
LA PRÉVENTION DES CHUTES CHEZ LES ÂÎNÉS

Évaluation d'une intervention préventive auprès des médecins de première ligne de deux secteurs de CLSC de la région de la Capitale-Nationale

Amélie Bédard
Michèle Paradis

Avec la collaboration de :

André Tourigny
Denise Gagné
Catherine Gagnon
Monique Rainville
Claude Rossi
Zhora Benounissa

Direction de santé publique
de la Capitale-Nationale

Décembre 2007



Ce document est disponible en version intégrale sur le site Internet de la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale :
[www.dspq.qc.ca/drsp/index.html].

Citation proposée :

BÉDARD, Amélie, Michèle PARADIS *et al.* *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*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique, décembre 2007, 86 p.

Vous pouvez vous procurer une copie du document auprès de :

Madame Sylvie Bélanger
Centre de documentation
Direction de santé publique de la Capitale-Nationale
2400, avenue D'Estimauville
Québec (Québec) G1E 7G9

Téléphone : (418) 666-7000, poste 217

Télécopieur : (418) 666-2776

Courriel : s_belanger@ssss.gouv.qc.ca

Coût du rapport : 12,90 \$

Plus TPS (0,79 \$) : 13,67 \$

payable à l'avance par chèque à l'ordre de l'ASSS de la Capitale-Nationale – DSP

Dépôt légal :

Bibliothèque et Archives Canada, 2007

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007

ISBN : 978-2-89496-350-0 (version imprimée)

ISBN : 978-2-89496-351-7 (PDF)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM.

Table des matières

Liste des tableaux et des figures	5
Liste des sigles et des acronymes	6
Introduction.....	7
1. Éléments de contexte	9
2. Description du programme MARCHE (phase pilote).....	11
3. Description du volet <i>Interventions médicales préventives</i>	13
3.1 Modèle retenu pour l'intervention auprès des médecins	13
3.2 Objectifs visés par le volet <i>Interventions médicales préventives</i>	14
3.3 Clientèle cible	14
3.4 Stratégies et activités mises en œuvre pour les médecins omnipraticiens des secteurs des CLSC Haute-Ville-Des-Rivières et La Source	14
4. Évaluation de l'intervention auprès des médecins de première ligne.....	19
4.1 Objectifs visés par l'évaluation	19
4.2 Méthodologie	19
4.2.1 Source de données.....	19
4.2.2 Analyse des données	24
5. Résultats.....	25
5.1 Résultats.....	25
5.1.1 Nombre de médecins joints pour chacune des activités réalisées.	25
5.1.2 Appréciation des formations	27
5.1.3 Analyse des entrevues complémentaires	30
5.2 Évaluation des effets	34
5.2.1 Analyse des questionnaires envoyés aux médecins en 2002 et en 2006	34
5.2.2 Analyse des entrevues complémentaires	43
6. Interprétation des résultats	45
6.1 Évaluation de l'implantation et du processus.....	45
6.2 Évolution des connaissances, des croyances, des attitudes, de la perception des habiletés et des pratiques des médecins quant à la prévention des chutes chez les aînés	46
6.3 Discussion	47
6.3.1 À propos de l'implantation et du processus	47
6.3.2 À propos de la mesure des effets	48
6.4 Recommandations et perspectives.....	49
Bibliographie.....	51
ANNEXE A	
Questionnaires n° 1 et n° 2 (2002)	55
Questionnaire n° 3 (2006).....	63
ANNEXE B	
Grille d'évaluation de l'AMOQ	73
Grille d'évaluation de la DSP de la Capitale-Nationale.....	75
ANNEXE C	
Guide d'entrevue	79
ANNEXE D	
Tableau Ressources gériatriques	83
Tableau Formation	83

Tableau Outils distribués	84
Tableau Éléments de suivi du programme MARCHE	84
Tableau Avantages de mettre en pratique les recommandations suggérées	85
Tableau Désavantages de mettre en pratique les recommandations suggérées	86

Liste des tableaux et des figures

Tableau 1	– Sélection des répondants	23
Tableau 2	– Médecins touchés par les activités de formation dispensées entre mai 2003 et mai 2006, par secteur de CLSC de provenance	26
Tableau 3	– Formulaire d'évaluation de l'AMOQ	28
Tableau 4	– Formulaire d'évaluation de la DSP de la Capitale-Nationale.....	29
Tableau 5	– Commentaires verbaux et écrits	29
Tableau 6	– Répartition des répondants selon leur milieu de pratique et le type de formation reçue	30
Tableau 7	– Taux de réponse aux questionnaires	34
Tableau 8	– Répartition des médecins ayant rempli un questionnaire	35
Tableau 9	– Profil des répondants aux questionnaires	35
Tableau 10	– Évolution des connaissances entre 2002 et 2006	36
Tableau 11	– Évolution des croyances entre 2002 et 2006.....	37
Tableau 12	– Évolution des attitudes entre 2002 et 2006.....	37
Tableau 13	– Évolution de la perception des habiletés entre 2002 et 2006	38
Tableau 14	– Évolution des pratiques entre 2006 et 2006	39
Tableau 15	– Facteurs facilitant et contraignant la pratique préventive.....	41
Figure 1	– Modèle de prédiction du comportement (Fishbein et Ajzen, 1975).....	13
Figure 2	– Stratégies et interventions selon les clientèles	15

Liste des sigles et des acronymes

AMQ	Association des médecins omnipraticiens du Québec
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DSP	Direction de santé publique
GEE	<i>General Estimating Equation</i>
GMF	Groupe de médecine de famille
IRDQP	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
MARCHE	Mobilisation auprès des Aînés pour Réduire les CHutes dans l'Environnement domiciliaire
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
ORL	Otorhinolaryngologie
PIED	Évaluation du Programme Intégré d'Équilibre Dynamique pour la prévention des chutes chez les aînés
PNSP	Programme national de santé publique
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RMG	Regroupement des médecins en gériatrie
SAD	Soutien à domicile
SGL	Services gériatriques locaux
UMF	Unité de médecine familiale
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

Introduction

Les chutes chez les personnes âgées constituent un problème de santé fréquent et souvent récurrent. Ainsi, on observe que de 30 % à 40 % des personnes âgées vivant à domicile font une chute au cours d'une année. Le risque augmente avec l'âge et 50 % des personnes qui sont tombées, tomberont à nouveau (Tinetti *et al.*, 1988 ; O'Loughlin *et al.*, 1993 ; Bell *et al.*, 2000, cités dans Bégin *et al.*, 2002 ; Trickey *et al.*, 1999). Les chutes peuvent avoir des conséquences d'ordre physique, économique, psychologique et social. Sur le plan de la morbidité, 5 % des chutes seraient associées à une fracture et entre 5 % à 10 % à une blessure sérieuse autre qu'une fracture (Bell *et al.*, 2000, cités dans Bégin *et al.*, 2002 ; Trickey *et al.*, 1999). Au Québec, il y a eu, en moyenne par année pour la période 2000-2002, 608 décès et 14 765 hospitalisations pour des blessures associées aux chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus, ce qui représente la première cause de décès et d'hospitalisation par blessure chez ce groupe d'âge (Robitaille et Gratton, 2005). Au Canada, les coûts directs et indirects pour le traitement des personnes âgées ayant fait une chute sont estimés à 2,8 milliards de dollars par année (Scott *et al.*, 2004). L'Agence canadienne de santé publique estime qu'une réduction de 20 % des chutes chez les aînés conduirait annuellement à 7 500 hospitalisations de moins et représenterait une économie de 138 millions de dollars (PHAC, 2005).

Les résultats de quelques études (Tinetti *et al.*, 1994 ; Wagner, 1994 ; Gillespie, 2004) montrent qu'il est possible d'intervenir efficacement pour prévenir la survenue de chutes chez les personnes âgées, selon une approche multifactorielle et individualisée. Les interventions visent, entre autres, à améliorer la force musculaire et l'équilibre des aînés, à modifier la médication ou à diminuer le nombre de médicaments pour en réduire les effets secondaires, à corriger les problèmes de vision et l'hypotension orthostatique ainsi qu'à augmenter la sécurité de l'environnement domiciliaire.

Le projet à l'étude visait à offrir du soutien aux médecins de première ligne de deux secteurs de centres locaux de services communautaires (CLSC) de la région dans le but d'améliorer leur pratique en ce qui a trait à la prévention des chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus, à partir de ce qui est reconnu efficace dans la littérature. Il s'agissait d'une première étape préalable au déploiement régional du programme MARCHE (Mobilisation auprès des Aînés pour Réduire les CHutes dans l'Environnement domiciliaire). L'évaluation, financée par le programme de subvention en santé publique, visait deux objets particuliers : d'une part, une estimation d'implantation et de fonctionnement relativement aux activités et aux interventions mises en œuvre auprès des médecins des secteurs ciblés et, d'autre part, une appréciation de certains effets.

La première section du rapport présente des éléments de contexte. La deuxième section décrit le programme de prévention des chutes MARCHE. Puis, la section suivante s'attarde plus particulièrement au volet des *Interventions médicales préventives* en détaillant les objectifs visés par ces interventions, la clientèle cible et l'ensemble des activités et des interventions qui ont été réalisées. La quatrième section traite de l'évaluation en présentant les objectifs de la présente démarche ainsi que les éléments de la méthodologie. Ensuite, l'ensemble des résultats sont présentés, tant en ce qui a trait à l'évaluation d'implantation qu'à l'évaluation des effets. La dernière section du rapport sera consacrée à la discussion qui, en plus de faire état des principaux constats, dégagera les forces et les limites de cette évaluation ainsi que certaines recommandations.

1. Éléments de contexte

Dans la région de la Capitale-Nationale, à la demande de la table des gestionnaires du programme Soutien à domicile (SAD) des CLSC de la région, adressée à la Direction de santé publique (DSP), un projet pilote de prévention des chutes démarrait en 2001. Le programme MARCHE a été progressivement implanté auprès des clientèles des programmes SAD des CLSC Haute-Ville-Des-Rivières et La Source ainsi que de celles des Services gériatriques locaux (SGL) de l'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's, plus particulièrement pour les *Interventions multifactorielles personnalisées* et les interventions auprès des médecins omnipraticiens.

En 2004, la prévention des chutes étant reconnue prioritaire à l'intérieur du Programme national de santé publique (PNSP), un financement a été alloué pour implanter, dans chaque réseau local de santé et de services sociaux du Québec, un continuum de services en ce sens. De plus, comme le précisait le cadre de référence du MSSS (2004), ce continuum de services visant la prévention des chutes chez les aînés vivant à domicile doit prendre en compte les niveaux de risque différents selon le profil d'autonomie de cette clientèle. Dans un tel contexte, les interventions de promotion et de prévention sont complémentaires aux interventions de nature curative (soins et réadaptation).

Une autre composante est donc venue s'ajouter à celles déjà mises en place dans le programme MARCHE pour former un continuum de services en prévention des chutes. C'est ainsi que les *Interventions multifactorielles non personnalisées*, définies dans le cadre de référence provincial, se sont progressivement développées pour la population aînée de la région.

Ces interventions visent principalement à offrir, aux personnes âgées chez qui les facteurs de risque sont minimes ou modérés, ou qui sont préoccupées par les chutes, des programmes d'exercices de groupe axés sur la mobilité, l'équilibre et la force. Cette approche a également pour objectif de sensibiliser ces personnes aux autres facteurs de risque liés aux chutes. Animés par un professionnel formé à cet effet, ces programmes d'exercices peuvent être dispensés, entre autres, par les organismes communautaires, les services de loisirs des municipalités et les centres de jour des centres de santé et de services sociaux (CSSS). Dans les faits, les interventions multifactorielles non personnalisées se divisent en deux sous-programmes : le Programme Intégré d'Équilibre Dynamique (PIED), pour les personnes âgées présentant un risque minime, et ÉquiLIBRE, pour celles chez qui le risque est modéré. Leur implantation se fait progressivement à l'intérieur de la région.

2. Description du programme MARCHE (phase pilote)

Dans le cadre de la phase pilote, le programme MARCHE s'est concentré sur le volet *Interventions multifactorielles personnalisées*. Ce volet vise les aînés dont l'état de santé ou les incapacités font qu'ils sont exposés à des risques importants de chutes et de blessures. Les mesures prises par les intervenants des programmes concernés, soit le programme SAD des CSSS ou des SGL, consistent à dépister les facteurs de risque de chutes et à mettre en œuvre les interventions aptes à diminuer ces risques.

Cette première phase du programme a été conçue et validée par des groupes de travail regroupant des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des infirmières, des nutritionnistes, des pharmaciens et des médecins des deux CLSC et des SGL de la Résidence Christ-Roi, de l'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's et du Centre d'hébergement de soins de longue durée Saint-Augustin. La DSP de la Capitale-Nationale a assumé le soutien, la coordination et l'évaluation de l'implantation du programme.

En parallèle, le volet *Interventions médicales préventives* était mis en place auprès des médecins des mêmes secteurs. Les médecins de première ligne ont un rôle essentiel à jouer auprès de leur clientèle âgée, particulièrement en ce qui a trait à l'investigation de la chute ainsi qu'à l'identification et à l'évaluation des facteurs de risque. Les médecins interviennent directement dans le cas de certains facteurs de risque, tels l'ajustement de la médication, l'investigation des troubles cognitifs, le traitement de l'hypotension orthostatique et de l'ostéoporose, ou peuvent au besoin orienter vers d'autres ressources, par exemple pour les troubles visuels, les troubles de la marche et de l'équilibre. Ils sont, dans plusieurs cas, les seuls à intervenir auprès d'aînés qui présentent des risques de chutes.

Les interventions réalisées auprès des médecins de première ligne, spécifiquement ceux dont la clientèle aînée réside dans les secteurs des CLSC Haute-Ville-Des-Rivières et La Source, avaient pour but de les soutenir dans l'exercice de ces pratiques préventives.

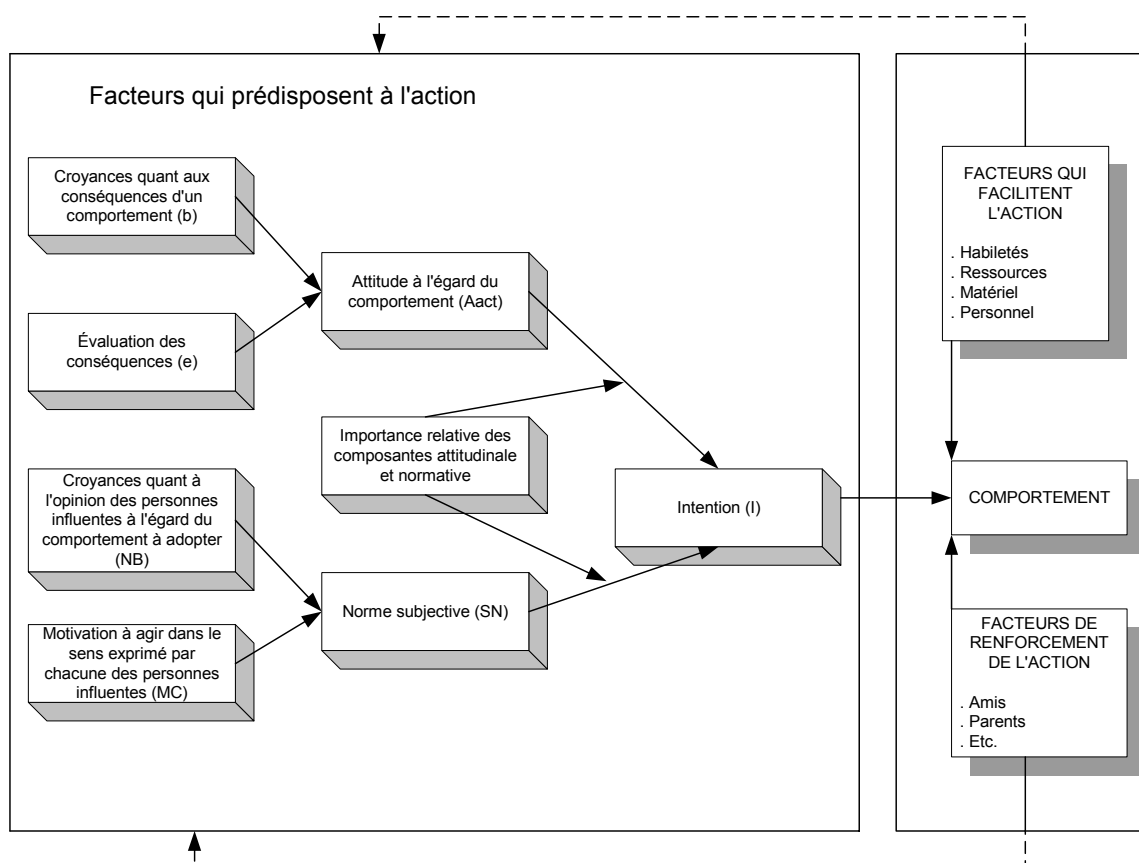
3. Description du volet *Interventions médicales préventives*

Le projet évalué, tel qu'il est présenté dans le présent rapport, porte spécifiquement sur le volet *Interventions médicales préventives*. Cette section fait état du modèle retenu pour l'intervention, des objectifs visés, de la clientèle ciblée ainsi que des stratégies et des activités mises en œuvre pour les médecins omnipraticiens.

3.1 Modèle retenu pour l'intervention auprès des médecins

La planification des interventions s'est inspirée du modèle de prédiction du comportement (Fishbein et Ajzen, 1975) présenté à la Figure 1; on y met en évidence l'importance de planifier une variété de stratégies qui touchent les facteurs prédisposant aux pratiques visées, les facilitant et amenant un renforcement de l'action.

Figure 1
Modèle de prédiction du comportement (Fishbein et Ajzen, 1975)



3.2 Objectifs visés par le volet *Interventions médicales préventives*

Les **objectifs généraux** liés à l'intervention sont que les médecins :

- investiguent les chutes auprès de leur clientèle âgée;
- dépistent et interviennent sur les facteurs de risque de chutes et leurs conséquences, soit les troubles cognitifs, les médicaments, l'hypotension orthostatique, les troubles visuels, les troubles de la démarche et de l'équilibre, l'ostéoporose et la nutrition.

Les **objectifs spécifiques** à l'intention des médecins sont qu'ils :

- admettent l'importance des aspects suivants du problème des chutes chez les personnes âgées :
 - ✓ la morbidité et la mortalité associées;
 - ✓ leur investigation (anamnèse et examen physique);
 - ✓ l'identification des causes et des facteurs de risque;
 - ✓ le besoin d'orienter les patients au bon moment et vers la bonne ressource.
- améliorent leurs attitudes en ce qui a trait à :
 - ✓ la reconnaissance des dangers de morbidité et de mortalité associés aux chutes;
 - ✓ leur perception de l'importance du rôle du médecin de famille dans le dépistage et l'investigation des chutes, en continuité avec les différentes ressources disponibles.
- augmentent leurs aptitudes au plan de :
 - ✓ l'intervention sur les facteurs de risque;
 - ✓ l'investigation des chutes ainsi que le choix du moment, de la façon de faire et de la ressource pour ce qui est de l'orientation de la clientèle.

3.3 Clientèle cible

La clientèle cible est constituée des médecins omnipraticiens des territoires de CLSC Haute-Ville-Des-Rivières et La Source, qu'ils pratiquent en groupe, seuls, en unité de médecine familiale (UMF), en groupe de médecine de famille (GMF) ou en CLSC. Ces derniers sont joints progressivement, parallèlement à l'implantation du volet *Interventions multifactorielles personnalisées* dans les CLSC et les SGL. Nous estimons qu'en 2006, la clientèle cible comptait environ 200 omnipraticiens pour les secteurs ciblés et avoisinants¹.

3.4 Stratégies et activités mises en œuvre pour les médecins omnipraticiens des secteurs des CLSC Haute-Ville-Des-Rivières et La Source

Selon la littérature, afin d'agir sur les différents déterminants reconnus comme étant associés aux changements de pratique, les stratégies d'intervention ciblant l'amélioration des pratiques médicales préventives doivent être multiples : des

¹ Les secteurs directement ciblés sont les territoires de CLSC Haute-Ville-Des-Rivières et La Source. Cependant, compte tenu de la proximité de cliniques sur les territoires avoisinants fréquentées par la population âgée des deux territoires ciblés, il a été convenu de retenir également un certain nombre de médecins dont le lieu de pratique est situé dans ces secteurs définis comme étant « avoisinants ».

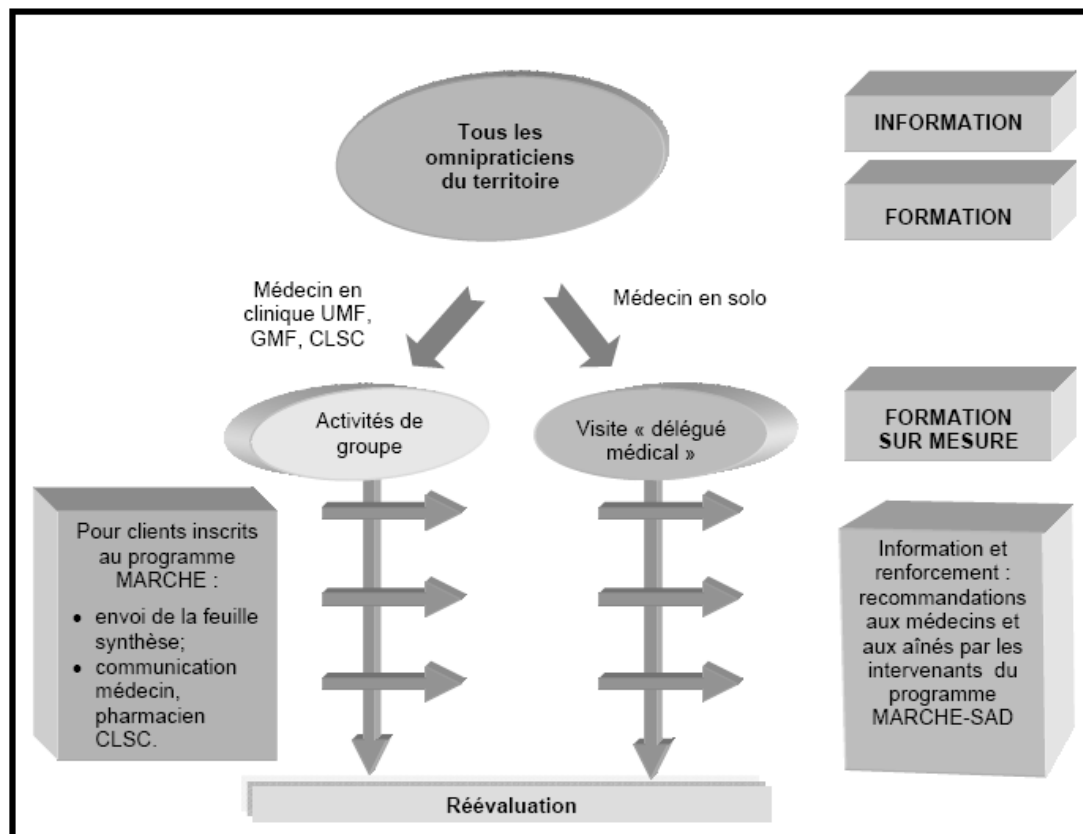
conférences et des rencontres éducatives, des visites individuelles d'une déléguée infirmière (personne entraînée qui rencontre le médecin dans son milieu de pratique pour lui donner de l'information et, le cas échéant, de la rétroaction sur sa performance), l'utilisation d'un leader d'opinion local (désigné par ses collègues comme personne influente) pour des interventions éducatives et de la rétroaction.

Parmi les critères qui permettent de donner priorité aux interventions choisies dans le cadre du programme, citons : l'efficacité des interventions, la faisabilité auprès des médecins, les ressources disponibles et l'intégration aux autres volets du programme.

Durant la période couverte par l'étude, soit de l'hiver 2002 au printemps 2006, différentes interventions ont été mises sur pied pour les clientèles visées (voir Figure 2). Des activités d'information générale s'adressent à l'ensemble des médecins alors que des formations plus spécifiques visent les médecins pratiquant soit en groupe soit individuellement.

Par ailleurs, les résultats des différentes mesures prises par les intervenants des CLSC et des SGL auprès des clientèles sont acheminés aux médecins, de façon à les informer et à les associer au suivi, lorsque cela s'avère pertinent.

Figure 2
Stratégies et interventions selon les clientèles



► **Modalités d'intervention auprès des médecins depuis 2002 jusqu'en mai 2006**

►► **Le *Bulletin de santé publique***

Une première capsule d'information a été insérée dans le *Bulletin de santé publique* de décembre 2003, transmis à l'ensemble des médecins généralistes de la région de la Capitale-Nationale. Ce numéro abordait divers aspects relatifs à la prévention des chutes, dont le rôle du médecin de famille à l'égard de cette problématique et les facteurs de risque associés aux chutes et aux fractures secondaires chez les aînés. Enfin, on y décrivait le programme MARCHE en plus d'y recommander des interventions pour l'investigation des chutes.

La prévention des chutes a aussi figuré parmi les sujets du numéro de février 2004 de cette publication. Inséré en encart, un outil d'aide à la prise de décision (*L'arbre décisionnel*) concernait les personnes âgées de 75 ans et plus consultant à la suite d'une chute.

Un troisième *Bulletin de santé publique*, paru en décembre 2004, exposait les différents volets du continuum de services pour les aînés vivant à domicile. Les médecins traitants étaient invités à participer à des activités de formation offertes en groupe ou de façon individuelle par la DSP de la Capitale-Nationale.

Finalement, le *Bulletin de santé publique* de décembre 2005 portait spécifiquement sur la prévention des chutes. On y présentait de nouveau les différents volets du programme MARCHE et les clientèles ciblées pour chacun de ces volets.

►► **Les séances de formation**

Les séances de formation offertes ont pour objectif de sensibiliser les médecins omnipraticiens au problème des chutes, de les familiariser avec l'utilisation d'un outil pratique d'évaluation (*L'arbre décisionnel*) et de les informer de l'existence du programme MARCHE.

Une première activité régionale, organisée en collaboration avec la direction générale de la formation continue de l'Université Laval, s'est tenue le 23 mai 2003. Elle s'adressait à tous les médecins omnipraticiens de la région de la Capitale-Nationale, inscrits sur la liste d'envoi de l'institution.

Une autre formation régionale, tenue en septembre 2005, a été organisée avec l'appui du Regroupement des médecins œuvrant en gériatrie (RMG) de la région de la Capitale-Nationale. Cet organisme compte environ une trentaine de membres qui ont tous été conviés à l'activité. L'invitation a de plus été envoyée dans tous les milieux gériatriques et, par la suite, transmise par certains représentants pharmaceutiques; l'activité a donc été ouverte à tous les médecins intéressés par le sujet.

Les formations de groupe ont été données conjointement par un médecin de la DSP de la Capitale-Nationale travaillant aussi en gériatrie et un médecin du CLSC La

Source ou du CLSC Haute-Ville-Des-Rivières. Quant à la formation individuelle, elle fut réalisée par une déléguée infirmière de la DSP de la Capitale-Nationale.

Le contenu des formations a été élaboré par un comité scientifique régional composé du D^r Jean-Pierre Beauchemin, gériatre à l'Hôpital Laval et au Christ-Roi, de la D^{re} Judith Germain, des services gériatriques spécialisés du Christ-Roi, de la D^{re} Hélène L'Espérance, travaillant en clinique privée et au CSSS de la Vieille-Capitale (secteur Haute-Ville-Des-Rivières), du D^r Jean-Paul Gendron du CSSS Québec-Nord (secteur La Source) et des D^{rs} André Tourigny, Catherine Gagnon et Denise Gagné de la DSP de la Capitale-Nationale. Un médecin, le D^r Denis Drouin, associé à la direction générale de la formation continue de l'Université Laval, ainsi que des pharmaciens de la région, ont aussi participé au comité.

Lorsqu'elle est donnée en groupe, la formation situe l'importance du problème des chutes chez les aînés et aborde les causes et les facteurs de risque qui y sont associés. Elle illustre, par un cas clinique, comment le médecin peut intervenir et présente les différents volets du programme MARCHE ainsi que la feuille synthèse dont une copie sera acheminée au médecin en cas de dépistage de l'un de ses patients. Ce document est utilisé par l'équipe ressource du programme SAD des CSSS (volet personnalisé du programme MARCHE) ou par l'Hôpital de jour du Jeffery Hale - Saint Brigid's .

La rencontre individualisée, d'une durée d'environ dix minutes, a pour objet l'importance d'agir sur le problème des chutes, en raison de sa prévalence et des conséquences qui y sont associées. Cette séance permet de présenter les critères retenus pour le dépistage et de rappeler comment déterminer, à l'aide d'un arbre décisionnel, les facteurs de risque à évaluer.

Quel que soit le type de rencontre, soit en groupe ou individuelle, le médecin formé se voit remettre les documents suivants :

- deux articles scientifiques traitant de la prévention des chutes chez les personnes âgées (Tinetti, 2003 et AGS, 2001);
- une illustration de l'importance des chutes et de ses conséquences chez les personnes âgées de 65 ans et plus au Québec;
- une liste de ressources disponibles dans la communauté, dont certaines verront à améliorer ou à détecter les troubles d'équilibre et de la marche ou, encore, à orienter les personnes ayant une déficience visuelle sévère;
- les coordonnées des services gériatriques spécialisés de la région;
- des outils pratiques et utiles à l'évaluation des facteurs de risque tels qu'un arbre décisionnel, l'échelle de Snellen, un test de Folstein, une feuille conseil pour les patients atteints d'hypotension orthostatique ainsi qu'une marche à suivre pour se relever en cas de chute.

►► **Transmission de la feuille synthèse aux médecins traitants des usagers dépistés et évalués par le volet *Multifactoriel personnalisé* du programme MARCHE**

L'implantation du volet des *Interventions multifactorielles personnalisées* du programme MARCHE s'est effectuée graduellement dans les deux secteurs de CLSC

(Haute-Ville-Des-Rivières et La Source) au cours de l'année 2002. Afin d'identifier la clientèle ciblée, une révision des dossiers actifs du SAD de ces secteurs, ainsi que de ceux de l'Hôpital de jour du Jeffery Hale - Saint Brigid's, a été effectuée. Pour être éligibles au programme, les personnes devaient être nouvellement inscrites au SAD et avoir fait une chute au cours des six derniers mois.

Selon les données colligées par les responsables du volet *Multifactoriel personnalisé* des deux secteurs, lorsqu'un usager considéré à risque de chutes remplit les évaluations nécessaires et qu'un plan d'intervention est élaboré, une copie de la feuille synthèse est systématiquement transmise au médecin, avec des recommandations spécifiques.

►► Visite de suivi aux formations

Une visite de suivi postformation était prévue dans les quatre à six mois pour vérifier la consolidation des acquis chez les médecins en ce qui a trait à la prévention des chutes chez les aînés. Ce moyen n'a pas été mis en œuvre jusqu'à maintenant, faute de disponibilité. Les efforts se sont concentrés sur la formation du plus grand nombre de médecins des deux secteurs visés par le projet.

►► Implication de leaders d'opinion

L'implication de leaders d'opinion en vue d'augmenter la diffusion et la crédibilité des pratiques figure parmi les stratégies dont l'efficacité a été démontrée. Dans le cadre du programme MARCHE, la présence au comité scientifique d'un gériatre réputé et de deux omnipraticiens œuvrant en CLSC et en clinique privée dans les secteurs ciblés a facilité l'élaboration du contenu de la formation. Ces médecins ont aussi pris part à la plupart des formations.

4. Évaluation de l'intervention auprès des médecins de première ligne

La présente démarche d'évaluation vise à vérifier l'évolution des connaissances, des habiletés et des attitudes des médecins à la suite du déploiement de différentes stratégies de formation et d'information, de même que de l'implantation du volet *Multifactoriel personnalisé* en CLSC. Cette évaluation couvre la période d'octobre 2002 à décembre 2006.

4.1 Objectifs visés par l'évaluation

Les objectifs d'évaluation se distinguent selon qu'ils concernent l'implantation et le fonctionnement des activités et des interventions mises en place auprès des médecins omnipraticiens ou qu'ils touchent plus particulièrement les effets recherchés. Les objectifs pour chacun des deux volets sont donc les suivants :

- Objectifs visant l'évaluation de l'implantation et du fonctionnement :
 - ✓ évaluer la proportion de médecins de première ligne touchés par l'intervention conçue sur mesure dans le cadre du programme MARCHE;
 - ✓ apprécier la satisfaction des médecins quant au contenu et aux stratégies d'intervention utilisées pour les joindre;
 - ✓ documenter l'utilisation des outils fournis;
 - ✓ déterminer les points forts et les points faibles des stratégies utilisées pour les joindre.
- Objectif visant l'évaluation des effets :
 - ✓ comparer, parmi les médecins touchés par l'intervention, différents éléments en lien avec la prévention des chutes, soit : leur niveau de connaissances, leurs croyances, leurs attitudes, la perception de leurs habiletés ainsi que leurs pratiques.

4.2 Méthodologie

Cette section présente brièvement les différentes sources de données à partir desquelles l'information a été recueillie, les critères ayant servi à la composition des échantillons, selon les modalités de collecte de données, ainsi que l'information relative à l'analyse des données.

4.2.1 Sources de données

Les données utilisées pour répondre aux objectifs poursuivis par l'étude proviennent des questionnaires envoyés, des formulaires d'évaluation remplis à la fin des formations, d'entrevues complémentaires réalisées auprès d'un échantillon de médecins et du journal de bord de la déléguée infirmière, chargée des formations individuelles.

► Envoi de questionnaires

Des questionnaires ont été acheminés à l'ensemble des médecins de première ligne des deux secteurs visés. Ont aussi été retenus un certain nombre de

médecins qui pratiquent à l'extérieur de ces secteurs, mais dont la clientèle comporte un volume important de personnes âgées de 65 ans et plus résidant dans les secteurs Haute-Ville-Des-Rivières et La Source.

En 2002, deux questionnaires ont été transmis aux médecins ciblés alors qu'en 2006, un seul questionnaire, regroupant l'ensemble des questions, a fait l'objet de l'envoi.

►► Méthode d'échantillonnage

En 2002, l'élaboration de la liste d'envoi s'est faite selon la procédure suivante :

- en incluant tous les médecins omnipraticiens dont le milieu de pratique est situé sur les territoires de CLSC La Source et Haute-Ville-Des-Rivières, à partir d'une liste fournie par ces deux CLSC;
- en incluant les médecins omnipraticiens dont le milieu de pratique n'est pas situé sur les territoires ciblés, mais qui orientent des personnes âgées au SAD des CLSC concernés;
- en excluant les médecins de ces deux territoires connus par les médecins de l'équipe de travail à la DSP de la Capitale-Nationale comme n'ayant pas de clientèle âgée dans leur pratique quotidienne (ex. : en médecine industrielle, à la clinique du sein et en santé au travail);
- en incluant les médecins des services gériatriques de l'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's.

En 2006, la liste d'envoi a été mise à jour à partir de deux nouvelles sources d'information disponibles, soit une liste de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et une liste de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS). La liste de la RAMQ a permis de déterminer le territoire de CLSC du dispensateur (adresse principale du médecin) ainsi que le nombre de personnes âgées que voyait annuellement chaque médecin selon le territoire de CLSC de provenance de ces personnes âgées.

La consultation de ces sources d'information a permis d'apporter des modifications, entre autres les exclusions suivantes :

- les médecins omnipraticiens reconnus comme travaillant dans un domaine spécifique où la pratique de prévention des chutes n'est pas pertinente (ex. : clinique du sein, santé au travail);
- les médecins omnipraticiens rémunérés à l'acte, qui exercent dans les secteurs visés mais dont la pratique auprès des personnes âgées est restreinte (50 personnes âgées ou moins par année d'après liste de la RAMQ);
- les médecins travaillant uniquement à l'urgence de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS);
- les médecins omnipraticiens retraités à ce jour.

Ces particularités ont entraîné des ajouts, notamment :

- les médecins omnipraticiens dont le milieu de pratique est situé sur les deux territoires ciblés et qui n'étaient pas déjà dans la liste de 2002;

- les médecins omnipraticiens dont le milieu de pratique n'est pas situé dans les secteurs ciblés, mais qui voient un grand nombre de personnes âgées dans au moins un des deux territoires ciblés;
- les médecins omnipraticiens des services courants et du SAD des secteurs de CLSC Haute-Ville-Des-Rivières et La Source;
- les médecins des services gériatriques de la Résidence Christ-Roi;
- les médecins de l'Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) de l'Hôpital Saint-Sacrement;
- les médecins de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRD PQ);
- les médecins de l'UMF du CSSS de la Vieille-Capitale (secteur Haute-Ville-Des-Rivières);
- les médecins de l'UMF de l'Hôpital Saint-François-D'Assise.

Les adresses ont été vérifiées à partir de la liste de l'ASSS de la région de la Capitale-Nationale et du répertoire de l'Association des médecins omnipraticiens du Québec (AMOQ).

Description des questionnaires et déroulement des envois

Les trois questionnaires envoyés aux médecins renferment des questions portant sur leurs **connaissances**, leurs **croyances** et leurs **attitudes** à l'égard de la problématique des chutes chez les aînés, le **type de pratique clinique**, les facteurs de renforcement à une « bonne » pratique, la **perception de leurs habiletés** quant à la problématique des chutes ainsi que les **facteurs facilitants** et les **contraintes observés**. La majorité des questions sont fermées (voir Annexe A).

Au printemps 2002, un premier questionnaire, envoyé à 195 médecins, visait plus spécifiquement à décrire leurs connaissances, leurs habiletés et leurs attitudes liées à la problématique des chutes. Une lettre décrivant brièvement le programme MARCHE accompagnait cet envoi. Un deuxième questionnaire, expédié quelques semaines plus tard à 185 médecins¹, cherchait à explorer l'application éventuelle des recommandations cliniques en regard de la problématique des chutes. Ces deux premiers questionnaires ont constitué la première phase (temps 0, identifié comme T₀) d'une démarche qui s'est étalée sur quatre ans.

La deuxième phase (temps 1, identifié comme T₁), qui s'est déroulée au printemps 2006, comportait l'envoi d'un troisième questionnaire. Expédié à 250 médecins, celui-ci reprenait les éléments des deux questionnaires précédents, en plus d'introduire des questions supplémentaires sur le programme MARCHE.

La majorité des questions étaient reprises d'une phase à l'autre afin de mesurer l'évolution des connaissances *pré* et *post* intervention. En contrepartie, quelques questions, « uniques » à l'une des deux phases, portaient sur l'utilisation de ressources pertinentes à la problématique des chutes et sur des éléments propres à la formation médicale reçue, de même qu'au programme MARCHE. Ces questions n'ont pas fait l'objet de comparaison et sont traitées de manière spécifique.

¹ Au second envoi, une dizaine de noms ont été retranchés; il s'agissait d'adresses erronées et de médecins retraités.

► Évaluation des activités de formation

Deux grilles d'évaluation ont été distribuées à la fin de chaque séance de formation de groupe tenue dans les cliniques : une première, élaborée par l'AMOQ et une autre, produite par la DSP de la Capitale-Nationale.

Les questions composant la grille d'évaluation de l'AMOQ concernent les points suivants : la pertinence du contenu, l'atteinte des objectifs, la clarté de la présentation, l'aptitude à communiquer du conférencier, le caractère suffisant de l'interaction et de la documentation ainsi que l'effet de la présentation sur la pratique. Des éléments plus techniques, tels que la logistique, l'organisation générale, la documentation remise, la fonctionnalité des locaux et la qualité de l'audiovisuel, étaient aussi mesurés (voir Annexe B – Grille d'évaluation de l'AMOQ).

Quant à la grille élaborée par la DSP de la Capitale-Nationale, elle vise à permettre au participant de préciser jusqu'à quel point la formation lui a permis de répondre aux objectifs suivants :

- déterminer les facteurs importants dans la problématique des chutes;
- discuter des interventions efficaces;
- connaître le continuum de services en prévention des chutes;
- être en mesure d'évaluer les risques à partir d'un outil pratique d'évaluation (cas clinique).

Cette grille évalue aussi le degré de satisfaction quant aux aspects suivants :

- maîtrise du contenu par les conférenciers;
- clarté de la présentation;
- interactions avec les conférenciers;
- utilité du contenu dans leur travail;
- durée de la formation;
- qualité et pertinence de la documentation remise;
- support audiovisuel;
- local.

Enfin, les participants se prononçaient aussi sur leur degré d'appréciation générale ainsi que sur les points forts de l'activité et ceux à améliorer (voir Annexe B – Grille d'évaluation de la DSP de la Capitale-Nationale).

D'autres commentaires, émis verbalement lors des séances relativement à des éléments de satisfaction de la formation ou en lien avec la pratique médicale, ont aussi été notés et pris en considération dans l'analyse des aspects positifs ou des correctifs à apporter.

► Le journal de bord de la déléguée infirmière

Dans le cadre de ce projet, une déléguée infirmière était chargée d'établir les contacts avec les cliniques médicales pour offrir la formation. Responsable de fournir la formation individuelle, elle collaborait également à la formation donnée à des groupes de médecins. Dans ce contexte, elle voyait à consigner dans un journal de bord l'information relative aux aspects opérationnels (contacts téléphoniques

pour la prise de rendez-vous, temps alloué à la formation, etc.) ainsi que certaines observations.

► Réalisation d'entrevues complémentaires

L'équipe de recherche a aussi conçu un guide d'entrevue à cinq questions ouvertes (voir Annexe C), afin de répondre aux objectifs visant à apprécier la satisfaction des médecins quant au contenu et à la stratégie d'intervention retenue, à documenter l'utilisation des outils remis lors des formations et à déterminer les points forts et les points à améliorer. En fait, les entrevues visaient à documenter plus en profondeur les aspects liés à la formation et à l'utilisation des outils afin de pouvoir établir les éléments centraux nécessitant des correctifs. Ce moyen a permis de couvrir, d'une certaine façon, des éléments prévus par les visites de suivi aux formations dans le cadre de l'étude.

►► Méthode d'échantillonnage

Les entrevues ont été réalisées auprès d'un échantillon de médecins orienté en fonction de leur mode de pratique et du type de formation reçue.

Cette portion de l'étude ne ciblait que les médecins du territoire Haute-Ville-Des-Rivières; en effet, les activités de formation sur le territoire La Source étant moins récentes, il y avait un certain risque d'introduire un biais de mémoire. Les critères d'inclusion pour les répondants étaient les suivants :

- avoir participé à une formation de groupe ou individuelle dans les deux dernières années (2004 à 2006);
- avoir son milieu de pratique sur le territoire Haute-Ville-Des-Rivières ou dans les environs et desservir des aînés résidant dans ce même secteur.

L'objectif était de réaliser un total de quatorze entrevues auprès de dix médecins formés en groupe (dont au minimum deux provenant d'un GMF), et de quatre qui avaient reçu une formation individuelle. Neuf entrevues ont pu être réalisées avec les médecins formés en groupe qui furent sollicités. Dans un souci de diversifier les milieux de provenance, sur le nombre de médecins échantillonnés (25), douze d'entre eux, qui provenaient des mêmes milieux que certains de leurs collègues déjà entendus en entrevue, ont été exclus en cours de route. De plus, quatre médecins n'ont pu être joints. Quant aux médecins formés individuellement, deux ont refusé de participer à l'entrevue, un n'a pu être joint et un autre a été exclu parce qu'il avait déjà participé à l'entrevue.

Tableau 1
Sélection des répondants

	Groupe	Individuel
Médecins répondant aux critères de sélection	43	8
Médecins tirés au hasard	25	8
Médecins ayant refusé, exclus et non joints	16	4
Médecins ayant complété une entrevue	9	4

Déroulement des entrevues

Préalablement à la prise de contact par téléphone, une lettre signée du directeur régional de santé publique de la Capitale-Nationale, le D^r François Desbiens, a été acheminée aux 33 sujets susceptibles d'être touchés. Cette lettre expliquait le but de la démarche et sollicitait leur collaboration. Accompagnant cette lettre, deux outils utilisés dans le cadre du programme MARCHE, sur lesquels des questions d'entrevue portaient spécifiquement, servaient de rappel. Les entrevues se sont déroulées entre octobre et décembre 2006. Dix ont été réalisées par téléphone et trois, en personne.

4.2.2 Analyse des données

L'analyse des données quantitatives relatives aux questionnaires s'est effectuée par différents tests statistiques. L'ensemble des autres sources de données (questions ouvertes des questionnaires, entrevues complémentaires et journal de bord) a été traité de manière qualitative, par un processus d'analyse de contenu.

► Analyse statistique des données quantitatives du questionnaire

À la saisie des données quantitatives, provenant des trois questionnaires, se sont ajoutés différents tests statistiques. D'abord, des distributions de fréquences simples et croisées avec l'âge, le sexe, le nombre d'années de pratique, le type de pratique, la proportion de clientèle âgée, le nombre de visites à domicile par mois et le territoire du CLSC permettent de décrire les caractéristiques des répondants aux T₀ et T₁ séparément.

Ensuite, des tests du chi carré d'association générale et un test de tendance ont permis de procéder à la comparaison des caractéristiques telles que l'âge, le sexe, l'expérience, le type de pratique, la proportion de clientèle âgée et le nombre de visites de deux groupes de répondants : ceux qui ont collaboré uniquement à une phase et ceux qui ont participé aux deux.

Enfin, dans le but de comparer les caractéristiques communes des répondants aux T₀ et T₁, on a effectué l'analyse à l'aide d'un modèle logistique GEE (*General Estimating Equation*), après avoir appliqué le format binaire sur les réponses qui comptaient plus de deux catégories. L'utilisation du modèle GEE permet de contrôler l'interdépendance dans le temps.

C'est le progiciel SAS (SAS Institute, Cary, NC, version 9.1.3) du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec qui a été utilisé pour les analyses.

► Analyse de contenu des données qualitatives pour l'ensemble des sources

L'analyse de contenu réalisée pour les questions ouvertes des questionnaires portait d'une part sur les facteurs de risque recherchés dans la pratique des médecins omnipraticiens et, d'autre part, sur les avantages et les désavantages de mettre en application un ensemble de recommandations suggérées. Les commentaires manuscrits recueillis pour d'autres questions ont, eux aussi, été soumis à une analyse de contenu.

Quant aux données provenant des entrevues complémentaires, elles ont été regroupées par thèmes pour ensuite être comptabilisées de façon à faire ressortir l'importance relative de chacun d'entre eux.

5. Résultats

En lien avec les objectifs de départ qui visaient à la fois l'évaluation de l'implantation des stratégies destinées à joindre les médecins et la mesure de certains effets sur leur pratique, les résultats seront présentés en deux sections principales. La première fera état des résultats axés sur les différentes stratégies et activités mises en œuvre pour joindre les médecins, alors que les résultats des effets sur leur pratique seront documentés dans la seconde partie. Toutefois, en raison des modalités de collecte de données, il est difficile de départager les résultats de manière exclusive. Ainsi, quelques résultats se rapportant davantage aux effets seront intégrés dans la section des résultats sur le processus, notamment dans la section de l'appréciation des formations.

5.1 Implantation des stratégies et activités pour joindre les médecins

La section suivante fait d'abord état du nombre de médecins joints par le biais des différentes stratégies et activités mises en place. Elle présente ensuite l'appréciation des activités de formation faite par les médecins qui y ont participé ainsi que les résultats découlant de l'analyse des entrevues téléphoniques, réalisées en complément aux activités d'évaluation précédentes.

5.1.1 Nombre de médecins joints pour chacune des activités réalisées

Le texte qui suit rapporte de façon détaillée le nombre de médecins de la région qui ont été rejoints par les différentes activités réalisées à leur intention.

► Activités d'information et de formation

►► *Le Bulletin de santé publique*

À quatre moments différents, entre 2003 et 2005, les numéros du *Bulletin de santé publique* traitant de la prévention des chutes ont été acheminés à tous les médecins omnipraticiens de la région de la Capitale-Nationale, aux gynécologues-obstétriciens, aux cardiologues et aux médecins qui travaillent dans les cliniques externes des hôpitaux. La couverture était donc, en théorie, complète.

►► **Activités de formation de groupe et individuelle**

Deux types d'activités ont été organisées à l'intention des médecins omnipraticiens de la région. Quelques-unes, dispensées à l'échelle régionale, ont été mises en place avec le concours de l'Université Laval ou du RMG de la région 03. D'autres formations ont ciblé les milieux de pratique (UMF, GMF, cliniques) ainsi que les médecins dont la pratique se fait en solo.

Les données sur les différentes activités de formation concernent uniquement les médecins des deux secteurs retenus pour les fins de la présente étude.

Formation de groupe pour l'ensemble des médecins de la région - 23 mai 2003

Au total, **52 participants** incluant **9 résidents** y ont participé. Dix-huit médecins provenant des deux secteurs ciblés étaient présents dont 10 pour le secteur de Haute-Ville-Des-Rivières et 8 pour le secteur La Source.

Formation de groupe pour le RMG de la région 03 - 30 septembre 2005

Au total, **27 participants** ont assisté à la formation. Cependant, de ce nombre, seuls **2 médecins** travaillant en clinique médicale provenaient d'un des deux secteurs où se déroulait le volet multifactoriel personnalisé du programme MARCHE (en l'occurrence, le secteur Haute-Ville-Des-Rivières).

Formations en petits groupes et individualisées pour les médecins omnipraticiens des territoires visés par l'étude - Entre septembre 2004 et mai 2006

Entre septembre 2004 et mai 2006, 7 milieux de pratique différents, se retrouvant dans les secteurs visés ou au pourtour, ont participé à une formation de groupe. Il s'agit de 3 cliniques médicales, de 2 GMF et de 2 SGL. **Cinquante et un médecins** omnipraticiens, incluant 11 résidents, tous en provenance du secteur Haute-Ville-Des-Rivières, ont participé à ces **formations de groupe**. À ce nombre s'ajoutent 2 professionnelles : une travailleuse sociale et une nutritionniste du secteur Haute-Ville-Des-Rivières présentes à l'une des formations de groupe, donnée au CLSC. Durant cette même période, **14 rencontres individuelles** ont été réalisées, 9 auprès de médecins du secteur Haute-Ville-Des-Rivières et 5 du secteur La Source. Au total, ces rencontres de formation (en petits groupes et individuelles) ont rejoint 65 médecins omnipraticiens (60 pour Haute-Ville-Des-Rivières et 5 pour La Source).

Si on considère l'ensemble des médecins qui ont pris part à l'une ou l'autre séance de formation depuis mai 2003, on arrive à un nombre total de **100 médecins** des deux secteurs ciblés. Toutefois, compte tenu du fait que certains d'entre eux y ont participé plus d'une fois, ces activités ont joint dans les faits **93 médecins différents** (voir Tableau 2).

Tableau 2
Médecins touchés par les activités de formation
dispensées entre mai 2003 et mai 2006,
par secteur de CLSC de provenance

	Haute-Ville- Des-Rivières	La Source	Total
Formation régionale organisée conjointement avec l'Université Laval (23 mai 2003)	18	8	26
Formation du Regroupement des médecins en gériatrie de la région 03 (20 septembre 2005)	9	0	9
Formations auprès de petits groupes dispensées dans les secteurs de CLSC (Septembre 2004 à mai 2006)	51	0	51
Formations individuelles dispensées dans les secteurs de CLSC (Septembre 2004 à mai 2006)	9	5	14
Total	87	13	100*

*Correspond à 93 médecins différents

►► Transmission de la feuille synthèse

Durant la période étudiée, qui s'échelonnait de l'hiver 2002 au printemps 2006, **304 personnes** ont été dépistées et évaluées par l'équipe du volet *Multifactoriel personnalisé* implanté au SAD des CLSC Haute-Ville-Des-Rivières et La Source ainsi qu'à l'Hôpital de jour du Jeffery Hale - Saint Brigid's. Un total de **304 feuilles synthèses** pour des usagers différents des secteurs ciblés ont été acheminées à des médecins omnipraticiens par le médecin de l'équipe ressource du CLSC. La répartition est la suivante :

- CLSC Haute-Ville-Des-Rivières : **74 feuilles synthèses**;
- CLSC La Source : **42 feuilles synthèses**;
- Hôpital de jour du Jeffery Hale - Saint Brigid's : un total de 269 feuilles synthèses ont été transmises, desquelles nous estimons à 70 % la proportion de la clientèle résidant dans les limites géographiques de la Haute-Ville du secteur de CLSC Haute-Ville-Des-Rivières, ce qui représente **188 feuilles synthèses**.

L'information relativement au lieu de pratique du médecin traitant n'est pas facile à compiler parce que le nom du médecin n'est pas systématiquement inscrit sur la feuille synthèse. Cependant, nous savons que pour la période ciblée (entre 2002 et 2006) au moins **51 médecins** omnipraticiens du secteur Haute-Ville-Des-Rivières et des environs ont reçu des feuilles synthèses, comparativement à **13** pour le secteur La Source. Il n'a pas été possible de faire l'exercice pour les feuilles synthèses en provenance de l'Hôpital de jour du Jeffery Hale - Saint Brigid's.

5.1.2 Appréciation des formations

À la suite des cinq séances de formation de groupe auxquelles ils ont participé, les médecins des territoires concernés se sont vu distribuer des formulaires d'évaluation. Ces évaluations ont fait l'objet d'une analyse quantitative pour les questions fermées et d'une analyse qualitative pour les questions ouvertes. De plus, une analyse des commentaires verbaux recueillis par les formateurs à la suite des séances de formation, ainsi que les données colligées par la déléguée infirmière dans un journal de bord, a été réalisée.

► Analyse quantitative des formulaires d'évaluation

Dans quatre des cliniques, les commentaires d'appréciation des formations ont été recueillis grâce à un outil élaboré par l'AMOQ. Sur un total de 23 médecins participants, 19 ont rempli le formulaire. La cinquième clinique a utilisé un outil provenant de la DSP de la Capitale-Nationale. Dans ce dernier cas, 19 médecins ont pris part à la formation et 15 d'entre eux ont rempli le formulaire d'évaluation.

De façon générale, les résultats obtenus par le biais de l'outil de l'AMOQ font état de la satisfaction générale des répondants à l'égard de la formation reçue. En effet, la majorité des éléments évalués dans ce formulaire ont été qualifiés de bons ou excellents. La documentation remise, la pertinence du sujet et de l'objet éducatif ressortent comme les principaux points forts. Pour les éléments à améliorer, peu d'aspects se démarquent de façon particulière, sinon ceux qui ont trait à la logistique (voir Tableau 3).

Tableau 3
Formulaire d'évaluation de l'AMOQ (n = 19 participants)

	Excellent	Bon	Passable	Mauvais	Données manquantes	NA
Organisation générale	65 %	30 %			5 %	
Documentation remise	90 %	10 %				
Fonctionnalité des locaux	45 %	35 %	5 %		15 %	
Qualité de l'audiovisuel	20 %	15 %	15 %		15 %	35%
Pertinence du sujet	85 %	15 %				
Pertinence de l'objectif éducatif	80 %	20 %				
Pertinence de la méthode éducative	65 %	30 %	5 %			
Pertinence du contenu	70 %	25 %			5 %	
Atteinte des objectifs	70 %	25 %			5 %	
Clarté de la présentation	65 %	30 %			5 %	
Aptitude à communiquer du conférencier	60 %	35 %			5 %	
Suffisance de l'interaction	70 %	25 %			5 %	
Suffisance de la documentation	75 %	20 %			5 %	
Effet de la présentation sur ma pratique	60 %	25 %	5 %		10 %	

Quant aux résultats obtenus par l'outil de la DSP de la Capitale-Nationale, ils rapportent également la grande satisfaction d'ensemble des médecins ayant reçu cette formation. La majorité des réponses se situent dans les catégories « excellent/entièrement » et « très bien/beaucoup ». Les items qui obtiennent les scores les plus élevés sont la documentation remise, le fait d'être en mesure d'évaluer les risques de chutes et la maîtrise du contenu par le conférencier. Quant à la satisfaction générale, 80 % des répondants se disent très satisfaits. Les éléments à travailler sont la place accordée à la discussion des interventions efficaces et les interactions avec le conférencier (voir Tableau 4).

► Analyse qualitative des commentaires écrits et verbaux

Les commentaires recueillis grâce aux formulaires d'évaluation et aux commentaires verbaux émis à la suite des formations ont été regroupés en points forts et en points à améliorer. Globalement, on note que les participants ont formulé plus de commentaires positifs que négatifs. Les répondants semblent satisfaits du contenu de la formation, de son influence sur leur pratique, de la formule pédagogique et de la documentation remise. Ils soulignent aussi la pertinence du programme MARCHE.

Les points à améliorer sont liés à l'accès aux ressources de réadaptation (ex. : ergothérapie, physiothérapie) pour effectuer un suivi lorsqu'un facteur de risque est dépisté. Enfin, des éléments relevant de la logistique ont aussi été relevés parmi les aspects négatifs (voir Tableau 5).

Tableau 4
Formulaire d'évaluation de la DSP de la Capitale-Nationale (n = 15 participants)

	Excellent/ Entièrement	Très bien/ Beaucoup	Bien/ Assez	Faible/ Peu
Identification des facteurs de risque de chutes	60 %	40 %		
Discussion des interventions efficaces	20 %	67 %	13 %	
Connaissance du continuum de services	27 %	73 %		
Capacité d'évaluer les risques	80 %	7 %	13 %	
Maîtrise du contenu	80 %	20 %		
Clarté de la présentation	47 %	53 %		
Interactions avec le conférencier	53 %	33 %	13 %	
Utilité du contenu	67 %	33 %		
Durée de la formation	53 %	40 %	7 %	
Documentation remise	93 %	7 %		
Support audiovisuel	73 %	27 %		
Local	60 %	40 %		
Satisfaction générale	13 %	80 %	7 %	

Tableau 5
Commentaires verbaux et écrits

POINTS FORTS	
Contenu	- Bonne synthèse - Documentation satisfaisante - Matière complète et intéressante - Bien en lien avec la pratique médicale
Influence sur la pratique	- Meilleur dépistage des chutes - Évaluation systématique - Conscientisation à la problématique - Utilité de la formation
Formule pédagogique	- Clarté - Interactivité - Aspect pratique (étude de cas)
Documentation	<i>L'arbre décisionnel</i> en tant qu'outil pratique, concis et concret - Documentation générale bien faite
Pertinence du programme MARCHE	- Pertinence du programme et du sujet - Problème fréquent et majeur - Importance de la prévention des chutes
POINTS À AMÉLIORER	
Ressources humaines et financières	- Accessibilité aux ressources pour faire le suivi (ex. : ergothérapie, physiothérapie, exercices) - Information au sujet d'une personne-ressource
Logistique	- Clarté à propos des critères d'inclusion de chacun des volets - Livraison à l'avance de la documentation - Plastification des feuilles d'exercices - Adéquation entre la grandeur de la salle et le nombre de personnes

► Analyse sommaire du journal de bord de la déléguée infirmière

Une brève analyse du journal de bord de la déléguée infirmière a permis de dégager certains points que l'on peut regrouper en aspects facilitants et en difficultés éprouvées. Ainsi, les éléments ayant joué un rôle facilitant pour que les médecins acceptent la formation offerte sont principalement de deux ordres. D'abord, il semble que le fait d'avoir invité directement les médecins participant à une autre formation organisée par la DSP de la Capitale-Nationale ait eu un impact positif sur leur réponse. Les contacts personnels entre les formateurs et les médecins des cliniques ont aussi favorisé la participation à la formation. Dans quelques cas, il est arrivé que des médecins adressent une demande aux médecins de la DSP de la Capitale-Nationale pour recevoir de l'information sur la prévention des chutes.

Un certain nombre de contraintes ont par ailleurs été relevées, entre autres la difficulté à insérer une activité de formation à l'intérieur d'un calendrier déjà établi. Les réorganisations administratives au sein d'une clinique et l'implication administrative de médecins dans un contexte de réorganisation du système de santé aux dépens du temps alloué à la formation continue ont aussi été un frein à la tenue de la formation dans ces milieux. Enfin, le manque d'effectifs médicaux dans la région entraîne une surcharge de travail lors de départs à la retraite ou de changements de pratique.

Cette information permet de constater l'importance de prendre en considération plusieurs éléments de contraintes lorsque des médecins omnipraticiens aux prises avec des réalités particulières sont invités à des activités de formation. Le recours à des stratégies diversifiées s'impose pour réussir à percer ces milieux de pratique.

5.1.3 Analyse des entrevues complémentaires

La réalisation d'entrevues complémentaires visait à recueillir de manière plus approfondie les perceptions des médecins quant à leur appréciation de la formation reçue, des outils distribués et du programme MARCHE en général (voir Annexe C – Guide d'entrevue). Ces entrevues visaient aussi à recueillir leur point de vue sur l'intégration de la prévention des chutes dans leur pratique médicale à la suite de la formation. Ces données seront présentées dans la section portant sur l'évaluation des effets.

Au total, 13 médecins ont été interviewés : 9 avaient reçu la formation en groupe et 4, de façon individuelle. La répartition des répondants selon leur milieu de pratique et le type de formation reçue est présentée dans le Tableau 6.

Tableau 6
Répartition des répondants selon
leur milieu de pratique et le type de formation reçue

Type de formation reçue	Milieu de pratique
En groupe (9)	Clinique médicale (6)
	CLSC (2)
	GMF (1)
Individuelle (4)	Clinique médicale (4)
Total	13

► Appréciation de la formation

Quatre des 13 médecins ont trouvé la formation plus ou moins utile. Ils déplorent principalement le manque de ressources disponibles pour répondre aux problèmes dépistés. Toutefois, la formation a été l'occasion de faire une mise à jour et un rafraîchissement de notions connues. Enfin, un médecin n'a pas été en mesure de répondre à cette question, car il ne se rappelait pas suffisamment du contenu de la formation qu'il avait reçue.

Concernant les suggestions pour améliorer la formation, peu d'idées ont été émises. Douze des 13 médecins interrogés n'ont fait aucun commentaire à ce sujet. Compte tenu du temps écoulé entre la formation et l'entrevue ($\pm$ deux ans), la plupart ne se souvenait plus précisément de la forme et du déroulement de la formation reçue. Il semble toutefois que la formule convenait bien aux médecins peu sensibilisés à la problématique. Par ailleurs, un médecin souligne la difficulté de joindre le plus grand nombre de participants pour ce type de formation.

Une seule suggestion a été faite : présenter des mises en situation de patients âgés à domicile par vidéo. Selon le répondant, ce format permettrait, par exemple, de visualiser les objets à déplacer dans l'environnement et susciterait une discussion plus animée entre les participants. Pour lui, cette formule s'avérerait plus intéressante qu'une présentation magistrale : les cas cliniques décrits sur papier apparaissent souvent trop évidents alors que, dans la pratique, les facteurs de risque peuvent être difficiles à cerner.

Aussi interrogés sur des moyens permettant d'intégrer davantage la prévention des chutes dans leur pratique, les médecins ont émis un ensemble de suggestions. Il s'agit des éléments suivants :

- fournir des données statistiques selon le modèle des représentants des compagnies pharmaceutiques (ex. : pourcentage de personnes âgées qui font une chute, pourcentage qui en parle à leur médecin, etc.);
- diffuser le contenu de la formation dans les revues médicales.
- présenter des publicités selon le modèle des compagnies pharmaceutiques, avec des thèmes accrocheurs et les principaux points à retenir pour la prévention des chutes chez les personnes âgées;
- utiliser un formulaire simple de quelques questions à poser au patient;
- être avisé du problème de chute par les proches ou par les intervenants qui se rendent au domicile de la personne âgée, et ce, étant donné que les patients ont tendance à nier la situation par crainte d'être orientés vers l'hébergement;
- rendre disponible des ressources pour évaluer le problème de façon globale et complète;
- utiliser une « check-list » lors des visites à domicile pour les facteurs de risque (ex. : médicaments, alimentation, obstacles environnementaux).

►► L'arbre décisionnel

Une série de questions portait sur l'outil d'aide à la décision, *L'arbre décisionnel*, remis lors des formations. On vérifiait d'abord si les médecins avaient utilisé cet outil et à quelle fréquence. Près de la moitié d'entre eux ont indiqué qu'ils l'avaient utilisé dans leur pratique (6/13) et la fréquence varie selon les répondants. Ainsi, 2 médecins l'utilisent régulièrement auprès des aînés de 75 ans et plus. Le premier s'en sert lorsque le patient rapporte avoir fait une chute, alors que les 2 autres mentionnent l'avoir utilisé à deux reprises : pour l'un, dans des situations qu'il jugeait indiquées, pour l'autre, lors de visites à domicile. Dans ce dernier cas, l'utilisation de cet outil lui semble plus appropriée au domicile qu'au cabinet. Enfin, un médecin dit avoir intégré l'information qui s'y trouve sans nécessairement recourir à l'outil comme tel.

Les 7 autres médecins n'utilisent pas cet outil et les raisons invoquées sont de divers ordres. Quatre d'entre eux font valoir l'abondance de ce type de matériel, alors que 2 autres jugent qu'il ne s'applique pas à la majorité de leur clientèle, âgée de moins de 75 ans, ou encore que cette problématique ne s'est pas présentée. Dans le cas d'un répondant pour qui ces éléments sont familiers, l'outil ne lui est pas nécessaire pour poser les questions appropriées.

Interrogés sur des pistes d'amélioration souhaitées pour cet outil d'aide à la décision, 4 des 13 médecins interrogés ont formulé des suggestions. Deux médecins qui l'utilisent proposent une démarche schématisée, le plus simple possible. Selon eux, l'arbre devrait être raccourci, car il devient laborieux de l'appliquer tel quel dans le contexte clinique et il requiert trop de temps.

D'autres commentaires ont été émis par 2 médecins qui n'utilisent pas l'outil. Pour eux, il faudrait y indiquer où orienter les gens pour qu'ils soient évalués lorsqu'un facteur de risque est dépisté. Un travail pourrait être fait avec des médecins des urgences des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS), car c'est là que les patients se rendent après une chute, ce qui permettrait d'assurer une continuité dans les soins.

Concernant les suggestions qui les amèneraient à utiliser davantage cet outil, 5 des 13 médecins interviewés ont répondu. L'idée de simplifier l'outil a été relevée. Un autre commentaire proposait de signaler, en les faisant ressortir sur l'outil, les deux ou trois points majeurs à prendre en compte pour le dépistage. Dans un autre ordre d'idées, l'une des réponses suggérait qu'une personne du CLSC procède au dépistage et à l'évaluation de la personne âgée.

L'aspect pratique de l'outil a aussi été pris en compte. À ce sujet, une personne proposait d'adopter un format plus petit, facile à transporter alors qu'une autre proposition visait l'uniformisation du format des outils distribués lors des formations.

► Utilisation et appréciation de la feuille synthèse

Un dernier bloc de questions concernait la feuille synthèse qui est acheminée par le CLSC aux médecins traitants des personnes âgées inscrites au SAD et chez qui on a dépisté un risque de chutes. Une première question portait sur l'utilisation qu'ils faisaient de cette feuille. Six des 13 répondants, qui en avaient reçu mais en très

petit nombre jusqu'à maintenant (entre une et trois), ont donné peu d'information sur l'usage qu'ils en font. Un médecin a fait valoir que cet outil lui a rappelé d'évaluer son patient dans un contexte où il était à risque de chutes (ex. : perte de mémoire ou négation du problème).

Une autre question cherchait à vérifier si les problèmes cités sur cette feuille complétaient l'information connue sur leur patient. Quatre des 6 médecins ayant reçu des feuilles synthèses ont répondu à cette question. Trois d'entre eux sont d'avis que ces données apportent une information complémentaire quant à la situation du patient, alors que pour un autre, il s'agissait de problèmes déjà connus, et le document faisait double emploi.

Enfin, la dernière question examinait dans quelle mesure les suggestions de l'équipe du CLSC à l'endroit du médecin traitant s'avéraient aidantes dans le suivi des patients. Au total, 4 des 13 médecins ont répondu à cette question. Trois d'entre eux considèrent ces suggestions utiles. L'un d'eux souligne que les suggestions indiquées sur la feuille synthèse l'ont aidé dans son questionnaire auprès de son patient. Par contre, pour un autre médecin, ces suggestions ne s'avèrent pas aidantes, car elles font double emploi avec son travail.

► Le programme MARCHE : Commentaires généraux

À la fin de l'entrevue, les médecins étaient invités à faire part de commentaires généraux sur la prévention des chutes et le programme MARCHE. Sept des 13 médecins se sont exprimés sur cette question, chacun ayant énoncé un des commentaires suivants :

- le programme MARCHE s'adresse aux médecins qui travaillent dans des centres hospitaliers en soins de longue durée (CHSLD). Il souhaiterait que l'évaluation multidisciplinaire des facteurs de risque puisse être faite à la demande du médecin traitant. Une mise à jour des notions sur la prévention des chutes lui apparaît nécessaire, de même que sur la mécanique du programme MARCHE. Un suivi rapproché, comme celui adopté par les compagnies pharmaceutiques, pourrait servir de modèle;
- le travail en prévention des chutes pourrait se faire en équipe et, dans cette optique, une infirmière doit être mise à contribution;
- la formation devrait être intégrée au programme de formation des résidents (ajoutée à la liste des sujets présentés). De la même manière, dans le programme d'enseignement en médecine familiale, l'une des discussions de cas cliniques intégrées pourrait porter spécifiquement sur la prévention des chutes. Cette notion devrait aussi être abordée lors des stages en gériatrie;
- il serait pertinent d'étendre le programme MARCHE à tous les points de services des CLSC/CSSS et, par la suite, dans d'autres milieux, tels les hôpitaux de jour;
- il serait souhaitable de pouvoir orienter les patients à risque vers une équipe du CLSC chargée de l'évaluation complète du patient, trop longue à effectuer en clinique. Le problème tient au fait que les patients ne sont pas intéressés par cette pratique préventive : ils ne consultent que lorsqu'ils ont un problème criant;
- le programme MARCHE est bien mené, il se compare à d'autres programmes existants pour certaines problématiques, telles que les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC);

- la pertinence de s'intéresser à cette problématique est confirmée par un médecin qui l'illustre par sa pratique à l'urgence d'un CHSGS où il voit en moyenne deux personnes âgées qui ont fait une chute au cours d'une période de travail de huit heures.

5.2 Évaluation des effets

La section qui suit aborde la mesure de certains effets des différentes stratégies et activités sur les connaissances des médecins, leurs croyances, leurs attitudes, la perception de leurs habiletés de même que sur leurs pratiques de prévention des chutes et les facteurs qui y sont associés. Ces effets ont été documentés au moyen de deux questionnaires complétés par les médecins en 2002 et en 2006, ainsi que lors des entrevues téléphoniques complémentaires. En ce qui concerne les résultats obtenus par le biais des questionnaires, nous présenterons d'abord le taux de réponse et la description des répondants. Par la suite, nous nous attarderons à l'analyse comparative des deux phases de collecte de données. Les résultats d'une analyse descriptive de questions uniques à l'un ou l'autre des questionnaires, pour lesquelles une comparaison n'a pas été possible, seront présentés. Finalement, les données recueillies lors des entrevues complémentaires et qui traitent de l'aspect de l'intégration de la prévention des chutes dans la pratique médicale seront aussi abordés.

5.2.1 Analyse des questionnaires envoyés aux médecins en 2002 et en 2006

► Taux de réponse et description des répondants

Le premier questionnaire, envoyé en octobre 2002, fut rempli par 86 médecins, ce qui représente un taux de réponse de 44,1 %. En novembre 2002, c'est 68 médecins qui ont rempli le deuxième questionnaire, pour un taux de réponse de 36,8 %. Quant au dernier questionnaire, envoyé en mai 2006, 75 médecins y ont répondu, soit un taux de réponse de 30,0 % (voir Tableau 7).

Tableau 7
Taux de réponse aux questionnaires

Document	Période d'envoi	Questionnaires envoyés	Questionnaires remplis	Taux de réponse
Q1	Octobre 2002	195	86	44,1 %
Q2	Novembre 2002	185	68	36,8 %
Q3	Mai 2006	250	75	30,0 %

Au total, 118 médecins différents ont rempli un questionnaire, leur répartition étant présentée au Tableau 8.

Tableau 8
Répartition des médecins ayant rempli un questionnaire

Document	Nombre de répondants	Pourcentage
Q1 et Q2 et Q3	36	30,5 %
Q1 et Q2	28	23,7 %
Q1 et Q3	10	8,5 %
Q2 et Q3	1	0,9 %
Q1 seulement	12	10,2 %
Q2 seulement	3	2,5 %
Q3 seulement	28	23,7 %
Total	118	100,0 %

Les répondants aux trois questionnaires sont en majorité âgés de moins de 50 ans (de 57,0 % à 73,5 %). Dans le cas du premier et du deuxième questionnaire, un peu plus de la moitié des médecins ayant répondu sont des hommes (respectivement 53,5 % et 54,4 %), alors que pour le troisième questionnaire, cette tendance est inversée au profit des femmes (52,8 %). Le pourcentage des répondants ayant plus de 20 années d'expérience varie entre 48,5 % et 58,3 %, et la grande majorité pratique en groupe ou en établissement (de 81,6 % à 85,9 %). De plus, le pourcentage de répondants qui estiment à au moins 25 % la proportion de la clientèle âgée de 65 ans et plus dans leur charge de cas varie entre 62,8 % et 73,2 %. Les répondants proviennent en majorité du secteur Haute-ville-Des-Rivières (entre 58,7 % et 66,3 %). Enfin, plus des deux tiers des répondants font des visites au domicile de leurs clients (voir Tableau 9).

Tableau 9
Profil des répondants aux questionnaires

Âgés de moins de 50 ans	Hommes	Avec 20 ans et + d'expérience	Pratique de groupe ou en établissement	Ayant 25 % ou + de clients âgés	Secteur Haute-Ville-Des-Rivières	Faisant des visites à domicile
68,6 %	53,5 %	53,5 %	81,6 %	62,8 %	66,3 %	72,1 %
73,5 %	54,4 %	48,5 %	82,4 %	63,2 %	64,7 %	69,1 %
57,0 %	47,2 %	58,3 %	85,9 %	73,2 %	58,7 %	66,2 %

► **Analyse comparative du T₀ et du T₁**

En comparant les questions d'une phase à l'autre, il est possible de percevoir les changements survenus en ce qui a trait à certains éléments associés à la prévention des chutes. De façon plus particulière, les questions portaient sur les connaissances et les croyances des médecins, leurs attitudes, leurs pratiques et la perception de leurs habiletés relativement à la problématique des chutes chez les aînés. Des facteurs de renforcement à la pratique médicale ainsi que des facteurs facilitants ou contraignants ont aussi été mesurés. Finalement, la recherche des

facteurs de risque de chutes dans la pratique habituelle a aussi fait l'objet d'une comparaison dans le temps.

►► Évolution des connaissances

Même si on observe de légères hausses en ce qui a trait aux connaissances, les augmentations ne sont pas significatives sur le plan statistique. La proportion de médecins qui estime correctement le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus faisant une chute au cours d'une année augmente de 21,2 % à 28,0 %. On observe aussi une augmentation du nombre de médecins qui reconnaissent qu'il est faux de penser qu'à 85 ans, il est normal de tomber (de 89,5 % à 93,2 %). Et la proportion de ceux qui prétendent qu'il existe des évidences scientifiques d'interventions efficaces pour diminuer les chutes reste la même d'une phase à l'autre (de 98,8 % à 98,7 %). Quant à la connaissance du fait qu'en menant des activités préventives on peut espérer diminuer de 25 % à 35 % les chutes chez les personnes âgées, le pourcentage de médecins augmente de 88,2 % à 92,0 % (voir Tableau 10).

Tableau 10
Évolution des connaissances entre 2002 et 2006

		T ₀	T ₁
Énoncés	n total	86	75
- Entre 30 % et 44 % des personnes de 65 ans et plus font une chute au moins une fois par année.	n	18 ¹	21
	%	21,2 %	28,0 %
	IC	[14,1-31,9]	[19,5-40,3]
- Il est faux de penser qu'à 85 ans, il est normal de tomber.	n	77	68 ²
	%	89,5 %	93,2 %
	IC	[83,3-96,2]	[87,5-99,1]
- Il existe des évidences scientifiques d'interventions efficaces pour diminuer les chutes.	n	85	74
	%	98,8 %	98,7 %
	IC	[96,6-101,1]	[96,1-101,3]
- En menant des activités préventives, on peut espérer diminuer de 25 % à 35 % les chutes chez les personnes âgées.	n	75 ¹	69
	%	88,2 %	92,0 %
	IC	[81,6-95,4]	[86,1-98,3]

¹ Une donnée manquante ² Deux données manquantes

►► Évolution des croyances

La proportion des répondants qui croit à juste titre que le médecin a besoin de moins de dix minutes pour dépister les problèmes de marche et d'équilibre a augmenté significativement du T₀ au T₁. En 2002, en effet, 68,6 % des répondants croyaient que moins de dix minutes suffisaient pour procéder à l'évaluation de ces problèmes, alors que cette proportion grimpe à 85,3 % en 2006. La proportion des médecins qui est d'avis que l'application des sept recommandations contribue à diminuer les chutes chez les aînés, déjà très élevée à T₀ (97,0 %), est demeurée similaire à T₁ (98,6 %) (voir Tableau 11).

Tableau 11
Évolution des croyances entre 2002 et 2006

		T ₀	T ₁
Énoncés	n total	86	75
- Un médecin omnipraticien a besoin de moins de dix minutes pour dépister les problèmes de marche et d'équilibre.	n	59	64
	%	68,6 %	85,3 %**
	IC	[59,5-79,1]	[77,7-93,7]
		T ₀	T ₁
	n total	68	75
- Il est probable que l'application de l'ensemble des sept recommandations suggérées aux médecins contribue à diminuer les chutes.	n	65 ¹	72 ²
	%	97,0 %	98,6 %
	IC	[93,0-101,2]	[96,0-101,3]

** p ≤ 0,01

¹ Une donnée manquante ² Deux données manquantes

►► Évolution des attitudes

En ce qui concerne l'évolution des **attitudes** associées à la prévention des chutes, les proportions de médecins favorables à adopter les recommandations appropriées pour une personne âgée qui aurait fait au moins deux chutes ou présenterait des troubles de la marche et de l'équilibre, déjà très élevées au départ, demeurent sensiblement les mêmes d'une phase à l'autre. Toutefois, on constate une augmentation appréciable et significative de la proportion de médecins qui est favorable au dépistage des troubles visuels auprès de leur clientèle aînée. Cette proportion est, en effet, passée de 84,8 % à T₀ à 94,5 % à T₁ (voir Tableau 12).

Tableau 12
Évolution des attitudes entre 2002 et 2006

		T ₀	T ₁
	n total	68	75
Pour la personne âgée ayant fait deux chutes et plus, présentant des troubles de la marche et de l'équilibre, le médecin est favorable à adopter les recommandations suivantes ▼			
- Questionner, le cas échéant, sur les circonstances avant, pendant et après la chute.	n	67 ¹	72 ²
	%	100,0 %	98,6 %
	IC	—	—
- Réviser la médication actuelle.	n	67 ¹	72 ²
	%	100,0 %	98,6 %
	IC	—	—
- Prendre le pouls et la tension artérielle de la personne couchée et debout.	n	67 ¹	72 ²
	%	100,0 %	98,6 %
	IC	—	—
- Dépister les troubles visuels.	n	56 ²	69 ²
	%	84,8 %	94,5 % *
	IC	[76,6-94,0]	[89,4-99,9]

		T ₀	T ₁
	n total	68	75
- Dépister les troubles cognitifs.	n	62 ¹	69 ³
	%	92,5 %	95,8 %
	IC	[86,5-99,0]	[91,3-100,6]
- Dépister les troubles de la marche et de l'équilibre.	n	64 ¹	72 ²
	%	95,5 %	98,6 %
	IC	[90,7-100,6]	[96,0-101,3]

* p ≤ 0,05

¹ Une donnée manquante ² Deux données manquantes ³ Trois données manquantes

►► Évolution de la perception des habiletés

Quant à l'évolution des **habiletés** associées aux pratiques recommandées dans le dépistage des risques de chutes, les augmentations significatives touchent les habiletés pour dépister les troubles visuels, où la proportion augmente de 46,3 % à T₀ à 64,3 % à T₁, et les troubles cognitifs, où la proportion augmente de 79,1 % à T₀ à 88,6 % à T₁. On observe très peu de variations pour les autres aspects (réviser la médication actuelle, questionner sur les circonstances avant, pendant et après la chute ainsi que dépister les troubles de la marche et de l'équilibre) dont les proportions s'avèrent déjà très élevées (entre 77,6 % et 100,0 %) (voir Tableau 13).

Tableau 13
Évolution de la perception des habiletés entre 2002 et 2006

		T ₀	T ₁
	n total	68	75
Médecins qui se sentent habiles à mettre en pratique les recommandations suivantes ▼			
- Questionner, le cas échéant, sur les circonstances avant, pendant et après la chute.	n	66 ¹	70 ²
	%	98,5 %	100,0 %
	IC	—	—
- Réviser la médication actuelle.	n	67 ¹	70 ²
	%	100,0 %	100,0 %
	IC	—	—
- Dépister les troubles visuels.	n	31 ¹	45 ²
	%	46,3 %	64,3 %*
	IC	[35,7-59,9]	[54,0-76,6]
- Dépister les troubles cognitifs.	n	53 ¹	62 ²
	%	79,1 %	88,6 %**
	IC	[69,9-89,5]	[91,3-100,6]
- Dépister les troubles de la marche et de l'équilibre.	n	52 ¹	56 ³
	%	77,6 %	81,2 %
	IC	[68,2-88,3]	[72,4-90,9]

* p ≤ 0,05 ** p ≤ 0,01

¹ Une donnée manquante ² Cinq données manquantes ³ Six données manquantes

►► Évolution des pratiques de prévention des chutes

Plusieurs questions abordant l'aspect des **pratiques** médicales étaient présentées sous la forme de cas cliniques. Dans le cadre de ces questions, les réponses obtenues d'une phase à l'autre sont similaires. On observe toutefois une augmentation appréciable et significative de la proportion de médecins qui, de routine lors d'une visite annuelle ou à chacune des visites d'une personne âgée, inclut une question sur la survenue d'une chute. Cette proportion est, en effet, passée de 34,9 % à T₀ à 51,3 % à T₁ (voir Tableau 14).

De plus, une comparaison entre les médecins ayant reçu la formation et ceux qui ne l'ont pas suivie démontre des différences significatives sur le plan des pratiques. En effet, au T₁ les médecins récemment formés posent davantage de questions sur la survenue d'une chute au moment d'une visite annuelle ou à chaque visite que ceux n'ont pas suivi la formation (73,0 % par rapport à 38,0 %, $p \leq 0,01$).

Tableau 14
Évolution des pratiques entre 2002 et 2006

Énoncés	n total	T ₀	T ₁
		86	75
- Médecin qui, dans sa routine lors d'une visite annuelle ou à chacune des visites d'une personne âgée, inclut une question sur la survenue d'une chute.	n	30	38 ¹
	%	34,9 %	51,3 %**
	IC	[26,1-46,6]	[41,1-64,1]
Les deux énoncés suivants se rapportent au cas fictif concernant une dame de 79 ans (voir questionnaire en Annexe A) ▼			
- Médecin qui, dans sa pratique habituelle, pose des questions plus approfondies sur les circonstances de la chute.	n	60	51
	%	69,8 %	68,0 %
	IC	[60,7-80,2]	[58,2-79,4]
- Médecin qui, dans un contexte exempt de contraintes de temps ou de ressources et selon les normes de bonnes pratiques, fait une évaluation complète du problème.	n	52	45
	%	60,5 %	60,0 %
	IC	[51,0-71,7]	[49,9-72,2]
L'énoncé suivant se rapporte au cas fictif concernant un homme de 86 ans (voir questionnaire en Annexe A) ▼			
- Médecin qui pose les trois actions suivantes : prendre le pouls, prendre la tension artérielle du patient couché et debout et réviser la médication.	n	25	21
	%	29,1 %	28,0 %
	IC	[20,9-40,4]	[19,5-40,3]

** $p \leq 0,01$

¹ Une donnée manquante

La recherche des facteurs de risque liés au problème des chutes est associée à la présence de problèmes de diverses natures : problèmes cardiovasculaires, problèmes musculosquelettiques, troubles neurologiques, troubles cognitifs, troubles métaboliques, malnutrition/perde de poids, démarche/mauvaise utilisation des aides à la marche, médication, habitudes de vie, facteurs personnels, abus, facteurs environnementaux, problèmes d'otorhinolaryngologie (ORL) et maladies aiguës.

Les deux plus importants facteurs examinés dans la pratique habituelle des médecins interrogés sont reliés aux problèmes cardiovasculaires et à la médication. Dans le premier cas, la proportion des répondants reste la même d'une phase à l'autre avec 80,2 % au T₀ et 80,3 % au T₁. Quant à la médication, le nombre de médecins qui analysent ce facteur est en hausse, passant de 74,4 % au T₀ à 86,4 % au T₁.

On constate également une augmentation dans la proportion de médecins qui recherche des facteurs en lien avec les troubles neurologiques (de 45,3 % à 62,1 %), les troubles de la vision (de 22,1 % à 45,5 %), les troubles métaboliques (de 20,9 % à 31,8 %) et les troubles cognitifs (de 11,6 % à 27,3 %).

En lien avec l'évolution des pratiques médicales de prévention des chutes, une analyse descriptive a porté sur un certain nombre de facteurs associés. Il s'agit plus précisément des facteurs de renforcement à cette pratique, des facteurs de risque recherchés par les médecins et des facteurs facilitant et contraignant.

Facteurs de renforcement à la pratique de la prévention des chutes

Tout d'abord, les médecins interrogés devaient énumérer les avantages et les désavantages de mettre en pratique les différentes recommandations suggérées pour le dépistage des facteurs de risque de chutes. En comparant les réponses obtenues aux deux phases, on constate que les principaux avantages demeurent liés à la situation du patient. Par contre, les raisons énumérées varient beaucoup d'une phase à l'autre. En effet, en 2002, 54,4 % des répondants citent parmi les avantages la diminution ou la prévention des chutes alors qu'en 2006, seulement 16,7 % des réponses se rapportent à cet aspect. De plus, en 2002, 44,1 % des médecins interrogés considèrent comme un avantage la diminution de la morbidité/mortalité (ex. : diminution des décès prématurés, des séquelles, des fractures, de la souffrance et du nombre de consultations) alors qu'en 2006, cette proportion augmente à 61,7 %. Finalement, on observe une augmentation importante de la proportion de médecins qui définissent comme un avantage l'amélioration de la qualité de vie du patient, le maintien de son autonomie, la réduction des changements de milieux de vie ainsi que l'allègement de la tâche pour les proches aidants. En effet, celle-ci passe de 17,6 % à T₀ à 41,7 % à T₁.

Quant à la question des désavantages associés à la mise en pratique des recommandations proposées pour le dépistage des risques de chutes, le principal aspect cité demeure le temps requis et la gestion de l'horaire, et ce, d'une phase à l'autre. On observe toutefois une diminution entre le T₀ (77,9 %) et le T₁ (66,7 %) (voir Annexe D - Tableaux Avantages et Désavantages de mettre en pratique les recommandations suggérées).

Facteurs facilitant et contraignant la pratique préventive

En lien avec les recommandations suggérées au médecin (voir Tableaux 12 et 13), des questions ouvertes ont permis de cerner certains aspects facilitant et contraignant la pratique. Les principaux éléments de réponse sont regroupés dans le Tableau 15.

Tableau 15
Facteurs facilitant et contraignant la pratique préventive

Facteurs facilitants		Facteurs contraignants	
T ₀	T ₁	T ₀	T ₁
Sur le plan de l'organisation ▼			
• Rémunération • Assurance d'avoir le soutien d'une infirmière sur place • Accès à d'autres ressources	• Soutien d'une infirmière	• Manque de temps • Allongement de la consultation • Trop astreignant à chaque visite • Présence de plusieurs médecins dans le dossier • Longueur de l'attente pour avoir une consultation • Manque d'espace	• Manque de temps • Éloignement du suivi • Allongement de la consultation • Nombre important de choses à évaluer
Sur le plan des outils de formation ▼			
• Accès à un questionnaire standardisé ou à un aide-mémoire • Présence de matériel adéquat • Accès à une formation		• Manque de matériel adéquat	
En ce qui a trait au patient ▼			
• Collaboration du patient • Autonomie du patient • Accompagnateur ou témoin fiable lors de la visite • Mise à jour de la liste de médicaments • Mise à jour par le pharmacien de la médication		• Difficulté à se rappeler les faits • Manque de collaboration • Patient non accompagné • Liste incomplète de médicaments • Patient en perte d'autonomie	
En ce qui a trait au médecin (pratique) ▼			
• Mise en pratique des recommandations déjà intégrée	• Mise en pratique des recommandations déjà intégrée	• Absence de maîtrise de la technique nécessaire • Difficile d'exécution au domicile • Nombre élevé de problèmes de santé à investiguer	

La variation importante observée dans la quantité d'éléments énoncés par les médecins s'explique par la manière différente dont cette question a été abordée dans les deux questionnaires. Dans le premier, la question était posée directement

au répondant qui avait à inscrire ses éléments de réponse à l'intérieur d'une question ouverte. Cette façon de faire n'a pas été reprise en 2006. La question n'étant pas formulée telle quelle, les éléments relevés étaient rapportés sous forme de commentaires. Toutefois, on remarque certaines constantes d'une phase à l'autre. Sur le plan des facteurs facilitants, les éléments récurrents sont le soutien fourni par une infirmière et le fait d'avoir déjà intégré les recommandations dans sa pratique. Quant aux facteurs contraignants, des aspects d'ordre organisationnel, tels le manque de temps et le fait qu'un dépistage complet rallonge la consultation, sont les points pouvant empêcher l'application des recommandations.

► Analyse descriptive des questions uniques

Comme il a été mentionné précédemment, certaines questions n'étaient pas reprises d'une phase à l'autre; elles seront traitées séparément dans cette section.

►► Questions sur les ressources gériatriques

Dans le cas du premier questionnaire envoyé en novembre 2002, on demandait aux médecins de commenter l'utilisation de certaines ressources gériatriques de même que leurs perceptions quant à leur utilité et à leur accessibilité. À ce sujet, les ressources les plus utilisées sont, en ordre croissant, l'Hôpital de jour (57,0 %), la consultation externe en gériatrie (60,5 %), le programme SAD du CLSC (65,1 %) et les équipes ambulatoires de gériatrie (69,5 %).

Les répondants qui utilisent les ressources gériatriques jugent que celles-ci sont très utiles (les réponses variant de 85,2 % à 98,3 %). Par contre, certaines ressources sont considérées comme difficilement accessibles; c'est le cas des lits polyvalents et de l'unité de courte durée gériatrique, faciles d'accès dans seulement 34,6 % et 39,4 % des cas (voir Annexe D – Tableau Ressources gériatriques).

►► Questions sur le programme MARCHE

Dans le troisième et dernier questionnaire, envoyé en mai 2006, une série de questions portait sur la formation, les outils distribués, la réception de feuilles synthèses et les contacts avec le CLSC dans le contexte du programme MARCHE.

Soulignons que 34,7 % des répondants à ce questionnaire ont participé aux activités de groupe, alors que 5,3 % ont reçu une formation individuelle. C'est donc 40,0 % des médecins ayant reçu l'une ou l'autre de ces deux formations qui l'ont trouvée utile en grande majorité (96 % pour ceux formés en groupe et 100 % pour ceux formés individuellement) (voir Annexe D – Tableau Formation).

Les médecins interrogés rapportent avoir reçu les différents outils distribués lors des formations dans les proportions suivantes : 22,6 % pour la *Feuille conseil pour les patients présentant de l'hypotension orthostatique*, 41,3 % pour le *Snellen*, 43,1 % pour *L'arbre décisionnel* et 50,8 % pour le *Folstein*. Chez ceux qui ont reçu les outils mentionnés, l'utilisation varie de la façon suivante : 42,9 % pour la *Feuille conseil HTO*, 51,9 % pour *L'arbre décisionnel*, 57,7 % pour le *Snellen* et 100,0 % pour le *Folstein*. Des commentaires manuscrits de divers ordres, portant sur la question de l'utilisation des outils ont également été pris en compte. Certains médecins disent avoir égaré les outils alors que d'autres manifestent le désir de les recevoir.

Quelques répondants rapportent qu'ils utilisaient déjà le *Folstein* et le *Snellen*. Une personne trouve que la démarche proposée est irréaliste. Pour deux autres, ce sont les recommandations qui semblent ne pas toujours être compatibles avec la situation du patient. Un médecin dit qu'il va tenter d'utiliser les outils davantage et qu'il les intégrera dans sa pratique. Enfin, un autre mentionne que *L'arbre décisionnel* précisant les facteurs de risque, présenté sur une feuille plastifiée, est facile à utiliser et approprié au contexte de pratique du médecin de famille (voir Annexe D – Tableau Outils distribués).

En ce qui concerne des éléments de suivi au Programme MARCHE, 16,4 % des répondants ont mentionné avoir reçu une feuille synthèse pour un de leur patient dépisté à risque de chutes. Ces derniers l'ont tous jugé utile. Toutefois, les contacts entre les répondants et les intervenants du SAD dans le cadre du programme MARCHE ont été peu nombreux, ils touchent seulement 4,5 % des répondants (voir Annexe D – Tableau Éléments de suivi du programme MARCHE).

En toute fin de questionnaire, certains répondants ont fait part de commentaires sur le programme MARCHE. On juge que le programme est excellent qu'il devrait être implanté dans tous les programmes SAD et mis en lien avec les infirmières des GMF. D'autres répondants souhaitent mieux connaître le programme et la façon de faire pour y avoir accès rapidement.

5.2.2 Analyse des entrevues complémentaires

Pour conclure la section portant sur la mesure des effets, les résultats découlant d'une question issue des entrevues complémentaires sur l'intégration de la prévention des chutes dans la pratique médicale seront présentés.

► L'intégration de la prévention des chutes dans la pratique médicale

Une question d'entrevue visait à documenter auprès des médecins s'il leur était plus facile, depuis la formation, d'intégrer la prévention des chutes dans leur pratique. L'ensemble des médecins interrogés a répondu par l'affirmative. Ils font valoir que la formation les a sensibilisés à la problématique des chutes, aux facteurs de risque ainsi qu'aux outils disponibles pour les évaluer. Ils ont davantage tendance à inclure la question visant à repérer les aînés à risque dans leur pratique et à rechercher les facteurs de risque. Un répondant mentionne avoir plus particulièrement intégré cette préoccupation lors des visites à domicile. Pour d'autres, la formation a permis de valider des notions déjà connues. Relativement à l'utilité de la formation reçue, plus de la moitié des médecins ont répondu par l'affirmative (8/13). Les raisons invoquées sont le fait que leur clientèle soit vieillissante et que le problème des chutes leur soit associé; les médecins se disent plus enclins à poser des questions à leurs patients à ce sujet. La formation leur a aussi permis de connaître le protocole de dépistage des facteurs de risque et leur a fourni de bons outils.

6. Interprétation des résultats

6.1 Évaluation de l'implantation et du processus

La totalité des médecins omnipraticiens composant la clientèle cible a reçu les différents numéros du **Bulletin de santé publique** traitant de la prévention des chutes. Cette large couverture constitue le principal point fort. Il n'est cependant pas possible d'estimer la proportion de médecins qui, dans les faits, en a pris connaissance et aucune information n'a été colligée quant à leur appréciation relativement à cette stratégie et à son contenu.

Un peu moins de la moitié des médecins de première ligne des deux secteurs visés ont participé à des **activités de formation**, de groupe ou individuelle. L'ensemble des sources de données concernant ces activités de formation confirme que la satisfaction générale est élevée, et ce, pour la majorité des éléments, dont la documentation remise, la pertinence du sujet en tant qu'objet éducatif et l'information transmise sur le programme MARCHE. La majorité l'a jugée utile pour la pratique puisqu'elle les a sensibilisés à poser davantage de questions aux patients, leur a fait connaître le protocole de dépistage et leur a fourni de bons outils. D'ailleurs, tous les médecins interviewés lors des entrevues complémentaires disent avoir intégré la prévention des chutes dans leur pratique, soit en cabinet ou au domicile du patient. En outre, ils se sentent plus en mesure d'évaluer les risques de chutes de leurs patients âgés. Un médecin a suggéré de présenter des mises en situation de patients âgés à domicile sous format vidéo. Une autre suggestion était de prévoir du temps pour discuter des interventions efficaces en matière de prévention des chutes tout en favorisant les interactions avec le conférencier.

Le **principal outil** distribué aux médecins lors de la formation est *L'arbre décisionnel*, un outil d'aide à la décision. Selon l'information recueillie, cet outil a été utilisé par près de la moitié des médecins interrogés. Pour les autres, sa non-utilisation s'explique par le nombre élevé d'outils du genre et par le fait que ces notions sont déjà connues et bien intégrées. Afin d'optimiser son utilisation lors du dépistage, les médecins suggèrent de le simplifier davantage, d'en dégager les points majeurs et d'y indiquer les ressources qui pourraient procéder à l'évaluation des facteurs de risque, une fois la personne dépistée.

Par ailleurs, l'utilisation des autres outils (*Snellen*, *Folstein* et la *Feuille conseil pour hypertension orthostatique*) varie de façon importante. Précisons cependant que ceux-ci ne sont pas propres au programme MARCHE et qu'ils étaient déjà connus des répondants.

Quant à la **feuille synthèse**, utilisée par les intervenants du SAD pour dépister et évaluer les facteurs de risque, l'information recueillie indique que près du tiers des médecins omnipraticiens des deux secteurs ciblés en auraient reçu. Elle a été jugée utile par un certain nombre d'entre eux parce qu'elle a permis le transfert d'information de la part des intervenants du volet *Multifactoriel personnalisé* en CLSC aux médecins traitants. Un médecin interrogé considère toutefois qu'elle fait double emploi. Finalement, il ne semble pas que les différentes interventions réalisées au cours de ces années ont encouragé les contacts directs entre les médecins omnipraticiens et les membres de l'équipe ressource du volet *Multifactoriel personnalisé* du SAD.

6.2 Évolution des connaissances, des croyances, des attitudes, de la perception des habiletés et des pratiques des médecins quant à la prévention des chutes chez les aînés

À la lumière des réponses obtenues dans les questionnaires remplis pour la mesure *pré* et *post* intervention, il a été possible d'observer certains changements dans la pratique des médecins joints entre 2002 et 2006. Le nombre de participants ayant répondu aux questionnaires est resté relativement stable de 2002 à 2006.

Les augmentations significatives ont été notées dans la proportion de médecins qui font état des attitudes suivantes :

- reconnaître qu'il faut moins de dix minutes pour dépister des problèmes de marche et d'équilibre (de 68,6 % à 85,3 %);
- de routine lors d'une visite annuelle ou à chacune des visites d'une personne âgée, inclure une question sur la survenue d'une chute (de 34,9 % à 51,3 %);
- être favorable au fait de dépister les troubles visuels (de 84,8 % à 94,5 %);
- se sentir habile pour dépister les troubles visuels (de 46,3 % à 64,3 %) et les troubles cognitifs (79,1 % à 88,6 %).

Quant à la recherche des facteurs de risque associés aux chutes, de l'information descriptive nous indique le changement suivant dans la pratique des médecins omnipraticiens :

- augmentation de la proportion de médecins qui recherche les facteurs de risque suivants associés aux chutes : la médication (de 74,4 % à 86,4 %), les troubles neurologiques (de 45,3 % à 61,2 %), les troubles de la vision (de 22,1 % à 45,5 %), les troubles métaboliques (de 20,9 % à 31,8 %) et les troubles cognitifs (de 11,6 % à 27,3 %).

Par ailleurs, la proportion de médecins qui croit que les sept recommandations contribuent à diminuer les chutes chez les aînés, bien que stable d'une phase à l'autre, reste très élevée (entre 97,0 % et 98,6 %).

Le principal avantage que voient les médecins à l'adoption des recommandations suggérées pour la prévention des chutes est lié au patient. Ils font valoir notamment une baisse de la morbidité et une amélioration de la qualité de vie.

En ce qui a trait aux aspects facilitants, on a relevé certains éléments touchant l'organisation du travail, dont la rémunération, le soutien d'une infirmière, la présence du matériel (outils) adéquat et la disponibilité de ressources professionnelles, notamment en réadaptation pour faire le suivi des problèmes dépistés. Des aspects tenant au patient, comme le fait qu'il soit autonome, qu'il collabore et qu'il soit accompagné lors de sa visite, sont aussi jugés facilitants. De plus, le médecin qui a intégré le dépistage des facteurs de risque dans sa pratique quotidienne trouve plus facile de suivre les recommandations suggérées.

D'un autre côté, le principal désavantage signalé en ce qui a trait à l'application des recommandations demeure le temps nécessaire au dépistage. Sur le plan

organisationnel, le fait que le temps de consultation soit limité et que les aspects à évaluer soient nombreux constitue une contrainte importante à cette pratique préventive. L'absence de matériel nécessaire pour évaluer adéquatement les différents facteurs de risque est une autre contrainte. Finalement, des éléments liés au patient, tels la perte d'autonomie et le manque de collaboration, constituent des freins importants à l'application des recommandations.

6.3 Discussion

6.3.1 À propos de l'implantation et du processus

Grâce à des stratégies variées, un nombre appréciable de médecins des secteurs ciblés et des alentours ont été en contact avec les éléments du programme MARCHE mis en place dans la région de la Capitale-Nationale. Ces personnes ont été sensibilisées aux facteurs de risque à dépister dans leur pratique clinique ainsi qu'à divers outils, dont un d'aide à la décision.

La large couverture assurée par l'envoi du *Bulletin de santé publique* a permis de joindre les médecins omnipraticiens. Ce moyen efficace de diffusion d'information spécifique sur la prévention des chutes vient renforcer l'effort de sensibilisation d'un groupe de cliniciens qui jouent un rôle clé auprès des aînés dans le cadre de leur pratique médicale.

Les commentaires découlant des évaluations de ces activités de formation appuient la pertinence de leur maintien. De plus, le niveau de satisfaction générale élevé milite en faveur de la poursuite de cette stratégie au cours des prochains mois. Cependant, il faut considérer les biais de désirabilité sociale associés aux réponses favorables, qui auraient pu teinter le degré de satisfaction... d'autant plus que ces formulaires sont souvent remplis à la vue des formateurs. Le laps de temps assez long entre la tenue de la formation et la réalisation des entrevues complémentaires a pu aussi contribuer à l'introduction de biais de mémoire. En outre, il sera important de tenir compte des suggestions visant à améliorer la structure des formations; cela permettra d'accroître les échanges sur les interventions reconnues efficaces pour la prévention des chutes et d'assurer une meilleure intégration des interventions réalisées dans la pratique quotidienne.

La difficulté à percer certains milieux pour offrir la formation a par ailleurs pu constituer une contrainte dans cette démarche. Les médecins omnipraticiens ont un emploi du temps très chargé et tous n'ont pas la même motivation face à la formation. Soulignons cependant que certains l'ont sollicitée d'eux-mêmes. Il est permis de croire que, dans ces cas, la réceptivité à l'égard du contenu est plus grande, ce qui a pu influencer sur leur niveau de satisfaction quant à la formation reçue ainsi que sur leur appréciation à l'égard des outils remis.

Bien qu'ils soient utilisés de manière variable d'un médecin à l'autre, les outils distribués lors de la formation semblent adaptés au contexte de la pratique médicale. Un élément facilitant l'application d'un algorithme décisionnel semble lié à l'intégration par le médecin des notions centrales dans sa pratique quotidienne; l'« automatisme » ainsi acquis fait que le recours à l'outil en présence des patients n'est plus requis.

L'ensemble de l'information colligée indique que, pour la période étudiée, le volet *Multifactoriel personnalisé* du programme MARCHE n'était pas encore connu de l'ensemble des médecins traitants ayant un volume important de clientèle âgée, particulièrement pour le secteur du CLSC La Source. Le fait que l'implantation du volet n'est pas encore optimale explique en partie cette situation. Le nombre limité de feuilles synthèses reçues et l'absence de contacts avec l'équipe ressource du SAD concernant des personnes dépistées en témoignent également. La mise en place du volet *Multifactoriel personnalisé* dans l'ensemble des territoires de CLSC de la région, actuellement en cours, contribuera à mieux faire connaître ce programme auprès des médecins. En raison de l'âge de leur clientèle, ces derniers y seront de plus en plus exposés, ce qui favorisera les contacts et les échanges avec l'un ou l'autre professionnel de l'équipe ressource du CLSC. Pour chaque client âgé dépisté, les évaluations et les interventions à réaliser se feront de plus en plus de façon concertée. Le volet *Sensibilisation de la population* ainsi que l'implantation en cours du volet non personnalisé contribueront à mieux faire connaître le continuum des services en prévention des chutes.

6.3.2 À propos de la mesure des effets

Les résultats obtenus lors des mesures *pré et post* intervention suggèrent des améliorations intéressantes sur le plan des connaissances, des croyances, des attitudes, des habiletés et des pratiques des médecins omnipraticiens en ce qui a trait à la prévention des chutes. Sans groupe de comparaison, il n'est cependant pas possible de conclure que les effets observés sont dus uniquement aux activités et aux interventions réalisées dans le cadre de ce programme.

Il n'en demeure pas moins, toutefois, que les médecins sont davantage sensibilisés à la recherche de facteurs de risque dans leur pratique clinique et que plusieurs messages centraux entourant la pertinence du dépistage semblent avoir été intégrés. Les éléments motivant ce comportement sont liés au désir de faire diminuer la morbidité associée aux chutes et à voir la qualité de vie du patient s'améliorer. Il y a tout lieu de croire que les activités de sensibilisation et de formation ont porté des fruits, car les participants semblent faire état d'un plus grand nombre de bénéfices pour leur clientèle.

Les médecins reconnaissent que les recommandations proposées contribuent à diminuer les chutes chez les aînés et qu'il faut moins de dix minutes pour dépister des problèmes de marche et d'équilibre. Il est donc permis de penser qu'ils intégreront davantage ces aspects dans leur pratique clinique auprès de la clientèle âgée. D'ailleurs, plus de médecins posent systématiquement des questions au sujet de la survenue d'une chute chez un aîné lors de sa visite en cabinet. Ces constats appuient la pertinence de poursuivre les activités sur cette problématique par le biais de stratégies diversifiées.

Un certain nombre de contraintes peuvent expliquer, en partie du moins, les résultats qui se dégagent de l'étude. Ainsi, le manque de temps est perçu comme un obstacle majeur à l'intégration de cette pratique préventive dans l'ensemble des activités médicales courantes. De plus, tous les médecins ne se sentent pas concernés de la même manière par le dépistage et l'évaluation des facteurs de risque. Certains souhaiteraient que la détection des facteurs de risque soit faite par

un autre intervenant qui lui achemine la personne par la suite, un peu sous le modèle des *Interventions multifactorielles personnalisées* en CLSC. D'autres ne se voient pas jouer un rôle actif dans l'évaluation des différents facteurs de risque. Plusieurs commentaires ont, en effet, porté sur le manque de ressources disponibles pour procéder à l'évaluation de ces facteurs, une fois la personne dépistée.

La présence d'une infirmière en GMF ayant des tâches spécifiques reliées à la prévention s'avère aidante selon ce qui est rapporté. Cependant, même si tous les médecins omnipraticiens ne peuvent compter sur ces ressources pour le moment, il demeure important que tous se sentent concernés par le dépistage et l'évaluation des facteurs de risque des aînés. De même, ils doivent prendre conscience des répercussions positives pour leur clientèle du rôle proactif qu'ils jouent à cet égard. En ce sens, c'est à eux qu'il revient d'encourager les personnes âgées à collaborer pour établir quels sont les facteurs de risque possibles et le meilleur traitement, le cas échéant.

Certaines limites de l'étude sont à prendre en compte dans l'interprétation des résultats observés pour la mesure des effets. Parmi ces limites, citons la mouvance des cliniciens au cours des dernières années, résultat des nombreux changements qu'a connus le réseau de la santé et des services sociaux. Le retard dans la réalisation de l'étude a constitué un autre élément de difficulté. L'étude initiale devait, dans les faits, s'étaler sur deux années. La prorogation de la durée a certainement contribué à modifier la répartition des effectifs médicaux à l'intérieur des deux secteurs. Par ailleurs, malgré des rappels auprès des médecins omnipraticiens, le taux de participation observé dans l'étude pour le questionnaire *pré* et *post* intervention est demeuré faible.

6.4 Recommandations et perspectives

En raison des résultats observés dans le cadre de l'étude, et pour s'assurer de maintenir l'intérêt des médecins omnipraticiens face à la prévention des chutes chez les personnes âgées de la région, les recommandations suivantes, en lien avec les objectifs de la démarche d'évaluation, sont proposées :

► Concernant l'implantation et le processus

Compte tenu :

- que le programme d'interventions a réussi à joindre la moitié des médecins omnipraticiens des secteurs ciblés, il est important de :
 - ✓ poursuivre les activités auprès des médecins des territoires ciblés, mais également dans l'ensemble de la région de la Capitale-Nationale;
- de la satisfaction générale élevée des médecins ayant participé aux séances de formation, il s'avère pertinent de :
 - ✓ poursuivre les activités de formation en passant en revue les pistes suggérées par les participants afin de répondre encore mieux aux attentes des médecins omnipraticiens de la région;
- que l'utilisation de l'outil d'aide à la décision (*L'arbre décisionnel*) n'est pas optimale à ce jour, il est nécessaire de :

- ✓ prendre en compte les suggestions recueillies pour revoir l'outil et y apporter les modifications pertinentes;
- qu'il est ressorti de cette démarche d'évaluation un certain nombre de points forts et de points faibles, il apparaît approprié de :
 - ✓ revoir l'ensemble des activités et des interventions afin, d'une part, de miser davantage sur les aspects positifs et, d'autre part, de trouver des solutions concrètes pour résoudre les difficultés éprouvées. Cette révision apparaît d'autant plus importante et opportune que le programme MARCHE est en cours d'implantation dans l'ensemble des CSSS de la région de la Capitale-Nationale;
- que les activités de renforcement prévues, notamment la sensibilisation de la population et le suivi des formations aux médecins, n'ont pu être réalisées :
 - ✓ poursuivre ces activités telles qu'elles furent initialement planifiées.

► **Concernant les effets observés**

Compte tenu :

- que le niveau de connaissances des médecins interrogés sur la prévention des chutes est élevé, que les attitudes favorables au dépistage des facteurs de risque s'avèrent elles aussi nombreuses et que certaines améliorations sur le plan des croyances ont été observées, il est pertinent de :
 - ✓ poursuivre les activités médicales préventives pour maintenir le niveau de connaissances à jour, pour renforcer les croyances positives et pour encourager l'adoption d'attitudes favorables tout en amenant les médecins à surmonter les obstacles qui, dans la pratique, sont bien réels;
- que les habiletés nécessaires pour effectuer le dépistage de certains facteurs de risque laissent place à de l'amélioration tout comme l'application des bonnes pratiques, il est important de :
 - ✓ considérer ces éléments de façon particulière dans la poursuite des activités de formation afin de trouver des moyens permettant de renforcer les habiletés à dépister et à évaluer ces facteurs de risque et d'adopter les pratiques reconnues efficaces pour la prévention des chutes chez les aînés;
 - ✓ former les infirmières de GMF, lesquelles jouent un rôle clé dans le dépistage de divers facteurs de risque, dont ceux associés aux chutes chez les aînés.

Deux autres recommandations s'ajoutent aux précédentes, la première s'adressant aux aînés et la seconde portant sur la surveillance des chutes. Compte tenu :

- du rôle que peuvent jouer les personnes âgées dans l'identification des facteurs de risque lorsqu'elles consultent leur médecin de famille, il apparaît important de :
 - ✓ sensibiliser les personnes âgées aux conséquences négatives reliées à la survenue de chutes, à l'importance de mentionner à leur médecin les épisodes de chutes et de collaborer à l'intervention sur les facteurs de risque;
- que le programme continue de s'implanter à la grandeur de la région, il pourrait s'avérer intéressant de :
 - ✓ monitorer certains indicateurs reliés notamment au nombre de chutes et à leurs conséquences chez les aînés de 65 ans et plus de la région.

Bibliographie

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, BRITISH GERIATRICS SOCIETY AND AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPÆDIC SURGEONS PANEL ON FALLS PREVENTION. « Guideline for the Prevention of Falls in Older Persons », *Journal of the American Geriatrics Society*, 2001, 49 (5), p. 664-672.

BÉGIN, C. et al. *Projet-pilote régional de prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées - Devis d'implantation dans les CLSC*. Service de prévention et de promotion, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, mars 2002, 55 p. et annexes.

BELL, A.J., J.K. TALBOT-STERN et A. HENNESSY. « Characteristics and Outcomes of Older Patients Presenting to the Emergency Department After a Fall : A Retrospective Analysis », *The Medical Journal of Australia*, 2000, 173, p. 179-182.

FISHBEIN, M., & AJZEN, I. *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley, 1975, p.13.

GILLESPIE, L.D. et al. « Interventions for Preventing », *Cochrane Review In : The Cochrane Library*, vol. 1, 2004, Chichester, UK : John Wiley and Sons, Ltd.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC. *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile – Cadre de référence*, Direction générale de la santé publique, 2004, 61 p.

O'LOUGHLIN, J. L. et al. « Incidence of and Risk Factors for Falls and Injurious Falls among the Community-Dwelling Elderly », *American Journal of Epidemiology*, 1993, 17 (3), p. 342-354.

PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA (PHAC). *Report on Seniors' Falls in Canada*, Division of Aging and Seniors, Ottawa : Minister of Public Works and Government Services, Canada, 2005.

ROBITAILLE, Y. et J. GRATTON. *Les chutes chez les adultes âgés : vers une surveillance plus fine des données d'hospitalisation*, INSPQ, 2005.

SCOTT V., S. PECK et P. KENDALL. *Prevention of Falls and Injuries among the Elderly : A Special Report from the Office of the Provincial Health Officer*, Victoria : BC Ministry of Health Planning, 2004.

TINETTI, M.E. « Preventing Falls in Elderly Persons », *New England Journal of Medicine*, 2003, 348, p. 42-49.

TINETTI, M.E. et al. « A Multifactorial Intervention to Reduce the Risk of Falling among Elderly People Living in the Community », *New England Journal of Medicine*, 1994, 331, p. 821-827.

TINETTI, M.E., M. SPEECHLEY et S. GINTER. « Risk Factors for Falls among Elderly Persons Living in the Community », *New England Journal of Medicine*, 1988, 319, p. 1701-1707.

TRICKEY, F. et al. *Évaluation du Programme Intégré d'Équilibre Dynamique (PIED) pour la prévention des chutes chez les aînés*, Direction de la santé publique, RRSSS Montréal-Centre, 1999, 141 p.

WAGNER, E.H. et al. « Preventing Disability and Falls in Older Adults : A Population-Based Randomized Trial », *American Journal of Public Health*, 1994, 84, p. 1800-1806.

ANNEXE A

- Questionnaires n° 1 et n° 2 (2002)
- Questionnaire n° 3 (2006)

**MOBILISATION AUPRÈS DES AÎNÉS POUR
RÉDUIRE LES CHUTES DANS
L'ENVIRONNEMENT DOMICILIAIRE (MARCHE)**

QUESTIONNAIRE N° 1

**LES PERSONNES ÂGÉES,
NE LES LAISSEZ PAS TOMBER!**

Direction de santé publique de Québec

--	--	--

1. À votre avis, quel est le pourcentage des personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile qui chutent au moins une fois au cours d'une année ?

- ☐ Moins de 15 %
- ☐ 15-29 %
- ☐ 30-44 %
- ☐ 45-59 %
- ☐ 60 % et plus

2. Selon vous, les affirmations suivantes sont-elles vraies ou fausses?

- | | Vrai | Faux |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) À 85 ans, il est normal de tomber de temps en temps | ☐ | ☐ |
| b) Les évidences scientifiques montrent qu'il existe des interventions efficaces pour diminuer les chutes chez les personnes âgées | ☐ | ☐ |

3. À votre avis, quelle proportion des chutes chez les personnes âgées peut-on espérer diminuer en menant des activités préventives?

- ☐ Environ 5 %
- ☐ Environ 15 %
- ☐ Environ 25 %
- ☐ Environ 35 %

4. Dans votre pratique habituelle, quand questionnez-vous la survenue d'une chute chez la **personne âgée** qui vous consulte? (cochez une seule case)

- ☐ De routine, lors d'une visite annuelle;
- ☐ De routine, à chacune des visites;
- ☐ Seulement si c'est le motif principal de la consultation par le client ou sa famille ;
- ☐ Seulement lorsque je le juge pertinent ;
- ☐ Rarement ou jamais

5. Selon vous, de combien de temps un médecin omnipraticien a-t-il besoin pour dépister les problèmes de marche et d'équilibre chez les personnes âgées aux fins de la prévention des chutes?

- ☐ Moins de 10 minutes
- ☐ 10-20 minutes
- ☐ Plus de 20 minutes

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

6. Cas fictif n° 1

Accompagnée de sa fille, une dame de 79 ans se présente à votre bureau pour douleur à l'épaule et au bras droits depuis quelques jours. Vous apprenez que la douleur a débuté à la suite d'une chute. Elle dit s'être accrochée sur le bord d'une petite table de salon. Il s'agirait d'une première chute. Vous procédez à l'examen physique qui ne révèle qu'une contusion à l'épaule. Vous lui recommandez de prendre au besoin un analgésique de type acétaminophène et lui donnez des conseils sur l'importance de s'assurer d'un environnement domiciliaire sécuritaire.

a) Laquelle des conduites suivantes correspond le mieux à votre pratique habituelle?

(Un seul choix de réponse)

1. Je ne pousse pas plus loin en considérant qu'il s'agit d'une chute accidentelle ☐
2. Je ne pousse pas plus loin mais je lui recommande de revenir me consulter si elle tombe à nouveau ☐
3. Je la réfère immédiatement à une équipe multidisciplinaire gériatrique ☐
4. Je la questionne de manière plus approfondie sur les circonstances de la chute ☐
5. Je fais d'emblée une évaluation complète du problème ☐

b) Dans un contexte exempt de contrainte de temps ou de ressources et selon les normes de bonne pratique, laquelle des conduites suivantes correspond le mieux à ce que vous devriez faire?

(Un seul choix de réponse)

1. Ne pas pousser plus loin en considérant qu'il s'agit d'une chute accidentelle ☐
2. Ne pas pousser plus loin et lui recommander de revenir vous consulter si elle tombe à nouveau ☐
3. La référer immédiatement à une équipe multidisciplinaire gériatrique ☐
4. La questionner de manière plus approfondie sur les circonstances de la chute ☐
5. Faire d'emblée une évaluation complète du problème ☐

3

7. Cas fictif n° 2

Vous rendez visite à un monsieur de 86 ans qui vit à domicile avec son épouse. Madame vous a demandé de passer voir son époux qui tombe de temps à autre et cette situation l'inquiète. Vous questionnez le couple sur les circonstances de sa dernière chute. Monsieur est tombé après s'être senti étourdi alors qu'il se levait de sa chaise; il n'a pas perdu conscience et il est resté au sol environ une heure parce que son épouse était sortie. Il dit qu'il ne s'est pas fait mal. Vous devez par ailleurs passer voir trois autres patients à leur domicile cet après-midi là.

En les classant par ordre de priorité, choisissez parmi les énoncés ci-dessous les trois actions que vous posez immédiatement en sachant que vous retournerez ultérieurement pour compléter l'évaluation :

Action n° 1

☐

Action n° 2

☐

Action n° 3

☐

1. Je prends son pouls
2. Je prends sa tension artérielle
3. Je prends sa tension artérielle couché et debout
4. J'ausculte ses poumons et son cœur
5. Je demande un bilan de base
6. Je revois sa médication
7. Je l'observe marcher
8. Je vérifie ses réflexes
9. Je lui fais un examen neurologique complet

8. Dans votre pratique, quels facteurs de risque recherchez-vous chez une personne âgée qui tombe de façon répétitive?

4

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

9. Au regard de la problématique des chutes chez vos client(e)s âgé(e)s, indiquez SVP :

- a) si vous jugez les ressources suivantes très utiles ou peu utiles;
b) si vous les jugez très accessibles ou peu accessibles et ;
c) si vous les utilisez dans le cadre de votre pratique.

Ressource	Utilité		Accessibilité		Utilisation	
	Très utile	Peu utile	Très accessible	Peu accessible	Oui	Non
Hôpital de jour	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Lits polyvalents	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Consultation externe en gériatrie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Unité courte durée gériatrique (UCDG)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Équipe ambulatoire de gériatrie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Programme MAD du CLSC	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5

COMPLÉMENT D'INFORMATION

SD-1 Votre groupe d'âge est :

- ☐ Moins de 30 ans
☐ 30-39 ans
☐ 40-49 ans
☐ 50-59 ans
☐ 60-69 ans
☐ 70 ans ou plus

SD-2 Vous êtes de sexe :

- ☐ féminin
☐ masculin

SD-3 Vous pratiquez depuis :

- ☐ 0-4 ans
☐ 5-9 ans
☐ 10-14 ans
☐ 15-19 ans
☐ 20 ans ou plus

SD-4 Votre pratique est **principalement** de type :

- ☐ Individuelle
☐ De groupe
☐ En CLSC
☐ Autre, préciser _____

SD-5 Quelle proportion de votre clientèle représentent les personnes de 65 ans et plus ?

- ☐ Moins de 25 %
☐ 25-49 %
☐ 50 ou plus

SD-6 Combien de visites à domicile effectuez-vous en moyenne auprès de personnes âgées de 65 ans et plus dans une période d'un mois?

- ☐ Aucune
☐ 2 et moins par mois
☐ 3-10 par mois
☐ Plus de 10 par mois

MERCI BEAUCOUP POUR VOTRE COLLABORATION !

6

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

**MOBILISATION AUPRÈS DES AÎNÉS POUR RÉDUIRE LES CHUTES
DANS L'ENVIRONNEMENT DOMICILIAIRE (MARCHE)**

QUESTIONNAIRE N° 2

**LES PERSONNES ÂGÉES,
NE LES LAISSEZ PAS TOMBER!**

INSTRUCTIONS POUR RÉPONDRE AU QUESTIONNAIRE :

1. Il est très important de répondre à toutes les questions.
2. Les questions 1 à 8 font référence aux recommandations de bonne pratique apparaissant à la question 1

Direction de santé publique de Québec

2

Q1 Au cours de la prochaine année, dans quelle mesure seriez-vous favorable à adopter dans votre pratique régulière les **recommandations suggérées** pour améliorer la détection et la prévention des chutes chez les personnes âgées?

	Très favorable	Plutôt favorable	Plutôt défavorable	Très défavorable
Rec. 1 : Questionner la survenue d'une chute à chaque visite d'un patient de 65 ans et plus	☐	☐	☐	☐
Si chute, effectuer les recommandations 2 à 7				
Rec. 2 : Questionner les circonstances avant-pendant-après la chute	☐	☐	☐	☐
Rec. 3 : Réviser la médication actuelle	☐	☐	☐	☐
Rec. 4 : Prendre le pouls et la TA couché et debout	☐	☐	☐	☐
Rec. 5 : Dépister les troubles visuels	☐	☐	☐	☐
Rec. 6 : Dépister les troubles cognitifs	☐	☐	☐	☐
Rec. 7 : Dépister les troubles de la marche et de l'équilibre	☐	☐	☐	☐

Q-2 Au cours de la prochaine année, quelle est la probabilité que vous appliquiez chacune des recommandations suggérées pour améliorer la détection et la prévention des chutes chez les personnes âgées?

	Très faible	Plutôt Faible	Plutôt élevée	Très élevée
Rec. 1 : Questionner la survenue d'une chute à chaque visite d'un patient de 65 ans et plus	☐	☐	☐	☐
Si chute, effectuer les recommandations 2 à 7				
Rec. 2 : Questionner les circonstances avant-pendant-après la chute	☐	☐	☐	☐
Rec. 3 : Réviser la médication actuelle	☐	☐	☐	☐
Rec. 4 : Prendre le pouls et la TA couché et debout	☐	☐	☐	☐
Rec. 5 : Dépister les troubles visuels	☐	☐	☐	☐
Rec. 6 : Dépister les troubles cognitifs	☐	☐	☐	☐
Rec. 7 : Dépister les troubles de la marche et de l'équilibre	☐	☐	☐	☐

Q-3 À votre avis, quelle est la proportion de vos collègues médecins respectés pour leur compétence qui procèdent à la détection et à la prévention des chutes chez les personnes âgées selon chacune des recommandations suggérées?

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

		Très faible	Plutôt Faible	Plutôt élevée	Très élevée	Ne sais pas
3						
Rec.1 : Questionner la survenue d'une chute à chaque visite d'un patient de 65 ans et plus		☐	☐	☐	☐	☐
Si chute, effectuer les recommandations 2 à 7						
Rec. 2 : Questionner les circonstances avant- pendant-après la chute		☐	☐	☐	☐	☐
Rec. 3 : Réviser la médication actuelle		☐	☐	☐	☐	☐
Rec. 4 : Prendre le pouls et la TA couché et debout		☐	☐	☐	☐	☐
Rec. 5 : Dépister les troubles visuels		☐	☐	☐	☐	☐
Rec. 6 : Dépister les troubles cognitifs		☐	☐	☐	☐	☐
Rec. 7 : Dépister les troubles de la marche et de l'équilibre		☐	☐	☐	☐	☐
 Q-4 À votre avis, quelle est la probabilité que l'application de l'ensemble des 7 recommandations suggérées contribue à diminuer les chutes chez les personnes âgées?						
Très probable	Assez probable	Peu probable	Pas du tout probable			
☐	☐	☐	☐			
 Q-5 À quel point vous sentez-vous habile pour mettre en pratique les recommandations suggérées?						
		Très habile	Assez habile	Peu habile	Très peu habile	
Rec. 2 : Questionner les circonstances avant- pendant-après la chute		☐	☐	☐	☐	
Rec. 3 : Réviser la médication actuelle		☐	☐	☐	☐	
Rec. 5 : Dépister les troubles visuels		☐	☐	☐	☐	
Rec. 6 : Dépister les troubles cognitifs		☐	☐	☐	☐	
Rec. 7 : Dépister les troubles de la marche et de l'équilibre		☐	☐	☐	☐	

		AVANTAGES	DÉSAVANTAGES
4			
Q-6 Identifiez quels sont pour vous, à titre de médecin, les avantages et les désavantages de mettre en pratique au cours de la prochaine année l'ensemble des sept recommandations suggérées :			
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
Q-7 Identifiez les facteurs d'ordre matériel, financier, organisationnel ou autre qui pourraient vous aider (facteurs facilitants) ou vous nuire (facteurs contraignants) pour la mise en pratique des recommandations suggérées au cours de la prochaine année :			
A) Recommandation #1 : Questionner la survenue d'une chute à chaque visite d'un patient de 65 ans et plus			
		FACTEURS FACILITANTS	FACTEURS CONTRAIGNANTS
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
B) Recommandation #2 : Si chute, questionner les circonstances avant- pendant- après la chute			
		FACTEURS FACILITANTS	FACTEURS CONTRAIGNANTS
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
C) Recommandation #3 : Si chute, réviser la médication actuelle			
		FACTEURS FACILITANTS	FACTEURS CONTRAIGNANTS
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____

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

5 D) Recommandation #4 : Si chute, prendre le pouls et la TA couché et debout <table style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 50%;">FACTEURS FACILITANTS</th> <th style="width: 50%;">FACTEURS CONTRAIGNANTS</th> </tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> </table> E) Recommandation #5 : Si chute, dépister les troubles visuels <table style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 50%;">FACTEURS FACILITANTS</th> <th style="width: 50%;">FACTEURS CONTRAIGNANTS</th> </tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> </table> F) Recommandation #6 : Si chute, dépister les troubles cognitifs <table style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 50%;">FACTEURS FACILITANTS</th> <th style="width: 50%;">FACTEURS CONTRAIGNANTS</th> </tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> </table> G) Recommandation #7 : Si chute, dépister les troubles de la marche et de l'équilibre <table style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 50%;">FACTEURS FACILITANTS</th> <th style="width: 50%;">FACTEURS CONTRAIGNANTS</th> </tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> </table> Q-8 Supposons que vous ayez à convaincre vos collègues médecins d'adopter les 7 recommandations suggérées, quels arguments utiliseriez-vous pour les convaincre? _____ _____ _____	FACTEURS FACILITANTS	FACTEURS CONTRAIGNANTS	_____	_____	_____	_____	_____	_____	FACTEURS FACILITANTS	FACTEURS CONTRAIGNANTS	_____	_____	_____	_____	_____	_____	FACTEURS FACILITANTS	FACTEURS CONTRAIGNANTS	_____	_____	_____	_____	_____	_____	FACTEURS FACILITANTS	FACTEURS CONTRAIGNANTS	_____	_____	_____	_____	_____	_____	6 COMPLÉMENT D'INFORMATION SD-1 Votre groupe d'âge est : ☐ Moins de 30 ans ☐ 30-39 ans ☐ 40-49 ans ☐ 50-59 ans ☐ 60-69 ans ☐ 70 ans ou plus SD-2 Vous êtes de sexe : ☐ féminin ☐ masculin SD-3 Vous pratiquez depuis : ☐ 0-4 ans ☐ 5-9 ans ☐ 10-14 ans ☐ 15-19 ans ☐ 20 ans ou plus SD-4 Votre pratique est principalement de type : ☐ individuelle ☐ De groupe ☐ En CLSC ☐ En CHSLD ☐ Autre, préciser _____ SD-5 Quelle proportion de votre clientèle représentent les personnes de 65 ans et plus ? ☐ Moins de 25 % ☐ 25-49% ☐ 50% ou plus SD-6 Combien de visites à domicile effectuez-vous en moyenne auprès de personnes âgées de 65 ans et plus dans une période d'un mois? ☐ Aucune ☐ 1-2 par mois ☐ 3-10 par mois ☐ Plus de 10 par mois MERCI BEAUCOUP POUR VOTRE COLLABORATION !
FACTEURS FACILITANTS	FACTEURS CONTRAIGNANTS																																
_____	_____																																
_____	_____																																
_____	_____																																
FACTEURS FACILITANTS	FACTEURS CONTRAIGNANTS																																
_____	_____																																
_____	_____																																
_____	_____																																
FACTEURS FACILITANTS	FACTEURS CONTRAIGNANTS																																
_____	_____																																
_____	_____																																
_____	_____																																
FACTEURS FACILITANTS	FACTEURS CONTRAIGNANTS																																
_____	_____																																
_____	_____																																
_____	_____																																

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

Programme de prévention des chutes (MARCHE)

Questionnaire pour les médecins omnipraticiens

Questionnaire n° 3

*LES PERSONNES ÂGÉES,
NE LES LAISSEZ PAS TOMBER!*

Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale

Avril 2006

--	--	--

28 avril 2006

1. À votre avis, quel est le pourcentage des personnes âgées de 65 ans et plus, vivant à domicile, qui chutent au moins une fois au cours d'une année ?

- . Moins de 15 % ☐
- . 15-29 % ☐
- . 30-44 % ☐
- . 45-59 % ☐
- . 60 % ou plus ☐

2. Selon vous, les affirmations suivantes sont-elles vraies ou fausses ?

- | | Vrai | Faux |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) À 85 ans, il est normal de tomber de temps en temps | ☐ | ☐ |
| b) Les évidences scientifiques montrent qu'il existe des interventions efficaces pour diminuer les chutes chez les personnes âgées | ☐ | ☐ |

3. À votre avis, quelle proportion des chutes chez les personnes âgées peut-on espérer diminuer en menant des activités préventives ?

- . Environ 5 % ☐
- . Environ 15 % ☐
- . Environ 25 % ☐
- . Environ 35 % ☐

4. Dans votre pratique habituelle, quand questionnez-vous la survenue d'une chute chez la **personne âgée** qui vous consulte ? (Cochez une seule case)

- . De routine, lors d'une visite annuelle ☐
- . De routine, à chacune des visites ☐
- . Seulement si c'est le motif principal de la consultation par le client ou sa famille ☐
- . Seulement lorsque je le juge pertinent ☐
- . Rarement ou jamais ☐

28 avril 2006

2

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

5. Selon vous, de combien de temps un médecin omnipraticien a-t-il besoin pour dépister les problèmes de marche et d'équilibre chez les personnes âgées aux fins de la prévention des chutes ?

- Moins de 10 minutes ☐
- 10-20 minutes ☐
- Plus de 20 minutes ☐

6. Cas fictif n° 1

Une dame de 83 ans vous consulte pour le renouvellement de sa médication qu'elle prend pour un diabète bien contrôlé. La dernière consultation remonte à un an.

Parmi les éléments suivants, lesquels vous incitent à évaluer les facteurs de risque de chute ?

1. La survenue d'une chute dans la dernière année
2. La survenue de deux chutes dans la dernière année
3. Des troubles d'équilibre ou de marche rapportés par la patiente
4. L'utilisation inadéquate de ses hypoglycémifiants
5. L'observation de troubles de la marche et de l'équilibre

Encerchez la lettre (A, B, C, D) correspondant à la combinaison des éléments qui vous incite à évaluer les facteurs de risque de chute. Choisissez une seule des combinaisons proposées.

- A) 2,4,5
- B) 2,3,5
- C) 2,3,4
- D) 1,3,5

28 avril 2006

3

7. Cas fictif n° 2

Accompagnée de sa fille, une dame de 79 ans se présente à votre bureau pour douleur à l'épaule et au bras droit depuis quelques jours. Vous apprenez que la douleur a débuté à la suite d'une chute. Elle dit s'être accrochée sur le bord d'une petite table de salon. Il s'agirait d'une première chute. Vous procédez à l'examen physique qui ne révèle qu'une contusion à l'épaule. Vous lui recommandez de prendre au besoin un analgésique de type acétaminophène et lui donnez des conseils sur l'importance de s'assurer d'un environnement domiciliaire sécuritaire.

- a) Laquelle des conduites suivantes correspond le mieux à votre pratique habituelle ?
(Un seul choix de réponse)

1. Je ne pousse pas plus loin en considérant qu'il s'agit d'une chute accidentelle ☐
2. Je ne pousse pas plus loin, mais je lui recommande de revenir me consulter si elle tombe à nouveau ☐
3. Je la réfère immédiatement à une équipe multidisciplinaire gériatrique ☐
4. Je la questionne de manière plus approfondie sur les circonstances de la chute ☐
5. Je fais d'emblée une évaluation complète du problème ☐

- b) Dans un contexte exempt de contrainte de temps ou de ressources et selon les normes de bonne pratique, laquelle des conduites suivantes correspond le mieux à ce que vous devriez faire ? (Un seul choix de réponse)

1. Ne pas pousser plus loin en considérant qu'il s'agit d'une chute accidentelle ☐
2. Ne pas pousser plus loin et lui recommander de revenir vous consulter si elle tombe à nouveau ☐
3. La référer immédiatement à une équipe multidisciplinaire gériatrique ☐
4. La questionner de manière plus approfondie sur les circonstances de la chute ☐
5. Faire d'emblée une évaluation complète du problème ☐

28 avril 2006

4

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

8. Cas fictif n° 3

Vous rendez visite à un monsieur de 86 ans qui vit à domicile avec son épouse. Madame vous a demandé de passer voir son époux qui tombe de temps à autre et cette situation l'inquiète. Vous questionnez le couple sur les circonstances de sa dernière chute. Monsieur est tombé après s'être senti étourdi alors qu'il se levait de sa chaise; il n'a pas perdu conscience et il est resté au sol environ une heure parce que son épouse était sortie. Il dit qu'il ne s'est pas fait mal. Vous devez par ailleurs passer voir trois autres patients à leur domicile cet après-midi là.

Parmi les 9 éléments suivants, classez par ordre de priorité les 3 actions que vous posez immédiatement en sachant que vous retournerez ultérieurement pour compléter l'évaluation :

Action n° 1	Action n° 2	Action n° 3
n :	n :	n :

1. Je prends son pouls
2. Je prends sa tension artérielle
3. Je prends sa tension artérielle couché et debout
4. J'ausculte ses poumons et son cœur
5. Je demande un bilan de base
6. Je revois sa médication
7. Je l'observe marcher
8. Je vérifie ses réflexes
9. Je lui fais un examen neurologique complet

9. Dans votre pratique, quels facteurs de risque recherchez-vous chez une personne âgée qui tombe de façon répétitive ?

28 avril 2006

5

10. Au cours de la prochaine année, dans quelle mesure seriez-vous favorable à adopter dans votre pratique régulière les recommandations suggérées pour améliorer la détection et la prévention des chutes chez les personnes âgées .

Cochez chacun des énoncés SVP (✓)	Très favorable	Plutôt favorable	Plutôt défavorable	Très défavorable
• Vérifier, au moins une fois par année, la survenue de chutes.				
• Vérifier, au moins une fois par année, la présence de troubles de la marche et de l'équilibre.				
Si deux chutes et plus ou troubles de la marche et de l'équilibre :				
• Questionner, si pertinent, les circonstances avant, pendant et après la chute				
• Réviser la médication actuelle				
• Prendre le pouls et la TA couché et debout				
• Dépister les troubles visuels				
• Dépister les troubles cognitifs				
• Dépister les troubles de la marche et de l'équilibre				

Commentaires : _____

28 avril 2006

6

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

11. Au cours de la prochaine année, quelle est la probabilité que vous appliquiez chacune des recommandations suggérées pour améliorer la détection et la prévention des chutes chez les personnes âgées ?

Cochez chacun des énoncés SVP (✓)	Très favorable	Plutôt favorable	Plutôt défavorable	Très défavorable
• Vérifier, au moins une fois par année, la survenue de chutes.				
• Vérifier, au moins une fois par année, la présence de troubles de la marche et de l'équilibre.				
Si deux chutes et plus ou troubles de la marche et de l'équilibre :				
• Questionner, si pertinent, les circonstances avant, pendant et après la chute				
• Réviser la médication actuelle				
• Prendre le pouls et la TA couché et debout				
• Dépister les troubles visuels				
• Dépister les troubles cognitifs				
• Dépister les troubles de la marche et de l'équilibre				

Commentaires : _____

28 avril 2006

7

12. À votre avis, quelle est la proportion de vos collègues médecins respectés pour leur compétence qui procèdent à la détection et à la prévention des chutes chez les personnes âgées selon chacune des recommandations suggérées ?

Cochez chacun des énoncés SVP (✓)	Très favorable	Plutôt favorable	Plutôt défavorable	Très défavorable
• Vérifier, au moins une fois par année, la survenue de chutes.				
• Vérifier, au moins une fois par année, la présence de troubles de la marche et de l'équilibre.				
Si deux chutes et plus ou troubles de la marche et de l'équilibre :				
• Questionner, si pertinent, les circonstances avant, pendant et après la chute				
• Réviser la médication actuelle				
• Prendre le pouls et la TA couché et debout				
• Dépister les troubles visuels				
• Dépister les troubles cognitifs				
• Dépister les troubles de la marche et de l'équilibre				

Commentaires : _____

28 avril 2006

8

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

13. À votre avis, quelle est la probabilité que l'application de l'ensemble des recommandations suggérées précédemment contribue à diminuer les chutes chez les personnes âgées ?

Très probable	Assez probable	Peu probable	Pas du tout probable
☐	☐	☐	☐

14. À quel point vous sentez-vous habile pour mettre en pratique les recommandations suggérées ?

Cochez chacun des énoncés SVP (✓)	Très habile	Assez habile	Peu habile	Très peu habile
• Questionner, si pertinent, les circonstances avant, pendant et après la chute				
• Réviser la médication actuelle				
• Dépister les troubles visuels				
• Dépister les troubles cognitifs				
• Dépister les troubles de la marche et de l'équilibre				

15. Identifiez quels sont pour vous, à titre de médecin, les avantages et les désavantages de mettre en pratique les recommandations suggérées en prévention des chutes :

Avantages : _____

Désavantages : _____

28 avril 2006

9

Questions sur le programme MARCHE

Le programme MARCHE, qui est un programme de prévention des chutes pour les aînés développé par la Direction régionale de santé publique de concert avec les équipes de Soutien à domicile de deux CLSC de la région (Haute-Ville-Des-Rivières et La Source), a été mis en place graduellement dans la région. De façon spécifique, au cours de la dernière année, des formations de groupe et individuelles ont été réalisées auprès des médecins omnipraticiens de la région. Dans ce contexte :

16. Depuis septembre 2004, avez-vous participé à une ou des activités de formation sur la prévention des chutes des aînés ?

a) Formation de groupe						
Oui ☐	►	Si vous répondez « oui », avez-vous jugé cette activité :	Très utile ☐	Assez utile ☐	Peu utile ☐	Inutile ☐
Non ☐	►	Passez à la section b)				

b) Rencontre individuelle avec un professionnel de la Direction régionale de santé publique						
Oui ☐	►	Si vous répondez « oui », avez-vous jugé cette activité :	Très utile ☐	Assez utile ☐	Peu utile ☐	Inutile ☐
Non ☐	►	Passez à la question 17				

Commentaires :

28 avril 2006

10

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

17. Dans le cadre du programme MARCHE, plusieurs outils ont été distribués. Lesquels avez-vous reçus et parmi ceux-ci, lesquels utilisez-vous ?

Cochez chacun des énoncés SVP (✓)	Les avez-vous reçus ?		Les utilisez-vous ?	
	Oui	Non	Oui	Non
• L'arbre décisionnel (algorithme plastifié)				
• Le Folstein				
• L'échelle de Snellen				
• La feuille conseil pour les patients présentant de l'hypotension orthostatique				

Commentaires :

Dans le cadre du programme MARCHE qui vise la prévention des chutes auprès des personnes âgées inscrites au Soutien à domicile (SAD), les intervenants dépistent les facteurs de risque de chutes et effectuent des interventions pour les modifier. Lorsque cela est pertinent, le médecin du programme SAD des CLSC envoie au médecin traitant une feuille synthèse du programme MARCHE précisant les résultats du dépistage et de l'évaluation des facteurs de risque d'un(e) de vos patient(e)s. Dans ce contexte :

18. Combien de feuilles synthèses avez-vous reçues au cours des dernières années ?

Aucune ☐	1-4 ☐	5-9 ☐	10 ou plus ☐
↳ Si vous n'avez reçu aucune feuille synthèse, passez à la question 20			

28 avril 2006

11

19. Si vous avez reçu des feuilles synthèses, comment les avez-vous trouvées ?

Très utiles ☐	Assez utiles ☐	Peu utiles ☐	Inutiles ☐
---	--	--	--------------------------------------

Commentaires :

20. Avez-vous discuté avec un intervenant du programme SAD au sujet d'un(e) de vos patient(e)s dans le cadre du programme MARCHE ?

a) Oui ☐	▶ Si vous répondez « oui », avez-vous perçu cet échange :	Très utile ☐	Assez utile ☐	Peu utile ☐	Inutile ☐
b) Non ☐					

Commentaires :

21. Autres commentaires au sujet du programme MARCHE :

28 avril 2006

12

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

22. COMPLÉMENT D'INFORMATION

SD-1 Votre groupe d'âge est :

- Moins de 30 ans ☐
- 30-39 ans ☐
- 40-49 ans ☐
- 50-59 ans ☐
- 60-69 ans ☐
- 70 ans ou plus ☐

SD-2 Vous êtes de sexe :

- Féminin ☐
- Masculin ☐

SD-3 Vous pratiquez depuis :

- 0-4 ans ☐
- 5-9 ans ☐
- 10-14 ans ☐
- 15-19 ans ☐
- 20 ans ou plus ☐

SD-4 Votre pratique est **principalement** de type :

- Individuelle ☐
- De groupe ☐
- En CLSC ☐
- En CHSLD ☐
- Autre, préciser : _____

SD-5 Les personnes de 65 ans et plus représentent quelle proportion de votre clientèle ?

- Moins de 25 % ☐
- 25-49 % ☐
- 50 % ou plus ☐

SD-6 Combien de visites à domicile effectuez-vous en moyenne auprès de personnes âgées de 65 ans et plus dans une période d'un mois ?

- Aucune ☐
- 1-2 par mois ☐
- 3-10 par mois ☐
- Plus de 10 par mois ☐

MERCI BEAUCOUP POUR VOTRE COLLABORATION!

ANNEXE B

- **Grille d'évaluation de l'AMOQ**
- **Grille d'évaluation de la DSP de la Capitale-Nationale**

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

Thème de l'activité : _____		Lieu : _____	
Organisé par : _____		Date (s) : _____	
Ville ou région où vous exercez : _____		Année de graduation : _____	
Sexe : M ☐ F ☐		Accès au ressource : ☐	
Cochez la case appropriée : Omnipraticien ☐ Résident ☐ Autre ☐		CHSLD ☐ CHSGS ☐ CLSC ☐ CABINET ☐	
SANTÉ PUBLIQUE ☐ UNF ☐ AUTRE : _____			

			
Niveaux : A (excellent) B (bon) C (passable) D (mauvais)			
Encerclez la valeur correspondant à votre évaluation			
Logistique			
Organisation générale	A	B	C
Documentation remise	A	B	C
Fonctionnalité des locaux	A	B	C
Qualité de l'audiovisuel	A	B	C
Programme			
Pertinence du (des) sujet (s) proposé (s)	A	B	C
Pertinence de l' (des) objectif (s) éducatif (s)	A	B	C
Pertinence de la (des) méthode (s) éducative (s)	A	B	C
L'activité respectait le code d'éthique des intervenants en EMC ☐ Oui ☐ Non ☐ Je l'ignore			
Ce code d'éthique peut être consulté sur le site web www.cemcq.qc.ca			
Autres sujets sur le même thème : _____			

SVP, veuillez écrire en caractères d'imprimerie et utiliser un crayon à l'encre. Au terme de cette activité,			
☐ je le recommanderais pour les raisons suivantes : _____			
☐ je le déconseillerais pour les raisons suivantes : _____			
Autres commentaires et suggestions constructives (veuillez utiliser le verso)			

Je désire agir comme conférencier ☐ Oui ☐			
Je désire agir comme directeur scientifique ☐ Oui ☐			
Nom et n° de permis : _____			

SUJET (S) ET CONFÉRENCIER (C)	Pertinence du contenu	Atteinte des objectifs	Clarté de la présentation	Aptitude à communiquer du conférencier	Suffisance de l'interaction	Suffisance de la documentation	Effet de la présentation sur ma pratique	Absence de biais commercial
S : _____	A B C D	A B C D	A B C D	A B C D	A B C D	A B C D	A B C D	A B C D
C : Dr _____	A B C D	A B C D	A B C D	A B C D	A B C D	A B C D	A B C D	A B C D

J'identifie : a) notion (s) importante (s) retenue (s) : _____
 b) changement (s) éventuel (s) dans ma pratique : _____

Formulaire d'évaluation révisé en mars 2006

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

Département de santé publique du CHUQ
Direction de santé publique de la Capitale-Nationale

Activité de formation

Évaluation

Répondants	
Cochez votre catégorie	
Médecins	
Dentistes	
Pharmaciens	
Autres professionnels	

TITRE : Ne laissez pas tomber les personnes âgées ! Peut-on prévenir leur chute?

CONFÉRENCIER :

DATE :

HEURE :

POUR CHACUN DES ITEMS, ENCERCLEZ LE CHIFFRE QUI CORRESPOND LE MIEUX À VOTRE OPINION

Jusqu'à quel point cette formation vous a permis de répondre aux objectifs suivants :

	Entièrement (4)	Beaucoup (3)	Assez (2)	Peu (1)	Pas du tout (0)
• Identifier les facteurs importants dans la problématique des chutes.					
• Discuter des interventions efficaces.					
• Connaître le <i>continuum</i> de services en prévention des chutes.					
• Être en mesure d'évaluer les risques à partir d'un outil pratique d'évaluation (cas clinique).					

Quel est votre degré de satisfaction face aux aspects suivants ?

	Excellent (4)	Très bien (3)	Bien (2)	Faible (1)	NSP*
Maîtrise du contenu par le conférencier					
Clarté de la présentation					
Interactions avec le conférencier					
Utilité du contenu dans votre travail					
Durée de la formation (spécifiez si besoin)					
Documentation remise					
Support audiovisuel					
Local					

* Ne s'applique pas

Quel est votre degré de satisfaction générale ?

	Excellent (4)	Très bien (3)	Bien (2)	Faible (1)

Points forts de cette activité

Points à améliorer

Autres commentaires et suggestions pour d'autres activités de formation continue

Merci pour votre participation!

2004-01-27

ANNEXE C

Guide d'entrevue

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

PROGRAMME MARCHE
ÉVALUATION DU VOLET OFFERT AUX MÉDECINS

GUIDE D'ENTREVUE

Présentation

Le programme MARCHE concerne la prévention des chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus, vivant à domicile. Un volet du programme vise, entre autres, à outiller les médecins omnipraticiens afin qu'ils puissent dans leur pratique quotidienne intégrer le dépistage des facteurs de risque de chutes chez leur clientèle âgée. Pour atteindre cet objectif, deux principaux moyens ont été employés. Il s'agissait de sessions de formation de groupe ou de rencontres individuelles, de même que la distribution d'un cartable contenant différents outils. Compte tenu que vous avez été rejoint par ces moyens, nous aimerions connaître votre point de vue sur les aspects suivants :

Questions

1. Considérant les moyens utilisés (formation et outils), vous est-il dorénavant plus facile d'intégrer la notion de prévention des chutes dans votre pratique ?

☐ Oui, pourquoi?

☐ Non, pourquoi?

- 1.1 Quelles sont vos suggestions pour améliorer la formation?

2006-09-13

1

- 1.2 Quels autres moyens vous permettraient d'intégrer davantage la prévention des chutes dans votre pratique?

2. Dans le cartable que l'on vous a remis, se trouvait un **arbre décisionnel plastifié**. L'avez-vous utilisé?

☐ Oui, à quelle fréquence? _____

☐ Non, pourquoi? _____

- 2.1 Quelles sont vos suggestions pour l'améliorer?

- 2.2 Qu'est-ce qui ferait en sorte que vous l'utilisiez davantage?

3. Vous avez probablement reçu des **feuilles synthèse** du CLSC pour certains de vos patients dépistés à risque de chutes.

- 3.1 Quelle utilisation en faites-vous?

- 3.2 À quel point la liste des problèmes identifiés complète l'information que vous possédez déjà sur votre patient?

2006-09-13

2

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

3.3 Les suggestions faites par l'équipe vous aident-elles dans le suivi de votre patient?

4. Avez-vous d'autres commentaires sur MARCHE et des suggestions d'outils pour la prévention des chutes?

FIN DE L'ENTREVUE
Merci!

ANNEXE D

- **Tableau Ressources gériatriques**
- **Tableau Formation**
- **Tableau Outils distribués**
- **Tableau Éléments de suivi du programme MARCHE**
- **Tableau Avantages de mettre en pratique les recommandations suggérées**
- **Tableau Désavantages de mettre en pratique les recommandations suggérées**

Ressources gériatriques

	Utilisation			Accessibilité			Utilité		
	<i>n</i>	<i>n</i> rép.	%	<i>n</i>	<i>n</i> rép.	%	<i>n</i>	<i>n</i> rép.	%
Hôpital de jour	49	86	57,0 %	37	48 ¹	77,1 %	45	49	91,8 %
Lits polyvalents	27	86	31,4 %	9	26 ¹	34,6 %	23	27	85,2 %
Consultation externe en gériatrie	52	86	60,5 %	27	49 ³	55,1 %	50	51 ¹	98,0 %
Unité de courte durée en gériatrie	34	86	39,5 %	13	33 ¹	39,4 %	32	34	94,1 %
Équipe ambulatoire de gériatrie	60	86	69,8 %	45	57 ³	78,9 %	58	59 ¹	98,3 %
Programme SAD du CLSC	56	86	65,1 %	50	56	89,3 %	51	55 ¹	92,7 %

¹ Une donnée manquante

³ Trois données manquantes

Formation

		Groupe			Individuelle		
		<i>n</i>	<i>n</i> rép.	%	<i>n</i>	<i>n</i> rép.	%
Participation		26	75	34,7 %	4	75	5,3 %
Utilité	Très	10	25 ¹	40,0 %	2	4	50,0 %
	Assez	14	25 ¹	56,0 %	2	4	50,0 %
	Peu	1	25 ¹	4,0 %	-	4	-

¹ Une donnée manquante

Outils distribués

	<i>L'arbre décisionnel</i>			<i>Folstein</i>			<i>Snellen</i>			<i>Feuille conseil HTO</i>		
	<i>n</i>	<i>n</i> rép.	%	<i>n</i>	<i>n</i> rép.	%	<i>n</i>	<i>n</i> rép.	%	<i>n</i>	<i>n</i> rép.	%
Réception	28	65 ¹⁰	43,1 %	31	61 ¹⁴	50,8 %	26	63 ¹²	41,3 %	14	62 ¹³	22,6 %
Utilisation	14	27 ¹	51,9 %	30	30 ¹	100,0 %	15	26	57,7 %	6	14 ¹	42,9 %

¹ Une donnée manquante

¹⁰ Dix données manquantes

¹² Douze données manquantes

¹³ Treize données manquantes

¹⁴ Quatorze données manquantes

Éléments de suivi du programme MARCHE

		Feuille synthèse			Discussion avec un intervenant SAD		
		<i>n</i>	<i>n</i> rép.	%	<i>n</i>	<i>n</i> rép.	%
Réception/contact		11	67 ⁸	16,4 %	3	67 ⁸	4,5 %
Pertinence	Très	3	10 ¹	30,0 %	2	3	66,7 %
	Assez	7	10 ¹	70,0 %	1	3	33,3 %

¹ Une donnée manquante

³ Trois données manquantes

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

**Avantages
de mettre en pratique les recommandations suggérées**

			Temps ₀	Temps ₁
			Q2	Q3
n total			68	60
En lien avec le patient	- Diminuer ou prévenir les chutes	n	37	10
		%	54,4 %	16,7 %
	- Diminuer la morbidité/mortalité/décès prématuré/séquelles/fractures/souffrance et nombre de consultation	n	30	37
		%	44,1 %	61,7 %
	- Dépister des pathologies non connues; - dépister des problèmes de surmédication; - mieux évaluer les problèmes gériatriques; - cibler les patients à risque.	n	21	13
		%	30,9 %	21,7 %
	- Augmenter la qualité de vie et l'autonomie; - éviter les changements de milieux de vie; - alléger la tâche des aidants naturels.	n	12	25
		%	17,6 %	41,7 %
	- Diminuer les effets secondaires des médicaments.	n	3	1
		%	4,4 %	1,7 %
En lien avec le médecin	- Diminuer les téléphones au client et au pharmacien	n	1	1
		%	1,5 %	1,7 %
	- Satisfaction du travail bien fait.	n	1	5
		%	1,5 %	8,3 %
En lien avec les recommandations suggérées	- Approche standardisée/présentation claire des étapes.	n	4	1
		%	5,9 %	1,7 %
Avantages d'ordre organisationnel	- Diminuer les coûts du système de santé	n	2	2
		%	2,9 %	3,3 %
Autres	- Aucun avantage	n	1	0
		%	1,5 %	0 %
	- Ne répond pas	n	4	3
		%	5,9 %	5,0 %

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

**Désavantages
de mettre en pratique les recommandations suggérées**

			Temps ₀	Temps ₁
			Q2	Q3
n total			68	60
En lien avec le médecin	- Temps requis/Gestion de l'agenda	n	53	40
		%	77,9 %	66,7 %
	- Possibilité d'omissions	n	1	0
		%	1,5 %	0 %
	- Faible valorisation du médecin qui prend le temps de réaliser cette tâche	n	1	0
		%	1,5 %	0 %
	- Croyance que les chutes sont inévitables	n	1	0
		%	1,5 %	0 %
En lien avec le patient	- Manque de collaboration du patient	n	2	1
		%	2,9 %	1,7 %
	- Portée limitée des recommandations suggérées	n	0	3
		%	0 %	5,0 %
	- Détérioration de l'état de santé à la suite des changements de médication	n	1	1
		%	1,5 %	1,7 %
Désavantages d'ordre organisationnel	- Manque de disponibilité des ressources d'aide (physio, ergo)	n	2	5
	- Demande du soutien d'autres professionnels de la santé	%	2,9 %	8,3 %
Autres	- Aucun désavantage	n	3	9
		%	4,4 %	15,0 %
	- Ne répond pas	n	9	6
		%	13,2 %	10,0 %