

# La prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées

## Évaluation de l'implantation et des effets d'une intervention multifactorielle personnalisée

Direction de santé publique et d'évaluation

### Mot du Directeur de santé publique et d'évaluation

Ce bulletin s'adresse aux gestionnaires, aux planificateurs et aux praticiens de la santé publique. Dédié à la présentation des résultats de l'évaluation du *Projet-pilote régional de prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées*, ce quatrième numéro se consacre à l'évaluation de l'implantation et des effets d'une intervention multifactorielle personnalisée; il en décrit les variations d'un CLSC à l'autre et identifie les conditions qui ont facilité ou fait obstacle à son intégration dans les milieux concernés. Ce numéro constitue la synthèse du document *Projet-pilote régional de prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées. Rapport d'évaluation*.

#### Dans ce numéro :

Mot du Directeur .....	1
Aspects méthodologiques .....	1
Mobilisation des intervenants et de l'environnement .....	2
Degré de mise en œuvre du projet .....	2
Effets sur les chutes et leurs conséquences .....	3
Effets sur les facteurs de risque .....	3
En somme .....	4
Quelques pistes de réflexion .....	4
Déjà parus et à lire dans le prochain bulletin .....	4

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

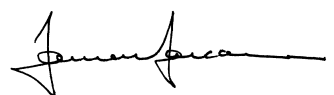
La Direction de santé publique et d'évaluation (DSPE) de l'Agence de la santé et des servi-

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

Je tiens à remercier les auteurs ainsi que les personnes qui ont collaboré à cet ambitieux projet d'intervention. Sans leur assistance, il serait impossible d'offrir aujourd'hui une telle gamme de services suscepti-

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

Le Directeur de santé publique  
et d'évaluation



D<sup>r</sup> Laurent Marcoux

### Aspects méthodologiques

#### *Intervenir en milieu naturel*

L'intervention multifactorielle personnalisée (IMP) est constituée d'un dépistage des facteurs de risque de chute et de la prescription d'un plan d'intervention individualisé. Les interventions ciblent l'amélioration des capacités motrices ainsi qu'une modification de la médication, de l'environnement domiciliaire et de certaines habitudes de vie, telles l'alimentation et la consommation d'alcool.

L'idée à l'origine du projet-pilote était de déterminer si pareille stratégie éprouvée dans des situations de recherche contrôlées pouvait s'insérer facilement dans des conditions d'intervention ordinaires en milieu naturel. L'implantation s'est déroulée auprès de 959 aînés et a fait participer les membres des équipes de soins des services de soutien à domicile de la mission CLSC des CSSS.

La méthodologie adoptée combinait des approches quantitative et qualitative. Elle a fait appel à l'étude comparative de cas ainsi qu'à des notions d'évaluation des processus et des effets. Toutefois, l'évaluation des processus ne peut prétendre donner un portrait juste au sens statistique du terme. Les informations reposent strictement sur la perception d'un petit nombre de répondants. Il convient d'adopter une attitude de prudence dans l'interprétation des résultats.

## Mobilisation des intervenants et de l'environnement

### L'inégale adhésion des acteurs

Le soutien et l'effort déployés par les intervenants dédiés et les nutritionnistes pour implanter le projet-pilote se sont avérés majeurs. Il faut préciser qu'ils avaient été embauchés expressément pour le projet et qu'un budget était consacré à leur rémunération.

L'intervenant dédié était la personne qui, sur le plan opérationnel, a exercé le plus d'influence dans la mise en œuvre dans les six CLSC hôtes. Les nutritionnistes ont apprécié la perspective globale de la démarche d'intervention les incluant. Le projet leur a permis de valoriser leur profession et leur rôle en CLSC ainsi que de faire reconnaître leurs compétences spécifiques.

Le projet-pilote répondait à une demande des directeurs généraux des CLSC. Plusieurs acteurs concernés l'ont néanmoins perçu comme un projet spécial en marge des activités et des équipes régulières du service de soutien à domicile. Cette impression a semblé défavorable à son appropriation locale.

La participation des gestionnaires a été teintée par l'engagement formel de leur organisation auprès de la DSPE de même que par leur obligation de rendre des comptes.

Il semble que des impondérables reliés à des réorganisations des services, à la pression des listes d'attente, au taux élevé de roulement du personnel et à la



pénurie de main-d'œuvre les ont contraints à devoir choisir entre l'énergie à consacrer au projet-pilote et aux autres services dont ils avaient la responsabilité.

De l'avis des intervenants dédiés, la plupart des médecins de clinique privée ne semblaient pas connaître le projet et ils ont été peu nombreux à s'y intéresser. Leur faible participation a été perçue comme un obstacle à l'apport de changements sur le facteur médication les concernant.

## Degré de mise en œuvre du projet

### Un projet exigeant pour le milieu

La concertation et la coordination ont favorisé la mise en œuvre du projet-pilote malgré des différences de culture organisationnelle relevées entre le réseau de services et celui de la santé publique.

Malgré que les critères d'admissibilité aient été élaborés conjointement par les CLSC et la DSPE, certains intervenants ont souligné que leur application et la rigueur du processus lui-même a rendu l'implantation ardue. La passation des outils de dépistage et d'évaluation des facteurs de risque et l'élaboration des plans d'intervention individualisés ont engendré une charge importante de travail.

La pratique a démontré qu'il était souhaitable de réaliser l'évaluation initiale en deux rencontres rapprochées. Une majorité de répondants ont déclaré que les questions relatives à la consommation d'alcool pouvaient engendrer des réactions défensives chez les personnes âgées concernées. L'élaboration des plans d'intervention a été facilitée par l'allocation d'une aide financière à la correction des risques liés à l'environnement domiciliaire. Le nombre d'heures consacrées aux déplacements a limité la

réalisation des multiples tâches qui incombaient aux intervenants.

Quelque 57 % des aînés ont maintenu leur participation durant 12 mois, alors que 39 % l'ont poursuivie durant 18 mois ou plus. Les individus plus à risque de tomber ont été parmi les plus difficiles à retenir.

Le suivi téléphonique mensuel permettait l'établissement d'une relation de confiance avec l'aîné et constituait autant d'occasions d'insister pour que les recommandations soient appliquées. L'implantation de l'intervention a coûté en moyenne 1 314 \$ par participant.

Nos observations ont démontré que les diverses composantes du projet-pilote ont été mises en œuvre comme il était convenu de l'être initialement par le devis d'implantation. Outre ce jugement global, on pourrait qualifier de « changements importants et constants », d'un CLSC à l'autre, les pratiques professionnelles et les modalités d'implantation liées à la gouvernance du projet, à l'engagement des gestionnaires au mécanisme régional de coordination, à l'adhésion des intervenants dédiés et des nutritionnistes ainsi qu'à l'application

en général du processus de dépistage des facteurs de risque et d'attribution des interventions ciblées.

Certains aspects qui exigeaient des changements importants dans les manières de faire ont montré des limites, et cela, de manière constante d'une organisation à l'autre. Au rang de ces « changements limités, mais constants » se trouveraient les activités multidisciplinaires, l'offre de programme d'exercices de groupe, la mobilisation des médecins traitants, l'appui opérationnel accordé par les gestionnaires sur leur terrain ainsi que les modalités de dépistage et d'intervention au regard du facteur alcool.

Au chapitre des « changements limités et inconstants » se situerait la dose d'exposition à l'intervention, qui met en cause la réceptivité et l'engagement des participants à l'égard de plusieurs facteurs de risque considérés. À l'inverse, la capacité du projet-pilote à produire dans l'environnement domiciliaire des changements variables en fonction du milieu d'implantation ainsi que les processus de recrutement et de rétention des participants témoigneraient de « changements importants, mais inconstants ».

## Effet sur les chutes et leurs conséquences

### Milieus distincts, résultats différents

Les résultats ont révélé que pour un peu plus de 8 usagers sur 10 ayant persévéré dans le projet, le nombre de chutes survenues entre le 6<sup>e</sup> et le 12<sup>e</sup> mois et entre le 12<sup>e</sup> et le 18<sup>e</sup> mois de suivi est demeuré stable ou a diminué par rapport au nombre de chutes survenues au cours des six premiers mois de participation.

Le projet appliqué dans des milieux distincts a produit des résultats différents au regard de la prévention des chutes, malgré d'importants efforts consentis à l'harmonisation et à la coordination de la mise en œuvre sur le territoire.

Après avoir pris en compte la condition des participants à l'examen initial, ce sont 65 % des usagers du CLSC n° 4 qui n'avaient pas chuté au terme d'un an de participation, contrairement à 46 % pour le CLSC n° 3. C'est dire que les participants de ce dernier site y ont

chuté plus précocement et que l'efficacité de l'intervention y était moindre. La probabilité de chuter associée au site n° 3 s'est aussi défavorablement différenciée en ce qui a trait aux chutes ayant conduit à une consultation médicale.

Les analyses prenant en compte l'ensemble des chutes chez un même individu confirment qu'un usager du CLSC n° 3 présentait invariablement un risque accru de chuter. Le nombre de chutes par jour de suivi y a été multiplié par un facteur de 63 % comparativement à celui du CLSC n° 6, tandis que le nombre de chutes requérant une consultation médicale y a été multiplié par deux.

Des différences en ce qui a trait aux caractéristiques des individus, à leurs comportements et à leur environnement pourraient expliquer la variation des effets notés sur la survenue de chutes observée entre les CLSC.



## Effets sur les facteurs de risque

### Les interventions se suivent, mais ne se ressemblent pas

**« Le nombre total de facteurs à risque élevé a diminué de 11 % en 12 mois d'intervention. »**

L'analyse des données sur les facteurs de risque n'a pas permis de dégager un profil de la contribution des composantes de l'IMP avec les résultats concernant la survenue des chutes selon le milieu d'implantation. Lorsque les composantes sont examinées pour l'ensemble des participants, les données obtenues après 12 mois de participation rendent compte d'une diminution de la proportion de consommateurs d'alcool au cours des six mois précédant leur évaluation, d'individus à risque élevé sur la base de leur consommation de benzodiazépines, du nombre de dangers environnementaux à leur domicile ainsi que du nombre total de facteurs de risque élevé.

Plus étonnant, le nombre de médicaments différents prescrits était plus élevé après 12 mois qu'au moment de prendre part à l'intervention. Similairement, à en juger par les scores aux échelles correspondantes, les capacités

motrices et l'équilibre se seraient détériorés.

Les interventions privilégiées ont reçu un accueil inégal des usagers selon le facteur considéré. C'est pour les recommandations concernant l'environnement domiciliaire que les participants ont fait preuve du plus de réceptivité. La situation était autre pour ce qui est de l'alimentation et de la médication. Des limites à l'offre de service spécifique à l'endroit des participants par les établissements et leurs collaborateurs étaient en cause ainsi que la capacité des individus à opter pour des changements de leurs habitudes. Des intervenants ont mentionné que le programme d'exercices individuels a parfois été accepté par des aînés plus désireux de souscrire à la désirabilité sociale que motivés à y adhérer véritablement. D'autres intervenants ont rappelé l'organisation laborieuse que représentait la mise sur pied du programme d'exercices de groupe.

Direction de santé publique  
et d'évaluation  
Agence de la santé et des services  
sociaux de Lanaudière  
245, rue du Curé-Majeau  
Joliette (Québec) J6E 8S8  
Téléphone : 450 759-1157,  
poste 4427 ou, sans frais,  
1 800 668-9229, poste 4427



*Le présent bulletin est une publication du Service de surveillance, recherche et évaluation et du Service de prévention et de promotion de la Direction de santé publique et d'évaluation de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière. Ses auteurs souhaitent contribuer à l'amélioration des connaissances, encore lacunaires, liées au phénomène des chutes chez les personnes âgées plus vulnérables et à leur prévention.*

La version PDF de ce document est disponible à la section *Documentation*, sous la rubrique *Publications* du site de l'Agence au [www.agencelanaudiere.qc.ca](http://www.agencelanaudiere.qc.ca). À la condition d'en mentionner la source, sa reproduction à des fins non commerciales est autorisée.

**Auteurs :**

Bernard-Simon Leclerc,  
Claude Bégin et  
Élizabeth Cadieux

**Mise en page :**

Marie-Josée Charbonneau  
Chantal Beaulieu

**Révision linguistique :**

Daniel Desrochers

**Dépôt légal :**

Premier trimestre 2009  
ISBN : 978-2-923685-39-7  
(version imprimée)  
978-2-923685-40-3 (PDF)  
Bibliothèque nationale du Canada  
Bibliothèque et Archives nationales  
du Québec

## En somme

### *Un appel à l'introspection et à la réflexion*

L'évaluation du projet-pilote a fait ressortir l'ampleur de l'initiative et du changement proposé par l'intervention multifactorielle personnalisée, nécessitant des modifications d'attitudes et de pratique des acteurs en place.

L'évaluation a produit un riche corpus d'information à l'égard des processus engagés dans

l'implantation d'une IMP. Les acteurs engagés dans l'élaboration, la gestion et l'implantation du projet-pilote ont estimé à cet égard avoir développé de nouvelles habiletés.

L'évaluation montre qu'il ne suffit pas de s'intéresser aux résultats d'une intervention. Encore faut-il s'assurer que ses paramètres ont été mis en œu-

vre et que les participants ont observé les recommandations qui leur ont été faites. Les résultats soulèvent une réflexion sur la capacité et la suffisance des moyens mis en place pour produire les résultats souhaités. Ils conviennent tous les acteurs à l'effort concerté pour faire progresser l'initiative au-delà de cette première phase d'implantation.

## Quelques pistes de réflexion

### *Du soutien aux modifications à l'offre opportune*

À la lumière de l'expérience et du savoir acquis dans la région, nous croyons que des gains peuvent être obtenus du côté de l'engagement des participants et de l'offre de service.

La question du soutien aux modifications de comportement des aînés mérite l'attention afin que soient optimisées les interventions de prévention des chutes. Les organisations intéres-

sées à implanter une IMP devront faire preuve de créativité et obtenir la collaboration explicite de nombreux partenaires pour élaborer et offrir des interventions préventives qui s'appuient sur les meilleures pratiques professionnelles pour améliorer l'état de santé et les conditions de vie des aînés.

Les contraintes relatives aux difficultés de mobilisation des

ressources de l'environnement doivent considérer la pénurie de professionnels de la santé et la charge de travail imposée à ceux en exercice. Malgré cela, l'IMP pourra produire les effets attendus sur les facteurs de risque et les chutes à la condition d'assurer un suivi rapide aux recommandations faites aux usagers pour qu'ils bénéficient des services requis et selon une intensité suffisante.

## Déjà parus et à lire dans le prochain bulletin

### *Les circonstances, les conséquences et les prédicteurs des chutes*

Le premier numéro, paru en mars 2007, décrivait les circonstances et les conséquences des chutes, puis énonçait les facteurs qui conditionnent leur survenue. L'article remédiait aux problèmes méthodologiques posés par la récurrence des événements et l'exposition à des facteurs de risque variable dans le temps.

### *Les dangers de l'environnement domiciliaire*

Le deuxième numéro, paru en juin 2007, rappelait que la majorité des chutes se produisent au domicile et qu'en conséquence, leurs causes sont également à

rechercher parmi les obstacles de l'environnement immédiat. L'article décrivait l'influence de l'aménagement domiciliaire sur la survenue des chutes et témoignait de l'utilité d'une grille standardisée pour repérer les risques qui peuvent s'y trouver.

### *Un outil pour identifier les chuteurs récurrents*

Le troisième numéro, paru en février 2008, rappelait qu'une intervention préventive efficace doit commencer par l'identification des individus à risque accru de chuter. L'article établissait des profils d'aînés à risque de récurrence de chutes à partir d'un nombre réduit de facteurs liés à l'individu, à son comportement et à son environnement.

Le prochain bulletin portera sur le thème suivant :

### *Bilan de l'évaluation du Projet-pilote régional de prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées*

Les leçons apprises de l'implantation du projet-pilote régional de prévention des chutes à domicile font l'objet d'un bulletin synthèse (n° 5). Les résultats de l'expérience lanauoise permettront de souligner certains enjeux pour la mise en application de mesures de prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile à l'intention des intervenants, des planificateurs et des gestionnaires de l'ensemble du Québec.