de la méthodologie pourraient être améliorés. D'abord, d'autres groupes de répondants auraient pu être rencontrés. Le personnel des centres de jour et des résidences privées, les collègues du SAD ainsi que les chefs de programme auraient probablement apporté des points de vue complémentaires qui auraient enrichi les résultats. Les ressources de la DRSP impliquées dans la mise en œuvre de ces programmes auraient aussi été des informateurs

pertinents, notamment parce qu'ils portent un regard d'ensemble, davantage macroscopique, sur l'implantation. Il a toutefois été convenu de les exclure de l'étude pour diminuer les biais possibles.

Dans un même ordre d'idées, les entrevues de groupe ont été privilégiées pour les intervenants ÉquiLIBRE et MARCHE pour chacun des cinq établissements de la région. Le groupe a pu entraîner un effet de désirabilité sociale pour certains, influençant leurs propos dans le sens de ce qui est collectivement souhaité. Les gestionnaires, pour leur part, étaient questionnés sur les deux programmes, ÉquiLIBRE et MARCHE, au cours de la même entrevue. Des éléments ont pu être oubliés pour l'un ou l'autre programme ou confondus, compte tenu du nombre d'éléments couverts lors de ces rencontres. De plus, le fait qu'ÉquiLIBRE ait été implanté en centres de jour il y a plusieurs années, alors que l'implantation dans la communauté est plus récente, a pu influencer les points de vue émis concernant ce programme.

Finalement, dans le cas d'une des évaluatrices, d'être à la fois associée à la conception d'ÉquiLIBRE et répondante régionale de la mise en place des programmes en prévention des chutes peut constituer également une limite de l'étude. Il est possible, en effet, que des biais aient été introduits dans l'évaluation en raison de ce contexte particulier. Bien que l'analyse soit basée sur les données recueillies, la prétention à l'objectivité complète est discutable.

CONCLUSION

La présente évaluation met en lumière l'état de l'implantation des programmes ÉquiLIBRE et MARCHE pour l'ensemble de la région de la Capitale-Nationale. Le rapport révèle les conditions qui expliquent le niveau d'implantation actuel et avance des recommandations pour l'optimiser. Ce rapport régional rassemble en fait les résultats recueillis dans cinq établissements de la région pour deux programmes distincts. Déjà, les établissements de la région ont entre les mains les résultats locaux, tant pour ÉquiLIBRE que pour MARCHE, accompagnés de recommandations personnalisées à mettre en œuvre sur leur territoire afin d'améliorer leur situation relativement aux deux programmes.

L'information qui découle de l'étude s'avère utile non seulement à la région immédiate, mais également à d'autres milieux désirant implanter ces programmes. Ce rapport renferme une base d'information sur les principales conditions gagnantes à prendre en compte au moment d'implanter des programmes de prévention des chutes.

Le cadre conceptuel revêt des forces certaines et permet d'exposer les conditions d'implantation d'un nouveau programme du point de vue des acteurs d'une organisation, qui se situent tant aux niveaux décisionnels et des équipes de travail qu'au niveau individuel. Les conditions liées à chacun des niveaux servent de repères et de prémisses aux conditions des niveaux qui suivent. Ce cadre s'est avéré pertinent aux fins de la démarche d'évaluation, mais aussi pour les personnes rencontrées en entrevue, particulièrement les gestionnaires qui, par les dimensions abordées, ont pris conscience de facettes auxquelles ils n'avaient pas pensé et qui pouvaient jouer un rôle favorable dans l'implantation des deux programmes. Pour ces raisons, le cadre de Scheirer (1981) et Roberts-Gray et Scheirer (1988) est à considérer dans l'implantation ou l'évaluation d'autres programmes de santé publique au sein d'organisations.

Pour ÉquiLIBRE, deux enjeux apparaissent importants dans le succès de l'implantation. L'un d'eux a été abordé quelque peu par les répondants et dans la revue de littérature, soit les paramètres du programme et ses exigences. La fréquence de deux séances hebdomadaires et les difficultés associées au transport sont deux exemples illustrant ces éléments. Les notions d'assiduité au programme et de motivation sont aussi ressorties à plusieurs reprises. La littérature est riche au sujet des conditions qui font en sorte que les personnes âgées participent ou non à un programme d'exercices en prévention des chutes. Ces éléments apparaissent comme des pistes intéressantes pour de futures recherches.

Pour MARCHE, la cohabitation du préventif et du curatif, à laquelle les intervenants sont confrontés quotidiennement, représente un enjeu majeur dans la mise en place de ce programme qui implique plusieurs professionnels de diverses disciplines. La disponibilité de ces derniers constitue un autre aspect central, en raison notamment de la demande croissante au SAD, qui mobilise grandement

les intervenants. Ces enjeux sont majeurs au regard de l'implantation de programmes de santé publique au sein de services de cette nature. La recherche de solutions pour favoriser le maillage du curatif et du préventif doit se poursuivre

Le défi est grand pour proposer des programmes préventifs dont l'efficacité est reconnue ou prometteuse pour répondre aux besoins des aînés. Implanter de tels programmes dans nos organisations selon les conditions favorables qui émergent de cette étude est un premier pas vers le succès. Il est souhaitable que davantage d'interventions préventives sur diverses problématiques de santé soient développées et offertes aux personnes âgées, et qu'un regard évaluatif y soit porté afin de dégager les meilleures pratiques.

BIBLIOGRAPHIE

- BANEZ, Carol, et autres. "Development, implementation, and evaluation of an interprofessional falls prevention program for older adults", *Journal of American Geriatric Society*, vol. 56, n°8, 2008, p. 1549-1555.
- BÉDARD, Amélie, Michèle PARADIS et autres. *La prévention des chutes chez les aînés : Évaluation d'une intervention préventive auprès des médecins de première ligne de deux secteurs de CLSC de la région de la Capitale-Nationale*, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, Québec, 2007, 86 p.
- BENJAMIN, Kathleen, Nancy EDWARDS et Wenda CASWELL. "Factors influencing the physical activity of older adults in long-term care : Administrators perspectives", *Journal of Aging and Physical Activity*, vol. 17, n° 2, 2009, p. 181-195.
- BLEIJLEVENS, Michel H. C., et autres. "Process factors explaining the ineffectiveness of a multidisciplinary fall prevention programme : A process evaluation", *BMC Public Health*, vol. 8, n° 332, 24 septembre 2008, p.1-11. doi : 10.1186/1471-2458-8-332.
- BROWN, Cynthia J., et autres. "Changes in physical therapy providers' use of fall prevention strategies following a multicomponent behavioral change intervention", *Physical Therapy*, Birmingham, États-Unis, vol. 85, n° 5, 2005, p. 394-403.
- CARDINAL, Lise, et autres. *Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel*, Institut national de santé publique du Québec, 2008, 58 p. Également disponible en ligne : www.inspq.qc.ca/pdf/publications/860_PerspectiveVieillissementSante.pdf.
- DARGENT-MOLINA, Patricia, et Gérard BRÉART. « Épidémiologie des chutes et des traumatismes reliés aux chutes chez les personnes âgées », *Revue Épidémiologie et Santé Publique*, vol. 43, n° 1, 1995, p. 72-83.
- DESROSIERS, Hélène. *Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes, applications en promotion de la santé et en toxicomanie*, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Québec, 1998, 130 p.
- FILIATRAULT, Johanne, et autres. "Implementing a community-based falls-prevention program : from drawing board to reality", *Canadian Journal of Aging*, vol. 26, n° 3, 2007, p. 213-226.
- GAGNÉ, Denise, et Catherine GAGNON. *Programme MARCHE – Mobilisation auprès des aînés pour réduire les chutes dans l'environnement domiciliaire : Volet Interventions multifactorielles personnalisées : Programme-cadre : Région de la Capitale-Nationale*, Québec, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, Québec, 2007, 86 p.
- GAGNON, Catherine, et Mélanie LAFRANCE. *Prévention des chutes auprès des personnes âgées vivant à domicile : analyse des données scientifiques et recommandations préliminaires à l'élaboration d'un guide de pratique clinique*, Institut national de santé publique du Québec, Montréal, 2011, 100 p.

- GARDNER, Melinda M., et autres. "Application of a falls prevention program for older people to primary health care practice", *Preventive Medicine*, vol. 34, n° 5, 2002, p. 546-553. doi : 10.1006/pmed.2002.1017.
- VAN DER HELM, Jelle, Astrid GOOSSENS et Patrick M. M. BOSSUYT. "When implementation fails : The case of a nursing guideline for fall prevention", *Journal on Quality and Patient Safety*, vol. 32, n°3, mars 2006, p. 152-160.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Perspectives démographiques du Québec et des régions 2006-2056*, gouvernement du Québec, 2009, 133 p. Également disponible en ligne : www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/perspectives/perspectives-2006-2056.pdf.
- KOM MOGTO, Christelle Aïcha. *Pratiques cliniques préventives visant la prévention des chutes chez les personnes âgées dans un GMF : Évaluation de faisabilité*, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, Québec, 2012, 31 p.
- LI, Fuzhong, et autres. "Tai Chi : Moving for better balance – Development of a community-based falls prevention program", *Journal of Physical Activity and Health*, vol. 5, 2008, p. 445-455.
- MACKENZIE, Lynette. "Perceptions of health professionals about effective practice in falls prevention", *Disability and Rehabilitation*, Australie, vol. 31, n° 24, 2009, p. 2005-2012.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Personnes âgées*, 2013, gouvernement du Québec, [En ligne], [www.msss.gouv.qc.ca/sujets/groupe/personnes_agees.php] (Consulté en avril 2013).
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Direction générale de santé publique, 126 p. Également disponible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2002/02-216-01.pdf>.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoires des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire, de 1981 à 2031*, 2010, [Fichier Excel des projections]. Cité dans : DUPLAIN, Myriam. *Les enjeux démographiques à l'horizon 2031*, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2010. [Présentation PowerPoint].
- MITCHELL, Eileen, et Helen LAWES. "Falls education for practitioners : auditing a three-tier learning approach", *Nursing older people*, vol. 20, n° 1, février 2008, p. 27-30.
- O'LOUGHLIN, Jennifer L., et autres. "Incidence of ad risk factors of falls and injurious falls among the community-dwelling elderly", *American Journal of Epidemiology*, vol. 137, n° 3, février 1993, p. 342-354. Cité dans : ST-LAURENT, Marc, et autres. *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile. Cadre de référence*, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Direction des communications, Québec, 2004, 108 p. Également disponible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-232-01.pdf>
- PATTON, Michael Quinn (1986), et François CHAMPAGNE (1990). [Bibliographies absentes]. Cité dans : GERVAIS, M. Types d'évaluation, cours n° 3 et n° 4, 28 septembre 2007, cours

- Théorie de l'évaluation, SAC-67321 en santé communautaire*, Université Laval, Faculté de médecine, Département de médecine sociale et préventive, 1990. [Présentation PowerPoint].
- PAYEUR, Frédéric F. « La mortalité et l'espérance de vie au Québec, 2010 et tendance récente », *Coup d'œil sociodémographique*, Institut de la statistique du Québec, n° 11, 2010, 3 p. [En ligne],
[www.stat.gouv.qc.ca/publications/demograp/pdf2011/coupdoeil_sociodemo_no11.pdf]
(Consulté le 2 octobre 2011).
- RÉSEAU FRANCOPHONE DE PRÉVENTION DES TRAUMATISMES ET DE PROMOTION DE LA SÉCURITÉ. *Référentiel de bonnes pratiques. Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile*, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, France, 2005, 156 p. Également disponible en ligne :
<http://www.inpes.sante.fr/cfesbases/catalogue/pdf/830.pdf>
- RHONDA, Nay, et Susan KOCH. "Overcoming restraint use : Examining barriers in Australian Aged Cared Facilities", *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 32, n° 1, 2006, p. 33-38.
- ROBERTS-GRAY, Cynthia, et Mary Ann SCHEIRER. "Checking the congruence between a program and its organizational environment", doi : 10.1002/ev.1497. Cité dans : CONRAD, K.J, et Cynthia ROBERTS-GRAY. *New Directions for Program Evaluation*, vol. 1988, no 40, 1988, p. 63-82.
- ROBITAILLE, Yvonne, et Jean GRATTON. *Les chutes chez les adultes âgés : vers une surveillance plus fine des données d'hospitalisation*, Institut national de santé publique du Québec, 2005, 20 p. [En ligne],
[<http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/414-ChutesAdultesAgesHospitalisation.pdf>]
(Consulté le 2 octobre 2011)
- ROSE-MALTAIS, Judith, et Sylvie ROY. *Programme de prévention des chutes ÉquiLIBRE*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2015.
- SAUVE-QUI-PENSE, *Le fardeau économique des blessures au Canada*, Toronto, 2009, 129 p. [En ligne],
[<http://www.parachutecanada.org/telechargez/recherche/rapports/EBI2009.pdf>]
- SCHEIRER, Mary Ann. *Program implementation, The Organizational context* (Contemporary evaluation research : Book 5), Sage Publications Inc., 1981, 231 p.
- SEMIN-GOOSSENS, Astrid, Jelle VAN DER HELM et Patrick M. M. BOSSUYT. "A failed Model-Based Attempt to Implement an Evidence-Based Nursing Guideline for Fall Prevention", *Journal of Nursing Care Quality*, vol. 18, n° 3, septembre 2003, p. 217-225.
- STACKPOOL, Gai. " 'Make a move' falls prevention project : an Area Health Service collaboration", *Health Promotion Journal of Australia*, vol. 17, n° 1, avril 2006, p. 12-20.
- ST-LAURENT, Marc, et autres. *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile. Cadre de référence*, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Direction des communications, Québec, 2004, 108 p. Également disponible en ligne :
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-232-01.pdf>.

- SZE, Pan-Ching, et autres. "A primary falls prevention programme for older people in Hong Kong", *British Journal of Community Nursing*, vol. 10, n° 4, 2005, p. 166-171. doi : <http://dx.doi.org/10.12968/bjcn.2005.10.4.17956>.
- THEODOS, Phyllis. "Fall prevention in frail elderly nursing home residents. A challenge to case management : Part II", *Lippincott's Case Management*, vol. 9, n° 1, janvier 2004, p. 32-44. doi : <http://dx.doi.org/10.12968/bjcn.2005.10.4.17956>.
- WRIGHT, Sara, Beryl GOLDMAN et Neil BERESIN. "Three essentials for successful fall management. Communication, Policies and Procedures, and Teamwork", *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 33, n° 8, août 2007, p. 42-48.

ANNEXES

Annexe A

Tableau comparatif des modalités de fonctionnement ÉquiLIBRE par établissement

Le tableau présente, pour chaque étape, les paramètres des programmes tels que définis dans le Programme-cadre. Les spécificités dans les modalités de fonctionnement sont ensuite précisées pour chacun des établissements.

Légende

| | | | | | |
|---------|---|--------|--|--------|---|
| AM : | Autres milieux | RP : | Résidences privées | TRP : | Thérapeute en réadaptation physique |
| CSSS : | Centre de santé et de services sociaux | SCLA : | Services communautaires de langue anglaise | TUG : | Timed up and go |
| CHSLD : | Centre d'hébergement de soins de longue durée | SEG : | Services externes de gériatrie | URFI : | Unité de réadaptation fonctionnelle intensive |
| CJ : | Centre de jour | SAD : | Soutien à domicile | UTRF : | Unité transitoire de récupération fonctionnelle |
| Ergo : | Ergothérapeute | TPO : | Temps partiel occasionnel | | |

| | CSSS de Charlevoix | CSSS de Portneuf | CSSS de Québec-Nord | SCLA Jeffery Hale | CSSS de la Vieille-Capitale |
|-------------------------|---|---|--|--|---|
| Paramètres du programme | Promotion du programme | | | | |
| | 1. L'établissement est responsable de promouvoir l'activité | | 2. La DRSP soutient l'établissement en fournissant du matériel promotionnel | | 3. La DRSP soutient le milieu en diffusant la programmation locale |
| Milieux | - Une liste de milieux potentiels prêts à accueillir le programme est disponible dans l'ouest et prochainement dans l'est. | --- | - Une liste de toutes les RP du territoire a été élaborée. L'infirmière pivot du CSSS a recueilli les milieux intéressés à ÉquiLIBRE, le CSSS a identifié ceux ayant les meilleures conditions d'implantation. | --- | --- |
| Période | - 4 semaines avant le début du programme. | - En continu. - Intensification 4 à 8 semaines avant le début du programme. | - En continu. - Intensification 2 à 4 semaines avant le début du programme. | - 4 semaines avant le début du programme. | - 4 à 6 semaines avant le début du programme. |
| Moyens | - Approche individuelle (CJ et RP). - Séance d'information aux aînés et au gestionnaire du milieu (AM). - Porte à porte (AM). - Bouche à oreilles. | - Séance d'information en CJ. - En 2008 a été organisé le mois de la réadaptation sous le thème « Soignons notre ÉquiLIBRE ». Le programme s'est fait connaître à ce moment. | - Approche individuelle (CJ). - Un CJ fait une capsule de prévention des chutes à l'ensemble des usagers. - Approche individuelle par ressource du milieu, animateur du programme contacte ensuite les aînés (RP). - Présentation au gestionnaire du milieu (RP). | - Approche individuelle. - Séance d'information aux aînés. Elle a lieu pendant la mise en forme en CJ ou lors de la présentation des services des SCLA aux résidents en RP. - Présentation au conseil d'administration du milieu (RP). | - Séance d'information (RP). - Séance d'information ou approche individuelle à des usagers ciblés* (CJ). * Les usagers potentiels sont identifiés par les intervenants du CJ, ça se fait parfois en rencontre d'équipe. - Une capsule d'information a été écrite dans le journal d'une résidence privée. |

| | CSSS de Charlevoix | CSSS de Portneuf | CSSS de Québec-Nord | SCLA Jeffery Hale | CSSS de la Vieille-Capitale |
|------------------------------|---|--|---|---|---|
| | Promotion du programme | | | | |
| Personne (s) responsable (s) | - animateurs du programme. | - Intervenants du CSSS, dont les animateurs du programme. - Accueil AEO (accueil, évaluation, orientation). | - Une TRP a été mandatée pour planifier l'implantation en RP pour 2010-2011. - Ressources du milieu : infirmière, infirmière auxiliaire, directrice des soins (RP) ou intervenants (CJ). | - animateurs du programme. | - Intervenants-pivot local en prévention des chutes, parfois accompagné par une ressource du milieu (RP). - animateurs du programme et intervenants du milieu (CJ). |
| Outil (s) utilisé (s) | - Affiches et encarts ÉquiLIBRE. | - Affiches et encarts ÉquiLIBRE. | - Affiches et encarts ÉquiLIBRE. | - Affiches et encarts ÉquiLIBRE (TRÈS PEU). | - Affiches et encarts ÉquiLIBRE. - Affiche* annonçant la séance d'information (RP) développée par le CSSS. * Une ressource du milieu place l'affiche à des endroits stratégiques des RP. |
| | Recrutement de la clientèle | | | | |
| Paramètres du programme | 4. L'établissement est responsable de l'inscription 5. L'inscription est gratuite 6. La priorité est donnée aux nouveaux participants 7. L'activité est accessible à tous 8. Le nombre d'inscriptions est limité à 8 participants par intervenant | | 9. La clientèle cible est respectée : Aînés à risques modérés de chute - Chute (s) dernière année (ou) - Troubles marche/équilibre (ou) - Utilisation accessoire marche (ou) - Référence par un physio du programme MARCHE | | Les critères d'exclusion sont respectés : - Incapacité de marcher 6 m avec ou sans accessoire de marche - Troubles cognitifs nuisant à la compréhension ou à la sécurité - Est en soins palliatifs - Participation non volontaire |
| Aînés et milieux rejoints | - CJ. - Résidences privées. - Habitations à loyer modique. - Aînés de la population (souvent référés par physios). - Les groupes en CJ peuvent être complétés par des aînés de l'externe (qui ont été hospitalisés ou qui ont été évalués en réadaptation). Ces aînés ne sont pas inscrits au CJ. | - CJ. - Aînés de la population. | - CJ. - Résidences privées. | Aînés d'expression anglaise : - CJ. - résidences privées. Il y a alternance de ces milieux à chacune des sessions. | - CJ. - Résidences privées. |
| Période | - En continu, intensification dans le mois précédant le début des activités. | - En continu, intensification dans le mois précédant le début des activités. | - En continu, intensification dans le mois précédant le début des activités. | - En continu, intensification dans le mois précédant le début des activités. | - En continu, intensification dans le mois précédant le début des activités. |
| Responsable(s) Recrutement | - animateurs du programme. - Intervenants en CJ. - Physios des hôpitaux. - Parfois références de médecins et de MARCHE. | - Tout le personnel du CSSS (SAD, SEG, URFI, réadaptation). - Parfois références de médecins et de MARCHE. | - Intervenants du milieu. - Parfois références de l'UTRF, du CLSC et de MARCHE. | - Intervenants du milieu (CJ). - animateurs du programme (RP). - Parfois références de MARCHE. | - Intervenants du milieu. - animateurs du programme. - Parfois références de MARCHE. |

| | CSSS de Charlevoix | CSSS de Portneuf | CSSS de Québec-Nord | SCLA Jeffery Hale | CSSS de la Vieille-Capitale |
|-----------------------------|---|--|---|---|--|
| Inscription | - animateurs du programme. | - intervenant-pivot local en prévention des chutes. - Responsable de la réadaptation. | - Intervenants du milieu (CJ). - animateurs du programme (RP). | - animateurs du programme. | - intervenant-pivot local en prévention des chutes. |
| Outil (s) utilisé (s) | --- | - Une présentation PowerPoint a été élaborée pour former le personnel au recrutement. | --- | - Feuille pour inscription à l'activité, affichée dans le lobby (RP). | - Le CSSS a conçu deux lettres d'information afin de faciliter le recrutement de la clientèle au participant et aux ressources du milieu. |
| Recrutement de la clientèle | | | | | |
| Procédure d'inscription | - Signifier un intérêt à l'un des responsables. | - Signifier un intérêt à un intervenant du SAD. - Appel téléphonique aux personnes inscrites 1 mois avant le début de la session pour confirmer leur intérêt à participer. - Les noms des participants au groupe sont transmis aux archives pour création d'un dossier groupe. | - Signifier un intérêt à un intervenant du milieu. | - Signifier un intérêt à un intervenant du milieu (CJ). - Signifier un intérêt lors de la séance d'information ou inscrire son nom sur la feuille réservée à cet effet (RP). | - Signifier un intérêt à un intervenant du milieu. - En RP, les ressources du milieu ciblent des participants potentiels qui assistent à la séance d'information. Par la suite, il s'agit de signifier un intérêt après la séance d'information pour être inscrit. |
| Liste d'attente | - Les personnes intéressées à y participer à nouveau sont sur la liste d'attente. Le programme leur est offert si des places sont disponibles. | - Les personnes intéressées à y participer à nouveau y figurent. Le programme leur est offert si des places sont disponibles. | - La plupart des RP ont une liste d'attente de personnes intéressées à participer au programme. | - Il y a une liste d'attente de personnes intéressées à participer au programme. | - Dans certaines RP il y a une liste d'attente. Les « anciens » sont repris deux sessions plus tard, à moins d'avoir des besoins spécifiques. |
| Sélection des participants | - Il peut arriver que l'intervenant juge qu'une deuxième session serait bénéfique pour un participant. Une 3 ^e session est possible, quand il reste des places dans un groupe. | - Les personnes qui vivent de l'isolement peuvent être retenues en priorité dans certains cas. - Pour maintenir la motivation à participer, des aînés peuvent rejoindre le groupe en cours de session s'il y a des places libres et si le profil de l'utilisateur le permet. Ils doivent par contre se réinscrire à la session suivante pour participer à une session complète. | - Des participants peuvent rejoindre le groupe en cours de session s'il y a des places libres. Ils doivent par contre se réinscrire à la session suivante [autant que possible] pour participer à une session complète. | --- | - Généralement les nouvelles personnes sont retenues en priorité, mais le jugement clinique prévaut. L'intérêt et la motivation sont aussi pris en compte. - Les références d'intervenants du CSSS ou en provenance d'un médecin sont privilégiées quand ces aînés demeurent dans une RP où le programme est offert. Ensuite, la priorisation dépend de la liste d'attente de la RP située le plus près du domicile de la personne. - Le jugement de l'intervenant prévaut sur les critères d'inclusion et d'exclusion. En RP, on interroge les intervenants du milieu pour vérifier ces critères. - Un participant peut participer à un maximum de 3 sessions. |

| | CSSS de Charlevoix | CSSS de Portneuf | CSSS de Québec-Nord | SCLA Jeffery Hale | CSSS de la Vieille-Capitale |
|--|--|--|--|---|--|
| Complétion de la grille de sélection des participants au programme ÉquiLIBRE | | | | | |
| Paramètres de programme | 10. La grille de sélection des participants est complétée pour tous les participants 11. Une référence au médecin est faite au besoin 12. Le participant est référé au programme adéquat selon le niveau de risque qu'il présente | 13. L'animateur a accès aux grilles de sélection des participants pour consultation 14. Les grilles de sélection des participants sont rangées sous clé | | 15. La grille de sélection des participants est mise à jour annuellement ou si un changement dans l'état de santé survient 16. Le participant signe sa grille de sélection | |
| Procédure | <ul style="list-style-type: none"> - Rencontre individuelle avec la personne âgée. - La révision peut se faire par téléphone. - Le secteur ouest demande une autorisation médicale pour tous et élabore un aide-mémoire des problèmes de santé des participants. - Le secteur est demandé en plus, le profil pharmacologique. - La signature de la grille n'est pas systématique. | <ul style="list-style-type: none"> - Rencontre individuelle avec la personne âgée. - Les grilles complétées sont transmises aux archives - Le nom du référent figure sur la grille de sélection. - La signature de la grille n'est pas systématique. | <ul style="list-style-type: none"> - Rencontre individuelle avec la personne âgée. - Prétest réalisé également; ces résultats ne sont pas considérés pour l'évaluation (prétest refait en début de session). - Parfois les proches sont mis à contribution. | <ul style="list-style-type: none"> - Rencontre individuelle avec la personne âgée. | <ul style="list-style-type: none"> - Rencontre individuelle avec la personne âgée. - Consultation du dossier de l'utilisateur (CJ). - Les communications au médecin ont été adaptées par le CSSS. - En RP, on demande une autorisation médicale pour tous, car ce ne sont pas des clients connus du SAD. |
| Période | - Au cours de la semaine précédant le début du programme, en même temps que le prétest. | - Au cours du mois précédant le début du programme. | - Au cours du mois précédant le début du programme. | - Au cours du mois précédant le début du programme. | - Au cours du mois précédant le début du programme. |
| Personne (s) responsable (s) | - Animateurs du programme, les ressources du milieu contribuent. | - Animateurs du programme. - Référents s'ils sont de la réadaptation. | - Infirmières ou animateurs du programme si c'est une ressource du milieu (CJ). - TRP responsable de l'implantation (RP). | - Animateurs du programme. | - Infirmières et/ou animateurs du programme (CJ). - Physios du SAD (RP). |
| Outils utilisés | - Grille de sélection et communications au médecin du Programme-cadre. | - Grille de sélection et communications au médecin du Programme-cadre. | - Grille de sélection et communications au médecin du Programme-cadre. | - Grille de sélection et communications au médecin du Programme-cadre. | - Grille de sélection et communications au médecin du Programme-cadre. |

| | CSSS de Charlevoix | CSSS de Portneuf | CSSS de Québec-Nord | SCLA Jeffery Hale | CSSS de la Vieille-Capitale |
|--------------------------|--|---|---|---|--|
| | Complétion de la grille de sélection des participants au programme ÉquiLIBRE | | | | |
| Référence aux programmes | - Il y a référence aux autres programmes du Continuum. - Référence à MARCHE s'il y a des troubles cognitifs. Une photocopie de la grille de sélection est annexée aux demandes de référence. | - Il y a référence aux autres programmes du Continuum. | - Il y a référence aux autres programmes du Continuum. | - Il y a référence aux autres programmes du Continuum. | - Il y a référence aux autres programmes du Continuum. - Les références à MARCHE se font par l'agente administrative du point de service. |
| | Évaluation des participants | | | | |
| Paramètres du programme | 17. L'évaluation de l'équilibre est réalisée pour tous les participants 18. L'évaluation de la marche est réalisée pour tous les participants | 19. L'évaluation de la force est réalisée pour tous les participants 20. Le protocole de chacune des évaluations est respecté | 21. Les évaluations ont lieu en début et fin de session 22. L'évaluation est réalisée en prétest et posttest | | |
| Pers. resp. | - Animateurs du programme. | - Animateurs du programme. | - Animateurs du programme. | - Animateurs du programme. | - Animateurs du programme. |
| Procédures | - Évaluations individuelles, tandis que les autres participants font les activités régulières (CJ). | - Évaluations individuelles, tandis que les autres participants font les activités régulières. | - Évaluations individuelles, tandis que les autres participants font les activités régulières (CJ), discutent ou font des exercices en groupe (RP). | - Évaluations individuelles, tandis que les autres participants font les activités régulières (CJ), discutent ou écoutent de la musique en groupe (RP). | - Évaluations individuelles, tandis que les autres participants font les activités régulières (CJ), discutent ou font des exercices en groupe (RP). - Évaluations additionnelles* à domicile par un physio du SAD avant la 1 ^{re} séance (RP). * <i>Berg, TUG, transferts, bilans articulaire et musculaire, marche et histoires de chute.</i> |
| Période | - Dans la semaine précédant le début du programme, en même temps que la complétion de la grille de sélection. - Le posttest a souvent lieu à la 23 ^e séance. - La dernière séance sert au rappel du programme maison. | - À la 1 ^{re} séance ou à la 2 ^e séance, ainsi qu'à la 22 ^e séance et/ou la 23 ^e séance. - À la dernière séance, une capsule santé et une collation sont offertes. | - À la 1 ^{re} séance et à la 23 ^e séance ou à la 24 ^e séance. | - À la 1 ^{re} séance et à la 24 ^e séance. | - À la 1 ^{re} séance et à la 24 ^e séance. |
| Outil utilisé | - La grille d'évaluation du Programme-cadre est utilisée. | - La grille d'évaluation du Programme-cadre est utilisée. | - La grille d'évaluation du Programme-cadre est utilisée. | - La grille d'évaluation du Programme-cadre est utilisée. | - La grille d'évaluation du Programme-cadre est utilisée. |

| | CSSS de Charlevoix | CSSS de Portneuf | CSSS de Québec-Nord | SCLA Jeffery Hale | CSSS de la Vieille-Capitale |
|---------------------------|---|---|---|--|--|
| | Intervention | | | | |
| Paramètres d'intervention | 23. Les animateurs sont issus d'une de ces professions : éducation physique, ergothérapie, kinésiologie, physiothérapie, techniques de réadaptation physique 24. Tous les intervenants ont reçu la formation théorique de la DRSP. 25. Tous les intervenants ont été observés sur le terrain par la DRSP (formation pratique) | 26. Le ratio d'un intervenant pour cinq participants est respecté 27. Les frais d'intervention sont assumés par l'établissement 28. Le programme est réalisé à raison de deux séances supervisées de 1 h par semaine | 29. Le programme a une durée de douze semaines 30. Le programme maison est réalisé minimalement 1x/semaine par les participants 31. La prescription d'exercices est conforme au contenu du programme | | |
| Milieux | - En CJ, RP, habitations à loyer modique, hôpital. | - En CJ, peu importe la provenance de la clientèle. | - En CJ et RP. - Le choix des RP est en fonction de la grandeur des locaux, la disponibilité de ces derniers, du lieu d'entreposage, etc. | - En CJ et RP. - Les salles sont souvent très petites, le corridor doit donc être utilisé. Les intervenants doivent déplacer l'ameublement pour aménager la salle. | - En CJ et RP. - Les salles sont souvent très petites, le corridor doit donc être utilisé. Les intervenants doivent déplacer l'ameublement pour aménager la salle. |
| Animateurs | - TRP du CSSS. | - TRP du CSSS (postes en hébergement). - Quelques intervenants supplémentaires du CSSS sont aussi formés pour remplacements au besoin. - Des TPO sont engagés pour ÉquiLIBRE, cette tâche est jumelée à d'autres dans le CSSS. - Des scénarios sont prévus pour assurer la réalisation d'ÉquiLIBRE en cas d'imprévus. On évite l'annulation autant que possible. | - TRP du SAD (3 ressources pour couvrir la majorité des milieux). - Ergo du CJ pour 2 milieux. - Au début, la formule d'achat de services d'une firme privée a été préconisée (avec le concours de la DRSP) pour animer ÉquiLIBRE. - Il y a eu ensuite des prêts de services de TRP qui venaient exclusivement pour le programme. - Finalement, des postes de TRP ont été titularisés et déployés au SAD pour notamment animer ÉquiLIBRE. | - Ergos du milieu. - Si aucun ergo du milieu n'est disponible, on fait appel à l'ergo ou la TRP du CHSLD (contrat). - Les éducateurs spécialisés des CJ sont impliqués dans l'animation de la mise en forme adaptée à ÉquiLIBRE. - Un animateur a été formé par un collègue. Un autre n'a pas été observé sur le terrain. | - TRP du SAD (3 pour presque tous les milieux). - Ergos du CJ pour certains milieux. - Les éducateurs spécialisés des CJ sont impliqués dans l'animation de la mise en forme adaptée à ÉquiLIBRE. - Au début, la formule d'achat de services d'une firme privée a été préconisée (avec le concours de la DRSP) pour animer ÉquiLIBRE. |
| Type d'intervention | - En semi-groupe. - Le ratio intervenant/participants est parfois plus bas quand les personnes âgées sont en plus grande perte d'autonomie. | - En semi-groupe. | - En semi-groupe. | - En semi-groupe (RP). - Animateur fait les exercices d'équilibre individuellement et éducateur fait l'activation, le renforcement et le retour au calme en grand groupe avec la clientèle régulière (CJ). | - En semi-groupe (RP). - Animateur fait les exercices d'équilibre individuellement et éducateur fait l'activation, le renforcement et le retour au calme en grand groupe avec la clientèle régulière (CJ). |

| | CSSS de Charlevoix | CSSS de Portneuf | CSSS de Québec-Nord | SCLA Jeffery Hale | CSSS de la Vieille-Capitale |
|------------------|---|---|--|--|--|
| | Intervention | | | | |
| Horaire | - Minimale 1 journée de repos entre 2 séances. | - Minimale 1 journée de repos entre 2 séances. - Généralement 2 groupes se succèdent au même endroit dans la même demi-journée. | - Minimale 1 journée de repos entre 2 séances. - Un groupe a des séances de 45 min en raison du déplacement de l'animateur entre 2 milieux. - Les 24 séances ne sont pas toujours toutes données. - Un CJ maintient la fréquence d'une fois par semaine, pour 16 semaines, en raison de l'étendue du territoire qu'il couvre, le fait qu'il soit ambulancier et les problèmes de transport que ça engendre. | - Minimale 1 journée de repos entre 2 séances. - Le programme a lieu en avant-midi (CJ) et après-midi (RP). - Il y a eu une session avec une fréquence d'une séance par semaine en raison du manque de motivation des usagers du CJ. | - Minimale 1 journée de repos entre 2 séances. - Le programme a lieu en avant-midi (CJ et RP) et après-midi (RP) selon les disponibilités des intervenants. - En CJ, il y a eu quelques sessions exceptionnelles avec moins de séances. - Parfois 2 groupes se succèdent au même endroit dans la même demi-journée. |
| Matériel | - Le matériel de la trousse ÉquiLIBRE est utilisé. - Matériel de réadaptation est aussi utilisé. | - Le matériel de la trousse ÉquiLIBRE est utilisé. - Matériel de réadaptation est aussi utilisé. - Le protocole interne de fonctionnement et les documents pour complétion des statistiques sont joints au Programme-cadre. | - Le matériel de la trousse ÉquiLIBRE est utilisé. | - Le matériel de la trousse ÉquiLIBRE est utilisé. | - Le matériel de la trousse ÉquiLIBRE est utilisé. - Un CJ a installé une barre d'appui au mur pour faciliter les transferts au ballon, ainsi qu'un miroir pour aider l'enseignement des mouvements. |
| Transport | - Autobus du CJ. - Taxi. | - Autobus du CJ. - Taxi. - Organismes communautaires. - Proches ou aînés. | - Autobus du CJ. - Taxi. | - Autobus du CJ. - Les tâches d'organiser le transport et de rappeler les participants pour la 2 ^e séance hebdomadaire sont partagées avec les autres intervenants du CJ. | - Autobus du CJ. |
| Programme maison | - Affiché au mur pour rappel aux participants. | --- | - Les intervenants encouragent la réalisation à une fréquence supérieure à 1x/semaine (3x/sem. ou tous les jours). | --- | - Le groupe ÉquiLIBRE est réuni à chaque changement de bloc d'exercices pour l'apprentissage du programme maison (CJ). - Un CJ a expérimenté une révision du programme maison avec les « anciens » au cours de la session suivant leur participation. Ils étaient réunis à tous les changements de blocs d'exercices. |

| | CSSS de Charlevoix | CSSS de Portneuf | CSSS de Québec-Nord | SCLA Jeffery Hale | CSSS de la Vieille-Capitale |
|---------------------------|--|---|---|---|--|
| | Intervention | | | | |
| Réalisation des exercices | <ul style="list-style-type: none"> - La réalisation des exercices est conforme au Programme-cadre. - De l'information de sensibilisation et des mises en situation en prévention des chutes sont intégrées au programme. - Pour le maintien des acquis, le secteur ouest réfère les AM à VIACTIVE après une session ÉquiLIBRE. - Un animateur réalise parfois les exercices d'équilibre en groupe, sans la ceinture de support avec des participants jugés plus autonomes. | <ul style="list-style-type: none"> - La réalisation des exercices est conforme au Programme-cadre. | <ul style="list-style-type: none"> - La réalisation des exercices est conforme au Programme-cadre. | <ul style="list-style-type: none"> - La réalisation des exercices est conforme au Programme-cadre. - Les exercices transitoires sont parfois adaptés. | <ul style="list-style-type: none"> - La réalisation des exercices est conforme au Programme-cadre. - En RP, il n'est pas rare que les exercices de renforcement soient faits avant ceux d'équilibre, car certains participants quittent la session avant le retour au calme. |

ANNEXE B

Tableau comparatif des modalités de fonctionnement MARCHE par établissement

Le tableau présente, pour chaque étape, les paramètres des programmes tels que définis dans le Programme-cadre. Les spécificités dans les modalités de fonctionnement sont ensuite précisées pour chacun des établissements.

Légende

| | | | | | |
|---------|---|----------|--|----------|--|
| AFS : | Adaptation familiale et sociale | DSIE : | Demande de services interétablissements | RP : | Résidence privée |
| AM : | Autres milieux | Ergo : | Ergothérapeute | SAD : | Soutien à domicile |
| CH : | Centre hospitalier | FS : | Feuille synthèse | SCREEN : | <i>Seniors in the Community Risk Evaluation for Eating and Nutrition</i> - Outil de dépistage nutritionnel |
| CHSGS : | Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés | IMP : | Interventions multifactorielles personnalisées | TPO : | Temps partiel occasionnel |
| CHSLD : | Centre d'hébergement de soins de longue durée | MMR : | <i>Mini mental Réduit</i> | TRP : | Thérapeute en réadaptation physique |
| CJ : | Centre de jour | PALV : | Perte d'autonomie liée au vieillissement | TUG : | <i>Timed up to go</i> |
| CSSS : | Centre de santé et de services sociaux | PI : | Plan d'intervention | | |
| | | Physio : | Physiothérapeute | | |

| REPÉRAGE : PARAMÈTRES DU PROGRAMME | | | |
|---|---|--|--|
| Clientèle <ul style="list-style-type: none"> 65 ans et + ou moins de 65 ans avec profil gériatrique Inscrit au SAD A fait 2 chutes ou + dans la dernière année Troubles de la marche et de l'équilibre rapportés ou observés | <ul style="list-style-type: none"> Vérifie la motivation de l'utilisateur Vérifie les critères de pertinence : <ul style="list-style-type: none"> - Le pronostic de vie dépasse 6 mois - La personne n'est pas grabataire - La participation au programme ne doit pas nuire à la personne (agressivité, etc.) | Processus et outils <ul style="list-style-type: none"> Un (des) intervenant (s) responsable (s) du repérage Utilise une feuille synthèse Utilise un tableau de suivi | <ul style="list-style-type: none"> Présence d'une modalité entre le repérage et le dépistage Présence d'un processus de formation pour l'étape du repérage |

| REPÉRAGE : MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT | | | | |
|---|---|--|---|--|
| CSSS de Charlevoix | CSSS de Portneuf | CSSS de Québec-Nord | SCLA Jeffery Hale | CSSS de la Vieille-Capitale |
| <ul style="list-style-type: none"> * Autre clientèle : après épisode de soins ou après réadaptation active (certaines évaluations sont alors déjà complétées; elles ne sont donc pas refaites). * Motivation vérifiée au repérage et au dépistage. * Repérage par tous les intervenants du SAD (surtout psychosociaux, ils sont les 1^{ers} évaluateurs). * Tous les repérages sont transmis à l'intervenant-pivot MARCHE. * FS aussi annexée aux feuilles d'incidents. * Formation au repérage sous la responsabilité de l'intervenant-pivot MARCHE. | <ul style="list-style-type: none"> * Repérage par tous les intervenants du SAD (sauf psychosocial et AFS). Surtout par infirmières et intervenants en réadaptation. * Délai de 2 semaines max. est visé entre repérage et dépistage. * Si repérage par réadaptation ou infirmières, ces intervenants procèdent à une partie du dépistage. * Repérages par autres intervenants sont acheminés à l'intervenant-pivot MARCHE. * Formation au repérage sous la responsabilité de l'intervenant-pivot MARCHE (1 à 2 x par année). | <ul style="list-style-type: none"> * Autres clientèles : CH, gériatrie et médecins qui font parfois du repérage. * La clientèle PALV non ambulante est privilégiée. * Les clients de MARCHE sont priorisés et le SAD gère une liste d'attente spécifique à ce programme. * Motivation vérifiée au repérage et au dépistage. * Repérage par tous les intervenants du SAD, guichet d'accès, 1^{ers} évaluateurs. * Repérages sont transmis aux physios ressource MARCHE ou autres physios du SAD. * Formation au repérage par la physio ressource MARCHE (qui agit comme mentor auprès de ses collègues). | <ul style="list-style-type: none"> * Autre clientèle : CJ. * Aussi repéré si chutes fréquentes, même si pas dans la dernière année. * Motivation vérifiée au repérage et au dépistage. * Repérage par tous les intervenants du SAD et du CJ. * Nouveaux clients vus par le 1^{er} évaluateur. * Repérages du SAD transmis à l'ergo SAD, ceux du CJ, transmis à l'ergo CJ. * Formation au repérage sous la responsabilité des ergos. * Repérage peut aussi se faire par téléphone. | <ul style="list-style-type: none"> * Autre clientèle : référence post-op. en réadaptation physio du CHSGS (par DSIE). * Motivation vérifiée au repérage et au dépistage. * Repérage par les intervenants du SAD issus des soins infirmiers, du psychosocial, de la réadaptation et 1^{er} intervenant. * Les références issues du psychosocial et de la réadaptation sont prises en charge par les physio; celles issues des soins infirmiers le sont par les infirmières dédiées. * Questions de repérage se retrouvent aussi dans feuille de demande normalisée. * Les FS sont photocopiées et acheminées par les agentes administratives aux responsables d'ouverture de dossier et aux archivistes. * Formation au repérage sous la responsabilité de l'intervenant-pivot MARCHE. |

| DÉPISTAGE : INDICATEURS D'IMPLANTATION | | | | |
|--|---|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Une (des) personne (s) responsable (s) de faire le dépistage • Utilise un outil de dépistage • Tous les facteurs de risque sont dépistés • MÉDICAMENTS DÉPISTÉS • Identification de tous les médicaments (prescrits, vente libre, naturels et vitamines) • Vérification de l'adhésion au traitement • Référence au pharmacien pour évaluation si dépistage positif • MALNUTRITION DÉPISTÉE • Complétion de la grille de dépistage nutritionnel • Respect du seuil (≥ 7) de dépistage • Référence au nutritionniste pour évaluation si dépistage positif • OSTÉOPOROSE DÉPISTÉE • Question quant à l'ostéoporose connue • Question quant aux fractures depuis l'âge de 55 ans • Référence au nutritionniste si dépistage positif • HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE DÉPISTÉE • Prise de tension artérielle (5 min, 3 min et 1 min.) • Respect du seuil de dépistage (syst. ≥ 140 mmHg ou diast. ≥ 90 mmHg) • Référence au médecin traitant pour évaluation si dépistage positif • ENVIRONNEMENT DOMICILIAIRE DÉPISTÉ • Complétion de la grille d'identification du risque de chutes associé à l'environnement • Identification d'un seuil de dépistage • Référence à l'ergo pour évaluation si dépistage positif • TROUBLES COGNITIFS DÉPISTÉS • Complétion du <i>MMR</i> ou Folstein • Respect du seuil de dépistage ($< 24/30$ ou $\leq 7/9$ selon le test) • Référence pour évaluation au médecin traitant si dépistage positif • TROUBLES DE L'ÉQUILIBRE DÉPISTÉS • Administration du test « debout pieds joints » • Respect du seuil de dépistage de (< 60 sec.) • Référence au physio si dépistage positif • TROUBLES DE LA MARCHÉ DÉPISTÉS • Administration du test <i>TUG</i> • Respect des seuils de dépistage (> 14 sec. et >30 sec.) • Référence en physio si test > 14 sec. • Référence en physio et en ergo si test > 30 sec. • TROUBLES VISUELS DÉPISTÉS • Administration du test Snellen 10 pieds • Respect du seuil de dépistage ($\leq 10/30$) • Référence au médecin traitant si dépistage positif • Une personne est responsable de transmettre les résultats du dépistage à l'utilisateur • Une personne est responsable de transmettre la lettre au médecin traitant • Présence d'un processus pour donner la formation concernant le dépistage • Présence d'une modalité pour orienter le dépistage vers évaluation | | | | |
| DÉPISTAGE : MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT | | | | |
| CSSS de Charlevoix | CSSS de Portneuf | CSSS de Québec-Nord | SCLA Jeffery Hale | CSSS de la Vieille-Capitale |
| <p>* Deux personnes sont responsables du dépistage :</p> <p>* Intervenant-pivot MARCHÉ dépiste : troubles cognitifs, équilibre, marche, troubles visuels et environnement.</p> <p>* Infirmières et l'assistant au supérieur immédiat dépistent : médicaments, alcool, malnutrition, ostéoporose et hypertension orthostatique.</p> <p>* Autre TRP dépiste à Saint-Siméon et Baie-Sainte-Catherine et l'intervenant-pivot MARCHÉ assure le suivi du dossier.</p> <p>* Motivation est vérifiée au dépistage.</p> <p>* L'intervenant-pivot MARCHÉ est responsable de faire cheminer l'utilisateur du dépistage à l'évaluation.</p> | <p>* Il n'y a pas eu de dépistage en 2010-2011.</p> <p>Jusqu'à présent, l'intervenant-pivot MARCHÉ est la principale responsable du dépistage. Il est visé que les infirmières et le personnel de réadaptation fassent du dépistage partiel ou complet.</p> <p>* Infirmières dépisteront minimalement : hypotension orthostatique et médicaments.</p> <p>* Intervenants de réadaptation dépisteront minimalement : troubles marche, équilibre et environnement.</p> | <p>* 4 physios ressources MARCHÉ sont principalement responsables du dépistage dans leurs secteurs, avec la collaboration des autres physios du SAD.</p> <p>* Motivation est vérifiée au dépistage.</p> <p>* Physio dépiste est responsable de faire cheminer l'utilisateur du dépistage à l'évaluation.</p> <p>* Physio dépiste est responsable de transmettre la FS et les autres documents aux intervenants qui évalueront. Il transmet aussi la documentation au médecin traitant et à l'utilisateur.</p> <p>* Tests de dépistage et seuils MARCHÉ sont généralement respectés.</p> | <p>* Les deux ergos sont responsables du dépistage.</p> <p>* Motivation est vérifiée au dépistage.</p> <p>* Ergos de MARCHÉ sont responsables de faire cheminer l'utilisateur du dépistage à l'évaluation.</p> <p>* Ergos de MARCHÉ sont responsables de transmettre la FS et les autres documents aux intervenants qui évalueront. Elles transmettent aussi la documentation au médecin traitant et à l'utilisateur.</p> <p>* Tests de dépistage et seuils MARCHÉ sont généralement respectés.</p> | <p>* Tous les physios et les ergos du SAD ainsi que trois infirmières MARCHÉ font du dépistage.</p> <p>* Motivation est vérifiée au dépistage.</p> <p>* Physios et infirmières dépisteurs sont responsables de faire cheminer l'utilisateur MARCHÉ du dépistage à l'évaluation.</p> <p>* Les agentes administratives ou archivistes transmettent une copie de la FS aux intervenants chargés de l'évaluation et au médecin traitant.</p> <p>* Tests de dépistage et seuils MARCHÉ sont généralement respectés.</p> |

DÉPISTAGE : MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT

| CSSS de Charlevoix | CSSS de Portneuf | CSSS de Québec-Nord | SCLA Jeffery Hale | CSSS de la Vieille-Capitale |
|---|--|--|--|--|
| <p>* L'intervenant-pivot MARCHE est responsable de transmettre la FS et les autres documents aux intervenants qui évalueront. Il transmet aussi la documentation au médecin traitant et à l'utilisateur.</p> <p>* Tests de dépistage et seuils MARCHE sont généralement respectés.</p> <p>* Médicaments :</p> <ul style="list-style-type: none"> - demande aussi le profil pharmacologique. <p>* Malnutrition :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>tous sont référés en évaluation dans un secteur</u>, respect du seuil pour référence dans l'autre secteur. <p>* Troubles visuels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'outil Snellen a été adapté pour les personnes qui ne savent pas lire. <p>* Environnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pas de référence. <p>* TRP et l'assistant au supérieur immédiat sont responsables de la formation au dépistage.</p> | <p>* L'intervenant-pivot MARCHE réalise les tests de dépistage non faits. Tous les repérages datant de 2 semaines et plus lui sont acheminés, peu importe les tests de dépistage réalisés ou pas, il poursuit cette étape.</p> <p>* L'intervenant-pivot MARCHE est responsable de faire cheminer l'utilisateur du dépistage à l'évaluation.</p> <p>* L'intervenant-pivot MARCHE est responsable de transmettre la FS et les autres documents aux intervenants qui évalueront. Il transmet aussi la documentation au médecin traitant et à l'utilisateur.</p> <p>* Tests de dépistage et seuils MARCHE sont généralement respectés.</p> <p>* Médicaments :</p> <ul style="list-style-type: none"> - demande aussi le profil pharmacologique; - une analyse de <i>Vigilance</i> est aussi réalisée; - bilan comparatif médicamenteux (BCM) pourra bientôt être intégré à MARCHE. <p>* Troubles visuels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Snellen est remplacé par une question : « À quand remonte votre dernier examen par un optométriste? ». <p>* Troubles cognitifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Folstein est préféré au <i>MMR</i>. <p>* Alcool :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Outil DEBA A/D</i> pourrait être utilisé. <p>* L'intervenant-pivot MARCHE sera responsable de la formation au dépistage.</p> | <p>* Médicaments :</p> <ul style="list-style-type: none"> - demande aussi le profil pharmacologique. <p>* Environnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dépistage positif aussi si adaptation de la salle de bain est nécessaire et dans certains cas, si <i>TUG</i>>30. <p>* L'intervenant-pivot MARCHE est responsable de la formation au dépistage.</p> <p>* Le CSSS utilise une version adaptée de la FS et du tableau de suivi.</p> | <p>* Médicaments :</p> <ul style="list-style-type: none"> - demande aussi le profil pharmacologique. <p>* Malnutrition :</p> <ul style="list-style-type: none"> - utilise le <i>Screen</i>. <p>* Environnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les deux dépisteurs étant ergos, il n'y a pas de dépistage; directement en évaluation, si besoin. * Deux ergothérapeutes de MARCHE responsables de la formation au dépistage. * Le 1^{er} évaluateur (psychosocial) est formé au dépistage. * Séquence du dépistage proposée dans le Programme-cadre est modifiée. | <p>* Médicaments :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le nombre de médicaments n'est plus utilisé, le profil pharmacologique est demandé. <p>* Malnutrition :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pas de dépistage, directement en évaluation. <p>* Ostéoporose :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pas de référence en évaluation, si malnutrition n'est pas positive. <p>* Troubles visuels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le test est fait pour les 2 yeux. * Hypotension orthostatique : - ajout du pouls. <p>* L'intervenant-pivot MARCHE est responsable de la formation au dépistage.</p> <p>* Dépistage partiel est offert à la clientèle qui est moins motivée. Consiste au dépistage de quelques facteurs de risque, principalement les troubles de l'équilibre et de la marche. Le dépistage des autres facteurs de risque se fait progressivement selon la volonté de l'utilisateur.</p> <p>* Personnes provenant de l'UJEG ne font pas tous les tests de dépistage et d'évaluation; certains ont déjà été réalisés.</p> |

| ÉVALUATION : PARAMÈTRES DU PROGRAMME | | | | |
|--|--|--|--|---|
| <p>Certaines évaluations sont réalisées par les intervenants du SAD; elles sont faites pour les facteurs de risque suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • MÉDICAMENTS évalués • Évaluation réalisée par un pharmacien • De tous les usagers dépistés positifs • MALNUTRITION évaluée • Évaluation réalisée par un nutritionniste • De tous les usagers dépistés positifs | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • OSTÉOPOROSE évaluée • Évaluation réalisée par un nutritionniste • De tous les usagers dépistés positifs • TROUBLES ÉQUILIBRE ET MARCHE évalués • Évaluation réalisée par un physio • De tous les usagers dépistés positifs | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • ENVIRONNEMENT DOMICILIAIRE évalué • Évaluation réalisée par l'ergo • De tous les usagers dépistés positifs | | | | |
| <p>Pour les autres facteurs de risque, les usagers sont référés vers leur médecin traitant qui se charge de l'évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE • TROUBLES COGNITIFS • TROUBLES VISUELS | | | | |
| ÉVALUATION : MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT | | | | |
| CSSS de Charlevoix | CSSS de Portneuf | CSSS de Québec-Nord | SCLA Jeffery Hale | CSSS de la Vieille-Capitale |
| <p>* De façon générale, les évaluations sont conformes au Programme-cadre.</p> <p>* Médicaments :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le pharmacien reçoit les FS de tous les cas. <p>* Malnutrition :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le nutritionniste d'un des secteurs reçoit toutes les FS, tandis que l'autre reçoit seulement les cas positifs. <p>* Environnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - il n'y a pas d'évaluation, les cas dépistés positifs vont directement au PI. Seuls les cas complexes sont acheminés en ergo. Si l'ergo est nécessaire dans le dossier et qu'il n'y est pas déjà (ce qui est rare), une référence sera faite. <p>* Troubles marche et équilibre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il n'y a pas de référence en ergo si TUG > 30 s. <p>* Évaluations par le médecin traitant à la discrétion de ce dernier.</p> | <p>* Il n'y a pas eu d'évaluation en 2010-2011.</p> <p>* Les évaluations devraient être conformes au Programme-cadre; à confirmer et préciser, ententes à faire avec les professionnels.</p> <p>* Médicaments :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le pharmacien recevra les FS de tous les cas. <p>* Malnutrition :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un guide sur l'ostéoporose pourrait être remis aux usagers <p>MARCHE, nécessitera un enseignement.</p> <p>* Environnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les ergos recevront les FS de tous les cas. <p>* Évaluations par le médecin traitant à la discrétion de ce dernier.</p> <p>* Troubles visuels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - si dernier examen date de plus d'un an, on réfère en optométrie pour prise de rendez-vous. | <p>* De façon générale, les évaluations sont conformes au Programme-cadre.</p> <p>* Médicaments :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les pharmaciens évaluent tous les cas. Ils complètent leur outil et priorisent. Vont au domicile, sinon émettent des recommandations. <p>* Ostéoporose :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pas d'évaluation si malnutrition négative. <p>* Environnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tous les cas sont évalués. <p>* Troubles de l'équilibre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - BERG fait, même si dépistage négatif pour voir si besoin d'aide à la marche (pour un secteur de CLSC). <p>* Troubles de la marche :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Évaluation faite en physio même si TUG < 14 s. ou si test pieds joints > 60 s. (pour un secteur de CLSC). <p>- Évaluations par le médecin traitant à la discrétion de ce dernier.</p> <p>* Hypotension orthostatique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - si dépistée positive, tension artérielle reprise par le pharmacien à domicile. <p>* Alcool :</p> <ul style="list-style-type: none"> - si problème, référé en clin. de désintoxication avant MARCHE. | <p>* De façon générale, les évaluations sont conformes au Programme-cadre.</p> <p>* Médicaments :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'intervenant-pivot MARCHE rencontre le pharmacien pour discuter du cas et donner les résultats des tests sanguins. <p>* Malnutrition :</p> <ul style="list-style-type: none"> - cas positifs sont référés au CSSS du lieu de résidence de l'utilisateur MARCHE. <p>* Environnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tous les cas sont évalués. <p>* Troubles marche et équilibre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - il n'y a pas de référence en ergo si TUG > 30 s; - cas positifs sont référés au CSSS du lieu de résidence de l'utilisateur MARCHE. <p>* Évaluations par le médecin traitant à la discrétion de ce dernier.</p> <p>* Hypotension orthostatique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - si dépistée positive, usager référé à l'infirmière du SAD pour qu'elle la reprenne (évaluation). <p>* Troubles cognitifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - si dépistés positifs, usager référé au médecin traitant ou directement à l'hôpital de jour (si situation complexe). | <p>* De façon générale, les évaluations sont conformes au Programme-cadre.</p> <p>* Médicaments :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dépistage et évaluation en même temps. Pharmacien va à domicile pour plusieurs cas, sinon contact téléphonique. N'évalue pas ceux qui ont problème de santé mentale. <p>* Malnutrition :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tous les usagers sont directement évalués; - utilisent le DNA modifié du Guide d'Interventions multifactorielles personnalisées (IMP). <p>* Ostéoporose :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pas d'évaluation si malnutrition dépistée négative. <p>* Environnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - utilisent leur propre outil développé au CSSS. <p>* Évaluations par le médecin traitant à la discrétion de ce dernier.</p> <p>* Hypotension orthostatique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - si dépistée positive, suivi régulier par infirmière. |

| PLAN D'INTERVENTION : PARAMÈTRE DU PROGRAMME | | | | |
|--|----------------------|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Présence d'une modalité pour orienter les évaluations vers l'intervention • Une personne est responsable d'inscrire les cas pour les PI | | <ul style="list-style-type: none"> • Une personne est responsable de convoquer les PI • Une personne est responsable d'animer les PI • Une personne est responsable de rédiger les PI | | <ul style="list-style-type: none"> • La date de réévaluation est précisée au PI • Une personne est responsable de transmettre les recommandations au médecin traitant |
| <ul style="list-style-type: none"> • Une personne est responsable de transmettre les recommandations à l'utilisateur | | | | |
| PLAN D'INTERVENTION : MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT | | | | |
| CSSS de Charlevoix | CSSS de Portneuf | CSSS de Québec-Nord | SCLA Jeffery Hale | CSSS de la Vieille-Capitale |
| <ul style="list-style-type: none"> * Toutes les évaluations sont transmises à l'intervenant-pivot MARCHE. * L'intervenant-pivot MARCHE convoque les PI des 2 secteurs. * Environ un PI par 2-3 semaines, par secteur. * Les nutritionnistes sont absents au PI. * Le médecin participe à la ½ du PI dans le secteur ayant cette ressource. * Il arrive que le pharmacien soit absent, il achemine alors ses recommandations à l'intervenant-pivot MARCHE. * L'intervenant-pivot MARCHE donne l'ensemble des recommandations et la documentation au médecin traitant. * L'intervenant-pivot MARCHE ou un autre intervenant de l'équipe-ressource présente le PI à l'utilisateur, décision prise lors du PI. | Modalités à définir. | <ul style="list-style-type: none"> * Toutes les évaluations sont transmises aux physios dépisteurs. * Les physios MARCHE convoquent les PI (aux 4 à 6 sem.). * Le physio MARCHE donne l'ensemble des recommandations et la documentation au médecin traitant. * Le physio MARCHE présente le PI à l'utilisateur. | <ul style="list-style-type: none"> * Toutes les évaluations sont recueillies par l'ergo responsable du cas. * L'ergo rédige le PI. Il recueille les évaluations et les recommandations pour le faire. * Le PI n'est pas fait en équipe interdisciplinaire. * L'ergo donne l'ensemble des recommandations et la documentation au médecin traitant. * L'ergo présente le PI à l'utilisateur. | <ul style="list-style-type: none"> * Les évaluations sont transmises au dépisteur (physios SAD ou infirmières MARCHE). * Le dépisteur inscrit le cas au prochain PI. * Les PI ont lieu à des plages statutaires par secteur. * Tous les intervenants concernés sont présents. * L'intervenant responsable du dossier est déterminé lors du PI, il est responsable de transmettre les recommandations et la documentation au médecin traitant. Si présence d'un médecin dans l'équipe, celui-ci communique avec le médecin traitant. * L'intervenant responsable du dossier présente aussi le PI à l'utilisateur. * Un même animateur pour les 3 secteurs du CSSS. |

| INTERVENTION : PARAMÈTRES DU PROGRAMME | | | | |
|--|--|--|---|--|
| MÉDICAMENTS <ul style="list-style-type: none"> Interventions réalisées par le médecin et le pharmacien MALNUTRITION <ul style="list-style-type: none"> Interventions réalisées par le nutritionniste | OSTÉOPOROSE <ul style="list-style-type: none"> Interventions réalisées par le médecin et le nutritionniste TROUBLES MARCHE ET ÉQUILIBRE <ul style="list-style-type: none"> Interventions réalisées par le physio | ENVIRONNEMENT DOMICILIAIRE <ul style="list-style-type: none"> Interventions réalisées par l'ergo HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE <ul style="list-style-type: none"> Interventions réalisées par le pharmacien et le médecin | TROUBLES COGNITIFS <ul style="list-style-type: none"> Interventions réalisées par le médecin ou un spécialiste TROUBLES VISUELS <ul style="list-style-type: none"> Interventions réalisées par le médecin ou un spécialiste | |
| INTERVENTION : MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT | | | | |
| CSSS de Charlevoix | CSSS de Portneuf | CSSS de Québec-Nord | SCLA Jeffery Hale | CSSS de la Vieille-Capitale |
| * Les interventions sont réalisées à la discrétion des intervenants de l'équipe-ressource, du médecin traitant et des autres spécialistes dans certains cas. * Environnement : - des fiches techniques sont remises à la suite du dépistage. Seuls les cas complexes sont vus en ergothérapie. | Modalités à définir. | * Les interventions sont réalisées à la discrétion des intervenants de l'équipe-ressource, du médecin traitant et des autres spécialistes dans certains cas. * Ostéoporose : - n'est pas dans l'offre de service des nutritionnistes du SAD. Un guide de conseils est remis au client. * Troubles marche et équilibre : - 1 visite/sem. X 6 sem. + 1 visite/2 sem. X 3 sem. (9 visites max ou selon le jugement clinique). | * Les interventions sont réalisées à la discrétion des intervenants dédiés, des intervenants des CSSS concernés, du médecin traitant et des autres spécialistes dans certains cas. | * Les interventions sont réalisées à la discrétion des intervenants de l'équipe-ressource, du médecin traitant et des autres spécialistes dans certains cas. * Ostéoporose : - si ostéoporose seule (pas malnutrition) : aucune intervention, fiches-conseils remises au client. |
| RÉÉVALUATION : PARAMÈTRES DU PROGRAMME | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> MÉDICAMENTS réévalués MALNUTRITION réévaluée | <ul style="list-style-type: none"> HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE réévaluée TROUBLES DE L'ÉQUILIBRE réévalués | <ul style="list-style-type: none"> TROUBLES DE LA MARCHE réévalués ENVIRONNEMENT DOMICILIAIRE réévalué | <ul style="list-style-type: none"> DÉCISION APRÈS LA RÉÉVALUATION - Poursuivre les interventions - Réviser le PI. - Cesser les interventions | |
| RÉÉVALUATION : MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT | | | | |
| CSSS de Charlevoix | CSSS de Portneuf | CSSS de Québec-Nord | SCLA Jeffery Hale | CSSS de la Vieille-Capitale |
| * Réévaluation prévue au PI, généralement après 3-4 mois. * Pas de réévaluation en ergo. | * Modalités à définir. | * Réévaluation prévue au PI. | * Pas de réévaluation. | * Réévaluation prévue au PI, généralement après 3 mois. Six mois plus tard, une seconde réévaluation est faite (postréévaluation) qui consiste en un appel téléphonique pour vérifier l'application des recommandations de l'équipe-ressource et des autres professionnels. Les résultats sont ensuite présentés à l'équipe MARCHE lors d'un PI. |

ANNEXE C

Canevas d'entrevue des gestionnaires locaux en prévention des chutes

Niveau MACRO

Procédures A

1. Pour vous, les objectifs visés par [ÉquiLIBRE/MARCHE] sont-ils cohérents avec la mission, les buts et les objectifs du [CSSS/SAD/CJ]? Pour quelles raisons?
2. Pour vous, les procédures associées à [ÉquiLIBRE/MARCHE], soit [gestionnaire responsable, intervenants-pivots MARCHE, équipe-ressource, plan d'intervention, intervenant-pivot local en prévention des chutes, intervenants qualifiés, local, etc.], sont-elles cohérentes avec la mission, les buts et les objectifs du [CSSS/SAD/CJ]? Pour quelles raisons?

Procédures B et Ressources B

3. a. Avez-vous prévu des ressources financières et humaines ainsi que du temps pour planifier l'implantation de [ÉquiLIBRE/MARCHE] dans votre établissement? De quelle manière?
b. Dans les faits, est-ce que cela s'est réalisé comme prévu?

Procédures C

4. Selon vous, les exigences de l'Agence/la DRSP à l'égard de [ÉquiLIBRE/MARCHE], c'est-à-dire les ententes de gestion, redditions de comptes et suivis ponctuels avec le responsable régional du programme sont-elles compatibles avec vos façons de faire habituelles?

Ressources A

5. Selon vous, le SAD peut-il compter sur le personnel requis pour implanter et maintenir [ÉquiLIBRE/MARCHE] dans le temps?

Ressources C

6. Quelle information vous a été utile pour implanter [ÉquiLIBRE/MARCHE] adéquatement?
7. En quoi les balises fournies par la DRSP ou celles données par votre directeur SAD ainsi que le matériel requis (Programme-cadre, documentation complémentaire, matériel d'intervention, matériel promotionnel) vous ont aidé à implanter [ÉquiLIBRE/MARCHE]? Commenter.

Processus décisionnel A

8. Est-ce que vous jugez que [ÉquiLIBRE/MARCHE] répond à des besoins réels et reconnus qu'ont les personnes âgées? Commenter.

Processus décisionnel B

9. Est-ce que vos directions (CSSS et SAD) soutiennent fortement et activement [ÉquiLIBRE/MARCHE]? Commenter.

Processus décisionnel C

10. Selon vous, est-ce que les instances représentant les personnes âgées soutiennent [ÉquiLIBRE/MARCHE] (par exemples : la Fédération de l'Âge d'Or du Québec – régions de Québec et Chaudière-Appalaches (FADOQ-RQCA), la Table de concertation des personnes âgées de la Capitale-Nationale)? De quelle manière?

Conditions favorables et défavorables

Au niveau MACRO, soit les procédures, les ressources et les processus décisionnels associés à [ÉquiLIBRE/MARCHE] :

11. Quelles sont, selon vous, les conditions qui ont favorisé l'implantation? Voyez-vous d'autres conditions? Lesquelles?
12. a. Quels sont, selon vous, les obstacles à l'implantation de [ÉquiLIBRE/MARCHE]?
b. Pour ces difficultés, avez-vous tenté certaines solutions?

Solutions proposées

Le cadre conceptuel propose d'autres avenues pour favoriser l'implantation d'un nouveau programme.

Concernant les PROCÉDURES, il suggère notamment de faire des représentations auprès des supérieurs ou de la direction pour en venir à des ententes favorisant l'implantation.

13. Dans le cas de [ÉquiLIBRE/MARCHE], ce genre de représentations a-t-il été fait? Pour quelles raisons et comment?

Concernant les RESSOURCES, il suggère le recours à du soutien d'expert ou consultant, du soutien technique, des fonds supplémentaires, du temps de personnel supplémentaire.

14. Votre milieu a-t-il eu recours à l'une ou l'autre de ces avenues pour [ÉquiLIBRE/MARCHE]? Lesquelles et pour quelles raisons particulières?

Concernant les PROCESSUS DÉCISIONNELS, il suggère de démontrer les effets bénéfiques du programme, identifier des éléments à améliorer, diffuser les progrès observés.

15. Votre milieu a-t-il eu recours à l'une ou l'autre de ces avenues pour [ÉquiLIBRE/MARCHE]? Lesquelles et pour quelles raisons particulières?

NIVEAU INTERMÉDIAIRE

Routine de travail A

16. Les activités liées à MARCHE : repérage, dépistage, évaluation et intervention, s'insèrent-elles bien dans la routine de travail de(s) l'équipe(s) du SAD (des secteurs de CLSC)? De quelle manière? [ou]

Comment s'insère le programme ÉquiLIBRE dans la routine de travail du centre de jour et du SAD étant donné qu'un intervenant du centre de jour ou du SAD anime le programme?

Routine de travail B

17. Pour arriver au niveau d'implantation actuel de [ÉquiLIBRE/MARCHE] et compte tenu des nombreuses équipes impliquées, avez-vous dû faire des ajustements à vos modalités habituelles de coordination et de communication (dans chacune de vos équipes, entre les équipes et avec d'autres équipes - guichet d'accès)?

Routine de travail C

Étant donné que le mandat de la coordination de [ÉquiLIBRE/MARCHE] était donné dans les premières années au palier régional (DRSP) et qu'il a été peu à peu dédié au niveau local (intervenant-pivot local en prévention des chutes) :

18. Avez-vous des suggestions pour améliorer le lien (l'accès) entre la DRSP et votre établissement (pour vous-même et votre personnel) dans le soutien à l'implantation de [ÉquiLIBRE/MARCHE]?

Structure de supervision A

19. Étant donné que [ÉquiLIBRE/MARCHE] est un nouveau programme, relativement complexe à implanter, avez-vous pu signifier au personnel vos attentes de façon satisfaisante?

Structure de supervision B

Étant donné que [ÉquiLIBRE/MARCHE] est un nouveau programme qui s'appuie sur des paramètres précis et qui vise des cibles prédéfinies :

20. Jusqu'à quel point permettez-vous aux intervenants qui y sont impliqués de faire des adaptations dans leur travail pour y arriver (par exemple, dans leur horaire, tâches et fonctions)?

Normes de groupe A

21. Selon vous, comment les intervenants du SAD [pas seulement l'équipe-ressource/CJ] perçoivent-ils le programme [ÉquiLIBRE/MARCHE]? Sont-ils en faveur ou en défaveur? Commenter.

Normes de groupe B

22. Tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de votre établissement, avez-vous des appuis significatifs pour [ÉquiLIBRE/MARCHE] (de personnes bien perçues et estimées par les intervenants [ÉquiLIBRE/MARCHE])? Quels appuis?

Normes de groupe C

23. Selon vous, jusqu'à quel point les intervenants [ÉquiLIBRE/MARCHE] jugent que leur contribution peut mener au succès du programme : prévenir les chutes auprès des aînés [en diminuant l'incidence des facteurs de risque/en améliorant la force, l'équilibre et la marche]?

Conditions favorables et défavorables

Au niveau INTERMÉDIAIRE, soit la routine de travail, la structure de supervision et les normes de groupe associées à [ÉquiLIBRE/MARCHE] :

24. Quelles sont, selon vous, les conditions qui ont favorisé l'implantation? Voyez-vous d'autres conditions? Lesquelles?

25. a. Quels sont, selon vous, les obstacles à l'implantation?
b. Pour ces difficultés, avez-vous tenté certaines solutions?

Solutions proposées

Le cadre conceptuel propose d'autres avenues pour favoriser l'implantation d'un nouveau programme.

Concernant la ROUTINE DE TRAVAIL, il suggère notamment de faire participer le personnel à l'adaptation du programme aux réalités locales, mettre en place des groupes de travail pour planifier l'implantation, échanger sur les problèmes vécus.

26. Selon vous, ce genre d'avenues a-t-il été mis en place dans le cas de [ÉquiLIBRE/MARCHE]? De quelle façon?

Concernant la STRUCTURE DE SUPERVISION, il suggère notamment de la formation pour renforcer les habiletés de : communication, répartition des rôles entre les gestionnaires et le personnel, *monitorage* de programme et rétroaction.

27. Dans le cas de [ÉquiLIBRE/MARCHE], avez-vous eu recours à l'une ou l'autre de ces avenues? Lesquelles? Commenter.

Concernant les NORMES DE GROUPE, il suggère de commencer à petite échelle, recruter un leader - une personne bien vue et estimée, encourager les échanges à l'intérieur de l'organisation.

28. Dans le cas de [ÉquiLIBRE/MARCHE], avez-vous eu recours à l'une ou l'autre de ces avenues? Lesquelles et pour quelles raisons particulières?

NIVEAU INDIVIDUEL

Capacités et habiletés B

29. Selon vous, les intervenants du SAD [CJ] ont-ils les compétences et l'expérience nécessaires pour réaliser [ÉquiLIBRE/MARCHE]?

Engagement A

30. Compte tenu de votre perception des effets du programme [ÉquiLIBRE/MARCHE] sur la clientèle, croyez-vous que les efforts investis (en ressources financières et en temps) sont justifiés (notion coût-efficacité)?

Solutions proposées

Le cadre conceptuel propose d'autres avenues pour favoriser l'implantation d'un nouveau programme.

Concernant les RÔLES AU TRAVAIL, il suggère de fournir différentes formes d'encouragement et de récompense.

31. Votre milieu a-t-il utilisé ce genre d'encouragement ou de récompense pour [ÉquiLIBRE/MARCHE]?

Concernant les CAPACITÉS ET HABILITÉS des intervenants, il suggère de soutenir et d'accompagner le personnel (par de l'information et de la formation) pour améliorer leurs connaissances et compréhension, leurs habiletés, leur efficacité personnelle (telle qu'ils la perçoivent).

32. Votre milieu a-t-il eu recours à l'une ou l'autre de ces avenues pour [ÉquiLIBRE/MARCHE]?

Concernant l'ENGAGEMENT des intervenants, il suggère de diffuser les bons coups par des leaders, des utilisateurs (par des témoignages), par l'employeur (par de la rétroaction sur l'atteinte des objectifs).

33. Votre milieu a-t-il utilisé l'une ou l'autre de ces avenues pour le programme [ÉquiLIBRE/MARCHE]?

ANNEXE D

Canevas d'entrevue des intervenants ÉquiLIBRE

NIVEAU INDIVIDUEL

Rôles au travail A

1. Jusqu'à quel point les tâches reliées au programme ÉquiLIBRE (promotion, recrutement, animation) nécessitent des changements ou des adaptations dans votre routine de travail? De quelle manière?

Rôles au travail B

2. Les tâches exigées par ÉquiLIBRE sont-elles cohérentes avec les tâches habituellement associées à votre discipline ou à votre fonction?

Rôles au travail C

3. À partir du moment où ÉquiLIBRE a été intégré à votre routine de travail, avez-vous constaté des effets (tant positifs que négatifs) sur la clientèle? Lesquels avez-vous observés en premier?

Capacités et habiletés A

4. Est-ce que vos tâches sont bien définies pour réaliser le programme ÉquiLIBRE? Avez-vous le sentiment de savoir quoi faire?

Capacités et habiletés C

5. Croyez-vous que vous êtes bien outillés (en ayant les compétences et l'expérience nécessaires) pour réaliser ÉquiLIBRE?

Engagement A

6. Compte tenu de votre perception des effets du programme ÉquiLIBRE sur la clientèle, croyez-vous que les efforts investis (en ressources financières et en temps) sont justifiés (notion coût-efficacité)?

Engagement B

7. Jusqu'à quel point jugez-vous que votre contribution peut mener au succès d'ÉquiLIBRE (prévenir les chutes en améliorant la force, l'équilibre et la marche)? De quelle façon?

Engagement C

8. Étant donné qu'ÉquiLIBRE présente une certaine complexité, quels moyens vous êtes-vous donnés pour rencontrer les exigences de ce programme et les intégrer à vos activités courantes?

Conditions favorables et défavorables

Au niveau INDIVIDUEL, soit les rôles au travail, les capacités et habiletés et l'engagement associés à ÉquiLIBRE :

9. Quelles sont, selon vous, les conditions qui ont favorisé l'implantation d'ÉquiLIBRE? Voyez-vous d'autres conditions favorables? Lesquelles?
10. Quels sont, selon vous, les obstacles à l'implantation d'ÉquiLIBRE? Quelles solutions avez-vous mises en place (ou tenter de mettre en place) pour les résoudre?

Solutions proposées

Le cadre conceptuel propose d'autres avenues pour favoriser l'implantation d'un nouveau programme.

Concernant les RÔLES AU TRAVAIL, il suggère de fournir différentes formes d'encouragement et de récompense.

11. Votre milieu a-t-il utilisé ce genre d'encouragement ou de récompense pour ÉquiLIBRE?

Concernant les CAPACITÉS ET HABILITÉS des intervenants, il suggère de soutenir et d'accompagner le personnel (par de l'information et de la formation) pour améliorer leurs connaissances et leur compréhension, leurs habiletés, leur efficacité personnelle (telle qu'ils la perçoivent).

12. Votre milieu a-t-il eu recours à l'une ou l'autre de ces avenues pour ÉquiLIBRE?

Concernant l'ENGAGEMENT des intervenants, il suggère de diffuser les bons coups par des leaders, des utilisateurs (par des témoignages), par l'employeur (par de la rétroaction sur l'atteinte des objectifs).

13. Votre milieu a-t-il utilisé l'une ou l'autre de ces avenues pour le programme ÉquiLIBRE?

NIVEAU INTERMÉDIAIRE

Routine de travail C

Étant donné que le mandat de la coordination d'ÉquiLIBRE était donné dans les premières années au palier régional (DRSP) et qu'il a été peu à peu dédié au niveau local (intervenants pivot local en prévention des chutes) :

14. Avez-vous des suggestions pour améliorer le lien (l'accès) entre la DRSP et votre établissement dans le soutien à l'implantation d'ÉquiLIBRE?

Structure de supervision A

15. Étant donné qu'ÉquiLIBRE est un nouveau programme, jugez-vous que vos rôles ont été clairement définis dès le départ dans la mise en place de ce programme (attentes significatives)?

Structure de supervision B

Étant donné qu'ÉquiLIBRE est un nouveau programme qui s'appuie sur des paramètres précis et qui vise des cibles prédéfinies :

16. Jusqu'à quel point votre gestionnaire fait preuve de souplesse à votre égard dans l'adaptation de votre travail pour y arriver?

Structure de supervision C

17. Comment votre supérieur soutient-il vos efforts pour implanter ÉquiLIBRE?

Normes de groupe A

18. Comment vos collègues du SAD – centre de jour perçoivent-ils, selon vous, le programme ÉquiLIBRE? Sont-ils en faveur? En défaveur? Commenter.

Normes de groupe B

19. Tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de votre établissement, avez-vous des appuis significatifs pour ÉquiLIBRE (des personnes bien perçues et que vous estimez)? Quels appuis?

Conditions favorables et défavorables

Au niveau INTERMÉDIAIRE, soit la routine de travail, la structure de supervision et les normes de groupe associées à ÉquiLIBRE :

20. Quelles sont, selon vous, les conditions qui ont favorisé l'implantation? Voyez-vous d'autres conditions favorables? Lesquelles?

21. Quels sont, selon vous, les obstacles à l'implantation? Quelles solutions avez-vous mises en place (ou tenter de mettre en place) pour les résoudre?

Solutions proposées

Le cadre conceptuel propose d'autres avenues pour favoriser l'implantation d'un nouveau programme.

Concernant la ROUTINE DE TRAVAIL, il suggère notamment de faire participer le personnel à l'adaptation du programme aux réalités locales, mettre en place des groupes de travail pour planifier l'implantation, échanger sur les problèmes vécus.

22. Selon vous, ce genre d'avenues a-t-il été mis en place dans le cas d'ÉquiLIBRE? De quelle façon?

Concernant les NORMES DE GROUPE, il suggère de commencer à petite échelle, recruter un leader – une personne bien vue et estimée, encourager les échanges à l'intérieur de l'organisation.

23. Dans le cas d'ÉquiLIBRE, avez-vous eu recours à l'une ou l'autre de ces avenues? Lesquelles et pour quelles raisons particulières? Commenter.

ANNEXE E

Canevas d'entrevue des intervenants MARCHE

NIVEAU INDIVIDUEL

Rôles au travail A

1. Jusqu'à quel point les tâches de MARCHE (repérage, dépistage, évaluation, intervention, suivi de dossier) nécessitent des changements ou des adaptations dans votre routine de travail? De quelle manière?

Rôles au travail B

2. Les tâches exigées par MARCHE sont-elles cohérentes avec les tâches habituellement associées à votre discipline ou à votre fonction?

Rôles au travail C

3. À partir du moment où MARCHE a été intégré à votre routine de travail, avez-vous constaté des effets (tant positifs que négatifs) sur la clientèle? Lesquels avez-vous observés en premier?

Capacités et habiletés A

4. Est-ce que vos tâches sont bien définies pour réaliser le programme MARCHE? Avez-vous le sentiment de savoir quoi faire?

Capacités et habiletés C

5. Croyez-vous que vous êtes bien outillés (en ayant les compétences et l'expérience nécessaires) pour réaliser MARCHE?

Engagement A

6. Compte tenu de votre perception des effets du programme MARCHE sur la clientèle, croyez-vous que les efforts investis (en ressources financières et en temps) sont justifiés (notion coût-efficacité)?

Engagement B

7. Jusqu'à quel point jugez-vous que votre contribution peut mener au succès du programme MARCHE (prévenir les chutes en diminuant l'incidence des facteurs de risque)? De quelle façon?

Engagement C

8. Étant donné que le programme MARCHE présente une certaine complexité, quels moyens vous êtes-vous donnés pour rencontrer les exigences de ce programme et les intégrer à vos activités courantes?

9. Conditions favorables et défavorables

Au niveau INDIVIDUEL, soit les rôles au travail, les capacités, les habiletés et l'engagement associés à MARCHE :

10. Quelles sont, selon vous, les conditions qui ont favorisé l'implantation de MARCHE? Voyez-vous d'autres conditions favorables? Lesquelles?

11. Quels sont, selon vous, les obstacles à l'implantation du programme MARCHE? Quelles solutions avez-vous mises en place (ou tenter de mettre en place) pour les résoudre?

Solutions proposées

Le cadre conceptuel propose d'autres avenues pour favoriser l'implantation d'un nouveau programme.

Concernant les RÔLES AU TRAVAIL, il suggère de fournir différentes formes d'encouragement et de récompense.

12. Votre milieu a-t-il utilisé ce genre d'encouragement ou de récompense pour MARCHE?

Concernant les CAPACITÉS ET HABILITÉS des intervenants, il suggère de soutenir et accompagner le personnel (par de l'information et de la formation) pour améliorer leurs connaissances et leur compréhension, leurs habiletés, leur efficacité personnelle (telle qu'ils la perçoivent).

13. Votre milieu a-t-il eu recours à l'une ou l'autre de ces avenues pour MARCHE?

Concernant l'ENGAGEMENT des intervenants, il propose de diffuser les bons coups par des leaders, des utilisateurs (par des témoignages), par l'employeur (par de la rétroaction sur l'atteinte des objectifs).

14. Votre milieu a-t-il utilisé l'une ou l'autre de ces avenues pour MARCHE?

NIVEAU INTERMÉDIAIRE

Routine de travail C

Étant donné que le mandat de la coordination de MARCHE était donné dans les premières années au palier régional (DRSP) et qu'il a été peu à peu dédié au niveau local (intervenant-pivot local en prévention des chutes) :

15. Avez-vous des suggestions pour améliorer le lien (l'accès) entre la DRSP et votre établissement dans le soutien à l'implantation du programme MARCHE?

Structure de supervision A

16. Étant donné que MARCHE est un nouveau programme, relativement complexe à implanter, jugez-vous que vos rôles ont été clairement définis dès le départ dans la mise en place de ce programme (attentes signifiées)?

Structure de supervision B

Étant donné que MARCHE est un nouveau programme qui s'appuie sur des paramètres précis et qui vise des cibles prédéfinies :

17. Jusqu'à quel point votre gestionnaire fait preuve de souplesse à votre égard dans l'adaptation de votre travail pour y arriver?

Structure de supervision C

18. Comment votre supérieur soutient-il vos efforts pour implanter MARCHE?

Normes de groupe A

19. Selon vous, comment vos collègues du SAD perçoivent-ils le programme MARCHE? Sont-ils en faveur? En défaveur? Commenter.

Normes de groupe B

20. Tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de votre établissement, avez-vous des appuis significatifs pour le programme MARCHE (de personnes bien perçues et que vous estimez)? Quels appuis?

Conditions favorables et défavorables

Au niveau INTERMÉDIAIRE, soit la routine de travail, la structure de supervision et les normes de groupe associées au programme MARCHE :

21. Quelles sont, selon vous, les conditions qui ont favorisé l'implantation de MARCHE? Voyez-vous d'autres conditions favorables? Lesquelles?

22. Quels sont, selon vous, les obstacles à l'implantation? Quelles solutions avez-vous mises en place (ou tenter de mettre en place) pour les résoudre?

Solutions proposées

Le cadre conceptuel propose d'autres avenues pour favoriser l'implantation d'un nouveau programme.

Concernant la ROUTINE DE TRAVAIL, il suggère notamment de faire participer le personnel à l'adaptation du programme aux réalités locales, mettre en place des groupes de travail pour planifier l'implantation, échanger sur les problèmes vécus.

23. Selon vous, ce genre d'avenues a-t-il été mis en place dans l'implantation de MARCHE? De quelle façon?

Concernant les NORMES DE GROUPE, il suggère de commencer à petite échelle, recruter un leader – une personne bien vue et estimée, encourager les échanges à l'intérieur de l'organisation.

24. Dans le cas de MARCHE, avez-vous eu recours à l'une ou l'autre de ces avenues? Lesquelles et pour quelles raisons particulières? Commenter.

ANNEXE F

Consentement à l'étude et à l'enregistrement de l'entrevue

Titre de l'étude

Évaluation d'implantation du Continuum de services en prévention des chutes dans la région de la Capitale-Nationale.

Présentation des chercheuses

Cette évaluation est mise en œuvre par la direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

Elle est réalisée par mesdames Michèle Paradis de l'équipe *Évaluation et Système de soins et de services* et Judith Rose-Maltais de l'équipe *Sécurité dans les milieux de vie/Vieillesse en santé*. L'évaluation du programme ÉquiLIBRE s'inscrit également à l'intérieur du projet de maîtrise de madame Rose-Maltais, sous la direction de madame Lise Cardinal de la Faculté de Médecine de l'Université Laval.

Nature de l'étude

Depuis quelques années, le Continuum de services en prévention des chutes se déploie dans la région de la Capitale-Nationale. Selon le niveau de risque de chute que présente les personnes âgées, trois programmes différents leur sont offerts : les *interventions multifactorielles personnalisées*, par le programme MARCHE et les *interventions multifactorielles non personnalisées*, par les programmes ÉquiLIBRE et PIED.

Le but de la recherche est de situer le niveau d'implantation actuel de chaque programme pour chacun des établissements de santé et services sociaux de la région, dégager les conditions qui expliquent le niveau d'implantation observé et finalement émettre des recommandations dans l'objectif ultime d'avoir une implantation optimale.

Étapes de l'évaluation

Nous utilisons le cadre conceptuel proposé par Scheirer, M. A. (1981) et Roberts-Gray, C. et M. A. Scheirer (1988) pour guider l'évaluation d'implantation. Ce cadre suggère que la mise en place d'un nouveau programme au sein d'une organisation est exigeante et représente un certain défi étant donné que l'intégration de nouvelles façons de faire, tant au plan de la gestion qu'au plan des pratiques professionnelles, est nécessaire.

Les auteures suggèrent que l'implantation d'un nouveau programme dans un milieu se fait en cinq étapes. L'information descriptive recueillie aux entrevues de cet hiver et tout au long de l'implantation dans les dernières années par les professionnels de la DRSP a permis de dresser, dans un premier temps, un portrait détaillé de la situation qui, jumelé aux données de la reddition de comptes, permet de situer l'état d'avancement pour les deux programmes (ÉquiLIBRE/MARCHE) pour votre établissement.

Ensuite, le cadre conceptuel fait état d'un ensemble de conditions devant être présentes pour faciliter l'implantation d'un nouveau programme dans un milieu. Les conditions sont regroupées

en 3 niveaux : MACRO (politique et stratégique), INTERMÉDIAIRE (équipes) et INDIVIDUEL (intervenants).

Chacun des niveaux renferme trois dimensions servant de « pistes d'explication » en lien avec le niveau d'implantation observé pour chaque programme. Il s'agit aujourd'hui de faire ressortir les facteurs explicatifs du niveau d'implantation actuellement observé. Pour ce faire, une entrevue avec le gestionnaire local en prévention des chutes aborde les niveaux MACRO et INTERMÉDIAIRE, et une entrevue avec des intervenants de chacun des programmes porte sur les niveaux INTERMÉDIAIRE et INDIVIDUEL.

Déroulement de la participation

Votre contribution à cette recherche consiste à participer à une entrevue, d'environ une heure trente (deux heures pour les gestionnaires), qui portera sur les dimensions de chacun des niveaux considérés dans cette étude. Plus précisément, les aspects suivants seront abordés :

[Gestionnaire : MACRO, INTERMÉDIAIRE] [Intervenants : INTERMÉDIAIRE, INDIVIDUEL]

- Le niveau MACRO s'intéressera aux procédures mises en place, aux ressources déployées ainsi qu'aux processus décisionnels;
- Le niveau INTERMÉDIAIRE portera sur la routine de travail, la structure de supervision et les normes de groupe;
- Le niveau INDIVIDUEL abordera pour sa part les rôles au travail, les capacités et habiletés ainsi que l'engagement des intervenants.

Aussi, au terme de chacun des niveaux, nous vérifierons quelles conditions vous semblent les plus favorables ou défavorables, pour la réalisation des dimensions abordées, de manière générale et plus spécifiquement, à partir de certaines avenues proposées par les auteurs.

Dans le but de faciliter la collecte de données, l'entrevue sera enregistrée (enregistrement audio). Finalement, vous pourriez être sollicité (e) pour un complément d'information à la suite de l'écoute de l'enregistrement.

Avant de commencer, nous allons prendre quelques minutes pour compléter le consentement à participer et enregistrer cette entrevue.

Avantages, risques ou inconvénients possibles liés à la participation

Le fait de participer à ce projet de recherche vous offre une occasion de témoigner, en toute confidentialité, de votre expérience dans l'implantation de l'un ou l'autre des programmes. Vous contribuerez ainsi à déterminer les conditions de réussite pour l'implantation de ces programmes et ultimement à améliorer les services offerts aux personnes âgées dans le cadre de la prévention des chutes.

Il n'y a aucun risque lié à votre participation à ce projet de recherche.

Compensation pour les participants

Aucune rémunération n'est rattachée à la participation à l'étude étant donné qu'aucun coût n'y est engagé.

Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes tout à fait libre de participer ou non à cette entrevue et vous pourrez ne pas répondre à certaines questions, et ce, sans conséquence négative et sans qu'aucune explication ne soit nécessaire de votre part.

En signant ce formulaire, vous ne renoncez aucunement à vos droits et vous ne libérez pas les chercheuses et les institutions impliquées de leurs responsabilités légales ou professionnelles à votre égard.

Confidentialité et gestion des données

La confidentialité des noms des participants et des renseignements recueillis sera assurée par les mesures suivantes :

- votre nom n'apparaîtra que sur le présent formulaire et celui servant à la prise de notes de l'entrevue;
- sur tous les autres documents, un code remplacera votre nom;
- seules les responsables de l'étude auront accès à la liste des noms et des codes;
- les matériaux de la recherche, incluant les données et les enregistrements, seront conservés dans un lieu sécuritaire jusqu'à la publication des résultats, après quoi ils seront détruits dans le respect des règles en vigueur;
- la recherche fera l'objet de publications, notamment un rapport régional, et aucun participant (e) ne pourra être identifié ou reconnu;
- les établissements qui le désirent seront rencontrés afin de leur présenter le résumé des résultats de la recherche.

Pour des renseignements supplémentaires

Si vous désirez plus de renseignements ou si vous avez des questionnements sur le déroulement de ce projet, vous êtes invité à communiquer avec les chercheuses principales de l'étude :

Mesdames Michèle Paradis et Judith Rose-Maltais, 418 666-7000, respectivement aux postes 338 et 212.

Remerciements

Votre collaboration est précieuse pour nous permettre de réaliser cette étude et nous vous remercions d'y participer.

POUR CONSENTIR À PARTICIPER À CETTE ÉTUDE ET À CE QUE CETTE ENTREVUE SOIT ENREGISTRÉE, VOUS DEVEZ VOUS IDENTIFIER ET DONNER VOTRE CONSENTEMENT.

ANNEXE G

Progression de la cible ÉquILIBRE par établissement

Nombre de groupes implantés

CSSS de Charlevoix

| | 2006-2007 | 2007-2008 | 2008-2009 | 2009-2010 ^b | 2010-2011 | 2011-2012 |
|------------|-----------|-----------|-----------|------------------------|-----------|--------------------|
| C. de jour | 2 | 4 | 5 | 2 | 6 | 2 + 2 ^c |
| Communauté | | | 2 | 7 | 4 | 4 |
| Total | 2 | 4 | 7 | 9 | 10 | 8/8 |
| Mécanisme | | | NON | NON | OUI | OUI |

CSSS de Portneuf

| | 2006-2007 | 2007-2008 | 2008-2009 | 2009-2010 ^b | 2010-2011 | 2011-2012 |
|------------|-----------|-----------|-----------|------------------------|-----------|------------------|
| C. de jour | 4 | 8 | 10 | 12 | 12 | 12 |
| Communauté | | | --- | --- | --- | --- |
| Total | 4 | 8 | 10 | 12 | 12 | 12/8 |
| Mécanisme | | | NON | NON | OUI | OUI ^d |

CSSS de Québec-Nord

| | 2006-2007 | 2007-2008 | 2008-2009 | 2009-2010 ^b | 2010-2011 | 2011-2012 |
|------------|-----------|---------------------|---------------------|------------------------|---------------------|-------------------------|
| C. de jour | 0 | 0 + 45 ^c | 4 + 10 ^c | 6 + 6 ^c | 9 + 6 ^c | 6 + 6 ^c |
| Communauté | | | 0 | 1 | 5 | 8 |
| Total | 0 | 0 + 45 ^c | 4 + 10 ^c | 7 + 6 ^c | 14 + 6 ^c | 14 + 6 ^c /16 |
| Mécanisme | | | NON | NON | OUI | OUI |

SCLA Jeffery Hale

| | 2006-2007 | 2007-2008 | 2008-2009 | 2009-2010 ^b | 2010-2011 | 2011-2012 |
|------------|-----------|-----------|-----------|------------------------|-----------|-----------|
| C. de jour | 0 | 1 | 2 | 1 + 1 ^c | 1 | 1 |
| Communauté | | | | | 1 | 1 |
| Total | 0 | 1 | 2 | 1 + 1 ^c | 2 | 2/2 |

CSSS de la Vieille-Capitale

| | 2005-06 | 2006-07 | 2007-08 | 2008-09 | 2009-10 ^b | 2010-11 | 2011-12 |
|------------|---------|---------|---------|---------|----------------------|---------|---------|
| C. de jour | 3 | 1 | 7 | 17 | 16 | 16 | 16 |
| Communauté | | | | 2 | 9 | 12 | 12 |
| Total | 3 | 1 | 7 | 19 | 25 | 28 | 28/18 |
| Mécanisme | | | | OUI | NON | OUI | OUI |

Note. Le dénominateur est la cible minimale à atteindre fixée par les Ententes de gestion entre l'ASSS et les établissements. Le jugement sur la cible qualitative est fait selon la présence ou non d'un mécanisme permettant la prise en charge complète par les CSSS de la planification, la mise en œuvre et l'animation des groupes ÉquILIBRE sur leur territoire, ainsi que l'arrimage entre les volets du Continuum de services, la diffusion de l'information et la promotion de ses programmes.

- Un groupe est constitué en moyenne de 5 participants.
- À l'automne 2009, certaines sessions ont été interrompues.
- Groupes réalisés à une fréquence inadéquate (1x/sem.).
- Action engagée, mais non réalisée.

ANNEXE H

Progression de la cible MARCHE par établissement

Nombre de personnes jointes

CSSS de Charlevoix

| | 2006-2007 | 2007-2008 | 2008-2009 | 2008-2009 | 2010-2011 | 2011-2012 |
|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------|
| Repérage | 8 | 8 | 0 | 28 | 44 | 59 |
| Dépistage | 2 | 2 | 0 | 15 | 33 | 44 |
| Évaluation | 2 | 2 | 0 | 12 | 33 | 41 |
| Intervention | 2 | 2 | 0 | 8 | 26 | 41 |
| Total | 2 | 2 | 0 | 8 | 26 | 41/24 |

CSSS de Portneuf

| | 2006-2007 | 2007-2008 | 2008-2009 | 2009-2010 | 2010-2011 | 2011-2012 |
|--------------|------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------|
| Repérage | 40 | 44 | 198 | 115 | 139 | 241 |
| Dépistage | --- ^a | 16 | 92 | 26 | 0 | 41 |
| Évaluation | --- ^a | 0 | 0 | 1 | 0 | 15 |
| Intervention | 19 | 0 | 0 | 1 | 0 | 14 |
| Total | 19 | 0 | 0 | 1 | 0 | 14/40 |

CSSS de Québec-Nord

| | 2006-2007 | 2007-2008 | 2008-2009 | 2009-2010 | 2010-2011 | 2011-2012 |
|--------------|------------------|------------------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| Repérage | --- ^a | --- ^a | 173 | 61 | 235 | 115 |
| Dépistage | --- ^a | 65 | 173 | 59 | 104 | 109 |
| Évaluation | --- ^a | 0 | 0 | 0 | 91 | 89 |
| Intervention | --- ^a | 0 | 0 | 0 | 88 | 79 |
| Total | 0 | 0 | 0 | 0 | 88 | 79/111 |

SCLA Jeffery Hale

| | 2006-2007 | 2007-2008 | 2008-2009 | 2009-2010 | 2010-2011 | 2011-2012 |
|--------------|-----------|-----------|------------------|-----------|-----------|------------|
| Repérage | 0 | 0 | --- ^a | 35 | 41 | 43 |
| Dépistage | 0 | 0 | 2 | 1 | 6 | 0 |
| Évaluation | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 |
| Intervention | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 |
| Total | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0/7 |

CSSS de la Vieille-Capitale

| | 2006-2007 | 2007-2008 | 2008-2009 | 2009-2010 | 2010-2011 | 2011-2012 |
|--------------|------------------|-----------|------------------|------------|------------|------------------------------------|
| Repérage | --- ^a | 66 | --- ^a | 190 | 237 | 221 |
| Dépistage | 43 | 62 | 99 | 165 | 160 | 105 ^a + 31 ^b |
| Évaluation | 33 | 41 | 69 | 165 | 160 | 136 |
| Intervention | 33 | 41 | 69 | 162 | 155 | 92 |
| Total | 33 | 41 | 69 | 162 | 155 | 92/200 |

Note. Le dénominateur est la cible minimale à atteindre fixée par les Ententes de gestion entre l'ASSS et les établissements. Le jugement sur la cible qualitative se fait selon le nombre de personnes ayant bénéficié de l'ensemble des étapes du processus de prise en charge à l'intérieur de MARCHE.

- a. Données non précisées.
- b. Dépistages partiels.

ANNEXE I

Résumé des articles retenus

Certains auteurs n'ont pas précisé comment était réalisée leur analyse qualitative. Conséquemment, les conditions favorisant ou contraignant l'implantation des programmes qui se dégagent de ces études sont fréquemment identifiées dans la discussion des auteurs ou dans la description des programmes. Il n'est pas possible d'affirmer que celles-ci ont fait l'objet d'une analyse de contenu proprement dite.

Légende

Gr. : Groupe
Nbr : Nombre
Sem. : Semaine

Stats : Statistiques
TRP : Thérapeute en réadaptation physique
X : Fois

| Auteurs | Objectifs | Démarche méthodologique | Concepts/Programme |
|--|---|---|--|
| Banez, C., et autres (2008) | <ul style="list-style-type: none"> - Évaluer la faisabilité et l'efficacité à améliorer les capacités fonctionnelles, l'équilibre et diminuer la peur de chuter d'un programme de prévention des chutes rejoignant des personnes âgées ayant déjà chuté. - Décrire le développement et l'implantation d'un programme de prévention des chutes multifactoriel pour les personnes âgées de la communauté (en résidences privées). | <ul style="list-style-type: none"> - Recherche qualitative et quantitative - 2004 - Canada - 34 personnes âgées ayant participé au programme - Questionnaires - Analyse quantitative pour les effets [données non pertinentes pour cette évaluation] - Analyse qualitative : aucune précision | <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Prévention des chutes <input checked="" type="checkbox"/> Personnes âgées <input checked="" type="checkbox"/> Exercices <input checked="" type="checkbox"/> Conditions d'implantation <p>Programme : Programme multifactoriel* (dont exercices) incluant évaluations et interventions par divers professionnels. * Programme d'exercices : aérobic-force-équilibre, 12 sem., 1x/sem., 1 heure, animé par physio</p> |
| Benjamin, K., N. Edwards, et W. Caswell (2009) | <ul style="list-style-type: none"> - Examiner la perspective d'administrateurs de centres d'hébergement sur la définition des termes exercices et activité physique, la valeur accordée à l'activité physique et comment elle est ou n'est pas encouragée au sein de leur établissement. - Comparer les réponses des administrateurs des centres d'hébergement à but lucratif avec ceux qui sont à but non lucratif. | <ul style="list-style-type: none"> - Recherche qualitative et quantitative - 2006 - Canada - 9 administrateurs de centres d'hébergement de longue durée à but lucratif (3) et à but non lucratif (6) - Entrevues à questions ouvertes dans un bureau et en marchant - Analyse quantitative (stats descriptives) - Analyse qualitative de contenu | <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Personnes âgées (en hébergement) <input checked="" type="checkbox"/> Exercices <input checked="" type="checkbox"/> Conditions d'implantation <p>Programme : Pas un programme proprement dit.</p> |
| Bleijlevens, M., et autres (2008) | <ul style="list-style-type: none"> - Évaluer la faisabilité d'implanter un programme interdisciplinaire en prévention des chutes. | <ul style="list-style-type: none"> - Recherche majoritairement qualitative - 2002-2005 - Australie, Canada, États-Unis | <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Prévention des chutes <input checked="" type="checkbox"/> Personnes âgées <input checked="" type="checkbox"/> Conditions d'implantation |

| Auteurs | Objectifs | Démarche méthodologique | Concepts/Programme |
|-----------------------------------|--|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Identifier les facteurs explicatifs de l'efficacité du programme. | <ul style="list-style-type: none"> - 8 cliniciens administrant le programme - 166 personnes âgées participant au programme - Questionnaires, entrevues et groupes de discussion - Analyse quantitative (stats descriptives) - Analyse qualitative de contenu | <p>Programme : Évaluations médicales et ergonomiques suivies de recommandations et de références (au besoin) à certains services.</p> |
| Brown, C. J., et autres (2005) | <ul style="list-style-type: none"> - Décrire les connaissances et attitudes des physios par rapport aux risques de chutes et aux stratégies de prévention. - Évaluer leurs comportements et pratiques (autorapportés) associés aux stratégies de prévention des chutes. - Identifier les facteurs favorisant un plus grand nombre de pratiques de prévention des chutes auprès de leurs patients. | <ul style="list-style-type: none"> - Recherche majoritairement quantitative - 2002-2003 - États-Unis - 94 physios et TRP - Questionnaires téléphoniques - Analyse quantitative pour les facteurs de risque, attitudes, comportements [<i>données non pertinentes pour cette évaluation</i>] - Analyse qualitative : aucune précision | <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Prévention des chutes <input checked="" type="checkbox"/> Personnes âgées <input checked="" type="checkbox"/> Exercices <input checked="" type="checkbox"/> Conditions d'implantation <p>Programme : Programme multifactoriel* (dont des exercices) incluant évaluations et interventions par des professionnels en réadaptation physique. * Programme d'exercices : équilibre-marche, animé par physio.</p> |
| Filiatrault, J., et autres (2007) | <ul style="list-style-type: none"> - Décrire le programme. - Évaluer la faisabilité d'implanter un programme de prévention des chutes dans un contexte communautaire. | <ul style="list-style-type: none"> - Recherche quantitative - Canada (Qc) - 10 centres communautaires (gr. expérimental) et 7 centres communautaires (gr. contrôle) - Observations, entrevues téléphoniques et individuelles - Analyse quantitative [<i>données non pertinentes pour cette évaluation</i>] | <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Prévention des chutes <input checked="" type="checkbox"/> Personnes âgées <input checked="" type="checkbox"/> Exercices <input checked="" type="checkbox"/> Conditions d'implantation <p>Programme : Programme multifactoriel* : interventions sur les capacités motrices et sensibilisation à d'autres facteurs de risque. * Programme d'exercices : Marche-équilibre-force, 3x/sem. (2 supervisées et 1 programme maison) animé par professionnel en activité physique ou réadaptation.</p> |
| Gardner, M.M., et autres (2002) | <ul style="list-style-type: none"> - Identifier les conditions de réussite et celles généralisables d'un programme d'exercices intégré à la routine générale des infirmières. | <ul style="list-style-type: none"> - Recherche quantitative et qualitative - Nouvelle-Zélande - Gr. expérimental : 261 personnes âgées - Gr. contrôle : 101 personnes âgées | <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Prévention des chutes <input checked="" type="checkbox"/> Personnes âgées <input checked="" type="checkbox"/> Exercices <input checked="" type="checkbox"/> Conditions d'implantation |

| Auteurs | Objectifs | Démarche méthodologique | Concepts/Programme |
|---|--|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Questionnaires et évaluations physiques - Analyse quantitative pour évaluation d'effets [<i>données non pertinentes pour cette évaluation</i>] - Analyse qualitative : aucune précision | <p>Programme : Programme maison personnalisé d'exercices : équilibre-force à 3x/sem et marche 2x/sem, réalisé de façon autonome, visites d'une infirmière.</p> |
| <p>Van Der Helm, J., A. Goossens et P. M. M. Bossuyt (2006)</p> | <p>- Explorer les raisons de l'échec d'implantation d'un programme de prévention des chutes.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Recherche quantitative: incidence chutes, utilisation formulaires - Recherche qualitative: questionnaire (connaissance du guide de prévention des chutes, croyances/doutes sur guide, importance du guide et améliorations possibles du guide) - 2000-2001 - Pays-Bas (Amsterdam) : Centre médical d'enseignement - 88 infirmières* * n'est pas précisé combien d'infirmières ont complété le questionnaire. On ne sait pas quels résultats sont issus des infirmières et lesquels sont observés par les chercheurs en cours d'implantation. - Analyse : aucune précision | <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Prévention des chutes <input checked="" type="checkbox"/> Personnes âgées (en hébergement) <input checked="" type="checkbox"/> Conditions d'implantation <p>Programme : Programme d'identification régulière du niveau de risque des patients et interventions simples (environnement sécuritaire) pour diminuer le risque de chute.</p> |
| <p>Filiatrault, J., et autres (2007)</p> | <p>- Développer un programme communautaire de prévention des chutes à partir de données probantes, afin de le déployer et l'implanter de façon efficace.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Recherche qualitative et quantitative - 2006 - États-Unis - 5 centres communautaires - 7 ressources du milieu (coordonnateurs et gestionnaires) - 28 experts - 20 à 81 aînés - ? animateurs - Analyse quantitative [<i>données non pertinentes pour cette évaluation</i>] - Analyse qualitative : aucune précision | <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Prévention des chutes <input checked="" type="checkbox"/> Personnes âgées <input checked="" type="checkbox"/> Exercices <input checked="" type="checkbox"/> Conditions d'implantation <p>Programme : Programme de tai-chi (marche-équilibre-force), 3x/sem. supervisé et 1x/sem. programme maison à l'aide de vidéo et guide. Aucune précision sur la formation de l'animateur.</p> |
| <p>Mackenzie, L. (2009)</p> | <p>- Explorer les perceptions de professionnels variés de la santé (professions, milieux et pays différents)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Recherche qualitative - Pays-Bas - 50 cliniciens provenant de trois pays | <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Prévention des chutes <input checked="" type="checkbox"/> Personnes âgées <input checked="" type="checkbox"/> Conditions d'implantation |

| Auteurs | Objectifs | Démarche méthodologique | Concepts/Programme |
|---|---|---|--|
| | <p>sur leur pratique quotidienne en prévention des chutes dans les résidences des personnes âgées.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vérifier l'application des données probantes en prévention des chutes à la pratique. - Identifier les barrières perçues et les stratégies retenues dans l'implantation de programmes de prévention des chutes en tenant compte des données probantes. | <p>(Australie, Canada et Royaume-Uni), issus de formations et milieux de pratique variés</p> <ul style="list-style-type: none"> - Groupes de discussion et entrevues semi-dirigées - Analyse qualitative de contenu | <p>Programme : Outil d'identification du risque de chute dans l'environnement domiciliaire.</p> |
| <p>Mitchell, E., et H. Lawes (2008)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Illustrer comment les praticiens peuvent utiliser leurs expériences d'apprentissage (basées sur leurs besoins individuels) pour satisfaire les attentes des services de santé qui reposent sur des évidences en prévention des chutes. | <p>Ce n'est pas une recherche très détaillée, davantage un rapport d'implantation.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2005-2006 - Angleterre - 266 praticiens - Audit (pas de précisions) | <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Prévention des chutes <input checked="" type="checkbox"/> Personnes âgées <input checked="" type="checkbox"/> Conditions d'implantation <p>Programme : 3 méthodes d'enseignement offertes aux praticiens pour améliorer leurs pratiques en prévention des chutes.</p> |
| <p>Rhonda, N., et S. Koch (2006)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Examiner les perceptions des professionnels de la santé, des officiels publics et des représentants de la loi sur les barrières à la création d'environnements sans contention dans les centres australiens pour personnes âgées. | <ul style="list-style-type: none"> - Recherche qualitative - 1999 - Australie - 272 participants (familles, proches, professionnels de la santé, représentants de la loi, officiels publics) - Forums publics, entrevues téléphoniques, conférences téléphoniques, visites de sites - Analyse qualitative de contenu | <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Prévention des chutes <input checked="" type="checkbox"/> Personnes âgées (en hébergement) <input checked="" type="checkbox"/> Conditions d'implantation <p>Programme : Programme d'arrêt de l'utilisation des contentions comme mesure pour réduire les chutes.</p> |
| <p>Semin-Goossens, A., J. Van Der Helm et P. M. M. Bossuyt (2003)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Implanter un guide de pratiques basé sur des données probantes, s'adressant aux infirmières d'un centre médical d'enseignement et visant une réduction des chutes de 30 % en un an. | <ul style="list-style-type: none"> - Recherche quantitative - 1999-2000 - Pays-Bas (Amsterdam) : Centre médical d'enseignement - 67 infirmières - Analyse quantitative, stats descriptives [<i>données non pertinentes pour cette évaluation</i>] - Données sur les connaissances, croyances, comportements (analyse : aucune précision) <p>Des conditions sont issues des paramètres du cadre conceptuel utilisé (Grols)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Prévention des chutes <input checked="" type="checkbox"/> Personnes âgées (en hébergement) <input checked="" type="checkbox"/> Conditions d'implantation <p>Programme : Programme d'identification régulière du niveau de risque des patients et interventions simples (environnement sécuritaire) pour diminuer le risque de chute.</p> |

| Auteurs | Objectifs | Démarche méthodologique | Concepts/Programme |
|-----------------------------|---|---|--|
| Stackpool, G. (2006) | <ul style="list-style-type: none"> - Décrire le programme « Make a Move ». - Évaluer les effets du programme. | <ul style="list-style-type: none"> - Recherche quantitative - 2000-2003 - Australie - 2929 aînés (appels téléphoniques) - Département de santé de New South Wales et 6 zones de services de santé : gestionnaires de projets - Analyse quantitative, stats descriptives [<i>données non pertinentes pour cette évaluation</i>] - Les résultats sont axés sur les effets du programme quant à la sensibilisation des milieux et des aînés. | <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Prévention des chutes <input checked="" type="checkbox"/> Personnes âgées <input checked="" type="checkbox"/> Exercices (pas spécifiques aux capacités motrices liées aux chutes) <input checked="" type="checkbox"/> Conditions d'implantation <p>Programme : Programme de sensibilisation des aînés et des milieux, dont les objectifs sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Augmenter la sensibilisation aux chutes et leur prévention, particulièrement par la pratique régulière d'exercices. - Augmenter le nombre de programmes d'exercices locaux et la participation des aînés à ceux-ci. - Implanter des stratégies visant les diversités culturelles et linguistiques des aînés. |
| Sze, P.C., et autres (2005) | <ul style="list-style-type: none"> - Décrire l'élaboration d'un programme de prévention des chutes et des fractures et les stratégies d'implantation. - Analyser les effets du programme. | <ul style="list-style-type: none"> - Recherche quantitative - 2001 - Chine (Hong Kong) : centres pour personnes âgées vivant dans la communauté - 5114 aînés, 34 employés, 312 aînés bénévoles - Analyse quantitative (stats descriptives) [<i>données non pertinentes pour cette évaluation</i>] - Les résultats sont axés sur les effets du programme, sur les connaissances et la sensibilisation - La démarche méthodologique n'est pas précisée | <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Prévention des chutes <input checked="" type="checkbox"/> Personnes âgées <input checked="" type="checkbox"/> Conditions d'implantation <p>Programme : Programme visant à augmenter la sensibilisation et la connaissance sur la prévention des chutes et des fractures auprès des personnes âgées dans la communauté.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Séminaires d'éducation aux aînés. - Formation de formateurs pour bénévoles aînés afin qu'ils partagent de l'information sur la prévention des chutes auprès de leurs pairs lors de visites à domicile ou dans des rencontres. - Programme de formation aux employés pour développer des connaissances professionnelles et des habiletés de pratiques sur la prévention des chutes et des fractures. |

| Auteurs | Objectifs | Démarche méthodologique | Concepts/Programme |
|---|---|---|--|
| Theodos, P. (2004) | <ul style="list-style-type: none"> - Évaluer les effets d'un programme de prévention des chutes. - Décrire les composantes du programme. | <ul style="list-style-type: none"> - États-Unis : centre médical - Équipe interdisciplinaire : directeur médical, administrateur, directeur de la physiothérapie, physio, coordonnateur des soins « restorative care », directeur adjoint soins infirmiers, gestionnaire de cas | <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Prévention des chutes <input checked="" type="checkbox"/> Personnes âgées <input checked="" type="checkbox"/> Exercices <input checked="" type="checkbox"/> Conditions d'implantation <p>Programme : Multifactoriel* avec dépistage, évaluation, intervention. * Programme d'exercices animé par personnel de réadaptation, axé sur la force, mais aussi équilibre et marche. Aucune précision sur fréquence, durée, etc.</p> |
| Wright, S., B. Goldman et N. Beresin (2007) | <ul style="list-style-type: none"> - Partager les conditions de réussite observées lors de l'implantation d'un programme de prévention des chutes. | <ul style="list-style-type: none"> - La démarche méthodologique n'est pas précisée - 2004 - États-Unis - 3 installations (hébergement) | <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Prévention des chutes <input checked="" type="checkbox"/> Personnes âgées <input checked="" type="checkbox"/> Conditions d'implantation <p>Programme : Programme de mentorat, formation de formateurs sur diverses problématiques gériatriques. Programme de prévention des chutes : multifactoriel (facteurs de risque intrinsèques et extrinsèques).</p> |

Direction régionale de santé publique
2400, avenue D'Estimauville
Québec (Québec) G1E 7G9
Téléphone : 418 666-7000
Télécopieur : 418 666-2776
www.dspq.qc.ca

**Agence de la santé
et des services
sociaux de la Capitale-
Nationale**

Québec 