

Le Service de prévention des chutes et d'adaptations mineures du domicile

Bilan après  2 années de régionalisation



Direction de santé publique de la
Mauricie et du Centre-du-Québec

Le Service de prévention des chutes et d'adaptations mineures du domicile

Bilan après  années de régionalisation



Serge Nadeau

Direction de santé publique de la
Mauricie et du Centre-du-Québec

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
CONTEXTE D'IMPLANTATION DU SERVICE	2
SERVICE DE PRÉVENTION DES CHUTES ET D'ADAPTATIONS MINEURES DU DOMICILE	3
MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE	6
PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS	11
Résultats de l'analyse de l'implantation	11
Cheminement des participants dans le cadre de l'aménagement sécuritaire du domicile.....	19
LEÇONS À TIRER DE L'ÉTUDE	28
CONCLUSION	30
REMERCIEMENTS	31
ANNEXE	32
RÉFÉRENCES	33

LISTE DES FIGURES

Figure 1 – Étapes du service.....	4
Figure 2 – Région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Les districts sociosanitaires.....	7
Figure 3 – Modèle théorique sur les effets du service.....	32
Figure 4 – Devis et cueillette de données auprès des participants	8
Figure 5 – Devis et cueillette de données auprès des pairs éducateurs et des intervenants	9
Figure 6 – Groupe de référence	10
Figure 7 – Connaissances sur les risques.....	20

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 – Profil des participants.....	11
Tableau 2 – Degré de satisfaction des participants envers le service	14
Tableau 3 – Raisons évoquées par les sujets de l'étude à participer au service.....	16
Tableau 4 – Intentions des participants et du groupe de référence à vouloir modifier le domicile.....	21
Tableau 5 – Modifications du domicile par les participants.....	23
Tableau 6 – Inaction chez les participants.....	24
Tableau 7 – Hypothèse sur la réduction du nombre de chutes après avoir participé au service	27



INTRODUCTION

Certaines formes d'art populaire ont une façon particulière de concevoir l'action de tomber. Par exemple, la bande dessinée aime bien traiter ce sujet pour n'en faire qu'un simple événement cocasse. Par cette manière de représenter la chute, peut-on en venir peu à peu à banaliser l'acte en soi ou ses conséquences, et ce, notamment auprès d'un public plus jeune ? Quoi qu'il en soit, comme adulte, nous savons par contre que la réalité diffère habituellement de la fiction.

D'ailleurs, à ce sujet, qui d'entre nous n'a pas déjà expérimenté une chute malencontreuse ? Lequel traumatisme non intentionnel fut provoqué en trébuchant sur un fil par terre, en perdant pied sur une surface glissante, ou bien en manquant la dernière marche d'un escalier dépourvu de rampes.

Comme nous pouvons en déduire, la chute comporte une dimension hasardeuse qui n'est pas toujours prédictible. Sa fréquence peut donc survenir plus d'une fois au cours d'une vie. Cependant, cette propension aura tendance à augmenter à mesure que le vieillissement s'accroît. Or, d'après une certaine estimation, l'action de tomber toucherait annuellement une personne sur trois âgée de 65 ans et plus (Allard, 1997).

Par chance, la plupart des chutes ne se soldent pas en décès ou en blessures. Mais, il n'en demeure pas moins que la peur de trébucher de nouveau peut tout de même conduire jusqu'à une limitation des activités de vie quotidienne et

accentuer ensuite la dépendance de l'aîné envers un aidant naturel. Cette conséquence psychologique est donc grave.

Bien que les chutes constituent un réel problème de santé publique (morbidité et mortalité) chez les personnes âgées, il ne faudrait pas oublier qu'un bon nombre d'entre elles peuvent être évitées si des actions concrètes et préventives sont précocement appliquées. Ces mesures peuvent servir, entre autres, à renforcer le potentiel des personnes dans l'acquisition d'habitudes de vie moins risquées, à créer un environnement favorable par un aménagement sécuritaire du domicile ainsi qu'à dépister certains signes du vieillissement et maladies ayant une propension sur l'étiologie des chutes.

Afin de pouvoir intervenir sur ce problème de santé dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, un *Service de prévention des chutes et d'adaptations mineures du domicile* (Nadeau, S. et Leblanc, S., 1996) a été conçu à une période où les études évaluatives portant sur l'aménagement sécuritaire du domicile ne fusaient pas de toutes parts.

Malgré cette contrainte, cette piste d'action fut envisagée comme une des mesures susceptibles de maintenir ou d'améliorer l'état de santé des personnes âgées n'ayant pas de problèmes spécifiques. De plus, ce choix constituait une réponse au fait que très peu d'activités auparavant avaient été implantées pour agir en amont des problèmes de santé (RRSSS, 1997).

Avec la parution du cadre de référence intitulé *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile* (MSSS, 2004), il s'est avéré pertinent de rédiger un texte sur notre intervention en promotion de la santé afin de favoriser son harmonisation à ce nouveau contexte. En comparant le service avec le document ministériel, il s'en dégage que même si la priorité n'est pas accordée à la même clientèle – générale versus à risque – l'approche préconisée, à ce jour, est loin d'être caduque. À vrai dire, il faut considérer l'ensemble de ces actions comme faisant partie d'un tout.

En somme, cette publication est destinée principalement aux intervenants et aux gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux. Son utilité consiste à mettre en perspective les aspects perfectibles et les forces du service qui proviennent de résultats obtenus dans le cadre d'une étude évaluative réalisée en 1999-2000.

À noter, la problématique sur la prévention des chutes à domicile a été omise due à la récente mise à jour du savoir contenu dans le cadre de référence. Le lecteur est alors convié à le consulter pour y parfaire ses connaissances.

Donc, l'essentiel de l'ouvrage va plutôt porter sur les points suivants, à savoir :

- les résultats de l'analyse de l'implantation ;
- le cheminement du participant à l'égard de
 - l'aménagement sécuritaire du domicile ;

- les leçons à retenir de cette expérience en vue de consolider l'orientation actuelle du service (version 2004).

Mais, avant d'aborder les résultats, attardons-nous maintenant à décrire succinctement le contexte ayant donné forme au service, de même qu'à préciser en quoi il consiste.

CONTEXTE D'IMPLANTATION DU SERVICE

Le service ne se limite pas uniquement à la prévention des chutes...il prend aussi en compte l'autonomisation des aînés !

Le service a été élaboré au cours du premier trimestre de l'année 1996, mais son implantation, en tant que tel, ne débuta pas avant l'automne. D'ailleurs, cette année-là, le démarrage du projet pilote coïncidait avec l'actualisation du virage promotion-prévention réalisée dans le cadre de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux.

À cette période, une des influences externes, ayant le plus inspiré cette intervention, s'inscrivait dans la foulée de la Politique de la Santé et du Bien-Être (PSBE, 1992). Et plus particulièrement, l'objectif 18.3 insistait sur l'importance de pouvoir favoriser la participation sociale des aînés dans les actions de prévention et de promotion de la santé et du bien-être. Le service a donc été façonné à partir de cette ligne de pensée et ne se limite pas uniquement à la prévention des chutes. La promotion de l'autonomisation (empowerment) des aînés représente évidemment une assise capitale dans cette intervention.

Tout compte fait, le service est structuré sur des actions préventives pouvant agir avant que la chute ne survienne. L'emphase est alors accordée aux solutions qui peuvent corriger à la source la présence de certains facteurs de risque d'ordre environnemental (majeur) et individuel (mineur), le tout étant chapeauté par une stratégie d'éducation à la santé.

De par cette orientation, les différentes associations régionales de personnes âgées ont démontré un intérêt sans équivoque à l'égard d'une intervention communautaire qui privilégie l'aménagement sécuritaire du domicile. Aussi, ces mêmes regroupements nous assuraient une participation sociale plus soutenue dans ce domaine, vu qu'ils adhéraient à l'idée de créer des environnements sécuritaires pouvant contribuer à demeurer le plus longtemps possible chez soi.

Avec le consentement des différents leaders de groupes d'aînés, nous nous assurons du même coup de l'acceptabilité du projet pilote et de sa capacité à répondre aux besoins perçus par la population âgée.

Ainsi, en préconisant ce type d'intervention, la Direction de santé publique parvenait à répondre à l'objectif 18.3 de la PSBE et, par le fait même, contribuait à maintenir l'autonomie des aînés. Certes, l'expérimentation d'une telle piste d'action méconnue représentait un intérêt du point de vue de la santé publique, et ce, d'autant plus qu'il y avait peu d'études ou des résultats mitigés à propos de l'efficacité des interventions privilégiant soit l'autonomisation des aînés, soit l'aménagement sécuritaire du domicile.

Enfin, le projet pilote fut expérimenté, de 1996 à 1998, sur le territoire de la MRC de Mékinac à la suite d'un appel d'offre. Après la démonstration réussie de sa faisabilité et de sa pertinence, la régionalisation du service a pu être enclenchée, en septembre 1998, pour l'ensemble des douze districts sociosanitaires de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Ce qui d'ailleurs lui a valu un investissement récurrent de 690 000 \$ à sa première année d'implantation. En janvier 2005, le service (version 2004) disposait de 819 533 \$ pour financer ses activités.

SERVICE DE PRÉVENTION DES CHUTES ET D'ADAPTATIONS MINEURES DU DOMICILE

Objectifs

Le service est articulé autour des quatre objectifs suivants, à savoir :

- sensibiliser les aînés aux risques potentiels de chutes présents dans leur domicile ;
- habiliter les aînés à identifier les risques potentiels de chutes ;
- favoriser l'adoption de comportements sécuritaires en regard de la prévention des chutes ;

- favoriser la réalisation d'adaptations mineures du domicile par l'entremise de la visite à domicile et par la mise sur pied d'un service communautaire.

Description du service

Ce service en promotion de la santé se réalise dans un contexte de collaboration impliquant les aînés, les organismes communautaires et les CLSC¹ de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

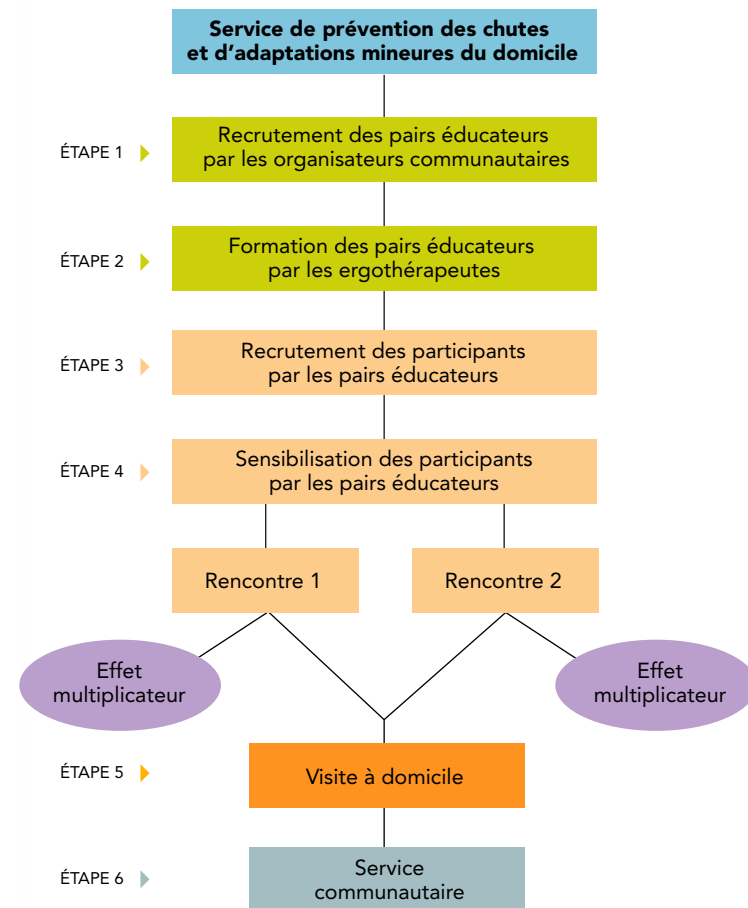
Accomplie par des pairs éducateurs, cette intervention de sensibilisation s'effectue à partir de la stratégie de l'éducation à la santé et se subdivise en six étapes (voir figure 1) :

Étapes 1 et 2

Les organisateurs communautaires des CLSC sollicitent les associations d'aînés et certains organismes du milieu, afin de les aider à recruter des pairs éducateurs parmi la population âgée de 55 ans et plus.

La recherche d'un minimum de deux pairs éducateurs, par municipalité, a été effectuée d'après les quatre critères suivants : femme ou homme âgé de 55 ans et plus, qui est intéressé à suivre une formation, en vue d'organiser et d'animer les activités de sensibilisation de même qu'à effectuer quelques visites à domicile.

Figure 1
Étapes du service



¹ La mission de CLSC est dorénavant assumée sous la nouvelle entité des Centres de santé et de services sociaux.

Par la suite, les pairs éducateurs sont invités à suivre une formation sur la prévention des chutes dispensée par l'ergothérapeute. Cette formation est offerte en raison, d'une journée par semaine, pendant quatre semaines. Et lorsque les pairs éducateurs possèdent déjà de l'expérience, en revenant l'année suivante, ils se voient habituellement proposer une journée de ressourcement pour parfaire leurs connaissances et pour connaître les améliorations apportées à l'intervention.

Étapes 3 et 4

Les pairs éducateurs recrutent des participants pour constituer de petits groupes d'intervention, comptant généralement entre huit à dix aînés, afin de les sensibiliser avec l'aide du matériel didactique² conçu à cette fin. Chaque équipe de pairs éducateurs intervient dans sa municipalité ou son quartier d'origine.

En principe, un effet multiplicateur devrait s'ensuivre après la fin de chaque rencontre de sensibilisation. En ce sens, si les informations reçues sont jugées pertinentes, il y a de fortes chances que les notions de prévention des chutes à domicile puissent se transmettre à des proches, à des amis ou à des voisins. En cela, l'effet multiplicateur généré par les participants est considéré utile pour le service, car il permettra de rejoindre une clientèle qui n'en a pas encore tiré avantage. Ainsi, cette valeur ajoutée sur le plan de la sensibilisation viendra appuyer le travail des pairs éducateurs.

Étape 5

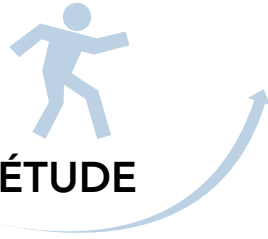
Après que la sensibilisation a été donnée en deux volets, soit une rencontre par semaine, les participants volontaires peuvent se prévaloir d'une visite à domicile. Son but consiste à identifier des solutions préventives au plan de l'aménagement sécuritaire du domicile. Les suggestions émises, par les pairs éducateurs, sont ensuite validées par l'ergothérapeute à partir d'une grille d'évaluation. Habituellement, l'intervenant les accompagne lorsque les aînés visités mentionnent être tombés à quelques reprises ou lorsque se présentent des situations particulières.

Cette avant-dernière étape du service s'avère essentielle. Elle permet d'arrimer les connaissances théoriques, issues des rencontres de sensibilisation, avec les besoins perçus par les participants. Ainsi, la visite à domicile constitue une occasion rêvée pour assurer un suivi adéquat.

Étape 6

Relevant du secteur de l'économie sociale, un service communautaire spécialisé dans l'installation des adaptations mineures demeure, somme toute, un excellent choix pour aider les aînés ne sachant pas comment procéder pour aménager leur domicile de façon sécuritaire.

² Le matériel didactique comprend notamment un jeu de bingo sur la prévention des chutes, un porte-af fiches et un rallye des situations dangereuses.



MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

À l'origine, cette étude descriptive comportait deux analyses qui ont été menées durant la deuxième année d'opération, en 1999-2000 ; l'une portait sur l'implantation du service et l'autre concernait les effets. Dues à certaines contraintes rencontrées en cours de cueillette de données, il ne fut pas possible de comparer le groupe expérimental avec un groupe témoin. Une solution alternative et, moins coûteuse, fut alors envisagée afin de disposer d'un groupe de référence. Conséquemment, cette étude va présenter des données provenant de l'analyse de l'implantation et permettra aussi de formuler quelques hypothèses sur les effets du service.

À l'origine, cette étude descriptive comportait deux analyses...

Par ailleurs, certains résultats sont analysés à partir d'une approche anthropologique³, laquelle donne lieu à des interprétations personnelles fondées sur le discours et sur les comportements des aînés ayant été observés durant l'étude et lors du projet pilote. Dans ce texte, les croyances populaires, les valeurs ainsi que les représentations sociales de la santé et de la maladie sont abordées afin d'illustrer quels types de facteurs socioculturels sont susceptibles d'empêcher, selon les circonstances, l'adoption d'attitudes ou de comportements dits sécuritaires.

Avant de décrire les objectifs poursuivis dans l'analyse de l'implantation, mentionnons que le service a presque atteint son objectif de sensibilisation au terme de la deuxième année de la régionalisation. En effet, 3 127 personnes âgées de 55 ans et plus ont été sensibilisées, de septembre 1999 à juin 2000, alors que cet objectif est fixé annuellement à 3 200⁴. Ce seuil théorique a été rejoint dans une proportion de 98 %, alors qu'il s'était limité à 69 % l'année précédente. Dès lors, les conditions étaient réunies pour procéder à une analyse de l'implantation.

Objectifs poursuivis dans l'analyse de l'implantation

Avec la régionalisation du service, certaines conditions de la mise en oeuvre ont été investiguées comme par exemple, la satisfaction de la clientèle, l'assiduité et la durée des rencontres, la qualité de la formation dispensée, l'adéquation des outils didactiques, la participation sociale des aînés dans le cadre de cette intervention en promotion de la santé, de même que l'atteinte des objectifs du service.

³ L'approche anthropologique a été basée sur des méthodes de cueillette de données qualitatives de type émique (les données tiennent compte des valeurs qui sont propres aux aînés d'expression française de la Mauricie et du Centre-du-Québec).

⁴ Seuil fixé à l'origine par la Régie régionale et calculé à partir de la clientèle fréquentant le programme Viactive de Kino-Québec.

Figure 2

Région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Les districts sociosanitaires

Échantillon des participants

En 1998, la population des 55 ans et plus comptait 117 452 personnes dans la région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Afin d'obtenir une certaine robustesse sur le plan statistique, l'échantillon visait environ 1 000 sujets répartis dans les douze districts sociosanitaires. Dans les faits, 949 personnes âgées de 55 ans et plus ont accepté de participer à l'étude sur une possibilité de 973. Ces sujets proviennent de sept districts sociosanitaires, les mêmes qui avaient manifesté un intérêt à participer à cette étude. Les données cumulées sont donc plus représentatives pour chacun d'entre eux, sauf pour un CLSC. Ceci s'explique par le fait que ce dernier a rencontré des difficultés sérieuses au cours de la cueillette des données. Au lieu de l'exclure, il fut plutôt décidé de le maintenir dans l'étude même si certains résultats pouvaient être influencés à la baisse. Ce choix a eu pour incidence d'amenuiser les pertes d'informations qui sont en lien avec les obstacles rencontrés sur le terrain.

La **figure 2** ci-haut identifie les sept districts sociosanitaires participants. Quatre d'entre eux proviennent de la Mauricie et sont desservis par trois CLSC (les districts sociosanitaires 2 et 3 sont couverts par un même CLSC). Tandis que les trois autres sont situés au Centre-du-Québec et sont chacun représentés par un CLSC.



Modèle théorique des effets du service

Le modèle théorique des effets du service est reproduit en annexe en guise d'information (**voir figure 3, p. 32**).

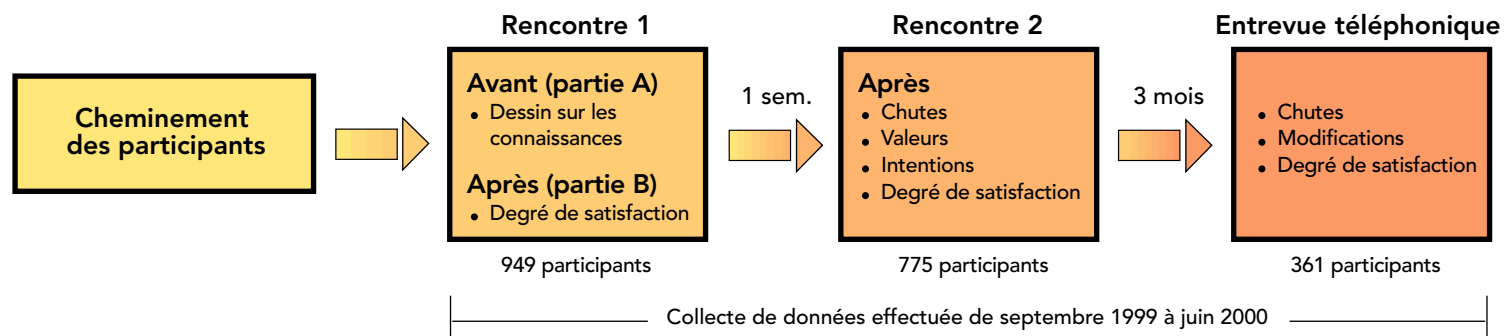
Le lecteur est invité à le consulter pour connaître les variables qui devaient être investiguées dans l'étude des effets. Toutefois, toutes ces dernières n'ont pu être mesurées au cours de l'expérimentation.

En conséquence, cette étude ne pourra pas déterminer si le service est vraiment efficace. Par contre, l'étude pourra générer quelques hypothèses sur les effets à partir de comparaisons établies entre le groupe des participants et le groupe de référence. Des pistes de réflexion émanant de ces résultats pourront éventuellement servir à alimenter de nouvelles recherches.

Devis et cueillette de données auprès des participants

Un devis a été conçu à partir d'un questionnaire auto-administré et à partir d'une grille d'entrevue téléphonique. Ces deux outils comprennent à la fois des questions ouvertes et fermées. De plus, une grille se rapportant à la technique de l'observation participante complétait le tout. Cette collecte de données a donc été appliquée aux participants en début de rencontre 1, après les rencontres 1 et 2, de même que trois mois plus tard.

Figure 4
Devis et cueillette de données auprès des participants



D'après la **figure 4**, le premier volet de la première étape de l'enquête commençait par une activité qui se déroulait avant le lancement officiel de la rencontre 1. Pour ce faire, les sujets étaient invités à compléter immédiatement la partie A de la première section du questionnaire du participant, dans laquelle était retrouvé un test spécifique visant à évaluer les connaissances des aînés sur la prévention des chutes.

À la fin de cette même rencontre, le participant était de nouveau sollicité à répondre à la partie B de ce questionnaire (second volet de la première étape). Cette fois-ci, le degré de satisfaction du participant à l'endroit du service était investigué. À cette première rencontre, le taux de réponse a atteint les 98 %, soit 949 sujets sur une possibilité de 973.

De ce nombre, 775 sujets sont revenus au second rendez-vous pour répondre à la deuxième section du questionnaire du participant. Compte tenu qu'une semaine seulement séparait les deux rencontres, il est à se demander si cette condition a pu influencer le taux de réponse qui fut de 82 % à

cette deuxième étape de l'étude, enregistrant ainsi une baisse de 16 % par rapport à la rencontre précédente. Or, cette cueillette de données cherchait justement à recenser le nombre de chutes qui se produisaient durant l'année précédant l'étude et à reconstituer le plus fidèlement possible le cheminement du participant concernant la modification du domicile.

Par la suite, une grille d'entrevue téléphonique a été administrée auprès de 361 aînés sur une possibilité de 775. Une intervieweuse tentait de les joindre, à deux ou trois reprises, et à des heures différentes, afin de contacter le plus de gens possible. Le taux de réponse était de 67 % (361/537) à cette troisième étape, alors que les refus se chiffraient à 8 % et les personnes non jointes à 25 %.

Au premier regard, nous serions portés à croire que le nombre de participants a diminué radicalement entre la 2^e rencontre et l'entrevue téléphonique. Mais, rien de tel ne s'est produit en réalité. En effet, cette situation s'explique

tout simplement par le fait que l'échantillon comportait 31 % (238/775) de sujets non admissibles au service. Ces derniers ont donc été discriminés à partir de leurs réponses indiquées dans le questionnaire : diminution de la capacité à vaquer à ses occupations quotidiennes et utilisation d'une aide technique pour se déplacer. Comme le service se destine aux personnes de 55 ans et plus, autonomes et en bonne santé, une rigueur méthodologique a été appliquée pour réunir une clientèle plus homogène, permettant ainsi de minimiser les biais possibles de l'échantillon. Par contre, les informations recueillies auprès des sujets exclus ont été toutefois conservées pour enrichir l'analyse de l'implantation. Bien que cette clientèle ne soit pas visée par le service, il n'en demeure pas moins qu'elle n'a pas été écartée de la sensibilisation pour des considérations éthiques.

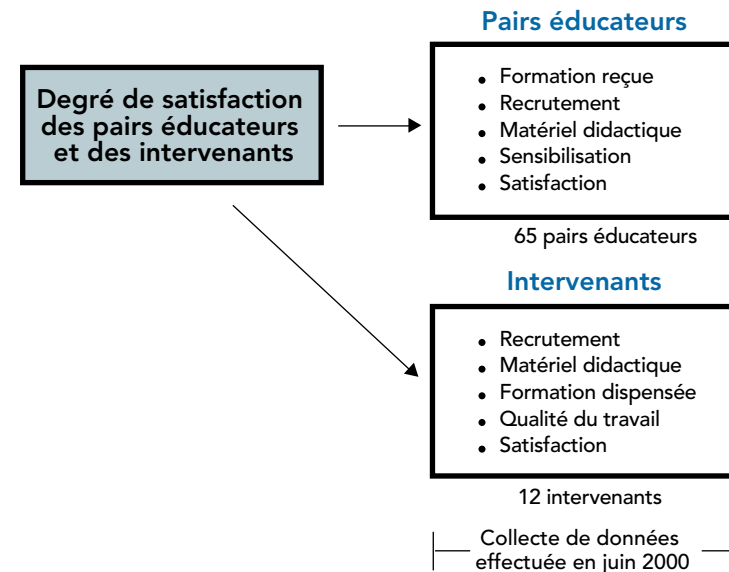
Finalement, cette troisième étape avait pour but de connaître si le participant apportait des modifications au domicile dans les trois mois suivant la fin de la rencontre 2.

Devis et cueillette de données pour les pairs éducateurs et les intervenants

Un autre devis, comprenant deux questionnaires (voir figure 5), a aussi été élaboré pour connaître le degré de satisfaction des pairs éducateurs (65) et des intervenants de CLSC à l'endroit du service (six équipes constituées chacune d'un ergothérapeute et d'un organisateur communautaire). Les

Figure 5

Devis et cueillette de données auprès des pairs éducateurs et des intervenants



difficultés rencontrées et les solutions suggérées dans la mise en œuvre, dans les activités didactiques et dans le recrutement, ont également été investiguées.

Dans les deux groupes, les questionnaires ont été distribués en juin 2000, soit à la fin des activités de sensibilisation. Malgré que le service fait relâche à chaque année durant la période estivale, le taux de réponse a tout de même été respectivement de 100 % à ce moment-là.

Concernant le recours à la technique de l'observation participante, cette dernière a permis, entre autres, de confronter nos hypothèses de travail et de vérifier le mode de fonctionnement des équipes de pairs éducateurs, tant au plan de leur capacité à bien véhiculer les informations transmises qu'au plan de la dynamique de groupe.

L'observation participante a pu être réalisée durant les rencontres de sensibilisation et, selon le cas, avec la complicité des ergothérapeutes ou des organisateurs communautaires.

Le recours à des informateurs clés a également été utile pour enrichir et valider l'analyse des résultats.

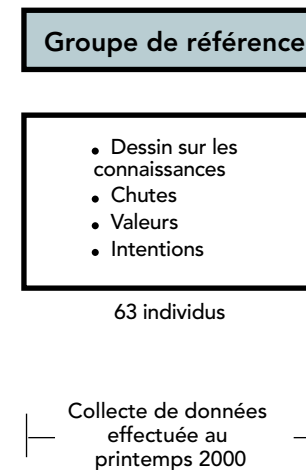
Groupe de référence

Le groupe de référence se compose de 63 sujets âgés de 55 ans et plus. Ces derniers ont tous été recrutés durant une activité sportive qui fut tenue, au printemps 2000, dans la région des Laurentides. Aucun des aînés n'habite la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec ni n'a participé à un programme de prévention des chutes équivalent au nôtre. Les données obtenues par questionnaire (voir figure 6) ont permis de dresser quelques comparaisons avec le groupe des participants.

Enfin, ce dernier a pu également être observé par la technique de l'observation participante durant l'activité sportive et durant la passation du questionnaire. D'ailleurs, à ce sujet, une intervieweuse a interrogé au hasard quelques aînés pour connaître en général leur degré de compréhension sur la notion de sécurité à domicile.

L'étude pourra générer quelques hypothèses sur les effets à partir de comparaisons établies entre le groupe des participants et le groupe de référence.

Figure 6
Groupe de référence





PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

Cette partie du document se subdivise en deux rubriques. La première décrit les principaux résultats de l'analyse de l'implantation et la seconde présente le cheminement des participants dans le cadre de l'aménagement sécuritaire du domicile. Après chaque résultat énoncé, s'ensuit habituellement une analyse. Mais, avant toute chose, commençons par décrire le profil des participants.

Résultats de l'analyse de l'implantation

Profil des participants

Au **tableau 1**, sont indiquées les caractéristiques sociodémographiques et sociosanitaires des participants.

Dans un premier temps, nous remarquons que les sujets ayant reçu le service se répartissent en trois groupes d'âge distincts. Il s'agit des :

- 55-64 ans (21,1 %) ;
- 65-74 ans (40,9 %) ;
- 75 ans et plus (36,4 %).

Tableau 1
Profil des participants

Caractéristiques sociodémographiques et sociosanitaires	%
Groupe d'âge :	
55-64 ans	21,1
65-74 ans	40,9
75 ans et plus	36,4
Sexe :	
Femmes	83,0
Hommes	17,0
Personnes seules :	
Total	40,5
Femmes	44,5
Hommes	16,8
Domicile :	
Propriétaires	62,2
Locataires	37,8
Auto-évaluation :	
En santé	80,0
Autonomes	70,0
Aucune limitation d'activité	91,3
Chutes (12 mois avant l'étude) :	
Oui	16,2

De façon spécifique, le sous-groupe des 65-74 ans se démarque des deux autres en comptant plus de gens. En combinant ce groupe d'âge avec celui des 75 ans et plus, nous observons qu'un peu plus du trois quart de l'échantillon (77,3 %) est constitué de personnes âgés de 65 ans et plus.

D'autre part, la majorité des participants qui ont fréquenté le service sont de sexe féminin (83,0 %). Cette répartition inégale, entre les hommes et les femmes, pourrait s'expliquer par les deux raisons suivantes : la première, d'ordre sociodémographique, se rapporte au phénomène de la surmortalité des hommes, alors que la deuxième réside dans les représentations sociales de la santé et de la maladie. À cet égard, les aînés masculins entretiennent l'idée que les chutes à domicile demeurent essentiellement un problème féminin. En discutant avec eux, nous avons constaté qu'ils sont convaincus de tomber moins fréquemment que le sexe opposé et d'être moins affectés plus tard par une perte d'autonomie pouvant limiter leur mobilité. Pour ces raisons, ils se sentent moins concernés par le service, même si les hommes sont parfois victimes de chutes mortelles.

Les hommes tomberaient moins que les femmes jusqu'à l'âge de 80 ans !

Sur le plan épidémiologique, les hommes tomberaient moins que les femmes jusqu'à l'âge de 80 ans (Allard, 1997). Cette tendance correspondrait, par la même occasion, avec les taux d'hospitalisation pour chutes à domicile qui ont été recensés dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec (MED-ECHO, 1998-1999 à 2002-2003). Par conséquent,

ces données viennent consolider la façon dont les hommes conçoivent ce problème de santé publique. Or, malgré cette perception, ils ne sont pas exemptés pour autant de subir une chute. À preuve, les hommes sont plus prédisposés à tomber à l'extérieur que les femmes et à un niveau d'activité plus élevé (Allard, 1997). Par exemple, le déneigement du toit de la maison représente une activité périlleuse, le risque de tomber devient alors très élevé surtout si cette activité se produit sans l'aide d'un câble de soutien. Les conséquences à une telle chute se traduisent généralement par des blessures graves, voire même mortelles. Ainsi, les hommes vieillissants peuvent manifestement moins tomber que les femmes âgées, mais quand cela survient, la chute leur est bien souvent fatale.

Toujours est-il que ce n'est pas que dans le service où l'on constate une sous-participation des hommes. En effet, selon des informateurs clés, cette situation se transposerait aussi du côté des associations d'aînés, en se traduisant par un manque d'intérêt des messieurs à organiser ou à participer à certaines activités sociales qui comportent des éléments de réflexion et de discussion.

Par ailleurs, les personnes vivant seules (40,5 %) constituent une importante proportion des répondants dans cette étude. En les répartissant selon le sexe, il y a plus de femmes qui ont mentionné vivre seules (44,5 %) que d'hommes (16,8 %).

À partir de témoignages d'ergothérapeutes de notre région, ce facteur sociodémographique exercerait une influence dans la genèse des chutes. La personne esseulée, tout en étant privée de la rétroaction d'un autre résident, accorderait moins d'attention à certains facteurs de risque présents au domicile, augmentant par le fait même la probabilité de chuter.

D'après une analyse des discriminants⁵ produite sur cette variable, les aînés vivant seuls sont nettement moins enclins à effectuer des modifications au domicile. Ce résultat complémentaire permet de corroborer, en quelque sorte, les observations faites par les ergothérapeutes.

Quant au type de résidence occupé, 62,2 % déclarent être propriétaires d'une maison, alors que 37,8 % indiquent plutôt être locataires d'un logement, notamment dans un HLM ou une résidence pour personnes retraitées.

Dans l'ensemble, les participants se considèrent en santé (80,0 %), autonomes (70,0 %) et ne pas être limités ni dans leurs déplacements ni dans l'accomplissement de leurs activités quotidiennes (91,3 %). Nous notons cependant que la proportion obtenue pour l'autonomie est plus faible que les deux autres. Ordinairement, les trois résultats auraient dû converger. Mais, il se pourrait que le concept de l'autonomie

s'est avéré ambigu pour certains, de sorte qu'ils l'ont probablement envisagé que sous l'angle de la dimension physique, car ce facteur y est souvent associé. Cette vision réductionniste a pour effet d'éclipser deux autres volets inhérents à l'autonomie que sont le psychologique et le social. D'où possiblement le reflet de cette confusion dans le résultat obtenu...

Enfin, 16,2 % des participants⁶ ont déclaré être tombés dans les douze derniers mois précédant l'étude. Cette proportion peu élevée pourrait signifier que l'échantillon comporte peu de chuteurs. Ou bien quand ils tombent, ils auraient tendance à le sous-déclarer. Ce phénomène d'ailleurs ne semble pas faire exception à la règle, puisque la recension des écrits est éloquent sur les raisons qui incitent les aînés à ne pas les déclarer :

- éprouver des problèmes de mémoire ;
- associer la chute avec le vieillissement tout en ayant l'impression que c'est normal ;
- craindre d'informer ses proches en cas de chute. L'aîné peut être contraint à quitter son domicile vers un milieu de vie en hébergement.

La personne esseulée accorderait moins d'attention à certains facteurs de risque présents au domicile...

⁵ L'analyse des discriminants sert à prédire l'appartenance à un groupe à partir des caractéristiques de chacun des sujets. Elle génère une fonction discriminante à partir des variables qui produisent la plus grande différence entre les groupes.

⁶ Dans cette étude, les personnes âgées qui tombèrent le plus souvent sont par ordre croissant : les 75 ans et plus, les 65-74 ans et les 55-64 ans.

Pour conclure, il est surprenant que le nombre de chutes soit peu élevé dans cette étude. En principe, nous appréhendions obtenir une proportion théorique près de 30 %. Mais, se peut-il que les personnes âgées aux prises avec des problèmes de santé aient moins tendance à participer à la deuxième rencontre ?

Selon l'analyse des discriminants, plus les participants éprouvent des problèmes de santé affectant la mobilité et moins ils sont susceptibles de revenir. Donc, tout porte à croire que l'échantillon aurait possiblement perdu une partie des aînés étant plus à risque de subir une chute.

Degré de satisfaction des participants

Les données recueillies, au **tableau 2**, se rapportent à la satisfaction de la clientèle, laquelle a été évaluée à trois moments distincts (rencontre 1, rencontre 2 et entrevue téléphonique), et ce, pour les quatre aspects suivants : l'appréciation générale du service, le travail effectué par les pairs éducateurs, la complexité de certaines activités didactiques et la durée des rencontres.

Tout d'abord, la majorité des participants semble avoir très apprécié le service, si nous prenons en considération les résultats obtenus, tant à la première (87,7 %) qu'à la deuxième rencontre (88,1 %). Cependant, cette grande satisfaction subira un léger fléchissement trois mois plus tard (75,6 %). En effet, la proportion

La majorité des participants apprécient le service...

Tableau 2
Degré de satisfaction des participants envers le service

Éléments évalués	Rencontre 1	Rencontre 2	Entrevue téléphonique (3 mois plus tard)
Appréciation générale du service :			
Très satisfait	87,7	88,1	75,6
Satisfait	14,3	11,9	23,5
Peu satisfait	--	--	0,8
Travail des pairs éducateurs :			
Bien communiquer les infos	100,0	100,0	100,0
Maîtriser le sujet	99,9	99,4	100,0
Complexité des activités didactiques :			
Bingo	1,4	--	--
Rallye	--	42,3	2,5
Durée des rencontres :			
Trop courte	23,0	19,6	--
Adéquate	76,0	79,9	98,6
Trop longue	1,0	0,5	1,4

de gens très satisfaits (87,7 %) va diminuer au profit des personnes satisfaites, passant de 14,3 % à la première rencontre à 23,5 % lors de l'entrevue téléphonique. Par contre, le pourcentage d'aînés insatisfaits est demeuré minime, soit moins de 1 %.

Cette satisfaction est encore plus élevée du côté du travail effectué par les pairs éducateurs (près de 100 %). Les participants ont souligné que ces derniers savaient bien communiquer les informations préventives tout en les maîtrisant également. Ce rendement s'explique probablement par la qualité de la formation dispensée par les ergothérapeutes et par la sélection adéquate des candidats affectés au rôle de pairs éducateurs.

D'après les participants de la rencontre 2, le rallye des situations dangereuses se démarquait des autres activités didactiques de par sa complexité (42,3 %). Curieusement, cette opinion ne fut pas maintenue longtemps étant donné que très peu d'aînés le considéraient encore difficile trois mois plus tard (2,5 %). C'est comme si le facteur temps avait eu pour conséquence d'effacer de la mémoire collective cette singularité.

Les aînés qui assistent à la deuxième rencontre sont généralement plus en santé et autonomes.

En quatrième lieu, plus des trois quarts des participants ont jugé adéquate la durée des deux rencontres, soit environ 2 heures (renc. 1 : 76,0 % et renc. 2 : 79,9 %). Toutefois, ce dernier résultat connaîtra une augmentation trois mois plus tard en passant de 79,9 % à 98,6 %. Réflexion faite, il y a probablement une tendance, chez nos sujets, à vouloir trop atténuer les difficultés rencontrées pour ne pas décevoir les responsables du service. En ne ressortant que le positif, les sujets penchent inmanquablement vers la désirabilité sociale. Nonobstant ce penchant, les aînés émettent également des critiques constructives comme le fait que les rencontres s'éternisent parfois. Mais, ce genre de commentaires reste tout de même minoritaire.

À l'opposé, autour de 21 % des participants estiment que la durée des deux rencontres fut trop courte. Selon certains témoignages, les rencontres de sensibilisation revêtent une dimension sociale particulière ; elles deviennent, en quelque sorte, une autre occasion de briser la solitude de ces aînés. De nouveau, il ne faudrait pas perdre de vue qu'un participant sur cinq vit seul !

En général, la satisfaction à l'endroit du service apparaît très élevée. Cependant, une certaine attention doit être accordée pour revoir, d'une part, le déroulement du rallye des situations dangereuses vu sa complexité, et, d'autre part, pour réviser la durée des rencontres, bien que la situation observée soit mineure dans le cas présent. À ce sujet, est-ce que cette variable pourrait avoir influencé l'assiduité des participants à la deuxième rencontre ?

D'après l'analyse des discriminants, les aînés qui assistent à la deuxième rencontre sont généralement plus en santé et autonomes. De plus, ils ont un niveau de satisfaction plus élevé de la première rencontre. Par conséquent, il apparaît que la durée des rencontres n'a pas exercé une influence significative sur l'assiduité des participants.

Raisons évoquées pour participer aux deux rencontres de sensibilisation

Le **tableau 3 (voir p.16)** regroupe les différentes raisons qui ont incité les participants à se présenter aux deux rencontres. Certains de ces motifs ont même été évoqués une seconde fois durant l'entrevue téléphonique.

D'une part, les aînés assistent à la première rencontre de sensibilisation soit pour acquérir des connaissances générales sur la prévention des chutes à domicile (69,9 %), soit pour mieux identifier les risques (61,1 %). Et, d'autre part,

Tableau 3

Raisons évoquées par les sujets de l'étude à participer au service

Raisons	Rencontre 1	Rencontre 2	Entrevue téléphonique (3 mois plus tard)
		%	
Se renseigner	69,9	--	61,8
Prévenir	61,1	--	61,8
Vouloir modifier son domicile	47,5	46,6	--
Activité sociale	34,7	--	26,9
Curiosité	28,5	--	--
Type de relation établie avec les pairs éducateurs	27,4	37,4	--
Obligation de revenir	--	28,6	--
En connaître davantage	--	93,8	--
Accueil / dynamisme des pairs éducateurs	--	--	47,9

pour savoir quoi faire quand vient le moment de modifier son domicile (47,5 %).

Trois autres raisons émergent aussi de ce lot pour exercer une certaine influence sur la participation. Il s'agit, notamment, de la socialisation (34,7 %), de la curiosité (28,5 %) et du type de relation établie avec le pair éducateur (27,4 %).

Le service a donc recruté quatre types de participants. Le premier équivaut aux personnes qui désirent acquérir et/ou parfaire leurs connaissances à l'égard des chutes et/ou modifier leur domicile. Le second regroupe les gens dont la dimension sociale des rencontres revêt de l'importance. Ces

dernières deviennent pour ainsi dire une opportunité pour juxtaposer relation interpersonnelle avec plaisir de s'instruire. En troisième lieu, il existe des aînés pour qui la simple curiosité les pousse à participer à un tel événement. Pour le dernier type de clientèle âgée, la participation réside dans l'obligation de répondre favorablement à l'invitation du pair éducateur, sous prétexte que les participants le connaissent et qu'ils ne veulent pas le décevoir.

Par ailleurs, ce qui frappe l'attention à la deuxième rencontre de sensibilisation n'est pas tant l'obligation d'y revenir (28,6 %), mais plutôt le fait de vouloir en connaître davantage (93,8 %). **Le service réussit donc à susciter de l'intérêt chez les participants.** Parmi cette clientèle, nous retrouvons un certain groupe d'aînés motivés par l'idée d'apporter des modifications au domicile (46,6 %). À cela, s'ajoute le type de lien établi avec le pair éducateur qui pourrait exercer, cette fois-ci, une influence plus significative (37,4 %) sur la participation, comparativement à ce qui a été constaté à la première rencontre (27,4 %).

Au cours de l'entrevue téléphonique, 61,8 % des sujets de l'étude ont souligné encore l'importance de bien se renseigner et de prévenir. Ces raisons motivant la participation surpassent celles de l'accueil et du dynamisme des pairs éducateurs (47,9 %) et de la socialisation (26,9 %).

En définitive, le recrutement des participants, tantôt effectué sur invitation, tantôt accompli au hasard, a permis de rassembler des aînés motivés et intéressés par la prévention des chutes à domicile. Ce constat se remarque dès la première rencontre et se maintient trois mois après la fin des activités de sensibilisation.

Point de vue des pairs éducateurs envers le service

D'entrée de jeu, mentionnons que les 65 pairs éducateurs évaluent positivement leur implication au sein du service et en retirent une grande satisfaction, notamment avec le rôle occupé dans la stratégie de l'éducation à la santé. À preuve, la plupart étaient ravis de diffuser des informations sur la prévention des chutes pouvant intéresser les participants.

En outre, ils s'entendent pour dire que **leur participation sociale dans le service a engendré un impact positif sur leur estime de soi**. À ce sujet, il ne faut pas oublier que l'aîné perd inévitablement son statut social de personne active en quittant définitivement le milieu du travail. En revanche, le retraité peut occuper une autre position dans la vie publique, grâce à une participation sociale dans d'autres domaines. C'est le cas particulièrement du service qui rend possible aux aînés d'aider leurs semblables tout en mettant à contribution leur vaste expérience de la vie. Ce sentiment d'être utile à la société agit, en quelque sorte, comme un tonique sur l'estime de soi des pairs éducateurs, contribuant par le fait même au maintien d'une bonne santé mentale.

Par contre, de toutes les tâches réalisées par les pairs éducateurs, le recrutement des participants a posé problème durant la formation des groupes de sensibilisation. Ainsi, près de 60 % des pairs éducateurs ont déclaré ne pas avoir apprécié cette fonction. Ils avaient l'impression de les solliciter

jusqu'à ce qu'ils acquiescent. En guise de solution, ils émettent l'idée que cette tâche incombe dorénavant à l'organisateur communautaire ou aux organismes du milieu. Sinon, ils demandent à être mieux soutenus s'ils doivent encore l'accomplir.

Point de vue des intervenants envers le service

Durant l'étude, les intervenants ne tarissaient pas d'éloges sur les pairs éducateurs ! En effet, les ergothérapeutes et les organisateurs communautaires se disaient particulièrement impressionnés par leur capacité de persuasion démontrée au cours des deux rencontres de sensibilisation.

Par ailleurs, ils confirment également les difficultés rencontrées par les pairs éducateurs durant le recrutement des participants. Les intervenants évoquent aussi une situation similaire, mais envers les pairs éducateurs. À ce propos, ils ont pu constater que **certains pairs éducateurs consacraient également plusieurs heures dans d'autres activités bénévoles**. Dans le langage du milieu, ils sont habituellement désignés sous l'acronyme TLM : « Toujours les mêmes ». Bref, cette situation provoque parfois des conflits d'horaire, des départs prématurés de pairs éducateurs dus à une participation sociale trop soutenue ou à l'obligation d'en former d'autres, à cause de l'effritement des équipes. Ce problème a été toutefois plus criant pour certains CLSC urbains.

Certains intervenants ont même appris à leurs dépens que le rôle de pair éducateur ne convient pas à n'importe qui. À cet effet, ils ont exprimé qu'ils devront être dorénavant plus vigilants sur certains critères, tels que la disponibilité et l'intérêt des futurs candidats.

Ainsi, les pairs éducateurs représentent manifestement la pierre angulaire du service en remplissant une fonction aussi déterminante, que celle d'agent de changement en promotion de la santé.

Dans ce contexte, le point de vue exprimé par les intervenants sur la défection ou le désengagement de certains pairs éducateurs s'avère pertinent, puisqu'il traduit un problème récurrent observé sur le terrain. Cette situation mérite donc d'être approfondie notamment par une recherche de solutions adaptées à cette difficulté.

Atteinte des résultats attendus par le service

En théorie, le service est articulé autour de quatre objectifs, mais de façon pratique, l'implantation n'a pu être réalisée que pour les trois premiers, soit :

- sensibiliser les aînés aux risques potentiels de chutes présents dans leur domicile ;
- habiliter les aînés à identifier les risques potentiels de chutes ;
- favoriser l'adoption de comportements sécuritaires en regard de la prévention des chutes.

Le quatrième objectif (**voir p. 4**) est donc resté en plan durant la régionalisation, et ce, pour les deux raisons suivantes :

- **L'absence d'un modèle uniformisé de la visite à domicile.** Cet état de situation résulte de deux difficultés rencontrées au cours du projet pilote que sont l'inconfort à promouvoir l'activité auprès des participants sensibilisés et le manque d'un programme de formation adéquat destiné aux pairs éducateurs.
- **La non-expérimentation d'un prototype de service communautaire dédié à l'installation des adaptations mineures.** Durant le projet pilote, quelques organismes du milieu avaient manifesté un intérêt pour ce type d'activité. Mais, la crainte de subir une poursuite au civil, advenant qu'un aîné se blesse à la suite d'une modification apportée au domicile, a eu pour incidence d'empêcher l'instauration d'un partenariat.

Compte tenu de ce qui précède, les intervenants ont plutôt décidé de concentrer leurs efforts sur les trois premiers objectifs visés par le service. Certains territoires auraient apprécié investir du côté du quatrième objectif, mais les opportunités n'étaient pas au rendez-vous au moment où s'est tenu l'étude.

Les pairs éducateurs représentent manifestement la pierre angulaire du service !



Cheminement des participants dans le cadre de l'aménagement sécuritaire du domicile

Cette seconde rubrique de l'analyse des résultats présente une description sur le cheminement des participants qui va des connaissances aux valeurs, tout en passant par les intentions de changements jusqu'aux modifications apportées au domicile.

C'est également ici qu'intervient le groupe de référence, à partir duquel il devient possible de formuler quelques hypothèses sur les effets. Celles-ci sont évoquées dans ce texte, à titre de pistes de recherche, pour faciliter éventuellement le travail des chercheurs qui y trouveraient un certain intérêt.

D'ailleurs, à ce sujet, les résultats ont été comparés statistiquement entre les deux groupes à l'aide de **tests du Chi-Carré** dans le cas des proportions et par une analyse de variance dans le cas des moyennes, avec **un seuil de signification fixé à 0,05**.

Considérant nos limites méthodologiques, l'étude tentera malgré tout d'élucider les questions suivantes : À quelle étape du processus de modification du comportement, les changements se produisent-ils ? Dans l'éventualité de l'adoption d'un comportement, quels types de modification privilégient les participants dans leur domicile ? Quels en sont les coûts ? Le service peut-il diminuer le risque de tomber ?

Profil du groupe de référence

Le groupe de référence est sensiblement comparable au groupe des participants sur la base des caractéristiques sociodémographiques et sociosanitaires suivantes : vivre seul ou non, résider dans une maison ou un appartement, recourir ou non à une aide technique pour se déplacer et se considérer en bonne santé.

Toutefois, le groupe de référence diffère de l'autre en étant un peu plus jeune, en ayant une proportion plus forte d'hommes et en comptant moins d'individus limités sur le plan des activités. Quant à ce dernier aspect, l'écart entre les deux groupes vient à s'annuler complètement à mesure que nous passons successivement de la rencontre 1, à la rencontre 2 et à l'entrevue téléphonique.

En dépit des légères différences constatées, le groupe de référence est considéré comme un groupe équivalent à la population générale. Quelques comparaisons seront alors établies avec le groupe des participants.

Connaissances

Avant même que ne débute la sensibilisation à la première rencontre, tous les participants furent soumis à une évaluation de leurs connaissances théoriques sur la prévention des chutes à domicile. Cette activité d'avant rencontre a été effectuée avec l'aide d'un dessin identifiant dix situations dangereuses, lequel fut imaginé à l'origine, en

1987, par le Département de santé communautaire de l'Hôpital Général de Montréal. Cette activité n'a pas été reconduite à la deuxième rencontre de sensibilisation, puisque le corrigé devait être remis au participant aussitôt après, tel que stipulé dans le *Guide d'implantation du service de prévention des chutes et d'adaptations mineures du domicile* (RRSSS, 1998).

D'après les résultats de la **figure 7**, seulement trois risques sur dix ont été reconnus par plus de 80 % des participants : le chat, les souliers et le téléphone.

Leur identification semble possiblement plus facile, car les risques illustrés sont plus évidents. Par contre, les faibles scores obtenus, pour le seuil de la porte (13 %) et les marches de l'escalier (14 %), laissent plutôt penser que ces deux risques sont plus subtils pour nos répondants. Aussi, il est étonnant de constater que la flaque d'eau et la balle obtiennent des scores en deçà de 60 %. Est-ce que cette situation résulterait à la longue d'une certaine accoutumance au risque ?

Selon les entrevues menées auprès des aînés du projet-pilote, la perception des risques pourrait être modifiée à force de les côtoyer et ils deviendraient conséquemment plus familiers à la personne. Par exemple, le fait de contourner un obstacle dans une pièce deviendrait, presque,

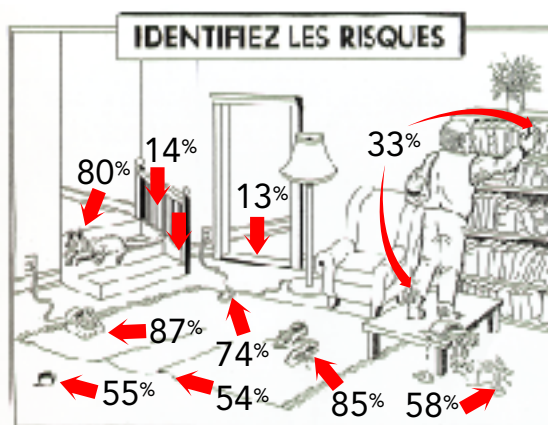
une réponse adaptative face à ce risque. Dans ce cas-ci, les aînés, en étant jadis parents, ont réussi à développer et à maintenir des mécanismes d'adaptation face à des jouets qui traînaient sur le plancher. Cette situation leur est donc devenue coutumière. Dès lors, ce n'est pas tant la visite des petits enfants et des jouets par terre qui déclencheront en eux un état de vigilance accru. Bien au contraire, c'est plutôt les mécanismes d'adaptation acquis dans le passé qui risquent de prendre le dessus.

Au fil des ans, le développement de capacités intrinsèques d'adaptation envers les risques procure, chez l'individu, un sentiment de contrôle absolu, et ce, davantage s'il ne connaît pas d'accidents.

Par conséquent, les grands-parents ne sont donc pas à l'abri d'une chute, bien qu'ils aient réussi à s'adapter à différentes situations.

En fait, le processus du vieillissement est omniprésent et exerce progressivement son œuvre en modifiant la réponse de nos réflexes et de notre équilibre. Là-dessus, n'oublions pas qu'une personne âgée a tendance à se percevoir et à se comporter tout comme elle le faisait en étant plus jeune. Ainsi, ses mécanismes de protection fonctionneront tant et aussi longtemps que n'apparaîtra pas un danger imprévisible pouvant influencer la coordination des membres et de l'équilibre. Quand cette circonstance arrive, la chute risque de se produire !

Figure 7
Connaissances sur les risques



En fin de compte, cette activité d'avant-rencontre basée sur le dessin a permis de dégager que les participants détiennent une connaissance minimale pour six des dix situations dangereuses identifiées, là où les proportions sont inférieures à 60 %. Cette clientèle peut sans aucun doute soutirer des bénéfices en prenant part au service.

Les participants détiennent une connaissance minimale pour six des dix situations dangereuses...

Cette conclusion s'applique également pour le groupe de référence qui a lui aussi récolté un résultat identique à celui des participants.

Valeur des participants face à la prévention des chutes

Une seule question portant sur l'importance à accorder à la prévention des chutes à domicile a été posée, tant auprès du groupe des participants que du groupe de référence. Dans les deux cas, les gens ont signalé qu'il était essentiel de prévenir les chutes à domicile (90,0 % et 95,0 %).

Toutefois, il faut préciser qu'une ambiguïté sur la notion de sécurité à domicile a pu se produire avec le groupe de référence. En effet, certains répondants ont pris globalement ce thème pour y inclure, par exemple, la prévention des

Tableau 4
Intentions des participants et du groupe de référence à vouloir modifier le domicile

Étapes du cheminement	Rencontre 2	Entrevue téléphonique (3 mois plus tard)	Groupe de référence
		%	
Lire la brochure	86,0	90,0	--
Évaluer domicile	81,5	79,0	62,0
Avec brochure	52,7	38,5	--
Sans brochure	28,8	40,5	--
Identifier un changement	68,5	--	15,0
Avoir des intentions de modifier	61,7	--	15,0

incendies, de sorte qu'ils ne se sont pas limités spécifiquement à la prévention des chutes. Cette explication plausible découle des entrevues menées auprès de quelques personnes du groupe de référence.

Intentions de modifications des participants

En guise de rappel, mentionnons que les participants détenaient des connaissances minimales en lien avec l'identification des risques. Mais, qu'en est-il au juste de leurs intentions à vouloir modifier le domicile pour le rendre plus sécuritaire ?

D'après le **tableau 4**, nous constatons que 86,0 %, des 775 participants de la rencontre 2, ont lu la brochure *Mieux vivre à domicile sans chute*. Cet outil pédagogique, produit par le

CLSC Drummond (1990), a pour objectif d'identifier les principaux risques présents au sein des différentes pièces du domicile et d'y suggérer des solutions concrètes pour les rendre plus sécuritaires. Cette brochure a aussi le mérite d'avoir été évaluée et d'être reconnue pour son efficacité.

Cependant, lire la brochure du CLSC Drummond n'amène pas systématiquement une autoévaluation du domicile. Bien que dans ce cas-ci, un peu plus de la moitié des gens (52,7 %) ont exprimé y avoir eu recours lors de l'évaluation du domicile. Par contre, près d'une personne sur trois (28,8 %) a accompli cette tâche sans l'aide de la brochure. Ainsi, peu importe la formule retenue, l'autoévaluation du domicile a été réalisée par une proportion importante de participants (81,5 %).

À titre d'analyse plus spécifique, soulignons que les sujets de l'entrevue téléphonique ont été un peu plus nombreux à lire la brochure (90,0 %), comparativement à l'ensemble du groupe de la rencontre 2. Cette lecture a pu probablement se produire après la fin des activités de sensibilisation, ce qui expliquerait la proportion un peu plus élevée et leur tendance à autoévaluer leur domicile sans l'aide de la brochure. Encore là, il ne s'agit que d'hypothèses, mais il se pourrait que ces participants étaient déjà convaincus des changements à effectuer dès après la première rencontre. Dès lors, l'apport de la brochure fut jugé plutôt secondaire durant l'autoévaluation du domicile, car ils avaient précisément en tête les modifications à apporter. Et, en lisant la brochure

L'exposition au service contribuerait vraisemblablement à identifier des changements et à accroître les intentions de modifier le domicile.

par la suite, cela a peut-être permis de valider le changement effectué. Ainsi, l'autoévaluation du domicile, avec ou sans brochure, représente un comportement clé pour le groupe de l'entrevue téléphonique.

D'autre part, 68,5 % des participants de la deuxième rencontre ont mentionné avoir identifié un changement à effectuer dans une pièce en particulier. Aussi, 61,7 % désiraient apporter concrètement une modification dans une pièce, comme la salle de bain, par exemple.

Du côté du groupe de référence, l'autoévaluation du domicile (62 %) a été moins élevée que le groupe des participants de la rencontre 2 et du sous-groupe de l'entrevue téléphonique, mais davantage à ce que nous avons prévu à l'origine (environ 30 %). L'attention accordée à la prévention des incendies à domicile a sûrement influencé ce résultat à la hausse. De plus, une faible proportion de ce groupe a identifié un changement à effectuer dans une pièce du domicile (15,0 %) et fait état de leur intention de la modifier (15,0 %).

Cette fois-ci, les trois mesures précédentes sur le groupe de référence s'avèrent statistiquement différentes du groupe des participants de la rencontre 2 et du sous-groupe de l'entrevue téléphonique. Nous pouvons alors estimer que l'exposition au service contribuerait vraisemblablement à identifier des changements et à accroître les intentions de modifier le domicile.

Modifications du domicile par les participants

Selon le **tableau 5**, nous observons que 29,9 % des participants de l'entrevue téléphonique ont souligné avoir apporté une modification tangible dans leur domicile.

Tableau 5
Modifications du domicile par les participants

Modifications	Rencontre 2	Entrevue téléphonique (3 mois plus tard)
	%	
Apporter une ou des modifications	--	29,9
Type de modifications anticipées ou réalisées		
Mineures	90,0	90,0
Majeures	10,0	10,0
Temps nécessaire (1 mois)		
Anticipé	52,0	--
Réalisé	--	86,9
Coût réel		
Aucun	--	33,6
1 à 40 \$		43,9
41 à 100 \$		12,1
Plus de 100 \$		11,8
Influence des rencontres de sensibilisation		
Impact sur les modifications	--	88,4

C'est donc un peu moins de la moitié des participants ayant manifesté cette intention (61,7 %) à la rencontre 2, qui déclarent être passés à l'action.

D'autre part, nous constatons que la majorité des modifications sont des adaptations mineures, tant au chapitre des intentions (90,0 %) que des réalisations (90,0 %). Par exemple, la barre d'appui, le tapis de bain et l'antidérapant ne sont là que quelques éléments d'une longue liste ayant été maintes fois mentionnés pour rendre plus sécuritaire la salle de bain.

Du côté de la cuisine, deuxième pièce la plus citée dans cette étude, les adaptations mineures les plus fréquentes sont l'ajustement des tablettes d'armoires pour faciliter l'accès aux objets usuels, de même que l'utilisation d'un escabeau sécuritaire pour accéder ou ranger un article dans les vaisseliers et les armoires. Quelques personnes ont également indiqué avoir réalisé des corrections majeures dans une pièce, comme la réfection des escaliers intérieurs pour accéder au sous-sol ou aux chambres.

La plupart des modifications ont été réalisées à l'intérieur d'un mois (86,9 %), si bien que ce résultat semble converger avec le précédent obtenu à la seconde rencontre. À cette étape, 52,0 % des participants prévoient s'acquitter de cette tâche dans un délai d'un mois ou moins.

Quant au reste, les adaptations mineures n'ont engendré aucune dépense (33,6 %) comme le fait d'enlever un tapis ou déplacer un meuble encombrant, ou bien ont généré des coûts variant de 1 \$ à 40 \$ (43,9 %). En outre, 11,8 % de gens ont déclaré avoir déboursé plus de 100 \$ pour effectuer des modifications majeures, dont les travaux s'évaluaient sur un mois et plus.

En tenant compte des précédents résultats, **les participants de l'entrevue téléphonique affirment avoir modifié leur domicile** à cause de l'influence des deux rencontres de sensibilisation (88,4 %).

Les aînés plus jeunes seraient plus prédisposés à évaluer leur domicile avec la brochure et à le modifier ensuite...

Comme le service amorçait une deuxième année d'opération, nul doute que, parmi les sujets de l'étude, figurait la catégorie dite des « adopteurs précoces ». Des gens convaincus et prêts à passer à l'action sans le recours de longues heures de sensibilisation. Ainsi, dans toute approche de marketing social, chaque programme attire, en premier lieu, ce type de clientèle.

Selon l'analyse des discriminants, les sujets qui ont mentionné avoir évalué leur domicile ou avoir identifié des modifications, à la deuxième rencontre, sont plus nombreux à effectuer ultérieurement des changements. À ce sujet, un résultat statistiquement significatif indique que les aînés plus jeunes seraient plus prédisposés à évaluer leur domicile avec la brochure et à le modifier ensuite, alors que ce comportement prévaudrait moins chez les plus âgés.

Finalement, le suivi à effectuer auprès de l'aîné aurait tendance à renforcer positivement sa capacité à modifier son domicile, d'après la recension des écrits.

Inaction chez les participants

Au **tableau 6**, il y est indiqué qu'un peu plus de la moitié des répondants de l'entrevue téléphonique (52,1 %) n'ont pas apporté une modification particulière au domicile pour les deux raisons suivantes :

- le domicile est déjà sécuritaire à cause des modifications qui furent entreprises antérieurement sans l'aide du service ;
- le projet a dû être reporté à une date ultérieure.

Tableau 6
Inaction chez les participants

Causes	Entrevue téléphonique (3 mois plus tard)
	%
Domicile est déjà sécuritaire/projet reporté	52,1
Esthétique	0,3
Pas nécessaire (trop âgé)	5,3

Ce dernier résultat fait donc ressortir la nécessité d'offrir un suivi et du soutien lorsque les aînés désirent effectuer des modifications à domicile. La réalisation d'adaptations mineures dans le cadre d'un service communautaire prendrait ainsi toute sa signification, particulièrement dans l'achat et l'installation. De plus, ce constat milite en faveur du maintien de la visite à domicile au sein du service.

D'autre part, peu de gens ont souligné ne pas avoir entamé des correctifs pour des considérations esthétiques (0,3 %). Les adaptations mineures pouvant déparer une pièce ont donc eu un écho mineur dans cette étude. Par contre, les raisons associées à l'âge (5,3 %) exerceraient un rôle plus important que le précédent facteur. À preuve, lors de l'entrevue téléphonique, certains participants ont mentionné qu'ils se considéraient tout simplement trop vieux ou vieilles pour apporter un changement en particulier dans leur logis. Ils jugeaient que la situation n'en valait plus la peine ! En présence de telles données, il serait pertinent de creuser davantage la question des représentations sociales de la santé et de la maladie, afin de mieux comprendre ce qui peut constituer des entraves sérieuses à l'aménagement sécuritaire du domicile chez les aînés.

Considérons maintenant l'exemple suivant, à l'effet que certains aînés ne veulent pas poser une barre d'appui dans la salle de bain de peur d'être perçus comme une personne handicapée ou en perte d'autonomie. Cette attitude peut-elle être imputable à l'objet en soi ? Possiblement. Il faut se rappeler que la présence d'une barre d'appui en acier inoxydable peut devenir offensante dans une salle de bain, si l'on retient le critère de l'esthétisme. Ce facteur peut alors constituer un frein sérieux allant jusqu'à compromettre la pose. En outre, ce comportement réfractaire ou cette inaction peut-il provenir d'une crainte ou d'une peur ? Encore là, probablement. Puisque ce ressenti peut être fondé sur une appréhension voulant que la pose d'une barre

Le soutien de l'ergothérapeute constitue, sans contredit, un avantage quand vient le temps de modifier le domicile.

d'appui peut induire vraisemblablement un processus de perte d'autonomie à la personne ! En fait, il s'agit du même genre de crainte qui empêche parfois certains âgés de marchander leurs arrangements préfunéraires, de peur de décéder subitement par la suite. Voilà des exemples de représentations sociales de la santé et de la maladie qui mériteraient d'être élucidées, pour mieux comprendre les raisons qui incitent les gens à ne pas modifier leur domicile.

Enfin, certaines personnes âgées de l'étude entretiennent une perception négative de leur vieillissement et détiennent une faible estime de soi. Parfois, ces aspects les conditionnent à adopter un état défaitiste face à la vie, les amenant par conséquent à ne plus se réaliser ou entreprendre de nouveaux projets. En pareil cas, le soutien de l'ergothérapeute constitue, sans contredit, un avantage quand vient le temps de modifier le domicile. En principe, des suggestions pertinentes basées sur les besoins de l'aîné vont faciliter l'adoption de nouveaux comportements et favoriser l'aménagement sécuritaire du domicile.

Processus initiant le changement

De façon générale, l'étude a révélé des pistes fort intéressantes sur le processus qui initie le changement chez les participants.

En premier lieu, la brochure agirait, selon l'analyse des discriminants, comme un déclencheur pour effectuer une évaluation du domicile. S'ajoute à cela, l'activité du rallye des

situations dangereuses. Même si cette dernière se déroule uniquement à la seconde rencontre de sensibilisation, elle devient également une autre occasion d'agir. Autrement dit, si le participant effectue l'autoévaluation du domicile comme convenu, cet exercice lui permettra d'anticiper certaines des solutions qui seront démontrées lors du rallye des situations dangereuses.

Il y a lieu de se réjouir à l'idée que près d'un sujet sur trois a pu réaliser des modifications à son domicile.

En fait, il y a lieu de croire que l'ensemble de cette démarche pédagogique influencerait vraisemblablement sur la motivation et sur l'intérêt du sujet à entreprendre des modifications à son domicile. Il semble que les exercices renforceraient positivement le comportement de l'aîné tout en le faisant perdurer après l'exposition au service, c'est-à-dire jusqu'à l'entrevue téléphonique, étape ultime à laquelle le participant est heureux de signaler à l'intervieweuse qu'il a accompli une modification dans les trois mois suivant la démarche de sensibilisation.

D'autre part, il y a lieu de se réjouir à l'idée que près d'un sujet sur trois a pu réaliser des modifications à son domicile. Selon eux, ces changements émanent directement des informations transmises par les pairs éducateurs durant les deux rencontres de sensibilisation. Par leur implication, ces derniers ont réussi à persuader les participants de l'importance de se préoccuper de la prévention des chutes à domicile. **L'influence des pairs éducateurs, au sein du service, semble indéniable et constitue une valeur déterminante dans la stratégie de l'éducation à la santé.** Il en va de même aussi pour l'autoévaluation du domicile et de

l'entrevue téléphonique, surtout en raison du suivi qu'elle représente. Toutes deux ont pu contribuer à stimuler positivement les participants à se prendre en main et à passer à l'action.

Tout compte fait, l'ensemble de ces éléments a possiblement contribué à accroître l'efficacité d'une intervention qui est limitée à deux rencontres. Cet ensemble de circonstances pourrait en expliquer le succès, et ce, bien que le service ait misé sur la stratégie de l'éducation à la santé. En la jumelant ainsi avec d'autres activités, une amélioration de l'efficacité de l'intervention pourrait être envisagée. Seule une étude plus poussée pourrait vérifier cette hypothèse.

Réduction du nombre de chutes

Maintenant, à partir d'une hypothèse sur le groupe des participants, essayons de déterminer si le service peut réduire le nombre de chutes.

D'après le **tableau 7**, il appert que 16,2 % de l'ensemble des participants sont tombés, au moins une fois, au cours des douze derniers mois précédant l'étude (1998-1999).

En démarquant de l'ensemble des participants le sous-groupe de l'entrevue téléphonique, nous constatons que 19,0 % des sujets déclarent être tombés au cours de cette même période. En d'autres termes, les aînés du sous-groupe de l'entrevue téléphonique chuteraient un peu plus que l'ensemble des aînés issus de l'échantillon de la rencontre 2.

Tableau 7

Hypothèse sur la réduction du nombre de chutes après avoir participé au service

Sont tombés au cours des 12 derniers mois précédant l'étude (rencontre 2)	Sont tombés dans les 3 derniers mois précédant l'entrevue
16,2 %	--
19,0 % (sous-groupe entrevue télé.)	14,4 % (ou 3,6 % pour 3 mois)

Est-ce que le nombre de chutes peut diminuer après que le sous-groupe fut exposé au service ? Pour répondre à cette interrogation, il a fallu reposer la précédente question, mais en y ajustant la durée, passant de douze à trois mois, puisqu'elle correspond à la période de latence de l'entrevue téléphonique.

Selon la proportion obtenue, 3,6 % des aînés appartenant au sous-groupe de l'entrevue téléphonique sont tombés dans les trois mois suivant la fin de la sensibilisation. Or, si ce résultat est ajusté pour une période de douze mois, nous obtenons 14,4 % de personnes de 55 ans et plus qui tomberaient au cours de cet intervalle. Cette donnée s'avère encourageante, car **les aînés ayant effectué des changements à domicile chuteraient possiblement un peu moins après avoir été exposés au service (14,4 % contre 19,0 %)**. À noter, ce résultat n'atteint pas le seuil de signification statistique, il n'est présenté ici qu'à titre indicatif.

En supposant que ce résultat aurait été significatif, comment aurions-nous pu l'interpréter ?

- Les variables caractérisant les sujets du groupe de l'entrevue téléphonique, comme l'état de santé, l'autonomie et la mobilité, ont probablement contribué à faire diminuer le nombre de chutes.
- L'homogénéité du groupe de l'entrevue téléphonique a permis peut-être de réunir des aînés moins à risque de tomber.
- Les aînés plus jeunes et moins à risque ont plus profité du service et sont passés à l'action.
- Les modifications mineures apportées au domicile ont pu prévenir un certain nombre de chutes chez les sujets peu à risque, tout comme ils ont pu empêcher un certain nombre de gens de tomber de nouveau. Une vigilance apportée au fait de ranger les fils, d'enlever le tapis ou de le fixer plus adéquatement, et d'utiliser un escabeau sécuritaire pour aller chercher un plat dans une armoire, sont quelques-uns des moyens utilisés pour prévenir les chutes.

En somme, cette hypothèse sur la réduction du nombre de chutes s'avère possible et congruente avec les résultats obtenus dans cette étude. Toutefois, le devis actuel ne permet pas de porter une conclusion irréfutable sur cette tendance.



LEÇONS À TIRER DE L'ÉTUDE

En vue d'améliorer l'efficacité théorique et pratique du service, voici quelques réflexions, pistes de solutions et recommandations à considérer :

- 1 Le recours à une stratégie d'éducation à la santé, reposant sur une approche par les pairs, ne peut se concrétiser que dans la mesure où les territoires peuvent tabler à la fois sur **des ressources humaines intéressées par une intervention communautaire** et sur **l'appui indéfectible des associations d'aînés**. Dès lors, la prise en compte des besoins émanant du milieu devient une condition logique à respecter. Qui plus est, l'implantation du service doit se réaliser en présence des conditions favorables suivantes : une accessibilité à un ergothérapeute et à un organisateur communautaire, un financement récurrent, une participation sociale des aînés dans le rôle de pair éducateur, des activités de sensibilisation dispensées en deux volets (intensité), la visite à domicile (suivi auprès des participants), sans oublier l'apport d'un service communautaire pour faciliter la pose des adaptations mineures à domicile.
- 2 Si l'intervention communautaire pose problème, l'intervention clinique de type « counselling bref » constitue alors une voie intéressante à explorer. Par exemple, des capsules d'information sur la prévention des chutes peuvent être diffusées par les pairs éducateurs après une séance de vaccination contre l'influenza. Les deux activités vont de pair, car le protocole de vaccination recommande aux personnes inoculées de rester sur place, pendant 15 minutes, par mesure de sécurité. C'est lors de ce moment d'attente que pourrait idéalement se tenir la sensibilisation brève.
- 3 **Les participants recommandent l'ajout d'une troisième rencontre à la formule classique** pour leur permettre de mieux intégrer les principes démontrés dans les deux rencontres. Toutefois, ils veulent que ce suivi puisse se dérouler quelques mois plus tard. Cette rencontre deviendrait une occasion favorable pour promouvoir la visite à domicile, amenant ainsi une amélioration de l'intensité du service.
- 4 Pour recruter davantage de participants masculins aux rencontres de sensibilisation, **il faut s'ingénier à recruter des hommes qui assumeraient le rôle de pairs éducateurs**. Par leur implication, les participants masculins pourraient suivre leur exemple, et ce, notamment dans les situations suivantes : la pose des adaptations mineures et l'adoption de consignes de sécurité visant à éviter certains comportements à risque.
- 5 **Le fait d'amalgamer les deux rencontres de sensibilisation pour n'en tenir qu'une seule, va à l'encontre de l'intensité du service et du cheminement du participant dans sa capacité à modifier son domicile**. Ce constat résulte de l'expérience de certains territoires qui ont appliqué cette formule au cours de la première année de la régionalisation. Mais, en respectant la consigne d'offrir une rencontre par semaine, le participant améliore

ses chances, entre les deux rencontres, de lire la brochure *Mieux vivre à domicile sans chute* (CLSC Drummond) et d'évaluer son domicile. Dans le cas contraire, l'inapplication des deux précédentes activités pédagogiques aura pour effet de moins soutenir l'activité du rallye des situations dangereuses, tel que vu à la deuxième rencontre, et peut en compromettre également l'efficacité !

6 La visite à domicile s'avère essentielle pour augmenter non seulement l'intensité de l'intervention, mais encore le suivi à consacrer dans la réalisation des adaptations mineures. À cet effet, l'organisation d'un service communautaire spécialisé dans ce domaine constitue une voie intéressante à explorer. La contribution d'entreprises dans le secteur de l'économie sociale deviendrait un atout, tant pour l'implantation que pour sa pérennité.

7 Force est de constater qu'un programme de prévention, constitué seulement d'activités de sensibilisation, a généralement peu d'effets sur la prévention des chutes à domicile, car il ne suscite pas de modifications tangibles dans les comportements. Toutefois, cet état de situation peut changer lorsque l'intervenant effectue un suivi à domicile. Ses capacités de persuasion peuvent alors devenir déterminantes dans le processus des changements à apporter et, davantage, quand les modifications se réalisent avec le consentement de l'aîné visité.

8 Comme les études consultées n'abordent pas explicitement le jeu d'influence exercé par les pairs éducateurs, il est donc difficile de se prononcer sur son efficacité. Mais, à la lumière des connaissances actuelles militant en faveur de l'influence des pairs envers les jeunes, il y a lieu de supposer que si cette stratégie est significative en jeunesse, elle pourrait aussi bien le devenir si elle était appliquée dans le cadre de la prévention des chutes chez les aînés.

9 Les activités brèves de sensibilisation qui ont été implantées en même temps que le service, telles que les pièces de théâtre, les kiosques d'information ou autres, sont jugées utiles au service. Ce genre d'activités peut contribuer à attirer une clientèle susceptible de demander ultérieurement la formule classique. **Toutefois, ces activités complémentaires ne doivent pas être considérées comme des moyens efficaces du fait qu'elles sont peu intenses et peu ciblées.** En somme, elles ne peuvent se substituer au présent service.

10 Il importe de **greffer une approche multifactorielle au sein du service pour en augmenter l'efficacité.** Cet enrichissement peut se concrétiser par l'amélioration de l'équilibre et du renforcement de la masse musculaire des membres inférieurs. Le Tai-Chi et certains exercices physiques appropriés permettent de réaliser cet objectif. De plus, l'apport d'une alimentation saine et un usage judicieux des médicaments contribuent aussi à renforcer

l'efficacité de l'intervention. Cependant, les ajouts choisis doivent convenir à une stratégie d'éducation à la santé, si jamais cette formule est retenue.

- 11 Le *cadre de référence* (2004) de la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ouvre de nouvelles perspectives pour le service et ne constitue pas un obstacle à son développement. Bien au contraire, il vient plutôt préciser la clientèle visée de même que les types d'interventions possibles à réaliser pour prévenir efficacement les chutes.

Centré à l'origine sur une approche populationnelle misant sur la promotion de la santé, le service devra maintenant aller de l'avant pour repérer les personnes âgées à risque et mettre à profit l'expertise professionnelle cumulée au fil des ans, et ce, en vue d'implanter des interventions cliniques préventives. **Il y a là un beau défi à relever que celui d'intégrer la participation sociale des aînés dans l'élaboration d'activités cliniques préventives** comme par exemple, une réflexion sur la stratégie la plus appropriée pour rejoindre les aînés.

- 12 La qualité d'une recherche évaluative sur les effets repose, avant tout, sur l'expertise des personnes ressources et sur la capacité de financer adéquatement toutes les phases de la cueillette de données à effectuer auprès du groupe expérimental et du groupe témoin. Bien entendu, l'élaboration d'un devis méthodologique validé avant le début de la recherche, constitue inévitablement un gage de qualité.

CONCLUSION

Une démarche évaluative, s'inscrivant dans une perspective d'amélioration des pratiques, a été réalisée en 1999-2000 auprès des participants, des pairs éducateurs et des intervenants. Le degré de satisfaction à l'égard du service et le cheminement du participant face à l'aménagement sécuritaire du domicile demeurent quelques-uns des éléments analysés. Mais, qu'en est-il au juste de notre hypothèse principale voulant que les individus sensibilisés seraient plus susceptibles de passer à l'action ? **D'après nos résultats, le service semble avoir remporté un certain succès auprès d'une clientèle moins âgée, autonome et possiblement peu à risque.** À cet égard, nous avons constaté une plus forte proportion chez les participants, comparativement au groupe de référence, à évaluer leur domicile, à identifier un changement dans une pièce en particulier, tout comme de la modifier dans les trois mois suivant la fin de la sensibilisation.

Également, il s'avère pertinent d'affirmer que la participation sociale des aînés a été grandement mise à contribution par l'implication des pairs éducateurs au sein du service. Les résultats obtenus à cet égard sont des plus satisfaisants et la prise en charge des activités préventives, par ces derniers, semble exercer un effet notable, autant sur leur estime de soi que sur les intentions des participants à modifier leur domicile.

Mais, pour obtenir des résultats crédibles avec le service, il faut s'assurer de pouvoir disposer du financement requis, des ressources humaines appropriées, de l'intérêt du milieu et de l'implication des aînés. Toutes ces conditions s'avèrent essentielles dans le cadre d'une implantation judicieuse du programme.

Le service a aussi rencontré quelques difficultés en cours d'implantation qui nécessiteront certains ajustements : le recrutement des pairs éducateurs et des participants, l'assiduité des participants aux deux rencontres de sensibilisation ainsi que l'opérationnalisation de la visite à domicile et du service communautaire. Ces observations sont encore actuelles même si le service a fait l'objet d'une révision de son fonctionnement en 2004.

Par ailleurs, l'apport d'une approche multifactorielle devient un élément incontournable pour en améliorer globalement l'intensité et l'efficacité.

En terminant, il est à espérer que les leçons à tirer de l'expérience du **Service de prévention des chutes et d'adaptations mineures du domicile** serviront, d'une part, à améliorer l'efficacité de cette intervention en promotion de la santé et, d'autre part, à mieux cerner les conditions favorables qui ont contribué à son succès, si le service devait être implanté dans une autre région.

REMERCIEMENTS

Commentaires sur le document

Joan Bergeron
Sylvie Bernier
André Dontigny
Christine Ross

Enquêteuses

Louise Allard
Claudette Provencher

Graphisme

Claude Darveau

Saisie, traitement et analyse des données

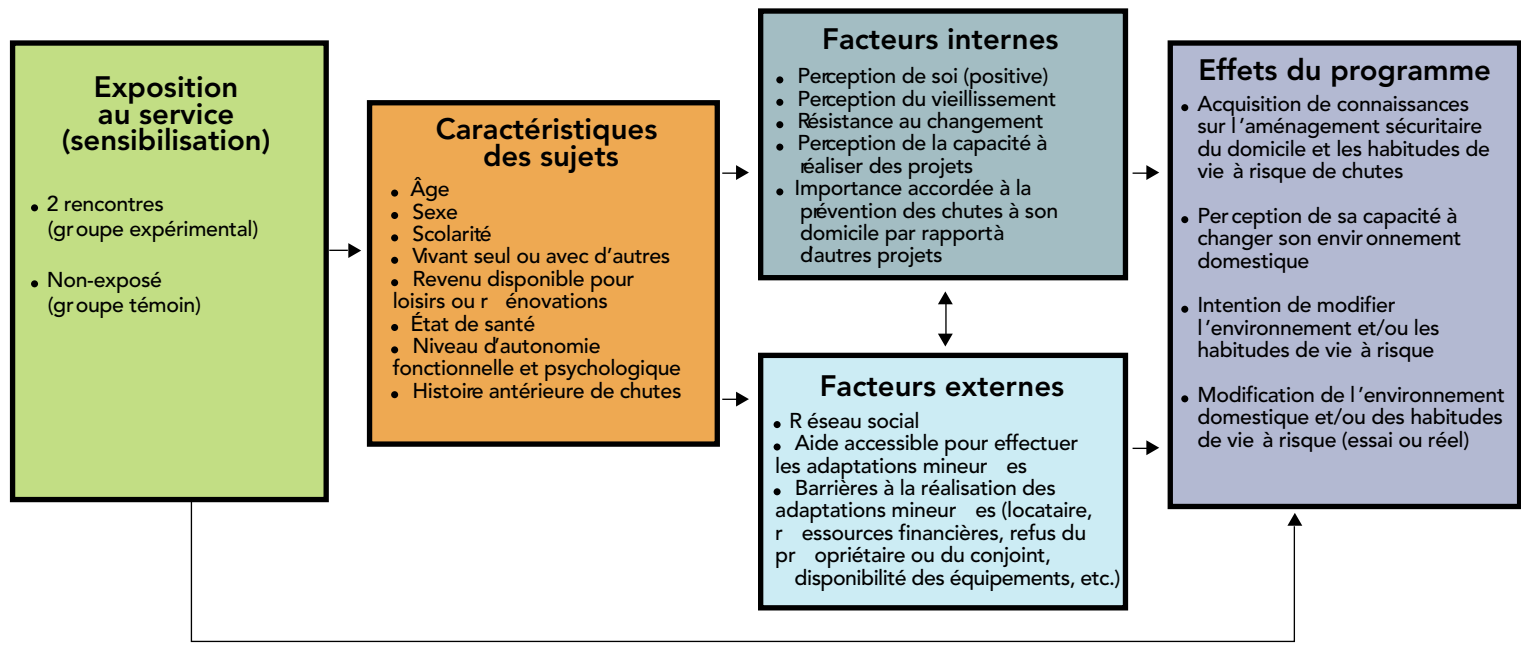
Sylvie Bernier
Doris Boisvert
Pierre Ferland

Secrétariat et révision du texte

Louise Sinclair-Lauture

ANNEXE

Figure 3
Modèle théorique sur les effets du service



RÉFÉRENCES

ALLARD, Jacques. *Chutes dans Arcand – Hébert, Précis pratique de gériatrie – 2e éd.* FMOQ, Maloie : Edisem Inc., 1997, p. 123- 133.

CUMMING, Robert G., et al. « Home visits by an occupational therapist for assessment and modification of environmental hazards : a randomized trial of falls prevention », *Journal of the American Geriatrics Society*, December 1999, vol. 47, no. 12, p. 1397-1402.

CUMMING, Robert G. « Intervention strategies and risk-factor modification for falls prevention – A review of recent intervention studies », *Clinics in Geriatric Medicine*, 2002, p. 175-189.

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *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, novembre 2004, 61 p.

GILL, Thomas M. « Preventing Falls: To modify the environment or the individual? », *Journal of the American Geriatrics Society*, December 1999, vol. 47, no. 12, p. 1471-1472.

NADEAU, Serge, et Suzie LEBLANC. *Projet de service de prévention des chutes et d'adaptations du domicile*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 1996, 9 p.

NADEAU, Serge, et Suzie LEBLANC. *Étude de l'implantation d'un projet de service de prévention des chutes et d'adaptations mineures du domicile*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 1998, 85 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC. *Guide d'implantation du service de prévention des chutes et d'adaptations mineures du domicile*, Trois-Rivières, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 1998.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC. *La transformation du réseau de la santé et des services sociaux en Mauricie-Bois-Francs, décisions 1996*, Trois-Rivières, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 1997, 102 p.

SCHOENFELDER, Deborah Perry, Kyle VAN WHY. « A fall prevention educational program for community dwelling seniors », *Public Health Nursing*, décembre 1997, vol. 14, no. 6, p. 383-390.

SIMPSON, Janet M., et al. « What are older people prepared to do to avoid falling? A qualitative study in London », *British Journal of Community Nursing*, 2003, vol. 8, no. 4, p. 152-159.

STEVENS, Margaret, et al. « Preventing falls in older people: impact of an intervention to reduce environmental hazards in the home », *Journal of the American Geriatrics society*, novembre 2001, vol. 49, no. 11, p. 1442-1447.

THOMPSON, Peter G. « Preventing falls in the elderly at home : a community-based program », *The Medical Journal of Australia*, 6 mai 1996, vol. 164, no. 9, p. 530-532.

TINETTI, Mary E. « Preventing falls in elderly persons », *The New England Journal of Medicine*, 2 janvier 2003, vol. 348, no. 1, p. 42-49.

VAN HAASTREGT, Jolanda C. M., et al. « Process-evaluation of a home visit programme to prevent falls and mobility impairments among elderly people at risk », *Patient Education and Counseling*, 2002, vol. 47, p. 301-309.



Le Service de prévention des chutes et d'adaptations mineures du domicile

Bilan après deux années de régionalisation

Serge Nadeau, agent de planification
et de programmation sociosanitaire

Direction de santé publique de la Mauricie
et du Centre-du-Québec

Ce document est disponible en version
intégrale sur le site Web de l'Agence :
<http://www.agencesss04.qc.ca>

Pour acheminer vos commentaires sur le
document, veuillez utiliser le courriel suivant :
Serge_Nadeau@ssss.gouv.qc.ca

Document déposé à Santécom
(<http://www.santecom.qc.ca>)

Dépôt légal – 4^e trimestre 2005
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-89340-133-3

Conception du logo : Claude Darveau et Serge Nadeau

Reproduction autorisée à des fins
non commerciales avec mention de la source

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux

Québec 
Mauricie et
Centre-du-Québec