

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté de médecine et des sciences de la santé

Prévenir les chutes à domicile post-réadaptation fonctionnelle intensive :
développement d'une intervention multifactorielle et personnalisée s'inscrivant dans
un continuum de services intégrés

Par

Caroline Lavigne

Essai synthèse présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé

en vue de l'obtention du grade de

Maître ès sciences (M.Sc.) en réadaptation

Maîtrise en pratiques de la réadaptation

Juin 2013

© Caroline Lavigne, 2013

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté de médecine et des sciences de la santé

Prévenir les chutes à domicile post-réadaptation fonctionnelle intensive :
développement d'une intervention multifactorielle et personnalisée s'inscrivant dans
un continuum de services intégrés

Caroline Lavigne

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

_____ Professeur responsable du sous-groupe
(Chantal Sylvain)

_____ Mentor de l'apprenant
(Nathalie Veillette)

Essai synthèse accepté le _____

RÉSUMÉ

Problématique

La clientèle qui participe à une réadaptation fonctionnelle intensive au Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Lucille-Teasdale présente un risque élevé de chuter à domicile après avoir obtenu son congé de l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI). Toutefois, le contexte de pratique actuelle au CSSS Lucille-Teasdale offre peu d'opportunités permettant d'aborder la problématique du risque de chute à domicile post-réadaptation fonctionnelle intensive chez les usagers. En effet, au cours du séjour à l'URFI, les interventions offertes à la clientèle priorisent la réduction des conséquences physiques associées au principal diagnostic étant donné l'objectif organisationnel de réduire au maximum la durée des séjours. De plus, les restrictions budgétaires imposées aux CLSC influencent grandement leur offre de services. Il s'avère donc irréaliste que les professionnels des CLSC puissent offrir des interventions préventives visant la réduction des chutes à domicile post-réadaptation fonctionnelle intensive à l'ensemble des usagers quittant l'URFI. Afin de proposer des actions ciblant la prévention des chutes à domicile post-réadaptation fonctionnelle intensive, le CSSS Lucille-Teasdale devrait favoriser l'implantation d'interventions s'inscrivant dans un continuum de services intégrés plutôt que d'offrir des interventions de manière parallèle entre l'URFI et le CLSC. Le projet d'innovation cible le besoin d'un programme de prévention des chutes à domicile post-réadaptation fonctionnelle intensive basé sur une évaluation multifactorielle du risque afin d'offrir à la clientèle des interventions personnalisées dès le séjour à l'URFI et les poursuivre au moment du retour à domicile par le CLSC.

Objectifs

L'objectif général du projet d'innovation est de développer une intervention multifactorielle et personnalisée visant la prévention des chutes à domicile pour la clientèle ayant participé à une réadaptation fonctionnelle intensive, et qui s'articulerait dans un continuum de services intégrés.

Afin d'atteindre cet objectif, les objectifs spécifiques suivants ont été poursuivis :

1. Identifier les facteurs de risque fortement associés aux chutes à domicile chez les aînés;
2. Développer un outil de dépistage des facteurs de risque de chute à domicile pour la clientèle en réadaptation fonctionnelle intensive;
3. Identifier des interventions personnalisées ciblant les facteurs de risque de chute à domicile dépistés chez la clientèle en réadaptation fonctionnelle

intensive et s'inscrivant dans un continuum de services intégrés ainsi que des stratégies visant à optimiser la continuité des services entre l'URFI et le CLSC;

4. Concevoir un programme de prévention des chutes à domicile post-réadaptation fonctionnelle intensive destiné à la clientèle de l'URFI du CSSS Lucille-Teasdale.

Méthodologie

Le projet d'innovation a pu être réalisé grâce à une série d'étapes qui a conduit à l'atteinte de chacun des quatre objectifs spécifiques du projet d'innovation. Les étapes du projet se sont succédées dans la séquence présentée dans les paragraphes qui suivent puisque les données recueillies à chacune des étapes ont été préalables à la réalisation des étapes suivantes.

L'atteinte du premier objectif spécifique (identifier les facteurs de risque fortement associés aux chutes à domicile chez les aînés) découlait de la réalisation des trois premières étapes du projet. Premièrement, une revue de littérature effectuée à partir des banques de données et d'autres sources documentaires pertinentes a permis de lister un ensemble de facteurs de risque de chute à domicile chez les aînés. Deuxièmement, ces facteurs ont été regroupés puis soumis à un groupe nominal formé de professionnels de la réadaptation des CLSC du CSSS Lucille-Teasdale ayant une expertise auprès des aînés à risque de chute à domicile. Troisièmement, une liste de facteurs de risque fortement associés aux chutes à domicile a été créée à partir de ceux identifiés dans la littérature et ceux obtenus au groupe nominal. Cette liste a été validée par un expert reconnu dans le domaine de la prévention des chutes à domicile.

La poursuite du second objectif spécifique (développer un outil de dépistage des facteurs de risque de chute à domicile pour la clientèle en réadaptation fonctionnelle intensive) a été réalisée en deux étapes. D'abord, une version préliminaire de l'outil de dépistage a été développée à partir de la liste de facteurs de risque de chute à domicile obtenue précédemment. Ensuite, cette version de l'outil de dépistage a été validée par des professionnels de l'URFI du CSSS Lucille-Teasdale.

Le troisième objectif spécifique (identifier des interventions personnalisées ciblant les facteurs de risque de chute à domicile dépistés chez la clientèle en réadaptation fonctionnelle intensive et s'inscrivant dans un continuum de services intégrés ainsi que des stratégies visant à optimiser la continuité des services entre l'URFI et le CLSC) a été atteint au moyen d'une collecte de données réalisée par le biais d'un focus groupe auprès de professionnels de l'URFI et des CLSC du CSSS Lucille-Teasdale, dans le but d'identifier des interventions personnalisées ciblant les facteurs de risque de chute à domicile dépistés chez la clientèle en réadaptation fonctionnelle intensive et s'inscrivant dans un continuum de services intégrés ainsi

que des stratégies visant à optimiser la continuité des services entre l'URFI et le CLSC.

Le quatrième objectif spécifique (concevoir un programme de prévention des chutes à domicile post-réadaptation fonctionnelle intensive destiné à la clientèle de l'URFI du CSSS Lucille-Teasdale) a été poursuivi au cours de l'étape finale. La conception du programme de prévention des chutes post-réadaptation fonctionnelle intensive destiné à la clientèle de l'URFI du CSSS Lucille-Teasdale s'est concrétisé sur la base des données recueillies aux étapes ultérieures.

Résultats

Les principaux résultats du projet d'innovation ont été obtenus par l'atteinte du deuxième objectif spécifique (développer un outil de dépistage des facteurs de risque de chute à domicile pour la clientèle en réadaptation fonctionnelle intensive) et du quatrième objectif spécifique (concevoir un programme de prévention des chutes à domicile post-réadaptation fonctionnelle intensive destiné à la clientèle de l'URFI du CSSS Lucille-Teasdale). Tout d'abord, l'outil de dépistage des facteurs de risque de chute à domicile pour la clientèle en réadaptation fonctionnelle intensive comprend 12 items correspondant aux facteurs de risque modifiables et fortement associés aux chutes à domicile chez les aînés. Ces facteurs de risque sont les suivants : 1) la consommation d'alcool, 2) les dangers de l'environnement domiciliaire, 3) le déconditionnement physique, 4) la dénutrition, 5) l'hypotension, 6) la mauvaise utilisation de moyens auxiliaires, 7) les médicaments cardiovasculaires, 8) les médicaments psychotropes, 9) la prise de risque, 10) la polymédication, 11) les troubles de l'équilibre, de la force ou de la marche et 12) les troubles sensoriels.

Ensuite, le programme de prévention des chutes à domicile post-réadaptation fonctionnelle intensive repose sur l'approche multifactorielle et personnalisée en prévention des chutes et s'inscrit dans un continuum de services intégrés entre l'URFI et le CLSC. Le programme est destiné à la clientèle admise à l'URFI et qui retournera à domicile à la suite de son séjour en réadaptation. Il se veut un guide de référence pour les professionnels de l'URFI et des CLSC du CSSS Lucille-Teasdale impliqués auprès de la clientèle ciblée par le programme. Quatre grandes étapes résument le processus proposé par le programme, soit : 1) le dépistage des facteurs de risque de chute à domicile chez la clientèle de l'URFI, 2) les interventions multifactorielles et personnalisées offertes dès le séjour à l'URFI, 3) la référence au CLSC ciblant les interventions à poursuivre au moment du retour à domicile et 4) le suivi offert par l'URFI afin de s'assurer de la continuité des services au moment du retour à domicile de l'utilisateur.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	1
REMERCIEMENTS	9
INTRODUCTION	10
PREMIER CHAPITRE - LA PROBLÉMATIQUE	11
1.1 L'ENVIRONNEMENT ET LE CONTEXTE DE PRATIQUE PROFESSIONNELLE.....	11
1.2 LA DESCRIPTION DE LA PROBLÉMATIQUE CIBLÉE PAR L'INNOVATION.....	13
DEUXIÈME CHAPITRE - L'ÉTAT DES CONNAISSANCES	16
2.1 LA CHUTE À DOMICILE POST-RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE ..	16
2.2 LES MEILLEURES PRATIQUES EN PRÉVENTION DES CHUTES.....	18
2.2.1 Les interventions multifactorielles et personnalisées	18
2.2.2 Les meilleures pratiques en prévention des chutes en milieu de réadaptation.....	19
2.2.3 Les meilleures pratiques en prévention des chutes à domicile	20
2.2.4 Le continuum de services intégrés.....	24
TROISIÈME CHAPITRE - LES OBJECTIFS	25
3.1 L'OBJECTIF GÉNÉRAL.....	25
3.2 LES OBJECTIFS SPÉCIFIQUES.....	26
QUATRIÈME CHAPITRE - LA MÉTHODOLOGIE	27
4.1 ÉTAPE 1 : LISTER LES FACTEURS DE RISQUE DE CHUTE À DOMICILE CHEZ LES AÎNÉS.....	27
4.1.1 Sources et stratégies de recherche	27
4.1.2 Sélection des facteurs de risque de chute à domicile	28
4.2 ÉTAPE 2 : IDENTIFIER LES FACTEURS DE RISQUE FORTEMENT ASSOCIÉS AUX CHUTES À DOMICILE CHEZ LES AÎNÉS.....	29
4.2.1 Collecte de données	29
4.3 ÉTAPE 3 : VALIDER LA LISTE DE FACTEURS DE RISQUE FORTEMENT ASSOCIÉS AUX CHUTES À DOMICILE CHEZ LES AÎNÉS.....	31
4.3.1 Collecte de donnée.....	31
4.4 ÉTAPE 4 : DÉVELOPPER UNE VERSION PRÉLIMINAIRE DE L'OUTIL DE DÉPISTAGE DES FACTEURS DE RISQUE DE CHUTE À DOMICILE POUR LA CLIENTÈLE EN RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE.....	32

4.4.1	Sélection du contenu.....	32
4.4.2	Choix de la forme	33
4.5	ÉTAPE 5 : VALIDER LA VERSION PRÉLIMINAIRE DE L'OUTIL DE DÉPISTAGE DES FACTEURS DE RISQUE DE CHUTE À DOMICILE POUR LA CLIENTÈLE EN RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE.....	33
4.5.1	Collecte de données	33
4.6	ÉTAPE 6 : IDENTIFIER DES INTERVENTIONS PERSONNALISÉES CIBLANT LES FACTEUR DE RISQUE DE CHUTE À DOMICILE DÉPISTÉS CHEZ LA CLIENTÈLE EN RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE ET S'INSCRIVANT DANS UN CONTINUUM DE SERVICES INTÉGRÉS AINSI QUE DES STRATÉGIES VISANT À OPTIMISER LA CONTINUITÉ DES SERVICES ENTRE L'URFI ET LE CLSC.....	34
4.6.1	Collecte de données	34
4.6.2	Méthode d'analyse.....	38
4.7	ÉTAPE 7 : CONCEVOIR UN PROGRAMME DE PRÉVENTION DES CHUTES À DOMICILE POST-RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE DESTINÉ À LA CLIENTÈLE DE L'URFI DU CSSS LUCILLE-TEASDALE.....	38
4.7.1	Sélection du contenu.....	38
4.7.2	Choix de la forme	39
	CINQUIÈME CHAPITRE - LES RÉSULTATS.....	40
5.1	ÉTAPE 1 : LISTER LES FACTEURS DE RISQUE DE CHUTE À DOMICILE CHEZ LES AÎNÉS.....	40
5.1.1	Les facteurs de risque de chute à domicile chez les aînés provenant de la littérature	40
5.2	ÉTAPE 2 : IDENTIFIER LES FACTEURS DE RISQUE FORTEMENT ASSOCIÉS AUX CHUTES À DOMICILE CHEZ LES AÎNÉS.....	41
5.2.1	Les facteurs de risque fortement associés aux chutes à domicile chez les aînés identifiés dans la littérature.....	41
5.2.2	Description des participants pour le groupe nominal	42
5.2.3	Les facteurs de risque fortement associés aux chutes à domicile chez les aînés identifiés par le groupe nominal	42
5.3	ÉTAPE 3 : VALIDER LA LISTE DE FACTEURS DE RISQUE FORTEMENT ASSOCIÉS AUX CHUTES À DOMICILE CHEZ LES AÎNÉS.....	43
5.3.1	Les facteurs de risque fortement associés aux chutes à domicile identifiés par un expert	43
5.4	ÉTAPE 4 : DÉVELOPPER UNE VERSION PRÉLIMINAIRE DE L'OUTIL DE DÉPISTAGE DES FACTEURS DE RISQUE DE CHUTE À DOMICILE POUR LA CLIENTÈLE EN RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE.....	44

5.4.1	La version préliminaire de l’outil de dépistage des facteurs de risque de chute à domicile pour la clientèle en réadaptation fonctionnelle intensive.....	44
5.5	ÉTAPE 5 : VALIDER LA VERSION PRÉLIMINAIRE DE L’OUTIL DE DÉPISTAGE DES FACTEURS DE RISQUE DE CHUTE À DOMICILE POUR LA CLIENTÈLE EN RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE.....	45
5.5.1	Description des participants pour la validation de la version préliminaire de l’outil de dépistage	45
5.5.2	Suggestions concernant la formulation des items de l’outil de dépistage	45
5.5.3	Suggestions concernant le contenu de l’outil de dépistage	45
5.6	ÉTAPE 6 : IDENTIFIER DES INTERVENTIONS PERSONNALISÉES CIBLANT LES FACTEUR DE RISQUE DE CHUTE À DOMICILE DÉPISTÉS CHEZ LA CLIENTÈLE EN RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE ET S’INSCRIVANT DANS UN CONTINUUM DE SERVICES INTÉGRÉS AINSI QUE DES STRATÉGIES VISANT À OPTIMISER LA CONTINUITÉ DES SERVICES ENTRE L’URFI ET LE CLSC.....	46
5.6.1	Description des participants pour le focus groupe.....	46
5.6.2	Les interventions personnalisées ciblant les facteurs de risque de chute à domicile dépistés chez la clientèle en réadaptation fonctionnelle intensive et s’inscrivant dans un continuum de services intégrés.....	46
5.6.3	Les stratégies visant à optimiser la continuité des services entre l’URFI et le CLSC	48
5.7	ÉTAPE 7 : CONCEVOIR UN PROGRAMME DE PRÉVENTION DES CHUTES À DOMICILE POST-RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE DESTINÉ À LA CLIENTÈLE DE L’URFI DU CSSS LUCILLE-TEASDALE.....	51
5.7.1	Le programme de prévention des chutes à domicile post-réadaptation fonctionnelle intensive	51
SIXIÈME CHAPITRE - LA DISCUSSION		53
6.1	UN RETOUR SUR LA LITTÉRATURE.....	53
6.1.1	L’approche multifactorielle et personnalisée.....	53
6.1.2	L’interdisciplinarité	54
6.1.3	Le dépistage	54
6.1.4	L’engagement de l’usager.....	56
6.2	LES FORCES ET LES LIMITES DU PROJET D’INNOVATION.....	57
6.2.1	Les forces.....	57
6.2.2	Les limites.....	58
6.3	LES PISTES DE RECHERCHE FUTURE.....	59

6.4	L'IMPLICATION POUR LA PRATIQUE CLINIQUE.....	60
	CONCLUSION.....	61
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	62
	ANNEXE A - FACTEURS DE RISQUE DONT LE DEGRÉ D'ASSOCIATION AVEC LES CHUTES À DOMICILE EST MÉCONNU.....	65
	ANNEXE B - FACTEURS DE RISQUE FORTEMENT ASSOCIÉS AU CHUTE À DOMICILE.....	67
	ANNEXE C - QUESTIONNAIRE DE VALIDATION DE LA VERSION PRÉLIMINAIRE DE L'OUTIL DE DÉPISTAGE.....	68
	ANNEXE D - MAQUETTE POUR LE FOCUS GROUPE.....	70
	ANNEXE E - QUESTIONS POUR LE FOCUS GROUPE.....	71
	ANNEXE F - CANEVAS INVESTIGATIF.....	73
	ANNEXE G - VERSION PRÉLIMINAIRE DE L'OUTIL DE DÉPISTAGE DES FACTEURS DE RISQUE DE CHUTE POUR LA CLIENTÈLE EN RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE.....	76
	ANNEXE H - INTERVENTIONS PERSONNALISÉES.....	77
	ANNEXE I - PROGRAMME DE PRÉVENTION DES CHUTES À DOMICILE POST-RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE.....	79

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Composition souhaitée du focus groupe.....	36
Tableau 2 - Facteurs de risque de chute à domicile chez les aînés provenant de la littérature.....	41
Tableau 3 - Composition du groupe nominal.....	42
Tableau 4 - Composition du focus groupe.....	46

REMERCIEMENTS

Je tiens à souligner la précieuse collaboration et le soutien de plusieurs personnes sans qui ce projet d'innovation n'aurait pu se concrétiser.

Les personnes ressources de l'Université de Sherbrooke pour leur supervision et leurs judicieux conseils :

- ❖ Mme Nathalie Veillette, mentor et professeur à l'Université du Québec à Trois-Rivières
- ❖ Mme Chantal Sylvain, professeur à l'Université de Sherbrooke

Les gestionnaires du CSSS Lucille-Teasdale pour leur ouverture et leur enthousiasme face au projet, plus particulièrement :

- ❖ Mme Johanne Lavoie, chef de programme au CSSS Lucille-Teasdale

Les participants aux différentes étapes de réalisation du projet pour leur disponibilité et leur implication:

- ❖ Mme Manon Parisien, ergothérapeute et agente de planification au CSSS Cavendish
- ❖ Les professionnels de l'URFI du CSSS Lucille-Teasdale
- ❖ Les professionnels des CLSC du CSSS Lucille-Teasdale

Un merci tout spécial à mes proches pour leur grand support et leurs encouragements tout au long de l'année.

INTRODUCTION

La chute est une complication qui s'observe tout au long du processus de réadaptation des aînés. Elle risque de survenir tant avant, pendant, qu'après le séjour de la clientèle en milieu de réadaptation. En effet, au cours de l'année précédant leur admission en réadaptation, environ 65 % des usagers ont connu au moins un épisode de chute (Vassallo, Sharma, Briggs et Allen, 2003) comparativement à 30 % de la population âgée de 65 ans et plus (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2004). En plus de faire partie des antécédents de la clientèle recevant des services de réadaptation, la chute est régulièrement identifiée comme étant l'élément déclencheur de l'hospitalisation. C'est notamment ce qui est observé pour plus d'un tiers des usagers admis à l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Lucille-Teasdale (Statistiques du CSSS Lucille-Teasdale, année financière 2011-2012). Au cours de leur séjour en milieu de réadaptation gériatrique, entre 13 % et 32 % des usagers subiront au moins une chute, ce qui classe cette complication au rang des plus observées dans ce type d'établissement (Haines, Bennell, Osborne et Hill, 2004). L'ampleur du phénomène des chutes chez la clientèle recevant des services de réadaptation incite les établissements de santé à offrir des interventions préventives afin de réduire les risques de chute au cours du séjour. Toutefois, à la suite de la période de réadaptation, les risques de chute sont toujours présents et près du tiers de la clientèle chutera au cours des trois mois suivant leur retour à domicile (Worley, Barras et Grimmer-Somers, 2010).

Malgré le taux de prévalence élevé et les nombreuses conséquences associées aux chutes, le risque de chute à domicile post-réadaptation fonctionnelle intensive est une problématique qui n'est pas abordée chez la clientèle qui reçoit des services à l'URFI du CSSS Lucille-Teasdale. Cette problématique s'avère être à l'origine du développement du projet d'innovation présenté dans le cadre de cet essai synthèse.

PREMIER CHAPITRE

LA PROBLÉMATIQUE

Ce chapitre est consacré à la présentation de l'environnement et du contexte de pratique professionnelle dans lequel se situe l'innovation ainsi qu'à la description de la problématique du risque de chute à domicile post-réadaptation fonctionnelle intensive qui est à l'origine de ce projet.

1.1 L'ENVIRONNEMENT ET LE CONTEXTE DE PRATIQUE PROFESSIONNELLE

Certains usagers hospitalisés ne pourront réintégrer leur milieu de vie après avoir reçu des soins de santé en centre hospitalier pour des raisons associées à une perte de capacités physiques. Pour cette clientèle présentant une problématique d'ordre physique, une demande d'admission en réadaptation fonctionnelle intensive est adressée à leur CSSS d'appartenance (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal [ASSSM], 2010). Ce mode de référence est appliqué à l'ensemble des usagers admis à l'URFI du CSSS Lucille-Teasdale. En plus d'une URFI, le CSSS Lucille-Teasdale compte trois CLSC qui sont susceptibles de s'impliquer auprès de la clientèle au moment où elle recevra son congé du milieu de réadaptation en vue d'un retour à domicile.

De façon plus spécifique, la clientèle admise à l'URFI du CSSS Lucille-Teasdale doit avoir reçu comme principal diagnostic un problème lié au système musculo-squelettique ou une atteinte multisystémiques (ASSSM, 2010). Les problèmes du système musculo-squelettique englobent : les fractures, les luxations, les atteintes du rachis, les maladies dégénératives et inflammatoires (ASSSM, 2010). Pour ce qui est des atteintes multisystémiques, elles réunissent celles qui sont associées aux soins subaigus, c'est-à-dire le déconditionnement et le syndrome d'immobilisation (ASSSM, 2010). De par la nature des diagnostics qui rendent

admissibles les usagers à l'URFI, la clientèle est majoritairement âgée de plus de 65 ans.

L'URFI a le mandat d'offrir des services de réadaptation fonctionnelle intensive à l'ensemble de sa clientèle dans l'objectif de lui permettre de réintégrer son domicile de façon sécuritaire (ASSSM, 2010). Afin d'y parvenir, les usagers reçoivent des services d'une équipe interdisciplinaire formée des professionnels suivants : ergothérapeute, infirmière, médecin, nutritionniste, pharmacien, physiothérapeute, psychologue, thérapeute en réadaptation physique et travailleur social. Les usagers participent à des thérapies, dispensées par les ergothérapeutes, les physiothérapeutes et les thérapeutes en réadaptation physique, de quatre à cinq fois par semaines à raison de deux séances d'une heure par jour. De façon moins intensive, ils reçoivent également des services des autres professionnels lorsque le besoin est identifié.

Les services offerts à l'URFI s'inscrivent dans un contexte où l'ASSSM (2010) exige des établissements prestataires de services de réadaptation fonctionnelle intensive un engagement à maintenir une durée moyenne de séjour la plus courte possible. À l'URFI du CSSS Lucille-Teasdale, cela représente des séjours d'une durée moyenne de 25 jours. La demande de l'ASSSM d'écourter au maximum les temps de séjour se veut bénéfique pour la réduction du taux d'occupation des lits dans les milieux hospitaliers. Cependant, pour plusieurs usagers de l'URFI, cette requête s'oppose au mandat confié aux milieux de réadaptation fonctionnelle intensive, soit de leur assurer un retour à domicile sécuritaire. En effet, la courte durée des séjours influence grandement le type de services proposé par l'équipe interdisciplinaire de l'URFI à sa clientèle. Malgré que l'état de santé globale des usagers soit fragilisé, les interventions offertes par les professionnels ciblent essentiellement la réduction des conséquences physiques associées à la période d'hospitalisation afin de permettre le retour à domicile dans un court délai. Lors des thérapies, très peu de temps est donc consacré à la prévention des risques à domicile pour favoriser la sécurité au moment

du congé de l'URFI. En raison de la vulnérabilité de la clientèle, certains risques à domicile sont facilement identifiables, par exemples : le risque de dégradation de l'état de santé, le risque de déconditionnement, le risque de dénutrition, le risque d'isolement, etc. Le risque de chute à domicile se retrouve également parmi cette liste de risques qui ne sont pas abordés chez les usagers qui participent à une réadaptation fonctionnelle intensive au CSSS Lucille-Teasdale.

1.2 LA DESCRIPTION DE LA PROBLÉMATIQUE CIBLÉE PAR L'INNOVATION

Tel que mentionné précédemment, étant donné le peu de temps qui leur est accordé et l'offre qui demeure à la discrétion des professionnels, les usagers reçoivent très peu, voire même, aucune intervention visant la prévention des chutes à domicile post-réadaptation fonctionnelle intensive au cours de leur séjour à l'URFI. Cette problématique devrait donc être approfondie au moment du retour à domicile. En effet, dans le cadre de référence qui régit les services de réadaptation fonctionnelle intensive, le CSSS Lucille-Teasdale s'engage auprès de l'ASSSM à prendre en charge l'utilisateur qui réintègre son milieu de vie à la fin de son épisode de réadaptation dans l'objectif d'assurer la continuité des services (ASSSM, 2010). Toutefois, dans le contexte de pratique actuel au CSSS Lucille-Teasdale, la continuité des services pour un usager qui reçoit son congé de l'URFI en vue d'un retour à domicile se limite à une référence qui est adressée au CLSC si un besoin spécifique et prioritaire est ciblé par les professionnels de l'URFI. Par exemple, l'équipe interdisciplinaire de l'URFI réfèrera un usager au CLSC si elle identifie que le risque de chute à domicile peut compromettre le retour dans le milieu de vie. Les professionnels du CLSC sont donc appelés à supporter l'étape du retour à domicile seulement lorsque le risque est imminent.

Dans une approche plus préventive, une intervention visant la réduction du nombre de chutes chez les aînés vivant à domicile a été développée par le MSSS spécifiquement pour le contexte du soutien à domicile afin d'être appliquée par les

professionnels des CLSC. En 2009, le MSSS promeut l'implantation de l'Intervention multifactorielle personnalisée qui s'adresse aux aînés en perte d'autonomie vivant à domicile et présentant un risque de chute élevé (MSSS, 2009). L'objectif de l'Intervention multifactorielle personnalisée est « d'améliorer l'autonomie actuelle des aînés, ou à tout le moins de la maintenir, en contrant les problèmes avant qu'ils ne s'aggravent ou qu'ils ne deviennent chroniques » (MSSS, 2009).

À la lumière de la description de l'Intervention multifactorielle personnalisée, la majorité des usagers qui reçoivent leur congé de l'URFI bénéficierait de ce programme. Toutefois, l'accessibilité à cette intervention comporte certains obstacles. En effet, le processus associé à l'application de ce type d'intervention est complexe et nécessite la coordination de plusieurs professionnels de la santé (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé [Inpes], 2005). Les contraintes budgétaires imposées à la pratique en milieu communautaire au CSSS Lucille-Teasdale limitent les professionnels à offrir seulement les services jugés essentiels au maintien à domicile de la clientèle. Il s'avère donc irréaliste que les CLSC du CSSS Lucille-Teasdale puissent déployer les ressources suffisantes pour offrir l'Intervention multifactorielle personnalisée à l'ensemble de la clientèle présentant un risque de chute à domicile post-réadaptation fonctionnelle intensive. De ce fait, ce ne sont pas tous les usagers référés au CLSC par les professionnels de l'URFI qui auront accès à l'Intervention multifactorielle personnalisée. Pour appuyer cette réalité, rappelons que des études abondent dans le même sens, en recommandant de proposer ce type d'intervention seulement aux personnes les plus vulnérables étant donné les contraintes qui y sont associées (Inpes, 2005).

Les usagers du CSSS Lucille-Teasdale reçoivent donc des interventions en matière de prévention des chutes à domicile post-réadaptation fonctionnelle intensive en fonction des priorités établies par l'établissement. Tel que décrit, les interventions proposées par le CSSS Lucille-Teasdale sont offertes en parallèle par les établissements impliqués auprès de la clientèle, soit l'URFI et le CLSC. On peut donc

comprendre que ces deux milieux travaillent en silos en ce qui concerne la prévention des chutes à domicile chez la clientèle qui participe à un processus de réadaptation et ce, malgré que le MSSS recommande que les interventions s'inscrivent dans un continuum de services. Cette notion renvoie autant à la continuité qu'à la complémentarité des services (MSSS, 2009). Il serait donc souhaitable que des interventions visant la prévention des chutes à domicile soient offertes aux aînés dès leur séjour à l'URFI et ce, dans un souci de continuité avec celles qui seront potentiellement offertes par le CLSC, de façon à être complémentaires. Actuellement, le MSSS encourage cette complémentarité entre les actions des milieux curatifs (de soins et de réadaptation) et des milieux communautaires mais, à ce jour, il n'identifie aucun programme en prévention des chutes, en partie assuré par les professionnels des milieux de réadaptation, prêt à être implanté dans le continuum de services tel qu'il le conçoit (MSSS, 2009). La liberté d'action est donc remise aux établissements de réadaptation pour le développement d'interventions pertinentes au continuum de services en prévention des chutes à domicile chez les aînés.

Afin de répondre à la proposition du MSSS, il serait pertinent que le CSSS Lucille-Teasdale offre un programme de prévention des chutes à domicile post-réadaptation fonctionnelle intensive. Dans le cadre de ce programme, dès le séjour de la clientèle à l'URFI, les facteurs de risque de chute à domicile pourraient être dépistés et des interventions visant à réduire leur impact pourraient être proposées. Par la suite, ces interventions seraient poursuivies par les intervenants du CLSC à la lumière de recommandations émises par les professionnels de l'URFI. Cet exemple permet de mieux illustrer comment un programme soutenu par les milieux de réadaptation peut s'inscrire dans le continuum de services en prévention des chutes à domicile. L'état des connaissances sur le sujet sera présenté dans la section suivante en vue de poursuivre cette idée.

DEUXIÈME CHAPITRE

L'ÉTAT DES CONNAISSANCES

Ce chapitre vise à faire le point sur l'état des connaissances concernant les chutes à domicile post-réadaptation fonctionnelle intensive et sur les meilleures pratiques de prévention.

2.1 LA CHUTE À DOMICILE POST-RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE

La chute à domicile est un phénomène qui a fait l'objet de plusieurs études. Un grand nombre de chercheurs définissent la chute en des termes qui se rallient à la définition proposée par le MSSS en 2004 dans son cadre de référence visant la prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile. Dans cet ouvrage, le MSSS (2004) définit la chute comme « un événement multifactoriel associé à un ou plusieurs facteurs de risque » regroupés sous trois grandes catégories qui sont soit les facteurs de risque liés à l'individu, à ses comportements ainsi qu'à son environnement (MSSS, 2009). Les facteurs de risque liés à l'individu correspondent aux conditions de santé qui peuvent influencer le risque de chute des aînés, par exemple les maladies chroniques, les déficits cognitifs, l'incontinence urinaire et les médicaments (MSSS, 2009). Les facteurs comportementaux incluent les habitudes de vie de la personne et ses comportements à risque tandis que les facteurs environnementaux réfèrent à l'aménagement domiciliaire (MSSS, 2009). De façon générale, la chute chez l'aîné résulte d'une interaction complexe entre ces facteurs (MSSS, 2009) et survient, dans 70 % des cas, au domicile de la personne (MSSS, 2012).

La chute entraîne des conséquences d'ordre physique et psychologique pour le chuteur et ce, à différents niveaux (Haines *et al.*, 2004). Chaque année, au Québec, un grand nombre de personnes âgées se blessent en chutant. Des conséquences

physiques, telle une fracture, peuvent limiter les aînés dans leurs activités courantes et même mener à une hospitalisation (MSSS, 2012). Au Québec, en 2008, 7 % de l'ensemble des hospitalisations chez les personnes âgées de 65 ans et plus ont été attribués aux chutes (MSSS, 2012). Les chutes ont également des conséquences sur la santé psychologique des aînés; par exemple, elles peuvent entraîner une perte d'autonomie, une peur de chuter à nouveau et un plus grand isolement (MSSS, 2012).

La chute est une réalité pour plusieurs usagers qui ont quitté l'URFI et qui poursuivent leur processus de réadaptation en reprenant leurs activités quotidiennes à domicile (Worley *et al.*, 2010). En effet, plus du tiers de cette clientèle chutera au cours des trois mois suivant leur retour dans leur milieu de vie et près de 20 % d'entre eux chuteront plus d'une fois (Worley *et al.*, 2010). Malgré l'ampleur de ce phénomène, il s'agit d'une réalité qui n'est pas fréquemment abordée dans la littérature scientifique et peu d'auteurs tentent d'en faire l'explication.

Worley et ses collaborateurs (2010) affirment que la nature du diagnostic qui a mené l'utilisateur vers un milieu de réadaptation influence la fréquence des chutes à domicile à la suite du séjour. En effet, le nombre de chutes à domicile est plus élevé chez les usagers qui ont participé à une réadaptation en raison d'affections neurologiques, de fractures, d'atteintes du rachis, de maladies dégénératives et inflammatoires ou de déconditionnement (Worley *et al.*, 2010). De plus, cette étude soutient que le risque de chute à domicile post-réadaptation est plus élevé chez les usagers qui présentent un faible niveau d'autonomie dans leurs activités quotidiennes au moment de réintégrer leur domicile (Worley *et al.*, 2010). Il est possible de faire un parallèle entre ce que cette étude avance et ce qui est observé dans la pratique clinique au CSSS Lucille-Teasdale. Tout d'abord, les principaux diagnostics qui ont conduit les usagers en réadaptation à l'URFI correspondent à ceux des participants de l'étude de Worley et ses collaborateurs (2010), mis à part les affections neurologiques. De plus, à la suite du séjour en réadaptation fonctionnelle intensive, il est commun d'observer que le niveau d'autonomie de l'utilisateur est plus faible

qu'avant son hospitalisation en raison de certaines capacités physiques qui demeureront limitées dans les premières semaines suivant le retour à domicile. Plusieurs usagers devront même poursuivre leur réadaptation physique en recevant des services ambulatoires. D'autres facteurs associés au portrait de la population du territoire du CSSS Lucille-Teasdale peuvent également soutenir l'explication du phénomène des chutes à domicile post-réadaptation fonctionnelle intensive. L'isolement des usagers et leur faible revenu sont deux éléments qui peuvent avoir une influence sur la problématique (CSSS Lucille-Teasdale, 2009). En effet, la majorité des personnes qui quittent l'URFI devront assurer seules leurs activités courantes et ne pourront se procurer les aides techniques recommandées malgré les risques de chute encourus par ces comportements.

2.2 LES MEILLEURES PRATIQUES EN PRÉVENTION DES CHUTES

2.2.1 Les interventions multifactorielles et personnalisées

Les interventions multifactorielles et personnalisées, tel que celle proposée par le MSSS en 2009 décrite dans le chapitre précédent, sont associées à une approche clinique qui s'appuie sur la prémisse que « la probabilité de tomber dépend du nombre de facteurs de risque et que le dépistage et le traitement de ces facteurs peuvent conduire à la diminution des chutes » (MSSS, 2004). Cette stratégie d'intervention s'adresse aux aînés en perte d'autonomie et consiste en une évaluation multifactorielle du risque de chute chez l'aîné afin de lui prescrire un plan d'intervention individualisé (MSSS, 2004). Actuellement, l'approche multifactorielle et personnalisée est adoptée par la majorité des programmes de prévention des chutes offerts à la clientèle gériatrique.

Dans ses plus récents travaux, le groupe Cochrane (2012) s'est penché sur les interventions visant la prévention des chutes chez les aînés vivant à domicile. Les données actuelles rapportées dans cette publication démontrent que les interventions

multifactorielles et personnalisées réduisent le nombre de chutes chez les aînés vivant dans la communauté. Cette approche a également été adoptée par les établissements de santé qui offrent des services aux personnes âgées hospitalisées ou hébergées (Oliver, Healey, et Haines, 2010).

2.2.2 Les meilleures pratiques en prévention des chutes en milieu de réadaptation

Les meilleures pratiques de prévention des chutes en milieu de réadaptation sont décrites dans la littérature et sont basées sur l'approche multifactorielle et personnalisée. Ces pratiques sont habituellement présentées sous forme d'un programme destiné aux équipes interdisciplinaires des établissements de réadaptation qui vise à réduire les chutes au cours du séjour de la clientèle. De façon générale, il est suggéré d'offrir aux usagers des interventions interdisciplinaires et personnalisées qui reposent sur une évaluation multifactorielle du risque de chute effectuée lors du séjour en réadaptation. (Åberg, Lundin-Olsson et Rosendahl, 2009; Vassallo, Vignaraja, Sharma, Hallam, Binns, Briggs, Ross et Allen, 2004). L'application de ce type de programme dans les milieux de réadaptation gériatrique est appuyée par la littérature puisque son efficacité a été démontrée pour prévenir les chutes lors des séjours en réadaptation (Stenvall, Olofsson, Lundström, Englund, Brossén, Svensson, Nyberg et Gustafson, 2007). Par ailleurs, bien que l'efficacité de ce type de programme ait été démontrée afin de réduire les chutes au moment où la clientèle séjourne en milieu de réadaptation, il a été prouvé que ces bienfaits ne sont pas transposables lorsque les usagers réintègrent leur milieu de vie. En effet, les interventions proposées à la clientèle au cours du séjour en réadaptation n'ont aucun impact sur le risque de chute à domicile post-réadaptation fonctionnelle intensive (Berggren, Stenvall, Olofsson et Gustafson, 2008). Ceci s'explique notamment par le fait que les interventions en prévention des chutes doivent tenir compte du quotidien du patient, c'est-à-dire de son environnement et de ses habitudes de vie (Berggren *et al.*, 2008).

2.2.3 Les meilleures pratiques en prévention des chutes à domicile

L'état des connaissances sur la prévention des chutes à domicile post-réadaptation fonctionnelle intensive démontre que très peu d'études de qualité ont été réalisées sur le sujet. Cependant, plusieurs chercheurs se sont intéressés à la prévention des chutes chez les aînés vivant à domicile. Bien qu'elles ne correspondent pas exactement à la clientèle post-réadaptation fonctionnelle, ces connaissances s'avèrent tout de même être pertinentes pour la problématique ciblée, étant donné que les usagers de l'URFI réintégreront leur domicile et seront confrontés aux enjeux qu'il présente.

En 2005, au terme d'une analyse de la littérature scientifique et d'une réflexion collective, l'Inpes publia le premier référentiel francophone de bonnes pratiques concernant la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile. Il est destiné à être un manuel de référence clinique et s'adresse aux intervenants qui travaillent directement auprès des aînés vivant à domicile (Inpes, 2005). Ce référentiel a été élaboré par un groupe de travail composé d'intervenants et d'experts en santé publique et en gérontologie provenant de Belgique, de France, du Québec et de Suisse. De par son approche, il a servi de référence principale au MSSS lors du développement de l'Intervention multifactorielle personnalisée en 2009 et il demeure un document pertinent pour guider les interventions en prévention des chutes chez les aînés vivant à domicile.

L'évaluation multifactorielle

Premièrement, les auteurs du référentiel publié par l'Inpes (2005) déconseillent de mettre en place un programme de prévention des chutes non personnalisé destiné à l'ensemble des aînés vivant à domicile. Ils recommandent plutôt de tenir compte du profil de risque de chute de chaque usager en complétant une évaluation multifactorielle en interdisciplinarité (Inpes, 2005).

Pour l'identification des facteurs de risque de chute, l'Inpes (2005) propose une classification semblable à celle utilisée par le MSSS (2004) dans son cadre de référence destiné à la prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile. Il s'agit des facteurs de risque de chute individuels, comportementaux et environnementaux. Toutefois, le dépistage de ces facteurs chez la clientèle peut s'avérer complexe.

En effet, dans la même ligne de pensée que le MSSS, les auteurs du référentiel soutiennent que « les chutes sont le résultat d'une constellation de facteurs complexes et interdépendants » (Inpes, 2005). Depuis les années 80, plus de 400 facteurs de risque ont été identifiés par les chercheurs (Inpes, 2005). Toutefois, l'importance relative de chacun sur le risque de chute n'est pas bien définie (Inpes, 2005). De fait, très peu d'études ont tenté d'établir le niveau d'association entre la plupart des facteurs comportementaux et la chute (Inpes, 2005). Il en est de même pour les facteurs environnementaux (Inpes, 2005). Toutefois, le manque de connaissance sur l'impact de ces facteurs ne suppose pas qu'ils doivent être négligés lors de l'évaluation multifactorielle (Inpes, 2005). Ceci illustre le défi des intervenants face à l'évaluation multifactorielle du risque de chute étant donné qu'ils ont à considérer l'ensemble des facteurs de risque chez l'aîné.

Dans le cadre de leurs travaux, les auteurs du référentiel de bonnes pratiques ont tout de même tenté de classer, à partir des études scientifiques, les facteurs de risque d'après leur niveau de preuve, c'est-à-dire d'après le niveau de robustesse du lien qui les unit au risque de chute. Premièrement, les facteurs pour lesquels le niveau de preuve a été jugé élevé correspondent aux facteurs dont la relation avec le risque de chute se retrouve de façon constante dans des études satisfaisant aux critères de qualité admis par la communauté scientifique (Inpes, 2005). Ces facteurs sont : l'âge avancé, le sexe féminin, les affections neurologiques, l'altération des facultés cognitives et la démence, l'utilisation de quatre médicaments ou plus, l'utilisation de

psychotrope et les histoires de chute (Inpes, 2005). Deuxièmement, les facteurs à niveau de preuve modéré, c'est-à-dire ceux pour lesquels la relation avec le risque de chute se retrouve souvent dans des études satisfaisant aux critères de qualité admis par la communauté scientifique, sont : les affections de l'appareil locomoteur, le trouble sensoriel, la dépression, l'incontinence urinaire, l'hypotension, la déshydratation ou la dénutrition, l'infection urinaire, l'utilisation de médicaments cardiovasculaires, le port de lunettes inappropriées et la peur de chuter (Inpes, 2005). Finalement, les facteurs à niveau de preuve faible correspondent à ceux pour lesquels la relation avec le risque de chute se retrouve parfois dans des études satisfaisant aux critères de qualité admis par la communauté scientifique (Inpes, 2005). Ils se résument ainsi : l'isolement, le port de chaussures inappropriées, la prise de risque ou la mauvaise utilisation de moyens auxiliaires, la sédentarité, la dénutrition chronique, la carence en micronutriments, la consommation d'alcool et les dangers du domicile (Inpes, 2005). Cette liste de facteurs n'est pas limitative étant donné qu'elle présente les facteurs de risque les plus étudiés. Elle offre toutefois des indications aux cliniciens qui souhaitent réaliser une évaluation multifactorielle du risque de chute auprès des usagers.

Afin que les intervenants puissent atteindre l'objectif de l'évaluation multifactorielle, soit l'identification des facteurs de risque spécifiques à l'utilisateur, le référentiel de bonnes pratiques préconise l'évaluation de quelques facteurs de risque de chute à domicile qui ont été ciblés par le groupe de travail (Inpes, 2005). Tout d'abord, il est fortement recommandé de procéder à l'évaluation des troubles de l'équilibre et de la marche, des pathologies chroniques et aiguës, de la prise de médicament et des dangers du domicile. Par la suite, l'évaluation peut être bonifiée en incluant certains facteurs recommandés par les auteurs soit la prise de risque dans les activités quotidiennes et la peur de tomber. Finalement, afin de conclure l'évaluation les auteurs ont identifiés quelques facteurs prometteurs à inclure dans l'évaluation : la dénutrition chronique et les carences vitaminiques ainsi que la consommation d'alcool.

Les facteurs de risque identifiés par le référentiel de bonnes pratiques ne sont pas tous modifiables ou le sont difficilement, mais ils donnent des indications aux cliniciens sur les facteurs à considérer afin de définir le profil de risque de chute de la clientèle (Inpes, 2005).

Le plan d'intervention personnalisé

Appuyé par un relatif consensus sur l'état des connaissances, les auteurs du référentiel de bonnes pratiques publié par l'Inpes (2005) recommandent de proposer à l'aîné un plan d'intervention personnalisé basé sur l'évaluation multifactorielle du risque de chute. Le plan d'intervention doit se composer d'interventions multifactorielles et personnalisées qui visent à minimiser l'impact ou à éliminer les facteurs de risque détectés (Inpes, 2005). Ce type de stratégie requiert un travail interdisciplinaire afin d'offrir à la clientèle des interventions diversifiées (MSSS, 2004).

L'importance de proposer aux aînés un plan d'intervention personnalisé est démontrée dans les écrits. Cependant, les auteurs du référentiel affirment que la littérature offre peu d'indications sur le contenu optimal des interventions multifactorielles et personnalisées à offrir aux aînés et sur les façons de les mettre en place pour obtenir les meilleurs résultats (Inpes, 2005). L'efficacité de certaines interventions portant sur des facteurs de risque liés aux caractéristiques de l'individu a été démontrée de façon récurrente par des chercheurs. Par exemple, dans sa publication, le groupe Cochrane (2012) affirme que l'application d'un programme d'exercices à domicile contenant des exercices d'équilibre et de musculation réduit le risque de chute chez les aînés. Par ailleurs, dans la littérature, on trouve peu de preuves concernant les stratégies efficaces pour agir sur les facteurs comportementaux et environnementaux (Inpes, 2005).

Le succès du plan d'intervention personnalisé visant la prévention des chutes à domicile est grandement influencé par l'engagement et la participation de l'utilisateur aux interventions proposées. De plus, le suivi du plan d'intervention s'avère être une étape indispensable et incontournable dans un programme de prévention des chutes à domicile. D'après les auteurs du référentiel de bonnes pratiques publié par l'Inpes (2005), ce suivi doit « encourager le maintien des comportements favorables à la sécurité, vérifier les changements mis en œuvre par la personne et prévenir les situations à risque ». De cette façon, les intervenants peuvent s'assurer de la compréhension des informations transmises et de la motivation de l'aîné (Inpes, 2005).

2.2.4 Le continuum de services intégrés

Dans son cadre de référence destiné à la prévention des chutes s'adressant aux gestionnaires et aux planificateurs du réseau de la santé, le MSSS (2004) spécifie que les interventions offertes en matière de prévention des chutes doivent s'inscrire dans un continuum de services. Cette recommandation oblige les établissements à passer de la juxtaposition à l'intégration des services ce qui suscite la collaboration de tous les intervenants de manière à « favoriser une prestation de soins et de services continus » (MSSS, 2001). Le continuum de services intégrés implique que la responsabilité complète des services de santé et des services sociaux de la population âgée d'un territoire est remise au CSSS.

TROISIÈME CHAPITRE

LES OBJECTIFS

L'état des connaissances permet de dégager certains principes généraux en prévention des chutes chez les aînés vivant à domicile qui pourraient être pertinents à la problématique des chutes post-réadaptation fonctionnelle intensive dans le contexte du CSSS Lucille-Teasdale. En effet, un dépistage multifactoriel du risque de chute à domicile suivie d'interventions personnalisées visant à réduire l'impact des facteurs de risque serait bénéfique pour la prévention des chutes à domicile chez la clientèle ayant participé à une réadaptation fonctionnelle intensive. Ce type de programme devra s'inscrire dans un continuum de services intégrés en prévention des chutes de façon à ce que les interventions débutées à l'URFI soient poursuivies par le CLSC au moment où l'utilisateur réintègrera son milieu de vie. Le projet d'innovation proposé repose donc sur le besoin d'un programme de prévention des chutes à domicile multifactoriel et personnalisé en fonction du profil de risque de l'aîné admis en réadaptation fonctionnelle intensive et s'inscrivant dans un continuum de services intégrés.

3.1 L'OBJECTIF GÉNÉRAL

L'objectif général du projet d'innovation est de développer une intervention multifactorielle et personnalisée visant la prévention des chutes à domicile pour la clientèle ayant participé à une réadaptation fonctionnelle intensive, et qui s'articulerait dans un continuum de services intégrés.

3.2 LES OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Les objectifs spécifiques du projet d'innovation sont :

1. Identifier les facteurs de risque fortement associés aux chutes à domicile chez les aînés;
2. Développer un outil de dépistage des facteurs de risque de chute à domicile pour la clientèle en réadaptation fonctionnelle intensive;
3. Identifier des interventions personnalisées ciblant les facteurs de risque de chute à domicile dépistés chez la clientèle en réadaptation fonctionnelle intensive et s'inscrivant dans un continuum de services intégrés ainsi que des stratégies visant à optimiser la continuité des services entre l'URFI et le CLSC;
4. Concevoir un programme de prévention des chutes à domicile post-réadaptation fonctionnelle intensive destiné à la clientèle de l'URFI du CSSS Lucille-Teasdale.

QUATRIÈME CHAPITRE

LA MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre aborde la méthodologie qui a permis de réaliser le projet d'innovation. Le devis du projet est de type qualitatif et repose sur une approche collaborative. Une démarche de co-construction, supposant la collaboration des professionnels du CSSS Lucille-Teasdale tout au long du processus de développement, a été retenue pour la réalisation du projet d'innovation (Desgagné, 1997). Ce type de démarche a certes apporté des modifications aux lignes directrices de départ qui devaient conduire à l'achèvement du projet. Afin d'assurer la rigueur de la démarche poursuivie, la tenue d'un journal de bord s'est avérée nécessaire tout au long de la collecte et de l'analyse des données. En effet, tel que spécifié par Baribeau (2005), ce journal de bord a permis de consigner les faits, les pensées et les choix dans le but de se souvenir des événements. Il est donc un instrument essentiel pour assurer la validité interne et externe du processus (Baribeau, 2005).

Le projet d'innovation a pu être réalisé grâce à une série d'étapes qui a conduit à l'atteinte de chacun des quatre objectifs spécifiques du projet d'innovation. Les étapes du projet se sont succédées dans la séquence présentée dans les sections qui suivent puisque les données recueillies à chacune des étapes ont été préalables à la réalisation des étapes suivantes.

4.1 ÉTAPE 1 : LISTER LES FACTEURS DE RISQUE DE CHUTE À DOMICILE CHEZ LES AÎNÉS

4.1.1 Sources et stratégies de recherche

Afin de présenter une liste préliminaire de facteurs de risque de chute à domicile chez les aînés, une revue de littérature sur le sujet a premièrement été réalisée en suivant la démarche présentée dans cette section. Tout d'abord, les

banques de données CINAHL, EBM Reviews, PubMed et MEDLINE ont été interrogées en combinant les mots-clés suivants : *risk factors*, *predictors*, *fall*, *risk of falling*, *community-dwelling* et *home environment*. La stratégie de recherche a été bonifiée par l'application de limites lors de la consultation des banques de données, soit : l'âge (65 ans et plus), la langue (français et anglais), l'année de publication (de 2000 à 2012) et le type de source (journaux académiques et journaux revus par les pairs). En plus des banques de données, d'autres sources documentaires ont également été consultées. Tout d'abord, Google Scholar a été interrogé en employant les mêmes mots-clés qui ont servi à questionner les banques de données. De plus, quelques sites Internet pertinents ont été visités. Le site Internet du MSSS, qui propose des liens directs vers des documents ministériels au sujet de la prévention des chutes, a été consulté ainsi que les sites Internet du National Institute for Health and clinical Excellence et du Guidelines Advisory Committee qui offrent des lignes directrices sur différents sujets.

4.1.2 Sélection des facteurs de risque de chute à domicile

La revue de littérature a permis de recueillir plusieurs données concernant les facteurs de risque de chute à domicile chez les aînés. À partir de ces informations, des critères de sélection ont été appliqués afin de répertorier les facteurs de risque de chute à domicile chez les aînés qui allaient constituer la liste préliminaire. Pour être sélectionnés, les facteurs de risque devaient provenir a) d'articles scientifiques de qualité métrologique satisfaisante ou b) de guides de pratique élaborés par des organismes reconnus.

4.2 ÉTAPE 2 : IDENTIFIER LES FACTEURS DE RISQUE FORTEMENT ASSOCIÉS AUX CHUTES À DOMICILE CHEZ LES AÎNÉS

4.2.1 Collecte de données

La première étape a permis de faire ressortir une liste de facteurs de risque de chute à domicile chez les aînés. La revue de littérature a également mis en lumière quelques facteurs, dont l'association avec le risque de chute à domicile a déjà été démontrée. Cependant, pour d'autres facteurs, la littérature ne peut établir à ce jour, leur niveau d'association avec les chutes à domicile. Pour le définir, une collecte de données en employant la technique du groupe nominal a été réalisée.

Justification de la méthode

À cette étape, l'objectif poursuivi est d'identifier les facteurs de risque qui sont fortement associés aux chutes à domicile parmi la liste de facteurs pour lesquels le degré d'association avec les chutes demeure méconnu. La technique du groupe nominal est une méthode de collecte de données qui se prête parfaitement à ce genre de situation. En effet, le but est d'émettre une opinion sur des éléments déjà connus de la littérature et d'obtenir un consensus sur le sujet, et ce, en prévenant les influences directes entre les participants (Doré, 2011).

Recrutement des participants

Afin d'adhérer à l'approche collaborative et de favoriser l'appropriation du projet d'innovation chez les professionnels du CSSS Lucille-Teasdale, le recrutement de participants s'est déroulé chez les intervenants de l'établissement. À cette étape, la participation de huit à dix professionnels était souhaitée. Le temps alloué par les gestionnaires du CSSS Lucille-Teasdale pour la tenue du groupe nominal était de deux heures. Les participants recherchés devaient présenter une expertise dans le domaine des chutes à domicile étant donné l'objet sur lequel ils allaient être

interrogés. De façon plus spécifique, les critères de sélection suivants ont été appliqués a) pratiquer comme ergothérapeute ou physiothérapeute dans un des trois CLSC du CSSS Lucille-Teasdale; b) intervenir de façon régulière auprès de la clientèle âgée à risque de chute à domicile. De plus, une représentation des deux professions et des trois établissements était souhaitée. Les critères de sélection ont été transmis aux gestionnaires des CLSC qui ont ciblé les professionnels parmi les volontaires.

Instrumentation

À partir des résultats obtenus à l'étape précédente, une liste de facteurs de risque dont le niveau d'association avec les chutes à domicile demeure méconnu a été élaborée. Cette liste a été bonifiée en y indiquant une brève description tirée de la littérature pour chacun des facteurs de risque présentés. Cette stratégie a été mise en place afin de s'assurer d'une compréhension des facteurs de risque uniforme pour l'ensemble des participants. De plus, les facteurs ont été présentés en ordre alphabétique. Cette façon de procéder visait à éviter toute suggestion à l'opinion des participants. Cette liste se retrouve à l'annexe A.

Déroulement

Le groupe nominal s'est déroulé sur une période de deux heures le 17 décembre 2012. L'animation du groupe a été assurée par l'étudiante qui développe le projet d'innovation. Dans un premier temps, les participants ont pris connaissance de la liste des facteurs de risque dont le degré d'association avec les chutes à domicile est méconnu. Au besoin, des précisions ont été apportées par rapport à la description des facteurs de risque présentés. Dans un deuxième temps, la question nominale suivante a été adressée au groupe : D'après vous, parmi la liste de facteurs de risque, quels sont ceux qui sont fortement associés aux chutes à domicile chez les aînés? De manière individuelle, les participants ont identifié ces facteurs par écrit. Dans un

troisième temps, à tour de rôle les participants ont transmis leur réponse à l'ensemble du groupe. L'animatrice a colligé ces facteurs dans un tableau qui a servi de support visuel à l'activité. Dans un quatrième temps, les facteurs de risque pour lesquels les votes étaient divisés ont été discutés en groupe de façon à favoriser le consensus. Finalement, les participants ont été appelés à voter à nouveau afin d'identifier les facteurs de risque fortement associés aux chutes à domicile. Les résultats du groupe nominal ont été obtenus directement à la fin de la session et ces données n'ont pas eu à être analysées.

4.3 ÉTAPE 3 : VALIDER LA LISTE DE FACTEURS DE RISQUE FORTEMENT ASSOCIÉS AUX CHUTES À DOMICILE CHEZ LES AÎNÉS

4.3.1 Collecte de donnée

Les facteurs de risque fortement associés aux chutes à domicile identifiés dans la littérature et obtenus par la technique du groupe nominal ont été regroupés dans une seule liste. Cette liste a été soumise à un expert à des fins de validation de son contenu. Cette étape s'est avérée requise en raison de commentaires obtenus au moment du groupe nominal, les participants ayant soulevé une inquiétude à émettre leur opinion sur l'importance de certains facteurs de risque de chute à domicile.

Recrutement

L'expert a été identifié en raison de sa notoriété dans le domaine de la prévention des chutes à domicile chez les aînés. Il a ensuite été sollicité par courriel à participer à cette étape du projet d'innovation. Dans ce courriel d'invitation, le projet d'innovation lui a brièvement été présenté ainsi que les attentes face à son implication dans le projet. L'expert identifié a rapidement démontré son intérêt à collaborer à cette étape de validation.

Déroulement

Un nouveau courriel a été acheminé à l'expert dans lequel la liste de facteurs de risque présentée à l'annexe B lui a été transmise, accompagnée de la question suivante : D'après vous, est-ce que certains facteurs de risque de chute à domicile jugés importants sont absents de la liste? Si oui, lesquels? La réponse a été obtenue au cours de la semaine suivante. Les commentaires reçus par courriel ont été conservés et ont permis de bonifier la liste de facteurs de risque fortement associés aux chutes à domicile chez les aînés.

4.4 ÉTAPE 4 : DÉVELOPPER UNE VERSION PRÉLIMINAIRE DE L'OUTIL DE DÉPISTAGE DES FACTEURS DE RISQUE DE CHUTE À DOMICILE POUR LA CLIENTÈLE EN RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE

La version préliminaire de l'outil de dépistage des facteurs de risque de chute à domicile pour la clientèle en réadaptation fonctionnelle intensive a été conçue dans la perspective d'être destinée à l'usage des professionnels de l'URFI. Ces derniers l'administreront à l'ensemble des usagers au cours de leur séjour afin de procéder à une évaluation multifactorielle du risque de chute à domicile. Afin de développer l'outil de dépistage, son contenu a d'abord été sélectionné puis sa forme élaborée.

4.4.1 Sélection du contenu

Deux critères ont permis de sélectionner les facteurs de risque de chute à domicile qui allaient composer l'outil de dépistage. Tout d'abord, les facteurs de risque choisis devaient a) être fortement associés aux chutes à domicile chez les aînés et b) être modifiables par des interventions spécifiques. Le second critère a été identifié à partir des commentaires obtenus de l'expert interrogé à la troisième étape du projet. L'idée a été retenue étant donné l'objectif de l'outil de dépistage d'émettre un plan d'intervention ciblant les facteurs de risque dépistés pour lesquels il est

possible d'agir en modifiant soit les comportements de l'utilisateur ou son environnement.

4.4.2 Choix de la forme

Étant donné que l'outil de dépistage allait être administré à l'ensemble de la clientèle de l'URFI, il se devait d'être a) convivial et b) facile d'utilisation pour les professionnels. De plus, la formulation de chacun des items de l'outil devait être claire et ne laisser place à aucune interprétation de façon à uniformiser son utilisation entre les différents professionnels. Une brève explication devait donc accompagner chacun des facteurs de risque de l'outil.

4.5 ÉTAPE 5 : VALIDER LA VERSION PRÉLIMINAIRE DE L'OUTIL DE DÉPISTAGE DES FACTEURS DE RISQUE DE CHUTE À DOMICILE POUR LA CLIENTÈLE EN RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE

4.5.1 Collecte de données

La version préliminaire de l'outil de dépistage des facteurs de risque de chute à domicile pour la clientèle en réadaptation fonctionnelle intensive a été soumise à une étape de validation afin d'être bonifiée par les commentaires des futurs utilisateurs. L'objectif de la validation était de recueillir des suggestions concernant la formulation des items de l'outil, soit les facteurs de risque de chute à domicile déjà identifiés aux étapes précédentes.

Recrutement des participants

Étant donné que l'outil de dépistage est destiné à l'usage des professionnels de l'URFI, ces derniers ont été sollicités pour participer à son étape de validation. Avec l'accord de la chef de programme, le recrutement s'est déroulé lors d'une rencontre

d'équipe en sollicitant directement les professionnels. La participation de huit à dix membres de l'équipe interdisciplinaire était souhaitée de façon à recueillir des commentaires représentatifs de l'ensemble de l'équipe. De plus, le recrutement de participants de différentes disciplines a été priorisé.

Déroulement

Un questionnaire présenté à l'annexe C a été remis à chacun des participants ainsi qu'une copie de la version préliminaire de l'outil de dépistage des facteurs de risque de chute à domicile pour la clientèle en réadaptation fonctionnelle intensive. La question qui leur a été adressée est la suivante : Quelles sont vos suggestions pour améliorer la formulation des items inclus dans l'outil? Les participants ont eu deux semaines pour répondre au questionnaire. Après une semaine, un rappel leur a été acheminé par courriel. Les questionnaires ont été remplis de façon anonyme puis remis à la chef de programme de manière à préserver l'anonymat des répondants. Les commentaires recueillis ont été regroupés dans le but d'améliorer la formulation des items de l'outil.

4.6 ÉTAPE 6 : IDENTIFIER DES INTERVENTIONS PERSONNALISÉES CIBLANT LES FACTEUR DE RISQUE DE CHUTE À DOMICILE DÉPISTÉS CHEZ LA CLIENTÈLE EN RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE ET S'INSCRIVANT DANS UN CONTINUUM DE SERVICES INTÉGRÉS AINSI QUE DES STRATÉGIES VISANT À OPTIMISER LA CONTINUITÉ DES SERVICES ENTRE L'URFI ET LE CLSC

4.6.1 Collecte de données

De façon à suivre les meilleures pratiques, des interventions personnalisées devront être offertes à la clientèle en réadaptation fonctionnelle intensive en fonction de leur profil de risque de chute à domicile, obtenu grâce à l'administration de l'outil de dépistage développé aux étapes précédentes. Ces interventions devront être

offertes dès le séjour à l'URFI et être poursuivies par le CLSC au moment du retour à domicile de l'usager de façon à s'inscrire dans un continuum de services intégrés. De plus, des stratégies qui facilitent la continuité des services devront être mises de l'avant par le CSSS Lucille-Teasdale. Actuellement, la littérature offre très peu de connaissances sur ces sujets. Afin de recueillir ces données, la méthode du focus groupe, auquel a participé des professionnels de l'URFI et des CLSC du CSSS Lucille-Teasdale, a été retenue.

Justification de la méthode

Étant donné les connaissances restreintes concernant les interventions personnalisées ciblant les facteurs de risque de chute à domicile chez la clientèle en réadaptation fonctionnelle intensive et sur les stratégies à mettre en place pour assurer la continuité des services, la méthode du focus groupe s'est avérée la plus pertinente afin de faire émerger de nouvelles idées sur ces sujets. En effet, le focus groupe est une méthode qui permet de recueillir simultanément les opinions de plusieurs personnes (Doré, 2011) et ce, en utilisant explicitement l'interaction entre les participants (Kitzinger, Markovà et Kalampalikis, 2004). De plus, le projet d'innovation étant ancré dans une démarche de co-construction, la méthode de collecte de données devait permettre d'identifier des solutions partagées par l'ensemble des participants. Tel que soutenu par Baribeau (2009), dans le cadre de ce type de recherche, le focus groupe revêt un caractère spécial qui mène souvent les participants à faire des choix.

Recrutement des participants

Afin que les données recueillies représentent l'opinion des deux milieux de pratique impliqués auprès de la clientèle visée par le projet d'innovation, soit l'URFI et les CLSC, le recrutement des participants s'est fait à partir des professionnels des deux programmes. De plus, il était souhaité que l'ensemble des disciplines qui auront

potentiellement à offrir des interventions visant la prévention des chutes à domicile à la clientèle soient représentées lors du focus groupe. Par souci de continuité, les professionnels qui s'étaient déjà impliqués dans les étapes antérieures du projet ont été priorités dans le recrutement. Le tableau 1 expose la composition du groupe recherché, en présentant les disciplines des professionnels qui ont été approchés et leur milieu de pratique.

Tableau 1
Composition souhaitée du focus groupe

Professionnels de l'URFI	Professionnels des CLSC
Ergothérapeute	Ergothérapeute
Infirmière	Infirmière
Médecin	Nutritionniste
Nutritionniste	Physiothérapeute
Pharmacien	
Physiothérapeute	
Thérapeute en réadaptation physique	

Le nombre de participants souhaité, soit 11, correspond aux standards pour la constitution d'un focus groupe. Baribeau (2009) spécifie que « tous les manuels apportent des précisions, parfois contradictoires il faut le souligner, quant à la constitution de l'échantillon. Le nombre de personnes par groupe oscille entre 4 et 12, 8 ou 10 étant la moyenne ». Elle souligne également que l'essentiel est de créer les meilleures conditions possibles pour assurer la discussion afin d'obtenir les réponses aux questions de départ. Parfois, tel qu'il est le cas à cette étape du projet, un échantillon intentionnel soutenu par une argumentation est nécessaire (Baribeau, 2009). En tenant compte de l'ensemble de ces critères, le recrutement s'est fait de façon individuelle par contact téléphonique avec l'accord des gestionnaires des deux programmes.

Instrumentation

La maquette de l'entretien de groupe a été préparée puis transmise aux participants une semaine avant la tenue du focus groupe. Pour Van der Maren (2010) cette maquette est « une représentation brève, mais complète, des éléments essentiels dont doivent être informés les futurs participants avant de rencontrer le chercheur ». L'objectif poursuivi est de permettre à l'ensemble du groupe de se préparer aux questions qui leur seront adressées (Van der Maren, 2010). La maquette qui a été transmise aux participants du focus groupe est présentée à l'annexe D. Elle comprend notamment, un bref résumé du projet d'innovation et les principaux thèmes qui seront abordés lors du focus groupe.

En plus de la maquette, les questions destinées à l'animation du focus groupe ont été développées à partir de l'objectif de la collecte de données, soit d'identifier des interventions personnalisées ciblant les facteurs de risque de chute à domicile dépistés chez la clientèle en réadaptation fonctionnelle intensive et s'inscrivant dans un continuum de services intégrés ainsi que des stratégies visant à optimiser la continuité des services entre l'URFI et le CLSC. Avant la tenue du groupe, les questions ont été pré-testées auprès de deux professionnels pratiquant dans les milieux ciblés, l'URFI et le CLSC et ne participant pas au focus groupe. Les questions qui ont servies à la collecte de données sont présentées à l'annexe E.

Déroulement

Le focus groupe s'est déroulé sur une période de trois heures allouées par les gestionnaires du CSSS Lucille-Teasdale, le 7 mars 2013. L'animation a été assurée par l'étudiante du projet à l'aide du canevas de questions préparées et pré-testées. Les principaux thèmes ont été abordés dans l'optique d'obtenir des réponses permettant de concevoir un programme de prévention des chutes post-réadaptation fonctionnelle

intensive. La discussion a été enregistrée avec l'accord des participants et des notes manuscrites ont été prises par l'animatrice sur le contenu des échanges.

4.6.2 Méthode d'analyse

À partir de l'enregistrement et des notes de l'animatrice, un résumé de la discussion a été réalisé dans un bref délai suite au du focus groupe. Ce résumé a été acheminé à l'ensemble du groupe afin d'être validé. Tous les participants ont remis leurs commentaires qui ont permis de bonifier le résumé. Le résumé validé a été utilisé pour l'analyse. La stratégie d'analyse retenue est celle du questionnement analytique puisque plusieurs questions précises se devaient d'être répondues afin d'obtenir des résultats permettant de développer le programme de prévention des chutes post-réadaptation fonctionnelle intensive (Paillé et Mucchielli, 2010). Tel que suggéré par Paillé et Mucchielli (2010), dans un premier temps, l'ensemble des questions auxquelles des réponses étaient attendues ont été couchées sur papier puis ont été développées, subdivisées et complétées pour finalement être utilisées comme canevas d'analyse. Pour y parvenir, l'examen du corpus a été effectué à trois reprises. Le canevas investigatif qui a permis d'analyser le résumé du focus groupe est présenté à l'annexe F.

4.7 ÉTAPE 7 : CONCEVOIR UN PROGRAMME DE PRÉVENTION DES CHUTES À DOMICILE POST-RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE DESTINÉ À LA CLIENTÈLE DE L'URFI DU CSSS LUCILLE-TEASDALE

4.7.1 Sélection du contenu

Le développement du programme de prévention des chutes à domicile post-réadaptation fonctionnelle intensive a reposé sur l'ensemble des résultats obtenus à l'étape précédente en ce qui concerne les interventions personnalisées ciblant les facteurs de risque de chute à domicile dépistés chez la clientèle en réadaptation

fonctionnelle intensive et s'inscrivant dans un continuum de services intégrés ainsi que les stratégies visant à optimiser la continuité des services entre l'URFI et le CLSC. Afin de concevoir un programme pertinent et adapté au contexte de pratique, les résultats obtenus grâce aux focus groupe ont fait l'objet d'une sélection. Tout d'abord, les interventions personnalisées retenues devaient répondre aux critères suivants : a) correspondre aux meilleures pratiques en prévention des chutes, b) être soutenues par la majorité des participants au focus groupe et c) être réalisables dans le contexte de pratique au CSSS Lucille-Teasdale. Ensuite, les stratégies sélectionnées visant la continuité des services entre l'URFI et le CLSC devaient a) être soutenues par la majorité des participants et b) être réalisables dans le contexte de pratique au CSSS Lucille-Teasdale.

4.7.2 Choix de la forme

Lors du focus groupe, les participants ont exprimé certains besoins concernant la forme du programme de prévention des chutes à domicile post-réadaptation fonctionnelle intensive. Lors de la conception, ces exigences ont été prises en compte, soit a) utiliser un outil de référence pour le CLSC et b) être cohérente avec la pratique.

CINQUIÈME CHAPITRE

LES RÉSULTATS

Ce chapitre présente les résultats obtenus à chacune des étapes de développement du projet d'innovation jusqu'à l'obtention du résultat final, soit le programme de prévention des chutes à domicile post-réadaptation fonctionnelle intensive destiné à la clientèle de l'URFI du CSSS Lucille-Teasdale. Pour en faciliter la présentation, les résultats seront donc détaillés en tenant compte de la progression du projet, au fur et à mesure des étapes réalisées

5.1 ÉTAPE 1 : LISTER LES FACTEURS DE RISQUE DE CHUTE À DOMICILE CHEZ LES AÎNÉS

5.1.1 Les facteurs de risque de chute à domicile chez les aînés provenant de la littérature

La revue de littérature au sujet des facteurs de risque de chute à domicile chez les aînés a permis d'identifier un large éventail de facteurs. La documentation dans laquelle ces facteurs de risque étaient présentés a été exposée à des critères de sélection. Au final, ce sont 30 facteurs de risque de chute à domicile chez les aînés qui ont été sélectionnés à partir d'articles scientifiques de qualité méthodologique satisfaisante et de guides de pratique élaborés par des organismes reconnus. Ces facteurs sont présentés par ordre alphabétique dans le tableau 2.

Tableau 2

Facteurs de risque de chute à domicile chez les aînés provenant de la littérature

1	Affections de l'appareil locomoteur	11	Histoire de chute	21	Obstacles dans le domicile
2	Affections neurologiques	12	Hypotension	22	Peur de chuter
3	Âge avancé	13	Incontinence urinaire	23	Polymédication
4	Altération des facultés cognitives et démences	14	Infection	24	Port de chaussures inappropriées
5	Consommation d'alcool	15	Isolement	25	Port de lunettes inappropriées
6	Dénutrition chronique	16	Mauvais éclairage du domicile	26	Prise de risque
7	Dépression	17	Mauvais entretien des lieux	27	Sédentarité
8	Déshydratation et/ou dénutrition aiguë	18	Mauvaise utilisation des moyens auxiliaires	28	Sexe féminin
9	Éléments structureaux du domicile déficients	19	Médicaments cardiovasculaires	29	Troubles de l'équilibre, de la force ou de la marche
10	Environnement non familial	20	Médicaments psychotropes	30	Troubles sensoriels

5.2 ÉTAPE 2 : IDENTIFIER LES FACTEURS DE RISQUE FORTEMENT ASSOCIÉS AUX CHUTES À DOMICILE CHEZ LES AÎNÉS

5.2.1 Les facteurs de risque fortement associés aux chutes à domicile chez les aînés identifiés dans la littérature

Dans la littérature, le degré d'association avec les chutes à domicile est reconnu comme étant élevé pour huit des 30 facteurs de risque de chute à domicile chez les aînés présentés dans la section précédente. Ces facteurs sont les suivants : 1) les affections neurologiques, 2) l'âge avancé, 3) l'altération des facultés cognitives et les démences, 4) les histoires de chute, 5) les médicaments psychotropes, 6) la polymédication, 7) le sexe féminin ainsi que 8) les troubles de l'équilibre, de la force ou de la marche. Pour ce qui est des 22 autres facteurs de risque, la littérature ne précise pas leur degré d'association avec les chutes à domicile et à ce jour, celui-ci

demeure méconnu. Ce sont donc ces facteurs, moins documentés en ce qui a trait à leur degré d'association concernant le risque de chute à domicile, qui ont été soumis aux participants d'un groupe nominal. Le but de ce groupe était d'identifier les facteurs de risque qui, selon leur opinion professionnelle, présenteraient un fort niveau d'association avec les chutes à domicile chez les aînés.

5.2.2 Description des participants pour le groupe nominal

Huit professionnels, ergothérapeutes et physiothérapeutes, pratiquant dans les CLSC du CSSS Lucille-Teasdale ont été recrutés pour participer au groupe nominal. L'ensemble des participants avait au moins deux années d'expérience auprès de la clientèle âgée à risque de chute à domicile. Les deux professions et les trois CLSC du CSSS Lucille-Teasdale ont été représentés lors du groupe nominal, comme le présente le tableau 3.

Tableau 3

Composition du groupe nominal

CLSC	Nombre de professionnels recrutés	
	Ergothérapeute	Physiothérapeute
de Hochelaga-Maisonneuve	1	1
Olivier-Guimond	1	3
de Rosemont	1	1

5.2.3 Les facteurs de risque fortement associés aux chutes à domicile chez les aînés identifiés par le groupe nominal

Parmi les 22 facteurs de risque soumis au groupe nominal, plusieurs d'entre eux ont été identifiés comme étant fortement associés aux chutes à domicile chez les aînés. Tout d'abord, six facteurs de risque ont été sélectionnés sans qu'aucune modification ne leur soit apportée, à savoir 1) les affections de l'appareil locomoteur, 2) la consommation d'alcool, 3) l'hypotension, 4) la mauvaise utilisation de moyens auxiliaires, 5) la prise de risque et 6) les troubles sensoriels. Ensuite, quatre facteurs

de risque, soit 1) les éléments structuraux du domicile déficients, 2) le mauvais éclairage du domicile, 3) le mauvais entretien des lieux et 4) les obstacles dans le domicile ont été regroupés sous un seul thème correspondant aux dangers de l'environnement domiciliaire. Ce thème a été identifié comme étant le septième facteur de risque fortement associé aux chutes à domicile chez les aînés. Finalement, un huitième facteur de risque a été sélectionné par les participants, soit le déconditionnement physique. Bien que ce facteur de risque ne se retrouve pas comme tel dans la liste de facteurs soumis au groupe nominal, les participants ont choisi à l'unanimité de l'associer à la description suivante : une activité physique insuffisante ou une inactivité physique qui se rapportait au départ, au facteur de la sédentarité. Au final, ce sont donc huit facteurs de risque qui ont fait l'objet d'un consensus entre les participants du groupe nominal comme étant fortement associés aux chutes à domicile chez les aînés.

Lors de la séance du groupe nominal, les participants ont soulevé une inquiétude concernant leur capacité à émettre une opinion valable sur certains facteurs de risque de chute qui leur ont été présentés, dont la dénutrition chronique, la déshydratation et/ou la dénutrition aiguë et les médicaments cardiovasculaires.

5.3 ÉTAPE 3 : VALIDER LA LISTE DE FACTEURS DE RISQUE FORTEMENT ASSOCIÉS AUX CHUTES À DOMICILE CHEZ LES AÎNÉS

5.3.1 Les facteurs de risque fortement associés aux chutes à domicile identifiés par un expert

Un expert dans le domaine de la prévention des chutes à domicile chez les aînés a validé le contenu de la liste de facteurs de risque fortement associée aux chutes à domicile chez les aînés composée des huit facteurs identifiés dans la littérature et des huit facteurs identifiés par le groupe nominal. L'expert a recommandé d'ajouter à la liste les facteurs suivants : 1) les médicaments cardiovasculaires et 2) la dénutrition. En vue du développement de l'outil de

dépistage, il a également suggéré de conserver uniquement les facteurs de risque de chute modifiables par des interventions personnalisées étant donné la fonction de l'outil qui consistera à orienter les plans d'intervention pour la clientèle.

5.4 ÉTAPE 4 : DÉVELOPPER UNE VERSION PRÉLIMINAIRE DE L'OUTIL DE DÉPISTAGE DES FACTEURS DE RISQUE DE CHUTE À DOMICILE POUR LA CLIENTÈLE EN RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE

5.4.1 La version préliminaire de l'outil de dépistage des facteurs de risque de chute à domicile pour la clientèle en réadaptation fonctionnelle intensive

La version préliminaire de l'outil de dépistage des facteurs de risque de chute à domicile pour la clientèle en réadaptation fonctionnelle intensive a été développée à partir de 12 facteurs de risque sélectionnés en fonction de leur fort niveau d'association avec les chutes à domicile et de leur caractère modifiable. Par ordre alphabétique, ces facteurs de risque sont les suivants : 1) la consommation d'alcool, 2) les dangers de l'environnement domiciliaire, 3) le déconditionnement physique, 4) la dénutrition, 5) l'hypotension, 6) la mauvaise utilisation de moyens auxiliaires, 7) les médicaments cardiovasculaires, 8) les médicaments psychotropes, 9) la prise de risque, 10) la polymédication, 11) les troubles de l'équilibre, de la force ou de la marche et 12) les troubles sensoriels. Ces facteurs de risque ont été développés sous la forme d'items accompagnés d'une brève description provenant de la littérature. L'outil de dépistage se présente sous le format d'une liste de vérification d'une page, communément appelée un *checklist*. La version préliminaire de l'outil de dépistage est présentée à l'annexe G.

5.5 ÉTAPE 5 : VALIDER LA VERSION PRÉLIMINAIRE DE L'OUTIL DE DÉPISTAGE DES FACTEURS DE RISQUE DE CHUTE À DOMICILE POUR LA CLIENTÈLE EN RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE

5.5.1 Description des participants pour la validation de la version préliminaire de l'outil de dépistage

Au total, huit professionnels de l'URFI se sont portés volontaires pour participer à la validation de la version préliminaire de l'outil de dépistage, qui s'est faite en ayant recours au questionnaire de validation présenté à l'annexe C. Les participants recrutés étaient issus de disciplines différentes : trois ergothérapeutes, deux infirmières, une nutritionniste, un physiothérapeute et un thérapeute en réadaptation physique.

5.5.2 Suggestions concernant la formulation des items de l'outil de dépistage

Les questionnaires ont tous été complétés. Aucune suggestion n'a été fournie concernant la formulation des items de l'outil de dépistage. Six des huit participants ont même souligné que la formulation des items était très claire. Trois professionnels ont spécifié que les descriptions qui accompagnent les facteurs de risque facilitent la compréhension des items.

5.5.3 Suggestions concernant le contenu de l'outil de dépistage

Bien que le questionnaire transmis aux participants ne comportait aucune question concernant le contenu de l'outil, trois professionnels ont tout de même tenu à souligner que certains facteurs de risque semblaient manquer, dont les troubles cognitifs, l'âge et les antécédents de chute. Cette suggestion a été retenue et utilisée au moment de la conception du programme de prévention des chutes post-réadaptation fonctionnelle intensive.

5.6 ÉTAPE 6 : IDENTIFIER DES INTERVENTIONS PERSONNALISÉES CIBLANT LES FACTEURS DE RISQUE DE CHUTE À DOMICILE DÉPISTÉS CHEZ LA CLIENTÈLE EN RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE ET S'INSCRIVANT DANS UN CONTINUUM DE SERVICES INTÉGRÉS AINSI QUE DES STRATÉGIES VISANT À OPTIMISER LA CONTINUITÉ DES SERVICES ENTRE L'URFI ET LE CLSC

5.6.1 Description des participants pour le focus groupe

De nouveau, huit professionnels du CSSS Lucille-Teasdale ont participé au focus groupe visant à identifier des interventions personnalisées à la clientèle de l'URFI pour la prévention des chutes à domicile ainsi que des stratégies concernant la continuité des services entre l'URFI et le CLSC. Tous les participants recrutés avaient collaboré antérieurement à une des étapes du projet et étaient issus d'un des deux milieux de pratique concernés par la situation des chutes à domicile, soit l'URFI et les CLSC. Le tableau 4 présente la composition du focus groupe.

Tableau 4
Composition du focus groupe

Professionnels de l'URFI	Professionnels des CLSC
1 ergothérapeute	2 ergothérapeutes
1 nutritionniste	2 physiothérapeutes
1 physiothérapeute	
1 thérapeute en réadaptation physique	

5.6.2 Les interventions personnalisées ciblant les facteurs de risque de chute à domicile dépistés chez la clientèle en réadaptation fonctionnelle intensive et s'inscrivant dans un continuum de services intégrés

Le dépistage des facteurs de risque de chute à domicile

Les participants ont spécifié qu'avant d'offrir des interventions personnalisées à la clientèle, il s'avère essentiel d'assurer un dépistage multifactoriel du risque de chute à domicile. Ce dépistage devrait être réalisé au début du séjour des usagers à

l'URFI et ce, de façon interdisciplinaire malgré que les professionnels soient appelés à évaluer de façon plus spécifique les facteurs de risque associés à leur discipline respective.

Les interventions personnalisées s'inscrivant dans un continuum de services intégrés

Les participants au focus groupe ont identifié trois critères encadrant le choix d'interventions personnalisées visant la prévention des chutes à domicile qui seraient offertes à la clientèle de l'URFI. Premièrement, les interventions proposées devraient cibler les facteurs de risque de chute à domicile dépistés chez l'utilisateur. Afin d'offrir à la clientèle des interventions respectant ce critère, les participants ont suggéré de procéder à leur identification en interdisciplinarité au même moment où s'effectue le dépistage des facteurs de risque de chute à domicile. De plus, ils jugent essentiel de nommer les professionnels responsables des interventions choisies afin de favoriser leur application auprès de l'utilisateur.

Deuxièmement, les interventions personnalisées identifiées par l'équipe interdisciplinaire devraient être acceptées par l'utilisateur qui, éventuellement, les recevra. À plusieurs reprises, les participants ont soulevé l'importance de l'engagement de l'utilisateur dans le succès du plan d'intervention proposé. Ils ont rapporté, par exemple, que l'engagement de l'utilisateur influencera grandement son adhésion aux recommandations transmises par les professionnels de l'URFI au moment du retour à domicile. Cependant, les participants ont souligné que l'engagement de la clientèle au plan d'intervention s'avère être difficile à obtenir et qu'ils sont très peu outillés pour faire face à ce défi.

Troisièmement, ces interventions devraient également s'inscrire dans le continuum de services entre l'URFI et le CLSC. D'après les participants, ce critère implique que les interventions proposées à la clientèle doivent pouvoir débiter à l'URFI et se poursuivre lors du retour à domicile avec le soutien du CLSC, au besoin.

Les interventions choisies doivent donc être applicables dans les contextes du séjour à l'URFI et du retour à domicile. Par exemple, un des participants a soulevé l'importance d'enseigner un programme d'exercices à l'utilisateur dès le séjour à l'URFI, qui s'intégrera à ses habitudes de vie antérieures, telle une marche quotidienne au corridor de l'immeuble afin de récupérer son courrier.

Pour les participants, le continuum de services intégrés entre l'URFI et le CLSC comporte plusieurs avantages en ce qui concerne la prévention des chutes à domicile post-réadaptation fonctionnelle intensive. Tout d'abord, étant donné le contact quotidien entre l'utilisateur et les professionnels de l'URFI, les interventions comportant de l'enseignement ou de la surveillance étroite ont davantage d'opportunités d'être réalisées avec succès. De plus, le fait de poursuivre les interventions au moment du retour à domicile avec le soutien des professionnels du CLSC, favorise la consolidation des acquis dans le quotidien de l'utilisateur.

Les participants ont identifié une série d'interventions personnalisées ciblant les facteurs de risque de chute à domicile dépistés et s'inscrivant dans le continuum de services intégrés à partir de ces trois critères de sélection. Une liste d'exemples d'interventions personnalisées est présentée à l'annexe H.

5.6.3 Les stratégies visant à optimiser la continuité des services entre l'URFI et le CLSC

Les participants ont identifié plusieurs stratégies visant à optimiser la continuité des services entre l'URFI et le CLSC au cours des différentes étapes du processus visant la prévention des chutes à domicile post-réadaptation fonctionnelle intensive. Ils ont également ciblé quelques obstacles à la continuité de ces services dans l'organisation.

Les stratégies proposées au moment du dépistage

Tout d'abord, les participants ont suggéré que dès l'admission à l'URFI, les professionnels aient accès aux coordonnées de l'intervenant du CLSC impliqué auprès de l'utilisateur, s'il y a lieu. De plus, lors du dépistage des facteurs de risque de chute à domicile chez les usagers de l'URFI, les participants ont souligné l'importance de contacter l'intervenant du CLSC afin d'évaluer les facteurs non-observables à l'URFI, tel que les dangers de l'environnement domiciliaire. Ils ont également statué sur la nécessité de désigner un professionnel de l'URFI comme gestionnaire de ce dossier afin de veiller à la complémentarité et à la continuité des services offerts à l'utilisateur.

Les stratégies proposées au moment d'offrir les interventions personnalisées

Pour les participants, il s'avère essentiel de présenter à l'intervenant responsable de l'utilisateur au CLSC les interventions personnalisées choisies par l'équipe de l'URFI pour cibler les facteurs de risque de chute à domicile dépistés préalablement. L'objectif de ce contact est de déterminer si les interventions correspondent à la réalité quotidienne de l'utilisateur et si elles sont applicables dans le contexte de son domicile.

Les stratégies proposées au moment de la référence au CLSC

Afin d'optimiser la poursuite des interventions personnalisées au moment du retour à domicile de l'utilisateur, les participants ont rapporté qu'il est essentiel que la référence adressée au CLSC soit claire et précise. Afin de faciliter la rédaction de cette référence, ils ont proposé l'utilisation d'un outil interdisciplinaire qui permettrait d'inscrire, pour chacun des facteurs de risque dépistés, les interventions complétées au cours du séjour à l'URFI et celles recommandées au CLSC pour la poursuite du plan d'intervention. De plus, un contact téléphonique auprès de l'intervenant du

CLSC permettrait d'éclaircir la référence, au besoin. L'outil de référence devrait être transmis au CLSC et être accompagné du résumé de dossier de l'utilisateur.

Les stratégies proposées au moment du suivi

Les participants ont soulevé l'importance d'assurer un suivi post-réadaptation fonctionnelle intensive auprès de l'utilisateur afin de s'assurer de la poursuite des interventions personnalisées à domicile et ce, par le biais d'un suivi téléphonique. Ce suivi téléphonique devrait être sous la responsabilité de l'URFI afin de vérifier dans quelle mesure le CLSC a donné suite aux recommandations qui lui ont été transmises. Au besoin, le professionnel de l'URFI pourrait relancer la demande de services au CLSC ou transmettre de nouvelles informations telle une chute récente à domicile.

Les obstacles organisationnels à la continuité des services

Le premier obstacle à la continuité des services entre l'URFI et le CLSC identifié par les participants au focus groupe est le temps exigé par les échanges d'informations. Actuellement, peu d'espace est accordé à cet aspect de la pratique dans l'organisation du travail au CSSS Lucille-Teasdale. Cependant, les participants ont spécifié qu'ils seraient prêts à modifier leur pratique, compte tenu des bienfaits anticipés en ce qui a trait à la qualité des services offerts à la clientèle. Le second obstacle ciblé par les participants est la méconnaissance des rôles professionnels des intervenants des autres programmes. Cet obstacle risque d'avoir un impact sur le type de référence adressée au CLSC par les professionnels de l'URFI.

5.7 ÉTAPE 7 : CONCEVOIR UN PROGRAMME DE PRÉVENTION DES CHUTES À DOMICILE POST-RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE DESTINÉ À LA CLIENTÈLE DE L'URFI DU CSSS LUCILLE-TEASDALE

5.7.1 Le programme de prévention des chutes à domicile post-réadaptation fonctionnelle intensive

Le produit livrable de ce projet d'innovation correspond au résultat final obtenu, c'est-à-dire le programme de prévention des chutes post-réadaptation fonctionnelle intensive. Il repose sur l'approche multifactorielle et personnalisée en prévention des chutes et s'inscrit dans un continuum de services intégrés entre l'URFI et le CLSC. Le programme est destiné à la clientèle admise à l'URFI et qui retournera à domicile à la suite de son séjour en réadaptation. Il se veut un guide de référence pour les professionnels de l'URFI et des CLSC du CSSS Lucille-Teasdale impliqués auprès de la clientèle ciblée par le programme. Les objectifs généraux du programme sont : prévenir les chutes à domicile chez la clientèle ayant participé à une réadaptation fonctionnelle intensive et s'assurer de la complémentarité des actions entre l'URFI et le CLSC. Afin de poursuivre ces objectifs, le programme propose quatre grandes étapes, soit le dépistage des facteurs de risque de chute à domicile, les interventions multifactorielles et personnalisées, la référence au CLSC et le suivi.

La première étape, soit celle du dépistage des facteurs de risque de chute à domicile, est réalisée à l'URFI, en interdisciplinarité, à partir de l'outil de dépistage obtenu. La seconde étape est celle où les professionnels de l'URFI conviennent avec les usagers d'interventions multifactorielles et personnalisées qui seront poursuivies au moment du retour à domicile. La troisième étape, celle de la référence au CLSC, est assurée par l'équipe de l'URFI qui complète l'outil de référence permettant de préciser les recommandations destinées au CLSC en ce qui concerne les interventions visant la prévention des chutes à domicile. La quatrième étape, celle du suivi, permet aux professionnels de l'URFI de s'assurer de la continuité des services par le CLSC.

Le programme de prévention des chutes à domicile post-réadaptation fonctionnelle intensive est présenté à l'annexe I.

SIXIÈME CHAPITRE

LA DISCUSSION

En premier lieu, ce chapitre présente une discussion sur les résultats de l'innovation associés à un retour sur la littérature. Par la suite, les forces et les limites du projet d'innovation seront considérées. Les pistes de recherche future en lien avec l'innovation seront ensuite explorées puis finalement, l'implication de l'innovation pour la pratique clinique sera abordée.

6.1 UN RETOUR SUR LA LITTÉRATURE

6.1.1 L'approche multifactorielle et personnalisée

L'approche retenue pour la conception du programme de prévention des chutes à domicile post-réadaptation fonctionnelle intensive correspond à celle qui est préconisée dans la littérature, soit l'approche multifactorielle et personnalisée. Ce choix d'approche s'est vu appuyé par le consensus obtenu lors du focus groupe en ce qui concerne la stratégie d'intervention à prioriser. Les participants ont statué sur l'importance d'assurer un dépistage multifactoriel du risque de chute avant d'offrir des interventions personnalisées à la clientèle de l'URFI. Ce principe s'arrime à la définition proposée par le MSSS (2004), soit que l'approche multifactorielle et personnalisée repose sur une évaluation multifactorielle du risque de chute chez l'aîné afin de lui prescrire un plan d'intervention individualisé. Le choix de cette approche pour l'innovation a certainement été influencé par les nombreux programmes de prévention des chutes chez les aînés qui l'ont adoptée, tant à domicile (MSSS, 2009) que dans les établissements de santé (Oliver *et al.*, 2010). L'approche multifactorielle et personnalisée semble appropriée pour la prévention des chutes étant donné qu'il a été démontré qu'elle peut réduire le nombre de chutes chez les aînés vivant dans la

communauté (Gillespie, Robertson, Gillespie, Sherrington, Gates, Clemson, et Lamb, 2012).

6.1.2 L'interdisciplinarité

Le programme de prévention des chutes à domicile post-réadaptation fonctionnelle intensive propose un travail interdisciplinaire tout au long du processus d'intervention. En effet, l'approche interdisciplinaire est recommandée d'abord lors du dépistage des facteurs de risque de chute à domicile, ensuite au moment du choix d'interventions personnalisées et enfin, lors de la rédaction de la référence adressée au CLSC. En ce sens, l'innovation proposée ici diffère de certains programmes de prévention des chutes, pour lesquels le travail interdisciplinaire se limite à offrir des interventions interdisciplinaires diversifiées une fois le dépistage effectué par un professionnel désigné (MSSS, 2009; Gillespie *et al.*, 2012). Un autre aspect en quoi se distingue le programme de prévention développé dans le cadre du présent projet de la plupart de ces programmes est qu'ils sont offerts aux aînés vivant à domicile.

Dans la littérature, on observe que les programmes de prévention des chutes destinés à une clientèle hospitalisée, tel que le programme développé par le projet d'innovation, adopte plutôt une approche interdisciplinaire dès le dépistage multifactoriel (Åberg *et al.* 2009; Hart-Hughes, Quigley, Bulat, Palacios et Scott, 2004; Stenvall *et al.*, 2007). En ce sens, le présent projet s'inscrit dans cette tendance et bénéficie du fait que dans un établissement de santé comme à l'URFI, l'accessibilité aux professionnels de différentes disciplines influence certainement le type d'approche adoptée, dont l'approche interdisciplinaire.

6.1.3 Le dépistage

L'étape du dépistage des facteurs de risque de chute à domicile proposée par le programme de prévention des chutes à domicile post-réadaptation fonctionnelle

intensive peut être comparée aux recommandations émises dans les guides de pratique en prévention des chutes chez les aînés vivant à domicile.

Tout d'abord, l'outil de dépistage des facteurs de risque de chute à domicile pour la clientèle en réadaptation fonctionnelle intensive suggéré par le programme propose un ensemble de facteurs de risque à considérer au moment du dépistage. Ces facteurs, obtenus au cours du projet d'innovation, sont les suivants : 1) la consommation d'alcool, 2) les dangers de l'environnement domiciliaire, 3) le déconditionnement physique, 4) la dénutrition, 5) l'hypotension, 6) la mauvaise utilisation de moyens auxiliaires, 7) les médicaments cardiovasculaires, 8) les médicaments psychotropes, 9) la prise de risque, 10) la polymédication, 11) les troubles de l'équilibre, de la force ou de la marche et 12) les troubles sensoriels. Dans leur guide de pratique, l'Inpes (2005) et le MSSS (2009) recommandent eux aussi d'évaluer certains facteurs à l'étape du dépistage multifactoriel du risque de chute chez les aînés vivant à domicile et jugés à risque élevé de chuter. L'Inpes (2005) suggère de considérer les facteurs de risque suivants : 1) l'équilibre, la force et l'activité physique, 2) les dangers du domicile, 3) la prise de médicaments, 4) les pathologies aiguës, 5) les pathologies chroniques, 6) la prise de risque, 7) la peur de chuter, 8) la dénutrition et 9) la consommation d'alcool. Tandis que le MSSS (2009) recommande plutôt d'évaluer les principaux facteurs qui suivent : 1) les capacités motrices (ou marche et équilibre), 2) les médicaments 3) l'environnement domiciliaire, 4) la malnutrition (ou dénutrition), 5) l'hypotension orthostatique, 6) les déficits ou troubles de la vision et 7) la consommation d'alcool.

En comparant la liste de facteurs obtenus au cours du projet d'innovation à celles contenues dans les guides de pratique, il est possible de constater que dix des 12 facteurs compris dans l'outil de dépistage correspondent à ceux suggérés dans la littérature. Les deux facteurs de risque qui diffèrent sont la mauvaise utilisation des moyens auxiliaires et le déconditionnement physique. Ce second facteur s'apparente tout de même à celui de l'activité physique proposé par l'Inpes (2005) en raison de la

description retenue pour l'outil de dépistage, c'est-à-dire : une activité physique insuffisante ou une inactivité physique. De plus, deux facteurs de risque ciblés par les guides de pratique ne correspondent à aucun facteur contenu dans l'outil de dépistage, soit la peur de chuter et les pathologies chroniques. Le premier facteur de risque n'a pas été retenu par le groupe nominal. Toutefois, l'évaluation de la peur de chuter a été considérée comme une intervention personnalisée visant à réduire l'impact du déconditionnement physique. En ce qui concerne les pathologies chroniques, même si elles ne sont pas incluses dans l'outil de dépistage, elles sont tout de même considérées comme étant des facteurs de risque non-modifiables, tel qu'indiqué dans le programme de prévention des chutes à domicile post-réadaptation fonctionnelle intensive.

6.1.4 L'engagement de l'utilisateur

L'engagement de l'utilisateur dans son plan d'intervention personnalisé en fonction des facteurs de risque de chute dépistés s'avère être un élément incontournable pour les participants au focus groupe du projet d'innovation. En effet, ils identifient que cet aspect a une portée sur le succès des interventions visant la prévention des chutes à domicile. Dans ses lignes directrices, le National Institute for Clinical Excellence (2004) prône également l'importance de l'engagement de l'utilisateur et encourage sa participation à chacune des étapes du programme. L'innovation, quant à elle, propose peu de stratégies favorisant l'engagement de l'utilisateur, mais il est tout-de-même prévu que l'utilisateur soit consulté au sujet des interventions personnalisées qui lui sont proposées et qu'il y donne son assentiment.

6.2 LES FORCES ET LES LIMITES DU PROJET D'INNOVATION

6.2.1 Les forces

Le projet d'innovation est fortement ancré dans la réalité du CSSS Lucille-Teasdale. En effet, il a été développé en co-construction avec les professionnels de l'organisation. Cette approche collaborative a permis de recevoir une rétroaction régulière de la part des professionnels et ainsi d'ajuster chacune des étapes du projet d'innovation (Anadón et Couture, 2007). Étant donné que le contexte de pratique au CSSS Lucille-Teasdale est respecté, les obstacles potentiels à l'implantation éventuelle du programme de prévention des chutes à domicile post-réadaptation fonctionnelle intensive sont minimisés. De plus, la consultation régulière des futurs utilisateurs du programme a favorisé l'appropriation du projet chez les professionnels du CSSS Lucille-Teasdale, ce qui pourrait éventuellement supporter son implantation.

Le projet d'innovation a été mené de façon rigoureuse à chacune des étapes. La tenue d'un journal de bord a permis d'assurer la rigueur du processus utilisé, et dont le développement a dû être ajusté à quelques reprises en raison des commentaires reçus aux étapes de consultation. De plus, en tenant compte des contraintes de temps reliées au projet d'innovation, la planification de chacune des étapes a été assurée de façon à respecter les meilleurs standards de pratique. En effet, la littérature a été consultée tout au long de l'étape de planification afin de choisir les méthodes de collecte de données les mieux adaptées et ensuite, de développer également des instruments robustes et valides.

Le programme de prévention des chutes à domicile post-réadaptation fonctionnelle intensive présente un haut niveau de qualité. En effet, il a été conçu en tenant compte des meilleures pratiques dans le domaine de la prévention des chutes ainsi que du contexte dans lequel il sera potentiellement implanté. Les outils

développés considèrent le type de pratique au CSSS Lucille-Teasdale tout en étant convivial pour les utilisateurs. L'aide-mémoire proposé dans le programme permet de résumer efficacement les grandes étapes du projet de façon à permettre aux utilisateurs de se repérer rapidement.

6.2.2 Les limites

Premièrement, la méthode d'échantillonnage utilisée pour le projet d'innovation comporte certaines faiblesses. L'échantillonnage non probabiliste qui a servi à former le groupe nominal, le groupe de validation de l'outil de dépistage et le focus groupe a permis de sélectionner rapidement les participants en fonction de certains critères préalablement établis. Cependant, cette méthode subjective n'assure pas que les échantillons soient représentatifs des populations (Gouvernement du Canada, 2013). De plus, la sélection des participants pour le groupe nominal a été assurée par les gestionnaires des CLSC. Certains critères leur ont été transmis afin qu'ils soient en mesure de sélectionner les participants. Cependant, il existe un manque de contrôle dans la sélection nonobstant le respect de ces critères. En effet, d'autres critères, telle la charge de travail des professionnels ciblés, a pu influencer leurs choix et ainsi, occasionner un biais de sélection parmi les participants recrutés.

Deuxièmement, une lacune dans le choix des professionnels interrogés lors du groupe nominal a été identifiée. En effet, au moment de la collecte de données, les participants, qui semblaient les mieux informés sur l'objet de recherche, ont mentionné qu'ils n'étaient pas habiletés à émettre une opinion concernant certains facteurs de risque de chute sur lesquels ils étaient interrogés. Toutefois, ce constat spontané a permis d'éviter un biais de cohérence méthodologique en ajustant le processus de collecte de données et en l'enrichissant. En effet, à la suite de cette étape, un expert dans le domaine de la prévention des chutes à domicile a été consulté.

Troisièmement, l'innovation proposée dans le cadre de ce projet, tout en étant fortement ancré au contexte de pratique professionnelle du CSSS Lucille-Teasdale, pourrait soulever des questionnements quant à son caractère transférable. En effet, étant donné que le projet d'innovation a été développé en fonction des particularités observées au CSSS Lucille-Teasdale, la possibilité de généraliser les résultats aux autres CSSS n'est pas assurée. Le programme de prévention des chutes à domicile post-réadaptation fonctionnelle intensive pourrait éventuellement s'avérer moins pertinent pour les autres établissements.

6.3 LES PISTES DE RECHERCHE FUTURE

Le projet d'innovation a permis de concevoir un programme de prévention des chutes à domicile post-réadaptation fonctionnelle intensive. Malgré que les obstacles potentiels à son implantation au CSSS Lucille-Teasdale semblent avoir été minimisés par l'approche collaborative retenue pour son développement, il serait pertinent d'évaluer sa faisabilité. Cette étude pourrait être réalisée auprès des professionnels de l'URFI et des CLSC du CSSS Lucille-Teasdale ainsi qu'auprès des gestionnaires des deux milieux. Au besoin, les résultats obtenus permettraient d'apporter des modifications au programme de prévention des chutes à domicile post-réadaptation fonctionnelle intensive avant de l'implanter au CSSS Lucille-Teasdale.

À plus long terme, l'évaluation des effets du programme de prévention des chutes à domicile post-réadaptation fonctionnelle intensive serait pertinente afin de constater les retombées réelles de cette intervention. Par exemple, l'impact de l'application du programme auprès de la clientèle de l'URFI pourrait se vérifier à partir du nombre de chutes à domicile post-réadaptation fonctionnelle intensive et ce, dans le cadre d'une étude longitudinale faisant appel à des cas contrôles. De plus, il serait intéressant de documenter les effets de l'offre des services s'intégrant dans un continuum sur la pratique professionnelle des cliniciens.

6.4 L'IMPLICATION POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

L'implantation du programme de prévention des chutes post-réadaptation fonctionnelle intensive au CSSS Lucille-Teasdale permettra aux professionnels de l'URFI et des CLSC d'offrir à la clientèle admise à l'URFI des interventions de qualité en matière de prévention des chutes à domicile. Ce programme aura donc un véritable impact sur la pratique actuelle au CSSS Lucille-Teasdale. En effet, en raison du contexte organisationnel, aucune intervention visant la prévention des chutes à domicile n'est offerte à la clientèle qui participe à une réadaptation fonctionnelle intensive, que ce soit au cours du séjour à l'URFI ou au moment du retour à domicile soutenu par le CLSC.

L'innovation développée dans le cadre de ce projet pourrait également avoir un impact sur la manière dont les services sont offerts au CSSS Lucille-Teasdale. En effet, le programme de prévention des chutes à domicile post-réadaptation fonctionnelle intensive propose d'offrir les interventions dans un continuum services intégrés entre l'URFI et le CLSC plutôt que de les juxtaposer. Ce type d'approche impliquera des échanges constants entre les professionnels des deux milieux. Éventuellement, cette collaboration inter-programme pourrait se développer dans d'autres secteurs d'activités.

CONCLUSION

En conclusion, le projet d'innovation présenté dans le cadre de cet essai synthèse a conduit à la conception d'un programme de prévention des chutes à domicile post-réadaptation fonctionnelle intensive destiné à la clientèle de l'URFI du CSSS Lucille-Teasdale. Ce projet repose sur un besoin perçu dans la pratique professionnelle et, ensuite, validé par la littérature visant la prévention des chutes à domicile chez les aînés qui participent à une réadaptation fonctionnelle intensive au CSSS Lucille-Teasdale. En effet, malgré le haut niveau de prévalence des chutes à domicile post-réadaptation fonctionnelle intensive, le contexte de pratique actuel ne permet pas d'aborder cette problématique au cours du séjour de l'utilisateur à l'URFI ou au moment de son retour à domicile soutenu par le CLSC.

Le programme a été conçu en parallèle avec la poursuite de l'ensemble des objectifs spécifiques du projet d'innovation. Il repose sur les meilleures évidences scientifiques disponibles en s'appuyant sur l'approche multifactorielle et personnalisée et en s'inscrivant dans un continuum de services intégrés entre l'URFI et le CLSC. De plus, l'approche collaborative retenue pour son développement a permis de considérer le contexte de pratique dans lequel il sera éventuellement implanté. La démarche de co-construction a donc offert la possibilité de créer un programme adapté au contexte de pratique clinique du CSSS Lucille-Teasdale.

En somme, le projet d'innovation propose un programme de prévention des chutes à domicile post-réadaptation fonctionnelle intensive prometteur pour la clientèle de l'URFI et les professionnels du CSSS Lucille-Teasdale. Dans un futur rapproché, il sera pertinent d'évaluer sa faisabilité en vue d'une éventuelle implantation dans le milieu afin de réduire les chutes à domicile post-réadaptation fonctionnelle intensive chez la clientèle de l'URFI du CSSS Lucille-Teasdale.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Åberg, A. C., Lundin-Olsson, L., Rosendahl, E. (2009). Implementation of evidence-based prevention of falls in rehabilitation units : A staff's interactive approach. *Journal of Rehabilitation Medical*, 41, 1034-1040.
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2010). *Cadre de référence, services posthospitaliers en réadaptation fonctionnelle intensive en interne et soins subaigus pour la région de Montréal* (3^e éd.). Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction des ressources humaines, information et planification (1^{re} éd. 2007).
- Anadón, M. et Couture C. (2007). La recherche participative, une préoccupation toujours vivace. In M. Anadón (dir.), *La recherche participative* (p. 1-7). Actes du 73^e congrès de l'ACFAS. Chicoutimi : Presses de l'Université du Québec.
- Baribeau, C. (2005). Le journal de bord du chercheur. In *Actes du colloque de l'Association pour la recherche qualitative sur l'instrumentation dans la collecte des données* (p. 98-114).
- Baribeau, C. (2009). L'analyse qualitative des données. *Recherches qualitatives*, 28 (1), 133-148.
- Berggren, M., Stenvall, M., Olofsson, B., Gustafson, Y. (2008). Evaluation of a fall-prevention program in older people after femoral neck fracture: a one-year follow-up. *Osteoporosis International*, 19, 801-809.
- Centre de santé et de services sociaux Lucille-Teasdale (2009). *Site du Centre de santé et de services sociaux Lucille-Teasdale*. Site téléaccessible à l'adresse <<http://www.csslucilleteasdale.qc.ca/>>. Consulté le 20 mai 2013.
- Desagné, S. (1997). Le concept de recherche collaborative : l'idée d'un rapprochement entre chercheurs universitaires et praticiens enseignants. *Revue des sciences de l'éducation*, 23 (2), 371-393.
- Doré, G. (2011). *Notes de cours en évaluation de programme*. Manuscrit non publié. Université de Sherbrooke, École de réadaptation, Longueuil, Québec.

Gillespie L. D., Robertson M. C., Gillespie W. J., Sherrington C., Gates S., Clemson L. M., Lamb S. E. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community (Review). *The Cochrane Library*, 9.

Gouvernement du Canada (2013). *Site de Statistique Canada*. Site téléaccessible à l'adresse <<http://www.statcan.gc.ca/start-debut-fra.html>>. Consulté le 25 mai 2013.

Gouvernement du Québec (2001). *Orientations ministérielles sur les services offertes aux personnes âgées en perte d'autonomie*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Gouvernement du Québec (2004). *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile. Cadre de référence*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Gouvernement du Québec (2009). *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile. Guide d'implantation : intervention multifactorielle personnalisée 2^e édition*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.

Gouvernement du Québec (2012). *Chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Haines, T. P., Bennell, K. L., Osborne, R. H., Hill, K. D. (2004). Effectiveness of targeted falls prevention programme in subacute hospital setting: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 328, 1-6.

Hart-Hughes, S., Quigley, P., Bulat, T., Palacios, P., Scott, S. (2004). An interdisciplinary approach to reducing fall risks and falls. *Journal of rehabilitation*, 70 (4), 46-51.

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (2005). *Référentiel de bonnes pratiques : Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile*. France : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

- Kitzinger J., Markovà I., Kalampalikis N. (2004). Qu'est-ce que les focus groups? *Bulletin de psychologie*, 57 (3), 237-243.
- National Institute for Health and clinical Excellence (2004). *The assessment and prevention of falls in older people*. London: National Institute for Health and clinical Excellence, Social care institute for excellence.
- Olivier, D., Healey, F., Haines, T.P. (2010). Preventing falls and fall-related injuries in hospitals. *Clinical Geriatric Medicine*, 26, 645-692.
- Paillé, P., Mucchielli, A. (2010). L'analyse par questionnaire analytique. In P. Paillé et A. Mucchielli (dir.), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (p. 141-159). Paris : Armand Collin.
- Van der Maren, J.-M. (2010). La maquette d'un entretien. Son importance dans le bon déroulement de l'entretien et dans la collecte de données de qualité. *Recherches qualitatives*, 29 (1), 129-139.
- Vassallo, M., Sharma, J. C., Briggs, R. S. J., Allen, S. C. (2003). Characteristics of early fallers on elderly patient rehabilitation wards. *Age and Aging*, 32, 338-342.
- Vassallo, M., Vignaraja, R., Sharma, J. C., Hallam, H., Binns, K., Briggs, R., Ross, I., Allen, S. (2004). The effect of changing practice on fall prevention in a rehabilitative hospital: The hospital injury prevention study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 335-339.
- Stenvall, M., Olofsson, B., Lundström, M., Englund, U., Borssén, B., Svensson, O., Nyberg, L., Gustafson, Y. (2007). A multidisciplinary, multifactorial intervention program reduces postoperative falls and injuries after femoral neck fracture. *Osteoporos International*, 18, 167-175.
- Worley, A., Barras, S., Grimmer-Somers, K. (2010). Falls are a fact of life for some patients after discharge from a rehabilitation programme. *Disability and Rehabilitation*, 32(16), 1354-1363.

ANNEXE A
FACTEURS DE RISQUE DONT LE DEGRÉ D'ASSOCIATION AVEC LES
CHUTES À DOMICILE EST MÉCONNU

Facteurs de risque		Description
1	Affections de l'appareil locomoteur	<i>Présence d'une affection de l'appareil locomoteur, par exemple : arthrose, déformations des pieds</i>
2	Consommation d'alcool	<i>Consommation abusive aiguë ou chronique</i>
3	Dénutrition chronique	<i>Malnutrition, alimentation inadéquate, carence en micronutriments</i>
4	Dépression	<i>Présence d'une dépression chez la personne</i>
5	Déshydratation et/ou dénutrition aiguë	<i>Défaut d'apports hydriques et/ou alimentaires en phase aiguë</i>
6	Éléments structureaux du domicile déficients	<i>Présence d'éléments structureaux déficients, par exemple : escaliers avec des marches de hauteurs différentes, planchers inégaux, surfaces glissantes, absence de main courante dans les escaliers, interrupteurs d'éclairage difficilement accessibles</i>
7	Environnement non familial	<i>Domicile non familial, par exemple : déménagement récent</i>
8	Hypotension	<i>Présence d'hypotension après l'administration de médicaments diurétiques ou hypotenseurs, au lever (hypotension orthostatique) ou après les repas (hypotension post-prandiale)</i>
9	Incontinence urinaire	<i>Présence d'incontinence urinaire chronique ou d'incontinence par besoin impérieux d'uriner</i>
10	Infection	<i>Présence d'une infection aiguë, par exemple : infection urinaire</i>
11	Isolement	<i>Personne vivant seule</i>
12	Mauvais éclairage du domicile	<i>Éclairage insuffisant ou mal orienté</i>

13	Mauvais entretien des lieux	<i>Domicile mal entretenu</i>
14	Mauvaise utilisation de moyens auxiliaires	<i>Non-utilisation ou utilisation inadéquate des aides à la marche ou d'autres équipements et accessoires sécuritaires</i>
15	Médicaments cardiovasculaires	<i>Prise de médicaments cardiovasculaires, par exemple : anti-arythmiques, digoxine, dérivés nitrés, diurétiques</i>
16	Obstacles dans le domicile	<i>Présence d'obstacles, par exemple : tapis qui gondolent, pièces encombrées</i>
17	Peur de chuter	<i>Présence d'une crainte de chuter avant même qu'une chute se produise ou syndrome post-chute</i>
18	Port de chaussures inappropriées	<i>Utilisation de chaussures non sécuritaires, par exemple : chaussures à talons, pantoufles, chaussures à semelles glissantes</i>
19	Port de lunettes inappropriées	<i>Utilisation de lunettes inadaptées, par exemple : lunettes à double foyers</i>
20	Prise de risque	<i>Gestes inadéquats pour l'activité à réaliser, par exemple : se hâter, grimper, marcher avec les mains dans les poches, négliger le port de lunettes, utiliser de mauvais appuis lors de transferts</i>
21	Sédentarité	<i>Activité physique insuffisante ou inactivité physique</i>
22	Troubles sensoriels	<i>Présence d'un trouble sensoriel, par exemple : cataractes, glaucome, dégénérescence maculaire, troubles de la proprioception, polyneuropathies</i>

ANNEXE B
FACTEURS DE RISQUE FORTEMENT ASSOCIÉS AU CHUTE À
DOMICILE

Facteurs de risque	
1	Sexe féminin
2	Âge avancé (65 ans et plus)
3	Antécédent de chute
4	Consommation de quatre médicaments ou plus
5	Consommation d'un médicament de type psychotrope (Antidépresseur, sédatif-hypnotique, tranquillisant, neuroleptique)
6	Hypotension (Après l'administration de médicaments diurétiques ou hypotenseurs, orthostatique ou postprandiale)
7	Altération des facultés cognitives et démences
8	Trouble de l'équilibre, de la force ou de la marche
9	Affection neurologique (Exemples : séquelles d'un AVC, maladie de Parkinson)
10	Affection de l'appareil locomoteur (Exemples : arthrose, déformation des pieds)
11	Déconditionnement physique
12	Trouble sensoriel (Exemples : cataractes, glaucome, trouble de la proprioception, polyneuropathie)
13	Consommation abusive d'alcool (Consommation aiguë ou chronique)
14	Utilisation inadéquate ou inutilisation des aides techniques (Exemples : aide à la marche, barre d'appui)
15	Prise de risque dans l'exécution des activités quotidiennes (Exemples : se hâter, grimper, prendre de mauvais appuis lors d'un transfert)
16	Environnement domiciliaire dangereux (Exemples : éléments structureaux déficients, obstacles, encombrement)

ANNEXE D

MAQUETTE POUR LE FOCUS GROUPE

Bonjour à tous,

Tout d'abord, je tiens à vous remercier d'avoir accepté l'invitation à participer à un groupe de discussion portant sur la prévention des chutes post-réadaptation fonctionnelle intensive pour la clientèle de l'URFI du CSSS Lucille-Teasdale. Cette activité s'inscrit dans le cadre de la réalisation de mon essai synthèse pour le programme de maîtrise en pratiques de la réadaptation de l'Université de Sherbrooke.

Les informations recueillies lors de ce groupe de discussion me permettront de développer un programme de prévention des chutes à domicile spécifique à la clientèle participant à une réadaptation fonctionnelle intensive. Les interventions proposées par ce programme pourraient être amorcées par les professionnels de l'URFI dès le séjour de l'utilisateur en réadaptation et être potentiellement poursuivies par les professionnels du CLSC au moment du retour à domicile de l'utilisateur. Lors du groupe de discussion, ces deux secteurs d'activités seront représentés afin de favoriser les échanges interprogrammes.

Afin que vous puissiez débiter une réflexion individuelle avant la tenue du groupe de discussion, je vous soumetts deux principaux thèmes qui seront abordés :

- Les interventions personnalisées ciblant les facteurs de risque de chute à domicile chez la clientèle de l'URFI;
- Les stratégies visant la continuité des services en prévention des chutes entre l'URFI et le CLSC.

Le groupe de discussion se tiendra le 7 mars 2013 au centre d'hébergement J.-Henri Charbonneau au local A1.60 de 13h30 à 16h00. Un café-dessert vous sera servi.

Pour toutes questions, vous pouvez me joindre au (514) 523-1173 poste 35272.

Au plaisir de discuter sous peu,

Caroline Lavigne
Ergothérapeute, URFI du CSSS Lucille-Teasdale

ANNEXE E

QUESTIONS POUR LE FOCUS GROUPE

1. D'après vous, à quoi pourrait ressembler un programme de prévention des chutes à domicile pour la clientèle de l'URFI?
2. Quelles sont les caractéristiques spécifiques à la clientèle de l'URFI qui devront être considérées par le programme?
 - 2.1 De quelle façon ces caractéristiques pourraient être prises en considération dans le programme?
3. D'après vous, comment devrait être réalisé le dépistage des facteurs de risque de chute à domicile chez la clientèle?
 - 3.1 Qui serait la meilleure personne pour assurer ce dépistage et à quel moment il devrait être fait?
4. À partir de l'outil de dépistage développé, quelles interventions personnalisées pourraient être réalisées, dès le séjour à l'URFI et poursuivies par le CLSC, afin d'agir sur les facteurs de risque identifiés chez la clientèle?
 - 4.1 Quels professionnels seraient responsables de ces interventions?
 - 4.2 À quel moment ces interventions devraient être réalisées?
5. Quelles stratégies devraient être utilisées afin d'assurer la complémentarité entre les interventions des deux programmes?
6. De quelle façon les professionnels de l'URFI pourraient s'assurer que les interventions requises ont été réalisées auprès de l'utilisateur au moment de son retour à domicile?
7. Quelles stratégies pourraient être utilisées afin de favoriser l'engagement de l'utilisateur dans son programme d'activités?
8. De quelle façon un suivi pourrait être fait auprès de l'utilisateur?
9. Quels sont les obstacles et les facilitateurs liés au contexte actuel qui pourraient influencer la réalisation de ce programme?
 - 9.1 Quels moyens pourraient être mis en œuvre afin de réduire l'impact de ces éléments?

10. Y a-t-il des aspects de ce sujet que vous considérez comme étant importants et qui n'ont pas été abordés au cours de la discussion?

ANNEXE F

CANEVAS INVESTIGATIF

Questions d'analyse se rapportant :

Au programme de prévention des chutes post-réadaptation fonctionnelle intensive, en général :

- Quels devraient être les objectifs du programme?
- Quels devraient être les services offerts à la clientèle dans le cadre de ce programme?
- Qui seraient les professionnels concernés par le programme?
 - De quel milieu de pratique?
- Quelle clientèle serait ciblée par ce programme?
 - Quels usagers seraient exclus du programme?

À la clientèle visée par le programme :

- Quelles sont les caractéristiques de la clientèle de l'URFI?
- Dans quelle mesure cette clientèle se différencie de la clientèle qui retourne à domicile post-hospitalisation?
- Quels sont les obstacles environnementaux et humains qui influencent le retour à domicile de la clientèle?

Au dépistage :

- Quel est l'objectif poursuivi par l'étape du dépistage?
- En plus des facteurs de risque inclus dans l'outil de dépistage, quelles informations doivent être recueillies à cette étape?
- Dans quelle mesure l'outil de dépistage doit être utilisé?
 - Qui doit le compléter?
 - À quel moment?
 - De quelle façon?
 - Quelles personnes doivent être appelées à collaborer afin de compléter l'outil de dépistage?
 - Dans quelle situation?
 - Comment s'assurer que l'ensemble des facteurs de risque inclus dans l'outil soit traité au du moment dépistage?

Aux interventions multifactorielles et personnalisées

- Pour chacun des facteurs de risque de chute inclus dans l’outil de dépistage, quelles interventions personnalisées pourraient être offertes aux usagers, dès le séjour à l’URFI?
 - Quels professionnels en seraient responsables?
 - Pour quelles raisons il serait préférable d’offrir ces interventions au cours du séjour à l’URFI?
- Pour chacun des facteurs de risque de chute inclus dans l’outil de dépistage, quelles interventions personnalisées pourraient être offertes aux usagers par le CLSC, au moment du retour à domicile?
 - Quels professionnels en seraient responsables?
 - De quelle façon ces interventions pourraient être complémentaires à celles offertes au cours du séjour à l’URFI?
- Quelles stratégies pourraient stimuler l’usager à appliquer les recommandations transmises par les professionnels de l’URFI au moment du retour à domicile?

À la continuité des services :

- Quels outils faciliteraient la continuité des services entre l’URFI et le CLSC?
- Quelles stratégies faciliteraient la continuité des services entre l’URFI et le CLSC?
- À quels moments il serait pertinent de communiquer avec les professionnels du CLSC?
- Quels sont les informations pertinentes à la référence au CLSC?
- De quelle façon la référence au CLSC doit être formulée?
- Quels éléments organisationnels font obstacles à la continuité des services?
- Quels sont les aspects positifs à la continuité des services?

À l’engagement de l’usager :

- Le personnel a-t-il les connaissances suffisantes afin de favoriser le changement chez la clientèle?
 - Quels types de connaissances sont déficitaires?
- Quelles stratégies devraient être employées afin de favoriser l’engagement de l’usager à son plan d’intervention?

Au suivi :

- Est-ce réaliste dans le contexte actuel d'offrir un suivi à la clientèle?
 - Quelles en sont les raisons?
- De quelle façon un suivi pourrait être offert?
 - À quel moment?
 - Par qui?
- Quels seraient les objectifs du suivi?

ANNEXE G

**VERSION PRÉLIMINAIRE DE L'OUTIL DE DÉPISTAGE DES FACTEURS
DE RISQUE DE CHUTE POUR LA CLIENTÈLE EN RÉADAPTATION
FONCTIONNELLE INTENSIVE**

Veillez cocher la case appropriée pour chacune des affirmations.

		Oui	Non	À vérifier
1	La personne consomme quatre médicaments ou plus.			
2	La personne consomme un médicament de type psychotrope. <i>(Tous les types de psychotrope sont inclus : antidépresseurs, sédatifs-hypnotiques, tranquillisants et neuroleptiques.)</i>			
3	La personne consomme un médicament de type cardiovasculaire parmi les suivants : antiarythmiques de type 1a, digoxine, dérivés nitrés et diurétiques.			
4	La personne souffre d'hypotension après l'administration de médicaments diurétiques ou hypotenseurs, au lever (hypotension orthostatique) ou après les repas (hypotension postprandiale).			
5	La personne souffre d'une dénutrition. <i>(Les besoins nutritionnels ou énergétiques de la personne ne sont pas comblés de façon chronique.)</i>			
6	La personne présente un trouble de l'équilibre, de la force ou de la marche. <i>(Exemples : équilibre debout précaire, faiblesse musculaire aux membres inférieurs, démarche instable.)</i>			
7	La personne souffre d'un déconditionnement physique. <i>(Déconditionnement associé à une activité physique insuffisante.)</i>			
8	La personne présente un trouble sensoriel. <i>(Exemples : cataractes, glaucome, trouble de la proprioception, polyneuropathies.)</i>			
9	La personne consomme de l'alcool de manière abusive. <i>(La consommation peut être aiguë : consommation abusive sur courte période; ou chronique : consommation sur une longue période.)</i>			
10	La personne utilise de façon inadéquate ou n'utilise pas les aides techniques recommandées. <i>(Exemples : aide à la marche, barre d'appui.)</i>			
11	La personne prend des risques dans l'exécution de ses activités quotidiennes. <i>(Exemples : se hâter, grimper, prendre de mauvais appuis lors d'un transfert.)</i>			
12	L'environnement domiciliaire de la personne présente des dangers. <i>(Exemples : éléments structuraux déficients, obstacles, encombrement.)</i>			

ANNEXE H
INTERVENTIONS PERSONNALISÉES

Facteurs de risque de chute à domicile	Interventions personnalisées
Consommation de quatre médicaments ou plus	<ul style="list-style-type: none"> • Révision de la médication à l'aide du bilan comparatif • Ajustement de la médication sous la surveillance de l'infirmière • Enseignement sur les risques de chute associés à la prise de certains types de médicament • Identification de stratégies pour réduire les risques de chute (Exemple : utilisation d'une chaise d'aisance la nuit) • Évaluation de la gestion de la médication • Introduction de l'automédication • Requête à la pharmacie communautaire pour la préparation de la médication sous forme de « Dispill »
Consommation d'un médicament de type psychotrope	
Consommation d'un médicament de type cardiovasculaire	
Hypotension	<ul style="list-style-type: none"> • Enseignement pour éviter les hypotensions • Révision de la médication
Dénutrition	<ul style="list-style-type: none"> • Ajustement des apports • Enseignement des bonnes habitudes alimentaires • Référence aux ressources communautaires • Évaluation des capacités à préparer les repas et faire les courses
Trouble de l'équilibre, de la force ou de la marche	<ul style="list-style-type: none"> • Référence au SARCA, à l'HDJ ou au CLSC pour la récupération des capacités physiques • Référence au CDJ ou en ressource communautaire pour le maintien des capacités physiques • Enseignement d'un programme d'exercices intégré aux activités quotidiennes à domicile • Prêt d'une aide technique adéquate pour le retour à domicile • Recommandation pour l'achat de chaussures sécuritaires
Déconditionnement physique	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation de la peur de chuter • Enseignement des conséquences de l'immobilité • Recommandations destinées aux proches afin de favoriser les sorties extérieures
Trouble sensoriel	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation par le physiatre • Référence en ophtalmologie • Enseignement sur l'impact fonctionnel du trouble sensoriel et sur les comportements sécuritaires à adopter • Traitement en physiothérapie

Consommation abusive d'alcool	<ul style="list-style-type: none"> • Enseignement sur les risques de chute associés à une consommation abusive • Référence à des organismes spécialisés
Utilisation inadéquate des aides techniques	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptation des aides techniques au quotidien en proposant des composantes facilitatrices (Exemples : cabaret de marchette, panier) • Enseignement lors de mises en situation réelle
Prise de risque dans l'exécution des activités quotidiennes	<ul style="list-style-type: none"> • Identification de solutions visant à réduire les comportements à risque
Dangers de l'environnement domiciliaire	<ul style="list-style-type: none"> • Implication des familles pour assurer les modifications domiciliaires • Enseignement sur l'environnement sécuritaire • Référence à des organismes communautaires • Visite à domicile

ANNEXE I
**PROGRAMME DE PRÉVENTION DES CHUTES À DOMICILE POST-
RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE**