

GRIS

Groupe de recherche
interdisciplinaire en santé
Secteur santé publique
Faculté de médecine

*Évaluation de l'implantation
du continuum de services
en prévention des chutes
chez les aînés
vivant à domicile*

Rapport final

*François Champagne
Isabelle Gagnon
Thierno Baldé*

R09-02

Octobre 2009

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009
Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2009

ISBN : 978-2-923544-23-6 (version imprimée)
ISBN : 978-2-923544-24-3 (PDF)

Avant-propos

La réalisation de cette étude répond à une entente avec l'Institut National de Santé Publique du Québec et a été rendue possible grâce à une participation financière du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Les auteurs de l'étude tiennent à remercier les cadres du ministère de la santé, de l'Institut National de Santé Publique ainsi que les gestionnaires des Agences Régionales de santé et des CSSS pour leur collaboration.

Les auteurs de l'étude tiennent également à souligner le rôle du comité aviseur qui avait pour mandat de valider les orientations et les propositions des chercheurs du GRIS pour la réalisation de l'évaluation d'implantation du continuum de prévention des chutes chez les aînés vivant à domicile et de faciliter la collecte d'information dans le réseau. Ce comité est toutefois indépendant des résultats et des conclusions de la recherche.

Les membres de ce comité sont :

Laurence Barraud, CSSS de Gatineau

Valois Boudreault, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Yvonne Robitaille, Institut national de santé publique du Québec

Claire Marcouiller, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent

Bernard-Simon Leclerc, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

Pierre Maurice, Institut national de santé publique du Québec

Pierre Patry, Direction générale de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diane Sergerie, Institut national de santé publique du Québec.

Table des matières

Liste des figures	6
Liste des tableaux	7
INTRODUCTION	9
DESCRIPTION DU CONTINUUM DE SERVICES EN PRÉVENTION DES CHUTES CHEZ LES AÎNÉS VIVANT À DOMICILE	11
L'intervention multifactorielle non personnalisée (PIED).....	12
Les pratiques cliniques préventives (PCP) ou intervention médicale préventive	13
L'intervention multifactorielle personnalisée (IMP).....	14
MÉTHODOLOGIE	15
Q1 : Quel est le niveau de mise en œuvre du programme de prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile?	15
Élaboration des modèles logique et de responsabilité du continuum	15
Appréciation du niveau de mise en œuvre	16
Première collecte pour le niveau de mise en œuvre (Printemps 2006)	16
Deuxième collecte pour le niveau de mise en œuvre (Été et Automne 2008)	17
Q2 : Dans quelle mesure le programme a-t-il permis de rejoindre la population ciblée	18
Q3 : Quels sont les facteurs qui expliquent le niveau de mise en œuvre	19
RÉSULTATS Q1 : ANALYSE DU NIVEAU DE MISE EN ŒUVRE DU CONTINUUM	22
1. MODÈLE DE RESPONSABILISATION DU CONTINUUM	22
Rôle et responsabilités du Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS)	22
Rôle et responsabilités de l'Institut national de santé publique (INSPQ)	22
Rôle et responsabilités des Agences régionales de santé et des services sociaux.....	23
Rôle et responsabilités des CSSS	23
2. MODÈLE LOGIQUE DU CONTINUUM	25
3. NIVEAU D'IMPLANTATION INITIAL DU CONTINUUM EN 2006	27
4. BILAN DE RESPONSABILITÉ DU MSSS	44
5. BILAN DE RESPONSABILITÉ DE L'INSPQ.....	46

6. BILAN D'IMPLANTATION DU CONTINUUM EN 2008	47
A. Régions ayant un niveau de mise en œuvre avancé du programme	49
Région sociosanitaire de Lanaudière (14)	51
Région sociosanitaire de l'Estrie (05)	54
Région sociosanitaire de la Capitale-Nationale (03)	58
Région sociosanitaire de Laval (13)	61
Région sociosanitaire du Saguenay-Lac-Saint-Jean (02)	64
B. Régions ayant un niveau de mise en œuvre modéré	67
Région sociosanitaire de Montréal (06)	69
Région sociosanitaire de la Gaspésie (11)	72
Région sociosanitaire de la Montérégie (16)	75
C. Régions ayant un niveau de mise en œuvre limité	78
Région sociosanitaire de l'Outaouais (07).....	80
Région sociosanitaire du Bas-Saint-Laurent (01)	83
Région sociosanitaire du Nord-du-Québec (10).....	85
Région sociosanitaire de Chaudière-Appalaches (12).....	87
Région sociosanitaire de l'Abitibi-Témiscamingue (08)	89
Région sociosanitaire de la Mauricie (04)	91
Région sociosanitaire des Laurentides (15).....	93
D. Région n'ayant pas entamé la mise en œuvre du programme	95
Région sociosanitaire de la Côte-Nord (09).....	95
7. BILAN PROVINCIAL DES RESPONSABILITÉS	96
8. BILAN PROVINCIAL DU NIVEAU DE MISE EN ŒUVRE DU CONTINUUM DE PRÉVENTION DES CHUTES	98
Implantation de l'intervention multifactorielle non personnalisée PIED	98
Implantation des Pratiques Cliniques Préventives.....	98
Implantation de l'intervention multifactorielle personnalisée IMP.....	98
RÉSULTATS Q2 : ANALYSE DE LA COUVERTURE DANS L'ENSEMBLE DES RÉGIONS ET DES CSSS	101
Couverture pour le PIED	101
Couverture pour l'IMP.....	102

RÉSULTATS Q3 : ANALYSE DES FACTEURS AYANT INFLUENCÉ LA MISE EN ŒUVRE DU CONTINUUM	107
Facteurs ayant influencé la mise en œuvre des interventions PIED et IMP dans les CSSS.....	107
Facteurs liés au modèle rationnel	108
Facteurs lié au modèle politique	110
Facteurs lié au modèle structurel.....	111
CONCLUSION	117
RECOMMANDATIONS	119
Annexe 1: Données sur le niveau de mise en œuvre	122
Annexe 2 : Facteurs ayant influencé la mise en œuvre.....	126
Annexe 3 : Grilles d’entrevues	132
Grille d’entrevue dans les agences régionales de santé (Été 2008) avec les répondants chutes	132
Questionnaire pour l’intervention multifactorielle non personnalisée PIED dans les CSSS.....	133
Questionnaire sur l’intervention multifactorielle personnalisée IMP dans les CSSS	135
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	139

Liste des figures

Figure 1: La prévention des chutes dans un continuum de services	12
Figure 2: Modèle de responsabilisation pour l'implantation du continuum	24
Figure 3: Modèle logique des interventions du continuum	26
Figure 4: Bilan de mise en œuvre au printemps 2006 pour la région 01 Bas-Saint-Laurent	28
Figure 5: Bilan de mise en œuvre au printemps 2006 pour la région 02 Saguenay-Lac-Saint-Jean	29
Figure 6: Bilan de mise en œuvre au printemps 2006 pour la région 03 Capitale-Nationale	30
Figure 7: Bilan de mise en œuvre au printemps 2006 pour la région 04 de la Mauricie.....	31
Figure 8: Bilan de la mise en œuvre au printemps 2006 pour la région 05 Estrie.....	32
Figure 9: Bilan de mise en œuvre au printemps 2006 pour la région 06 Montréal	33
Figure 10: Bilan de mise en œuvre au printemps 2006 pour la région 07 Outaouais	34
Figure 11: Bilan de mise en œuvre au printemps 2006 pour la région 08 Abitibi-Témiscamingue	35
Figure 12: Bilan de mise en œuvre au printemps 2006 pour la région 10 Nord-du-Québec	37
Figure 13: Bilan de mise en œuvre au printemps 2006 dans la région 11 Gaspésie	38
Figure 14: Bilan de mise en œuvre au printemps 2006 pour la région 12 Chaudière-Appalaches	39
Figure 15: Bilan de mise en œuvre au printemps 2006 pour la région 13 Laval	40
Figure 16: Bilan de mise en œuvre au printemps 2006 pour la région 14 Lanaudière	41
Figure 17: Bilan de mise en œuvre au printemps 2006 pour la région 15 Laurentides	42
Figure 18: Bilan de mise en œuvre au printemps 2006 pour la région 16 Montérégie	43
Figure 19: Modèle logique du continuum dans les régions ayant un niveau de mise en œuvre avancé	50
Figure 20: Modèle logique du continuum dans les régions ayant un niveau de mise en œuvre modéré.....	68
Figure 21: Modèle logique du continuum dans les régions ayant un niveau de mise en œuvre limité	79
Figure 22: Bilan des responsabilités dans l'implantation du continuum.....	97
Figure 23: Bilan de mise en œuvre du continuum dans l'ensemble des régions et CSSS.....	100

Liste des tableaux

Tableau 1: Chronologie de la réalisation des activités de mise en œuvre et de la collecte des données.....	21
Tableau 2: Mise en œuvre de l'intervention IMP dans la région de Lanaudière.....	52
Tableau 3: Mise en œuvre de l'intervention PIED dans la région de Lanaudière.....	53
Tableau 4: Mise en œuvre de l'intervention IMP dans la région de l'Estrie.....	56
Tableau 5: Mise en œuvre de l'intervention PIED dans la région de l'Estrie.....	57
Tableau 6: Mise en œuvre de l'intervention IMP dans la région de la Capitale-Nationale.....	59
Tableau 7: Mise en œuvre de l'intervention PIED dans la région de la Capitale-Nationale.....	60
Tableau 8: Mise en œuvre de l'intervention IMP dans la région de Laval.....	62
Tableau 9: Mise en œuvre de l'intervention PIED dans la région de Laval.....	63
Tableau 10: Mise en œuvre de l'intervention IMP dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean.....	65
Tableau 11: Mise en œuvre de l'intervention PIED dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean.....	66
Tableau 12: Mise en œuvre de l'intervention IMP dans la région de Montréal.....	70
Tableau 13: Mise en œuvre de l'intervention PIED dans la région de Montréal.....	71
Tableau 14: Mise en œuvre de l'intervention IMP dans la région de la Gaspésie.....	73
Tableau 15: Mise en œuvre de l'intervention PIED dans la région de la Gaspésie.....	74
Tableau 16: Mise en œuvre de l'intervention IMP dans la région de la Montérégie.....	76
Tableau 17: Mise en œuvre de l'intervention PIED dans la région de la Montérégie.....	77
Tableau 18: Mise en œuvre de l'intervention PIED dans la région de l'Outaouais.....	81
Tableau 19: Mise en œuvre de l'intervention PIED dans la région du Bas-Saint-Laurent.....	84
Tableau 20: Mise en œuvre de l'intervention PIED dans la région du Nord-du-Québec.....	86
Tableau 21: Mise en œuvre de l'intervention PIED dans la région de Chaudière-Appalaches.....	88
Tableau 22: Mise en œuvre de l'intervention PIED dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue.....	90
Tableau 23: Mise en œuvre de l'intervention PIED dans la région de la Mauricie.....	92
Tableau 24: Mise en œuvre de l'intervention PIED dans la région des Laurentides.....	94
Tableau 25: Estimé de la couverture des interventions PIED et IMP à l'échelle provinciale.....	104
Tableau 26: Synthèse des facteurs explicatif du processus d'implantation du continuum.....	115
Tableau 27: Résultats de la mise en œuvre de l'intervention PIED.....	122
Tableau 28: Résultats de la mise en œuvre pour l'intervention IMP.....	124
Tableau 29: Facteurs ayant influencé la mise en œuvre de l'intervention PIED.....	126
Tableau 30: Facteurs ayant influencé la mise en œuvre de l'intervention IMP.....	129

INTRODUCTION

Dans la plupart des pays industrialisés, les aînés constituent un groupe important de la population (Bourdessol and Pin 2005). Au Québec, sur la base du recensement de 2001, les aînés âgés de 65 ans et plus représentaient près de 14.1% de la population générale (ISQ 2009).

Dans ce groupe de la population, les chutes constituent un problème de santé fréquent et souvent récurrent. Environ 30 à 40% des aînés chutent au moins une fois par an, et la majorité de ces chutes se produisent à domicile (Tinetti, Baker et al. 1994; Tinetti 2003; Bergland and Wyller 2004; Kannus, Sievanen et al. 2005). Étant un des événements déclencheurs de la perte d'autonomie, les chutes chez les aînés entraînaient par ailleurs en 2004 près de 12 000 hospitalisations et 600 décès (MSSS 2004).

Devant l'importance de la problématique des chutes, la Direction générale de santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux publiait à l'adresse des gestionnaires et intervenants régionaux et locaux concernés, le *Cadre de référence de prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile* (MSSS 2004). Faisant suite aux recommandations du Groupe de travail provincial en prévention des chutes, cette publication constituait une étape importante dans l'initiation du processus d'implantation des différentes interventions qui visent à prévenir les chutes et améliorer ainsi la santé des aînés. Le cadre de référence de prévention des chutes du ministère (MSSS 2004) précisait en effet les principales caractéristiques des trois interventions retenues dans le continuum, soit: l'intervention clinique préventive faisant la promotion des bonnes pratiques auprès des professionnelles de première ligne; l'intervention multifactorielle personnalisée s'adressant à des personnes âgées en perte d'autonomie inscrites au soutien à domicile qui présentent une histoire de chute et un risque élevé de tomber de nouveau en raison de leur état de santé; et l'intervention multifactorielle non personnalisée basée sur le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) s'adressant à des personnes âgées présentant des problèmes d'équilibre ou se percevant à risque de chutes.

Suite à la publication du Cadre de référence ministériel (MSSS 2004), deux cibles d'intervention en matière de prévention des chutes chez les aînés vivant à domicile étaient également retenues dans le *Programme national de santé publique 2003-2012 (PNSP)* du ministère de la santé.

Parallèlement à ces différentes activités, le ministère de la Santé et des Services sociaux avait confié à l'Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ) le mandat d'accompagner et de soutenir le processus d'implantation du continuum de services offerts par les trois interventions recommandées par le cadre de référence ministériel (MSSS 2004).

Ce rapport d'évaluation du continuum de services en prévention des chutes chez les aînés vivant à domicile s'inscrit dans la logique de ce mandat. Il a été réalisé par le Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé (GRIS) de l'Université de Montréal, avec le soutien de l'INSPQ. Son

objectif général consiste à effectuer une analyse du processus d'implantation du continuum à l'échelle provinciale. Plus spécifiquement, il s'agit de:

- 1- Documenter, par la mesure des écarts entre les interventions planifiées et celles réalisées, le niveau de mise en œuvre des trois volets du programme de prévention des chutes.
- 2- Apprécier le niveau de couverture du continuum pour savoir dans quelle mesure est ce que ce dernier a pu rejoindre la population visée en l'absence d'indicateurs formels
- 3- Et finalement, l'analyse des déterminants contextuels ayant favorisé ou limité l'implantation du continuum.

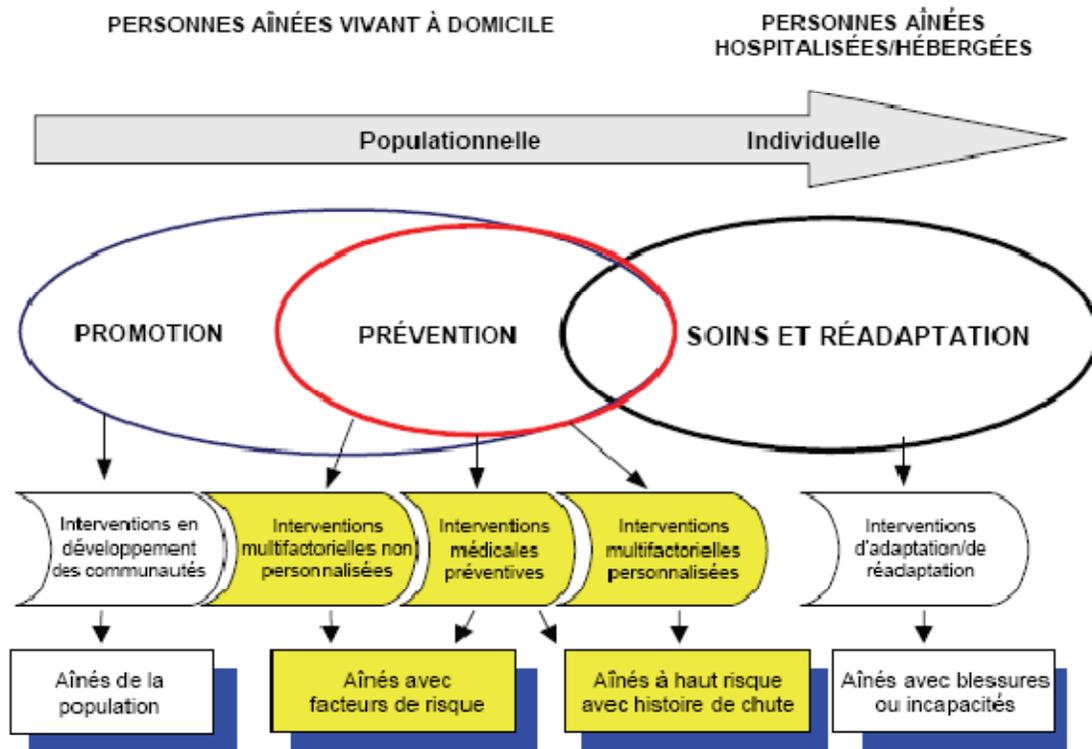
Dans le rapport, nous présenterons successivement une description sommaire des différentes interventions du continuum, la méthodologie utilisée ainsi que les principaux résultats de l'étude. Concernant les résultats portant sur l'analyse du niveau de mise en œuvre du continuum, nous présenterons dans un premier temps les modèles logique et de responsabilité élaborés, puis dans un deuxième temps, le bilan d'implantation du continuum en 2006, le bilan des responsabilités des différents acteurs impliqués dans le processus d'implantation ainsi que le bilan global d'implantation réalisé en 2008. Par la suite, nous rapporterons les résultats en lien avec l'analyse du niveau de couverture des interventions du continuum ainsi que les facteurs explicatifs du processus d'implantation. Une conclusion suivie de pistes de recommandations pour améliorer et accroître le processus de mise en œuvre viendront compléter le rapport.

DESCRIPTION DU CONTINUUM DE SERVICES EN PRÉVENTION DES CHUTES CHEZ LES ÂÎNÉS VIVANT À DOMICILE

Le programme de prévention tel que véhiculé dans le Cadre de référence ministériel (MSSS 2004) n'inclut pas les activités de promotion des saines habitudes de vie pour les aînés qui sont en général réalisées par d'autres programmes, ni les activités de soins et de réadaptation pour les aînés avec blessure ou incapacité. Il s'appuie à la fois sur une logique d'approche populationnelle et une logique d'approche sélective. Ce faisant, les activités de prévention pour les aînés à risque prévues dans le cadre de référence de prévention des chutes comprennent des interventions multifactorielles non personnalisées, des interventions médicales préventives et des interventions multifactorielles personnalisées. Ces différentes interventions étant hiérarchisées pour permettre d'offrir un continuum de services qui prend en compte les différents niveaux de risque de chutes. La notion de continuum de services réfère à la fois à la continuité et à la complémentarité des services requis par une population et reconnaît que les personnes ont des besoins auxquels un ensemble d'organismes et d'établissements doivent répondre (MSSS 2004).

La figure 1 issue du Cadre de référence pour la prévention des chutes (MSSS 2004), présente schématiquement les approches de prévention des chutes utilisées, la clientèle visée ainsi que les différentes interventions incluses dans le continuum.

Figure 1: La prévention des chutes dans un continuum de services



Source : Cadre de référence pour la prévention des chutes (MSSS 2004)

L'intervention multifactorielle non personnalisée (PIED¹)

L'intervention multifactorielle non personnalisée propose des activités d'exercices de groupe qui agissent en priorité sur les capacités motrices (équilibre, force), et des capsules selon une approche éducative sur un choix de facteurs de risque prévalant tels certains comportements (prise de risque, consommation d'alcool, observance de la médication, alimentation), l'environnement domiciliaire, les interactions médicamenteuses, l'ostéoporose, ou encore la vision. Des études ont en effet démontré que ces interventions sur la force et l'équilibre, lorsqu'elles ont la spécificité et l'intensité requises, peuvent diminuer les risques de chute. Les activités doivent donc avoir une intensité suffisante et reposer sur de solides fondements théoriques, autant en ce qui concerne l'exercice destiné à améliorer l'équilibre qu'en ce qui concerne l'approche éducative destinée à amener les participants à modifier leurs comportements (MSSS 2004).

S'appuyant sur une logique d'approche populationnelle, le but poursuivi par les interventions multifactorielles non personnalisées est d'offrir une gamme de services préventifs dans la communauté aux personnes âgées de 65 ans et plus qui se perçoivent à risque de chute ou qui ont un problème d'équilibre.

¹ Programme Intégré d'Équilibre Dynamique

L'offre de service aux aînés et l'animation des interventions sont pilotées par les CSSS ou exceptionnellement par les organismes du milieu communautaire. Même si ce type d'intervention est en mesure de rejoindre une clientèle plus large incluant aussi bien les aînés qui ont fait une chute que ceux qui n'en ont pas fait, il semble que les effets du programme sur la diminution des chutes sont optimisés lorsqu'ils s'accompagnent de critères de sélection permettant de donner préséance aux aînés qui présentent des facteurs de risque de chute (ex. : altération subjective de l'équilibre, chute récente, peur de tomber) (MSSS 2004).

Privilégiant l'approche de groupe, l'intervention multifactorielle non personnalisée n'est pas basée sur l'évaluation individuelle approfondie des risques de chute. Elle consiste plutôt à offrir un programme qui vise des facteurs de risque prévalant dans la population aînée notamment l'équilibre dynamique. Les interventions privilégiées sont essentiellement les exercices axés sur l'équilibre et la mobilité. Une approche multifactorielle étant conseillée, les interventions incluent des stratégies pour amener les participants : 1) à repérer et à modifier les risques que comporte leur environnement domiciliaire ; 2) à adopter des comportements sécuritaires.

Selon le cadre de référence ministériel en prévention des chutes (MSSS 2004), l'intérêt de l'intervention multifactorielle non personnalisée réside dans son potentiel à rejoindre un grand nombre de personnes, à faible coût. À titre d'exemple, le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) de la Direction de santé publique de Montréal comporte trois volets, d'une durée de 12 semaines à raison de trois séances par semaines. Les trois volets de l'intervention comprennent des exercices en groupe, des exercices à domicile et des capsules de discussion sur les risques liés aux comportements et à l'environnement. Ayant donné des résultats probants dans la région de Montréal, cette intervention a été retenue pour la mise en œuvre du Cadre de référence de prévention des chutes chez les aînés vivant à domicile.

Les pratiques cliniques préventives (PCP) ou intervention médicale préventive

Les interventions médicales préventives peuvent être définies comme une interaction clinicien-patient qui favorise la santé et qui prévient les maladies ou les blessures. Répondant à la logique d'approche de prévention individualisée des chutes, les interventions proposées incluent l'anamnèse, l'examen clinique, les examens paracliniques et une intervention selon les problèmes trouvés. Elles permettent d'investiguer adéquatement les personnes qui ont fait une chute, évaluer les risques de chute et de fracture, faire des recommandations sur les interventions et les orientations appropriées (MSSS, 2004).

Pour toutes les personnes âgées qui consultent à la suite d'une chute, que ce soit à l'urgence, en cabinet privé ou au CSSS, les causes de la chute devraient être recherchées; ces personnes devraient également obtenir des interventions, des conseils ou des orientations afin d'éviter une nouvelle chute. En effet, le fait d'avoir chuté dans les derniers mois est l'un des marqueurs les plus attestés de nouvelles chutes.

En outre, pour toutes les personnes âgées de 75 ans ou plus qui consultent pour d'autres raisons qu'une chute, le médecin traitant devrait s'informer, au moins une fois par année, si elles ont fait une chute dans la dernière année, et vérifier si elles souffrent d'un trouble de la marche et de l'équilibre. Selon le cas, il procédera à une évaluation du risque de chute et de fracture suivie d'interventions précises, selon les facteurs déterminés.

La durée de l'intervention médicale préventive reste variable et dépend entre autres des résultats d'évaluation du médecin, des suivis nécessaires à effectuer par l'aîné ainsi que des différentes orientations vers les autres intervenants du réseau de la santé.

L'intervention multifactorielle personnalisée (IMP)

L'intervention multifactorielle personnalisée s'adresse aux aînés en perte d'autonomie qui présentent une histoire de chute et un risque élevé de tomber de nouveau notamment en raison de leur état de santé ou d'autres facteurs modifiables extrinsèques (environnement du domicile, médication, consommation d'alcool). L'objectif des interventions est d'améliorer leur autonomie actuelle, ou au moins de la maintenir, en contrant les problèmes avant qu'ils s'aggravent ou qu'ils deviennent chroniques. Cette approche individualisée requiert des interventions interdisciplinaires et un partenariat inter-établissements. De ces faits, la réalisation adéquate de cette intervention requiert par conséquent la présence d'un intervenant dédié formé à cet effet et qui coordonne le suivi auprès de l'aîné du plan d'intervention individualisé. La durée de l'intervention est de 12 à 18 mois.

Les interventions multifactorielles personnalisées proposent d'agir simultanément sur plusieurs facteurs de risque (quatre à sept). Deux catégories de facteurs sont retenues dans le guide d'implantation de l'IMP (INSPQ 2007), notamment des facteurs dits essentiels qui regroupent les capacités physiques (marche et équilibre), le nombre de médicaments et l'utilisation de psychotropes, l'environnement domiciliaire et les comportements associés (prise de risque) et des facteurs dits complémentaires qui sont la dénutrition et la prévention de l'ostéoporose, l'hypotension orthostatique, les troubles visuels et, la consommation d'alcool.

MÉTHODOLOGIE

Cette recherche évaluative a été réalisée avec un devis de recherche de type de « Étude de cas multiples » avec plusieurs niveaux d'analyse imbriqués (Yin 2003). Les cas sont les programmes régionaux (n=15). Le niveau de mise en œuvre est apprécié aux niveaux régional et local (CSSS) alors que les facteurs explicatifs sont analysés à 3 niveaux : provincial, régional et local. Dans une telle étude, l'analyse n'est pas essentiellement comparative mais plutôt interne à chaque cas. Ainsi, l'attribution d'une association entre un facteur explicatif et le niveau de mise en œuvre ne découle pas d'une constatation que le niveau de mise en œuvre varie entre les régions en fonction du niveau de ce facteur explicatif mais plutôt d'un raisonnement à la fois empirique et théorique qui lie la présence du facteur à la variation de la mise en œuvre et idéalement qui explique par quels processus (empiriques et théoriques) la présence du facteur contribue à la mise en œuvre. La validité des résultats de ce type d'étude repose donc sur la qualité de la démonstration empirique et de l'argumentation théorique qui soutient cette démonstration empirique.

Dans cette section, nous présenterons en premier lieu les trois questions de recherche qui ont guidé la réalisation de la présente évaluation ainsi que la méthodologie utilisée pour répondre à ces 3 questions de recherche. Par la suite, le tableau 1 résumant la chronologie du processus d'implantation du continuum ainsi que les différentes étapes de l'évaluation sera présenté en second lieu.

Q1 : Quel est le niveau de mise en œuvre du programme de prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile?

Élaboration des modèles logique et de responsabilité du continuum

L'étape préalable à l'analyse de la mise en œuvre est l'élaboration du modèle logique du programme. Encore appelé théorie de l'intervention, le modèle logique est une explication structurée des postulats sur lesquels s'appuie une intervention. Il s'agit de préciser le raisonnement qui sous-tend la production des effets du programme (Rossi, Lipsey et al. 2004). Autrement dit, ce modèle devrait permettre une compréhension commune des ressources allouées au programme, des activités planifiées ainsi que des résultats attendus. Le modèle logique du programme de prévention des chutes avait été élaboré à partir de la revue de la littérature, la revue de la documentation associée au programme et des rencontres individuelles avec les personnes-ressources impliquées dans la conception du programme. La structure de responsabilisation des différentes organisations impliquées dans le processus de mise en œuvre du continuum fut par ailleurs modélisée en fonction des directives issues du Cadre de référence et à travers les échanges effectués avec les membres du comité avisé et l'équipe d'évaluation du programme lors de différentes réunions de validation.

Appréciation du niveau de mise en œuvre

Plusieurs auteurs ont discuté des activités nécessaires à la réalisation de la mesure du niveau de mise en œuvre (Scheirer 1981; Yin 2003). Cette dimension de l'évaluation de l'implantation vise à documenter (évaluation de l'effort) et à suivre (monitoring) le niveau d'opérationnalisation d'une intervention (Patton 2002; Rossi, Lipsey et al. 2004). Ceci étant, l'analyse de la mise en œuvre réfère à l'opération qui consiste à comparer les caractéristiques de l'intervention planifiée avec celles de l'intervention véritablement implantée. Elle permet aussi de discriminer l'apport relatif des composantes du programme véritablement implantées dans la production des effets. Le modèle logique a permis de décrire les ressources et les processus à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs. Dans cette partie, il s'agit d'apprécier, à partir des informations recueillies auprès des différents acteurs impliqués dans le processus de mise en œuvre, les écarts entre le programme tel que planifié et décrit dans le modèle logique et le programme réellement implanté. À noter que ces acteurs rencontrés proviennent de différents niveaux du réseau de santé : la direction de santé publique du Ministère de la Santé et des Services Sociaux, l'Institut National de Santé Publique, les Agences régionales des services sociaux et de santé, les centres de santé et des services sociaux ainsi que certains organismes communautaires impliqués dans le processus de soutien aux aînés pour le PIED.

Plus spécifiquement, pour apprécier le niveau de mise en œuvre du continuum, deux collectes de données furent effectuées. Une première collecte au printemps 2006 et une deuxième à l'été et à l'automne 2008. À noter que la première collecte visait principalement à informer et à soutenir la réalisation de la deuxième collecte de données.

Première collecte pour le niveau de mise en œuvre (Printemps 2006)

Cette première collecte avait été effectuée par enquête téléphonique auprès des répondants régionaux du programme de prévention des chutes afin d'apprécier le niveau de mise en œuvre au début du processus d'implantation dans les différentes régions sociosanitaires. Environ un an après la publication du cadre de référence (MSSS 2004), nous avons estimé qu'il était nécessaire d'avoir un portrait initial des différentes activités d'implantation du continuum initiées dans chacune des régions sociosanitaires.

Pendant cette première série d'entrevues, les 16 répondants régionaux furent rejoints. Les thèmes abordés durant ces entrevues étaient en lien avec les thèmes suivants:

- Les différentes activités initiées pour la mise en œuvre des trois interventions du continuum.
- La mise en place de partenariats interorganisationnels pour faciliter la mise en œuvre du continuum.
- L'identification de certains CSSS qui ayant initié le processus d'implantation du continuum.

Deuxième collecte pour le niveau de mise en œuvre (Été et Automne 2008)

La deuxième collecte s'adressait aussi bien aux répondants régionaux, qu'aux répondants locaux responsables du programme au niveau des CSSS. Le choix de la période pour cette collecte nous semblait opportun dans la mesure où les différentes formations PIED et IMP étaient réalisées et le guide d'implantation de l'IMP publié. Sur la base des données recueillies lors de la première collecte, deux outils avaient été élaborés.

Premier outil de collecte pour l'analyse du niveau de mise en œuvre

Le premier outil, un guide d'entrevue avec des questions ouvertes, s'adressait principalement aux répondants régionaux du continuum de prévention des chutes dans les Agences de santé et des services sociaux. Il visait à comprendre l'organisation générale structurelle et fonctionnelle du continuum tel qu'implanté dans chacune des régions. Plus précisément, cette démarche visait à rechercher:

- Le contexte historique régional en matière de prévention des chutes pour les aînés avant la publication du Cadre de référence du ministère.
- Le nombre de CSSS ayant implanté les différentes interventions du continuum.
- Pour l'IMP : l'organisation structurelle de l'intervention à travers l'identification des différentes directions régionales impliquées dans l'offre de cette intervention ainsi que leur relation de collaboration; les ressources humaines impliquées dans l'offre de l'intervention; les ressources financières allouées, leur origine et les mécanismes de suivi de gestion associés.
- Pour le PIED : l'organisation structurelle de l'intervention à travers l'identification des structures en charge de l'offre de l'intervention PIED; les ressources financières allouées à l'intervention, leur origine ainsi que les mécanismes de suivi de gestion associés
- Pour les PCP : les différentes activités entreprises pour l'implantation de cette intervention.

Les entrevues furent réalisées à l'été 2008 par téléphone pour 9 des 16 répondants régionaux, et par entrevues directes avec déplacement dans les régions pour les 7 autres répondants régionaux.

Deuxième outil de collecte pour l'analyse du niveau de mise en œuvre

Le deuxième outil de collecte pour l'analyse du niveau de mise en œuvre, spécifique aux CSSS visait les responsables de l'offre de l'intervention multifactorielle non personnalisée du continuum (PIED) et de l'intervention multifactorielle personnalisée (IMP). Les entrevues réalisées dans les CSSS étaient essentiellement téléphoniques et ont été effectuées à l'automne 2008 (Novembre et Décembre). La liste ainsi que les contacts des responsables locaux pour chacune des interventions avait été obtenue par l'entremise des différents répondants régionaux du programme. Nous avons par ailleurs acheminé la grille d'entrevue aux répondants locaux une dizaine de jours avant le début des entrevues pour leur permettre d'avoir un aperçu des informations dont nous avons besoin.

Ceci étant, avec la personne en charge de l'intervention PIED dans les CSSS, on a recherché les variables suivantes :

- La durée de la période de mise en œuvre de l'intervention.
- Les organisations impliquées dans l'offre de l'intervention.
- le contenu de l'intervention réalisée (composantes réalisées, nombre et durée des rencontres).

Des 96 CSSS du Québec, 85 furent contactés à l'exception des 8 CSSS de la région de la Côte-Nord, et de 3 CSSS de la Gaspésie où selon les répondants régionaux, le processus d'implantation du continuum n'avait pas encore commencé. Sur les 85 CSSS contactés, nous avons réussi à rejoindre 73 CSSS, soit un taux de réponse de 85.8% et il avait été impossible de rejoindre les 12 autres CSSS après plusieurs tentatives.

Avec la personne en charge de l'intervention IMP dans les différents CSSS répondants, nous avons déterminé les variables de mise en œuvre suivantes:

- La durée de la période de mise en œuvre de l'intervention.
- Le nombre et la profession des intervenants dédiés formés.
- Les différents facteurs de risque de chute visés.
- La conformité des outils utilisés pour les phases de dépistage sélectif et d'évaluation approfondie.
- Les interventions réalisées pour chacun des facteurs de risque.
- Les acteurs sollicités dans la réalisation de ces interventions.

Sur les 96 CSSS de la province, l'intervention IMP était implantée dans 30 CSSS selon les répondants régionaux. Nous avons contacté l'ensemble de ces 30 CSSS et après plusieurs relances, nous sommes finalement arrivés à rejoindre 25 CSSS sur ces 30, soit un taux de réponse de 83.3%, ce qui représente 26% des 96 CSSS.

Les grilles d'entrevues utilisées durant la deuxième collecte des données sont présentées à l'annexe 3 de ce rapport.

Q2 : Dans quelle mesure le programme a-t-il permis de rejoindre la population ciblée

Dans l'élaboration d'un programme, il est essentiel de bien définir la population cible. Ce faisant, dans une démarche d'évaluation il est important de rapporter dans quelle mesure cette population cible a été rejointe par le programme : c'est le but de l'évaluation de la couverture d'un programme. Elle réfère au pourcentage des personnes éligibles ayant reçu les services. C'est une mesure particulièrement intéressante, car elle représente l'interface entre les services offerts (le processus managérial) et la population (le portrait épidémiologique).

Pour mesurer la couverture d'un programme, Rossi et al. (2004) proposent trois méthodes : l'analyse des données enregistrées à propos des participants, des enquêtes spécifiques sur les

participants, souvent par échantillonnage, et des études de population. Dans le cadre de cette évaluation, nous avons adopté l'approche qui consiste à analyser les données enregistrées à propos des participants au programme.

Pour l'intervention PIED, nous avons ainsi recherché auprès des répondants locaux des CSSS, ou parfois auprès des animateurs chargés de donner l'intervention:

- l'année à laquelle l'intervention PIED avait commencé à être donnée,
- le nombre moyen² de groupes formés par an dans le CSSS,
- et le nombre moyen d'aînés par groupe formé dans le CSSS.

Tandis que pour l'intervention multifactorielle personnalisée IMP, nous avons recherché :

- le nombre d'aînés ayant bénéficié de l'IMP au courant de l'année fiscale 2007-2008 pour les cinq régions suivantes : Lanaudière, l'Estrie, la Capitale-Nationale, Laval et le Saguenay-Lac-Saint-Jean.
- Le nombre d'aînés ayant bénéficié de l'IMP entre janvier et décembre 2008 pour les CSSS de la région de Montréal et pour certains CSSS des régions de la Gaspésie et de la Montérégie.

En l'absence de cibles de couverture formellement définies pour ces deux interventions, les chiffres de couverture recueillis furent analysés en fonction des données d'une étude menée par la direction de santé publique de Montréal pour le cas du PIED (DSP 2006) et des données inscrites dans le guide d'implantation de l'IMP (INSPQ 2007).

Q3 : Quels sont les facteurs qui expliquent le niveau de mise en œuvre

La méthodologie utilisée pour répondre à cette troisième question comprend des entrevues semi-structurées menées auprès des responsables du MSSS, de l'INSPQ, des Agences régionales de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux mais aussi auprès des acteurs des CSSS.

Les modèles explicatifs du niveau de mise en œuvre d'une innovation sont nombreux et varient selon les variables explicatives en cause. Parmi ces modèles, nous pouvons retenir : le modèle rationnel, le modèle de développement organisationnel, le modèle psychologique, le modèle structurel (Champagne 2002). Le choix du modèle théorique pertinent dépend de la disponibilité des données, du contexte de l'étude, mais aussi du modèle logique de l'intervention. Le modèle théorique propose une solution originale à la problématique en étude. Dans la présente évaluation, il doit permettre d'identifier les barrières et les facilitateurs potentiels à la mise en œuvre. Le modèle théorique retenu permet également de structurer la recherche tout en laissant de la place, dans une étude de cas, à l'émergence d'autres facteurs.

² Compte tenu de la grande variabilité sur l'année du début de l'implantation du PIED dans les CSSS répondants et donc la difficulté de déterminer une année de référence pour tous les CSSS, nous avons recherché le nombre moyen de groupe formé par an dans chacun des CSSS.

Sur la base des fondements théoriques mis en évidence dans ces modèles, les facteurs explicatifs du niveau de mise en œuvre furent recherchés à trois moments différents :

- Au printemps 2007 : sur la base des informations rapportées par les différents répondants régionaux, 7 CSSS avaient été identifiés et sélectionnés afin de faire ressortir les facteurs qui ont favorisé ou limité le processus d'implantation du continuum dans les CSSS. Plus précisément, nous avons recherché les facteurs de mise en œuvre en lien avec la compréhension du continuum par les différents répondants locaux, les ressources financières, humaines et logistiques disponibles, l'appui obtenu par le MSSS, l'INSPQ et l'agence régionale, la priorité accordée au continuum. Cette collecte visait à recueillir les informations qui allaient nous éclairer dans la démarche d'élaboration du questionnaire de la collecte globale prévue pour l'ensemble des CSSS.
- À l'été et à l'automne 2008, les facteurs facilitant et limitant de l'implantation du continuum identifiés lors de la première collecte au printemps 2007 ont servi de grille pour recueillir plus globalement les facteurs explicatifs de la mise en œuvre auprès des répondants responsables de l'intervention PIED de 73 CSSS, mais aussi auprès des répondants responsables de l'IMP de 25 CSSS. Les données recueillies furent agrégées et analysées en fonction des différents modèles théoriques qui expliquent le processus d'implantation du changement dans les organisations.

Le tableau 1 présente la chronologie des activités d'implantation du continuum réalisées par le MSSS et l'INSPQ ainsi que la chronologie de la collecte des données.

RÉSULTATS Q1 : ANALYSE DU NIVEAU DE MISE EN ŒUVRE DU CONTINUUM

Dans cette section, nous présentons les différents résultats de l'évaluation en lien avec le niveau de mise en œuvre. Les modèles de responsabilité et logique qui précisent respectivement les rôles et responsabilités des différents acteurs organisationnels impliqués dans le processus ainsi que les ressources et activités liées aux interventions du continuum sont présentés en premier lieu. Le bilan initial d'implantation de 2006 et le bilan global d'implantation de 2008 seront par la suite présentés en deuxième lieu.

1. MODÈLE DE RESPONSABILISATION DU CONTINUUM

Le Cadre de référence ministériel définissait les rôles ainsi que les activités dévolues à chacun des acteurs organisationnels impliqués dans le processus d'implantation du continuum. Partant de cette base, les rencontres de travail subséquentes effectuées entre les membres du comité aviseur du programme avec l'équipe d'évaluation a permis de préciser davantage les responsabilités du ministère, de l'INSPQ, des agences régionales et des CSSS. Les responsabilités respectives de ces différents acteurs sont présentées dans la figure 2.

Rôle et responsabilités du Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS)

Pour la réalisation de l'implantation du continuum à l'échelle provinciale, le ministère de la santé devait :

- élaborer un plan de financement national pour la prévention des chutes pour les aînés vivant à domicile
- élaborer les indicateurs de suivi et d'évaluation du continuum
- élaborer les paramètres d'organisation et de coordination entre les différentes directions concernées par la problématique des chutes chez les aînés
- élaborer avec les autres ministères concernés par la problématique de santé chez les aînés, des politiques publiques saines de prévention des chutes
- promouvoir la création d'environnements favorables à la santé des aînés

Rôle et responsabilités de l'Institut national de santé publique (INSPQ)

Le mandat de l'INSPQ consistait à soutenir les différents acteurs du réseau de la santé notamment à travers :

- l'élaboration d'outils pour soutenir guide l'implantation de l'intervention IMP,
- la mise en place d'un comité scientifique chargé de définir la pratique clinique préventive pour la prévention des chutes et de développer les outils et des protocoles de dépistage et d'évaluation
- la coordination du processus d'évaluation du continuum
- les activités de formation pour les trois interventions du continuum

Rôle et responsabilités des Agences régionales de santé et des services sociaux

Les agences de santé avaient la responsabilité d'assurer l'implantation des différentes interventions du continuum dans leurs régions respectives. Ceci devait se traduire par:

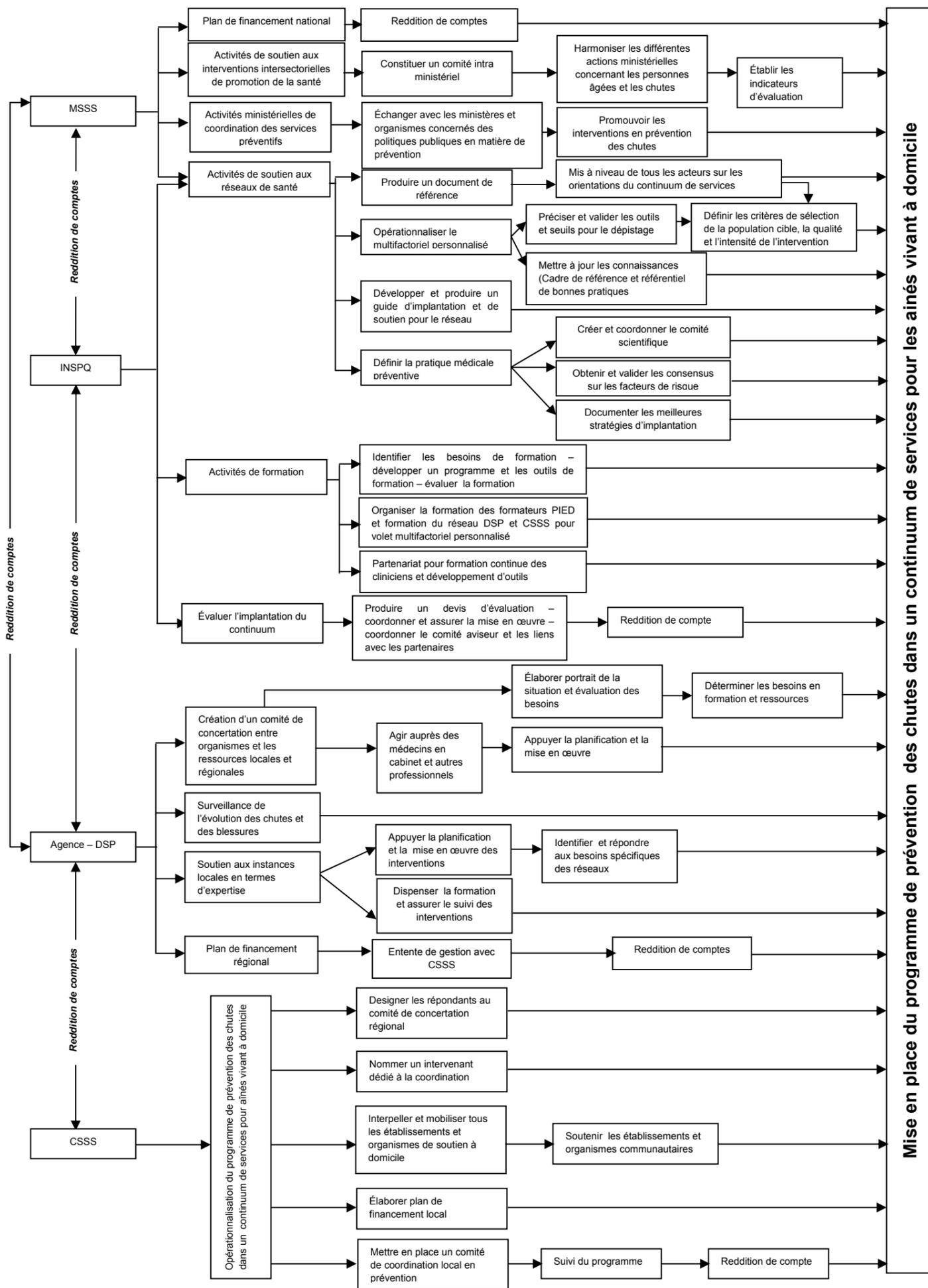
- la création d'un cadre de concertation entre l'agence régionale, les CSSS et les organismes communautaires sollicités dans le processus d'implantation du continuum.
- le soutien aux CSSS en termes de formation continue et d'expertise technique pour l'offre des différentes interventions du continuum
- l'élaboration d'un plan de financement régional pour l'implantation du continuum,

Rôle et responsabilités des CSSS

Constituant le point d'accès permettant l'offre proprement dite des interventions en prévention des chutes chez les aînés vivant à domicile, les CSSS devaient :

- nommer un répondant local responsable de la coordination des activités du programme
- Mobiliser les organismes communautaires et les établissements de santé
- élaborer un plan de financement local
- coordonner l'offre de services pour le PIED et l'IMP

Figure 2: Modèle de responsabilisation pour l'implantation du continuum



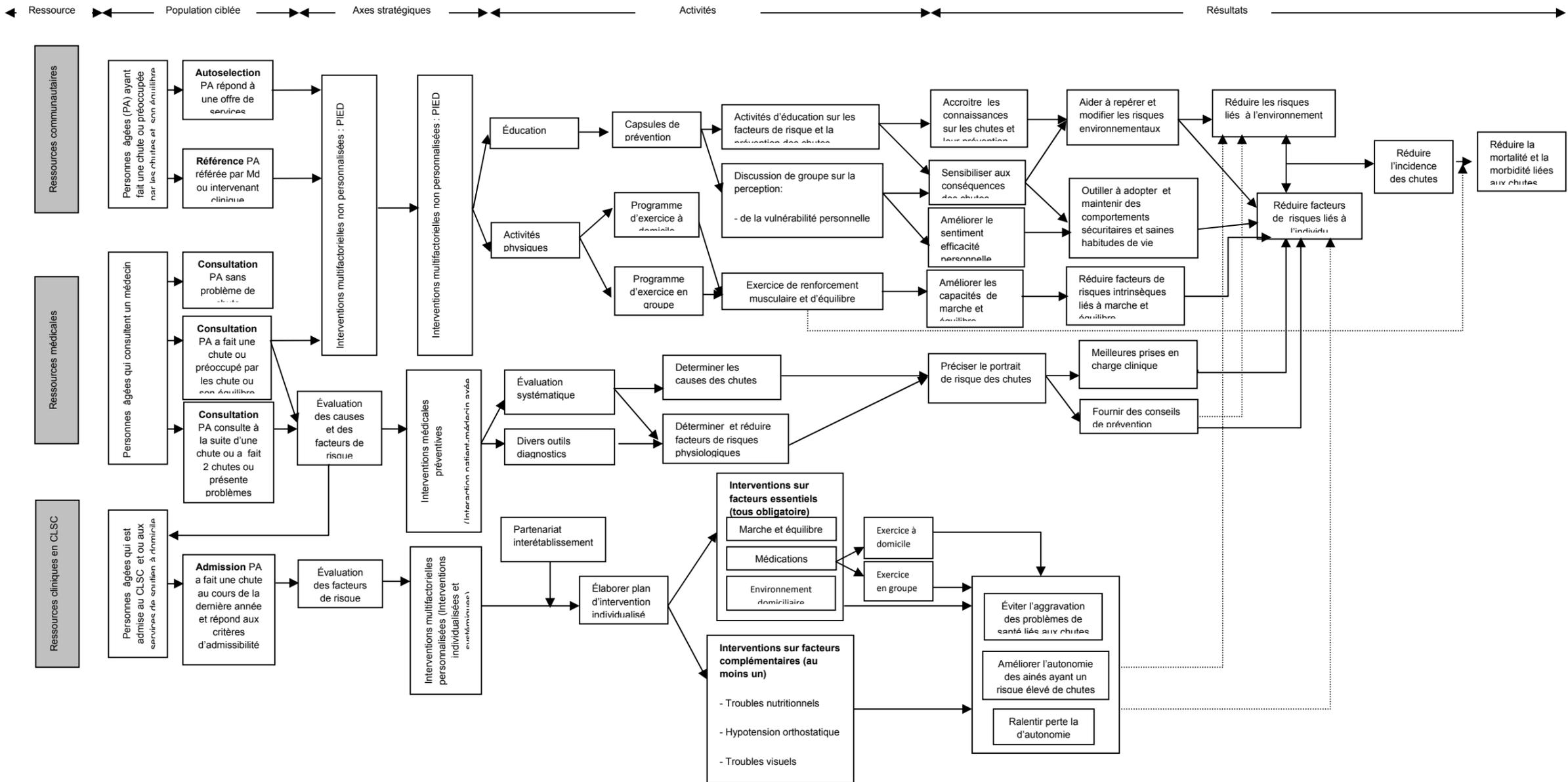
2. MODÈLE LOGIQUE DU CONTINUUM

Avec la modélisation logique du continuum de prévention des chutes chez les aînés vivant à domicile, il apparaît que l'intervention multifactorielle non personnalisée PIED offerte dans la communauté ciblait les personnes âgées de 65 ans et plus ayant un faible risque de chute et qui répondaient soit directement à une offre de services proposée ou encore qui étaient référées par un professionnel de la santé (médecin ou intervenant). À la suite de cette sélection, l'intervention offre une session d'exercices visant la force et l'équilibre, en groupe et à domicile, ainsi que des activités éducatives sur les facteurs de risque de chute notamment sur la vulnérabilité individuelle, les causes des chutes et la prévention des chutes. L'intensité de l'intervention PIED est de deux séances par semaine en groupe et une fois par semaine à domicile, pendant 12 semaines.

En plus de cette première porte d'entrée pour les aînés vivant dans la communauté, le continuum propose deux autres interventions multifactorielles personnalisées pour les aînés qui ont un risque plus élevé de chute notamment l'intervention médicale préventive offerte dans le cadre des Pratiques Cliniques Préventives (PCP) et l'intervention multifactorielle personnalisée IMP. La première intervention multifactorielle personnalisée (PCP) s'adresse aux aînés qui consultent un médecin qui exerce en cabinet privé, à l'urgence ou dans un Groupe de Médecine Familiale (GMF) ou au CSSS. Le médecin pouvant intervenir directement sur certains facteurs de risque de chute ou encore réorienter l'aîné soit vers l'intervention PIED, soit vers l'intervention IMP offert par les services de soutien à domicile (SAD) des CSSS. Et dans ce dernier cas, l'aîné est pris en charge par un intervenant dédié spécifiquement formé qui réalise le dépistage des facteurs de risque et assure le suivi du plan d'intervention individuel réalisé par tous les professionnels qui interviennent sur chacun des facteurs de risque identifiés.

La figure 3 présente les différentes ressources, la population-cible, les axes stratégiques, les activités et résultats attendus pour chacune des trois interventions du continuum.

Figure 3: Modèle logique des interventions du continuum



3. NIVEAU D'IMPLANTATION INITIAL DU CONTINUUM EN 2006

La première collecte effectuée auprès des répondants régionaux du continuum (au niveau des agences régionales) a permis d'obtenir un portrait du niveau d'implantation initial des différentes composantes du continuum de prévention des chutes et de fournir les informations nécessaires pour la réalisation de la deuxième collecte. Le détail et l'historique de l'implantation dans chacune des régions étant présentés au sein de la section résultats de la collecte finale (2008), nous présentons dans la présente section les résultats graphiques de l'implantation telle qu'elle était en 2006 (printemps).

Les résultats sont présentés en faisant référence au modèle logique de l'intervention. Le niveau d'implantation dans chacune des régions a été schématisé pour mettre en évidence les différentes composantes du continuum qui sont mis en œuvre selon la légende suivante :



Bonne implantation : Activités en cours telles que planifiées



En cours d'implantation : Activités avancées en phase de planification ou en cours dans le cadre de projets pilotes



Aucune implantation

Figure 4: Bilan de mise en œuvre au printemps 2006 pour la région 01 Bas-Saint-Laurent

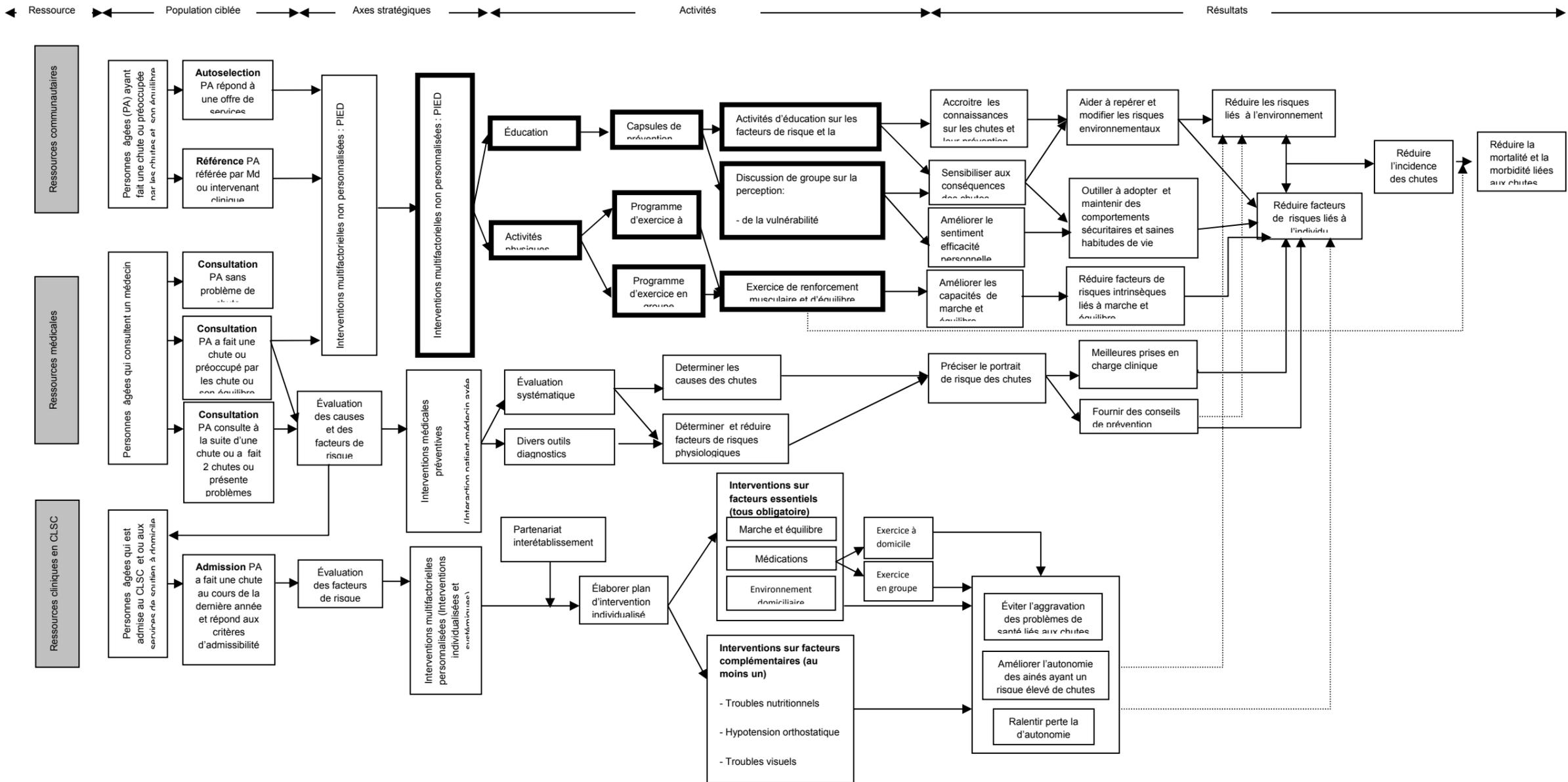


Figure 5: Bilan de mise en œuvre au printemps 2006 pour la région 02 Saguenay-Lac-Saint-Jean

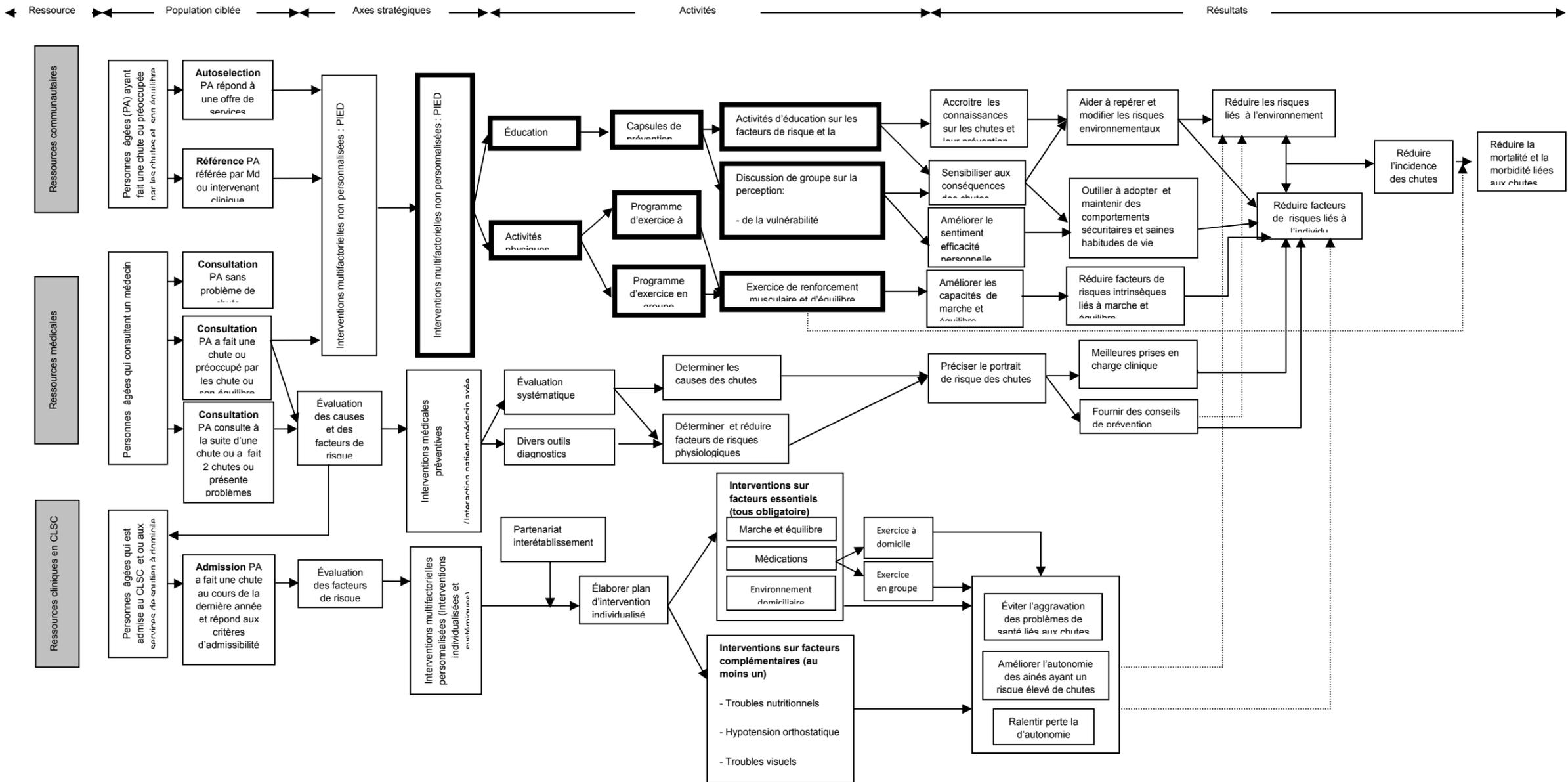


Figure 6: Bilan de mise en œuvre au printemps 2006 pour la région 03 Capitale-Nationale

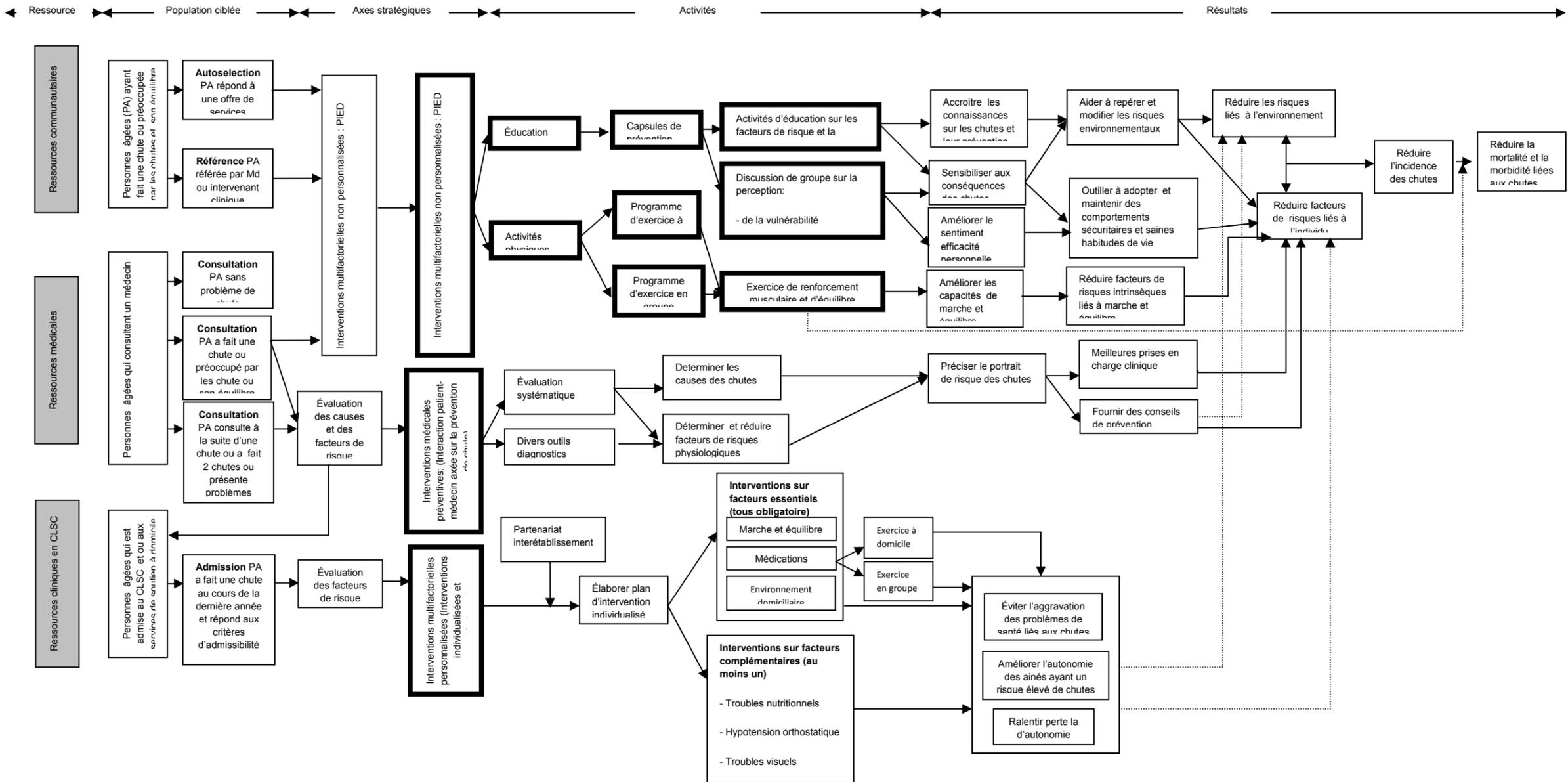


Figure 7: Bilan de mise en œuvre au printemps 2006 pour la région 04 de la Mauricie

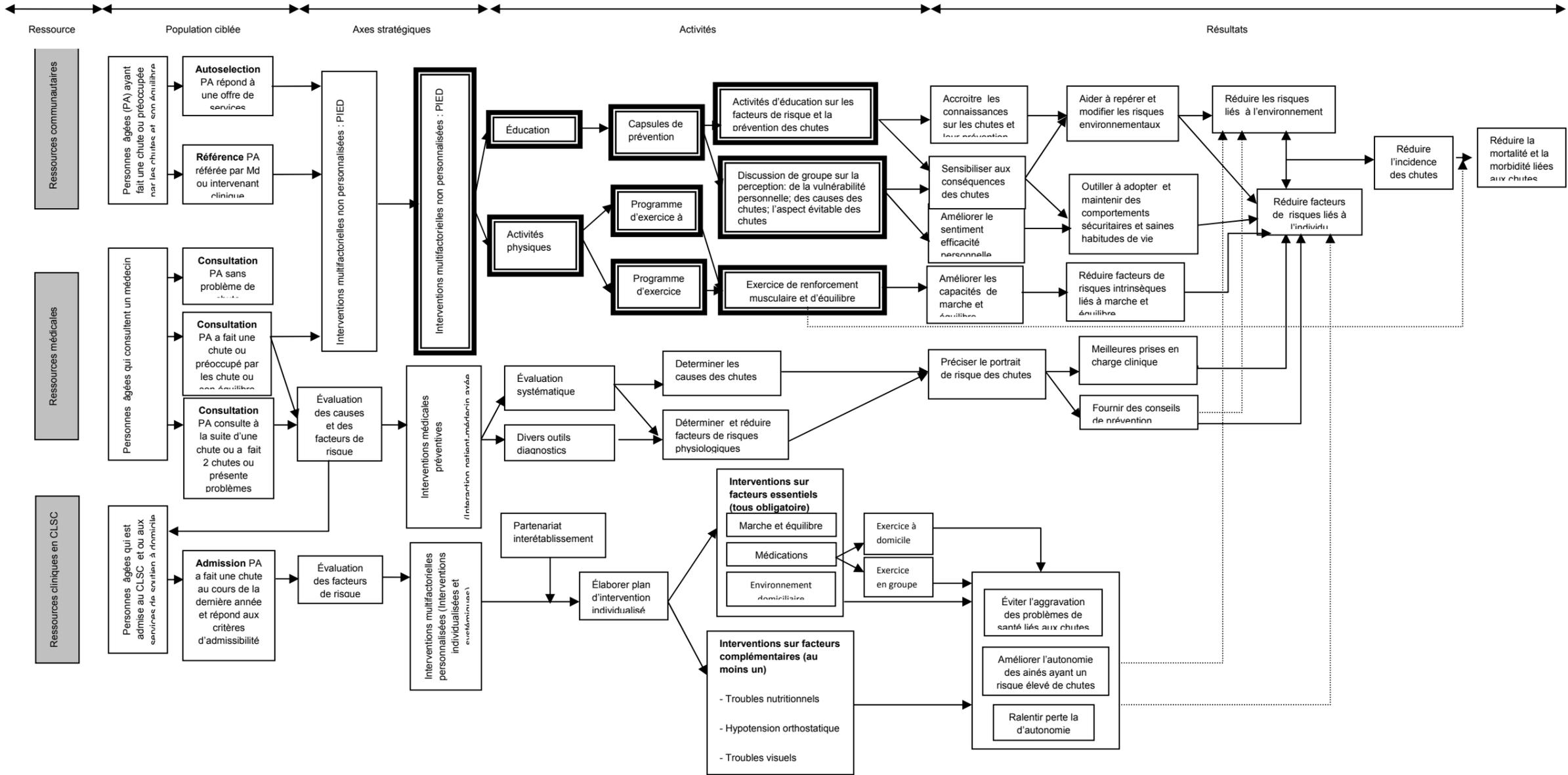


Figure 8: Bilan de la mise en œuvre au printemps 2006 pour la région 05 Estrie

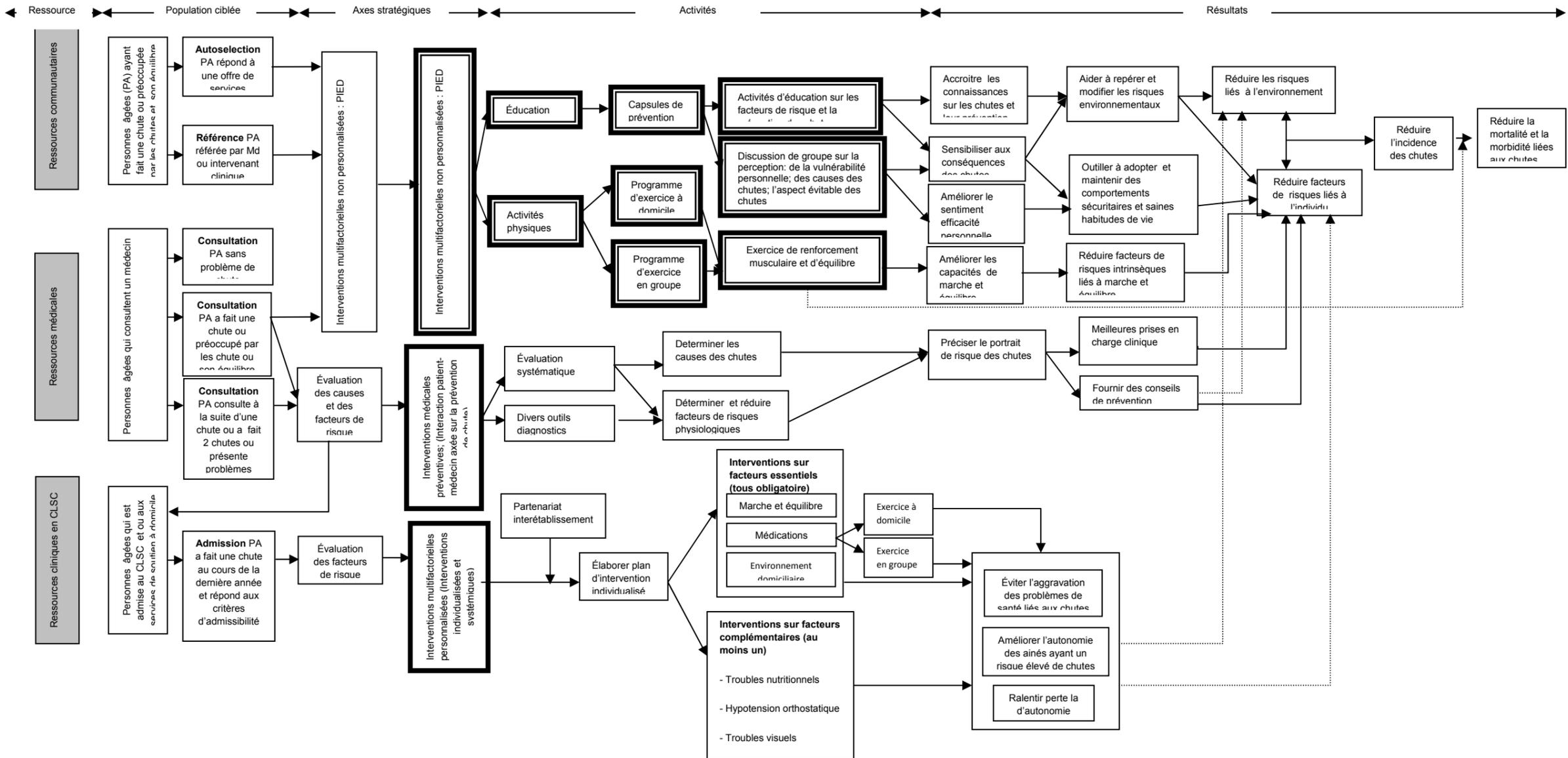


Figure 9: Bilan de mise en œuvre au printemps 2006 pour la région 06 Montréal

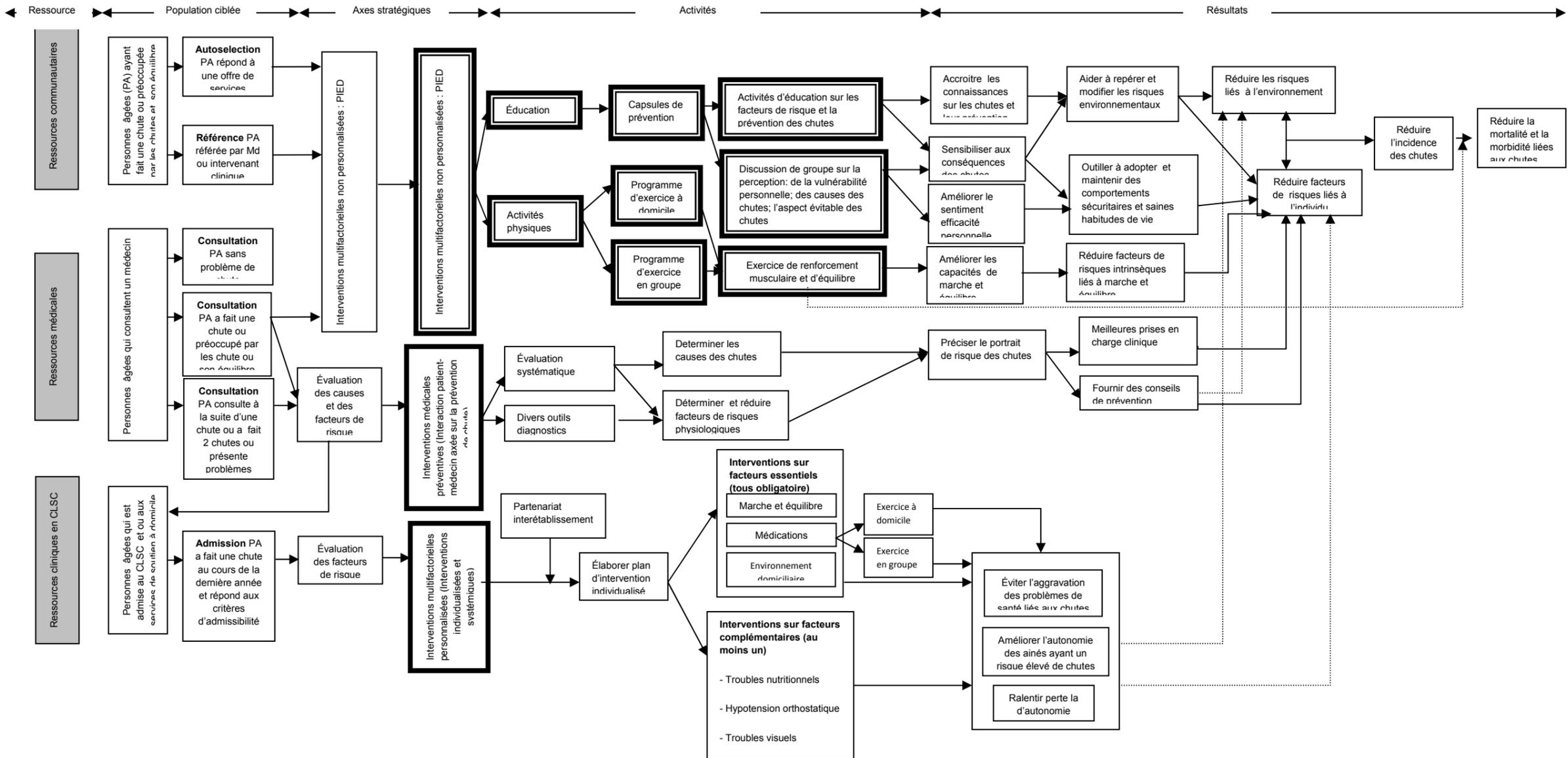


Figure 10: Bilan de mise en œuvre au printemps 2006 pour la région 07 Outaouais

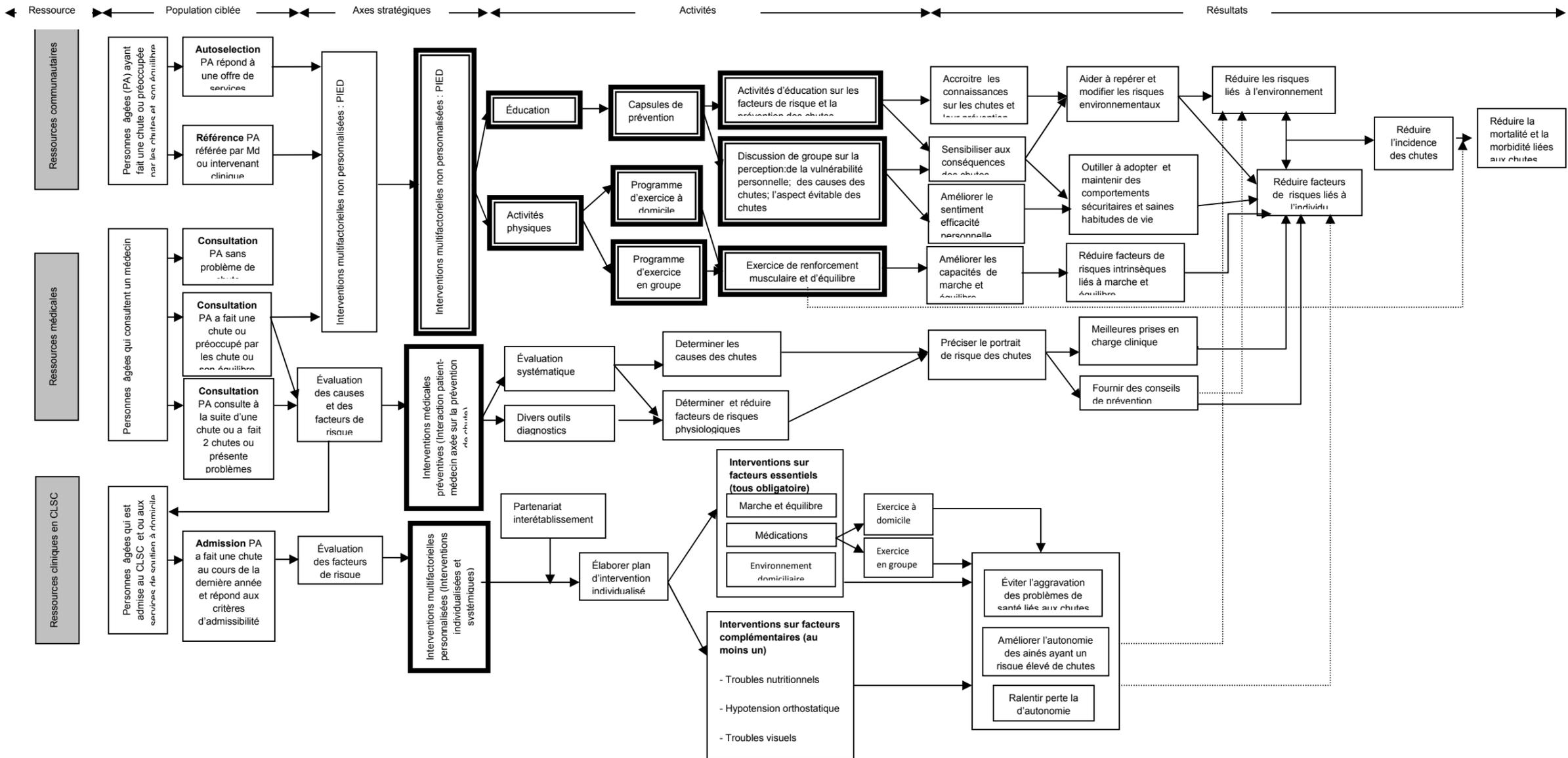
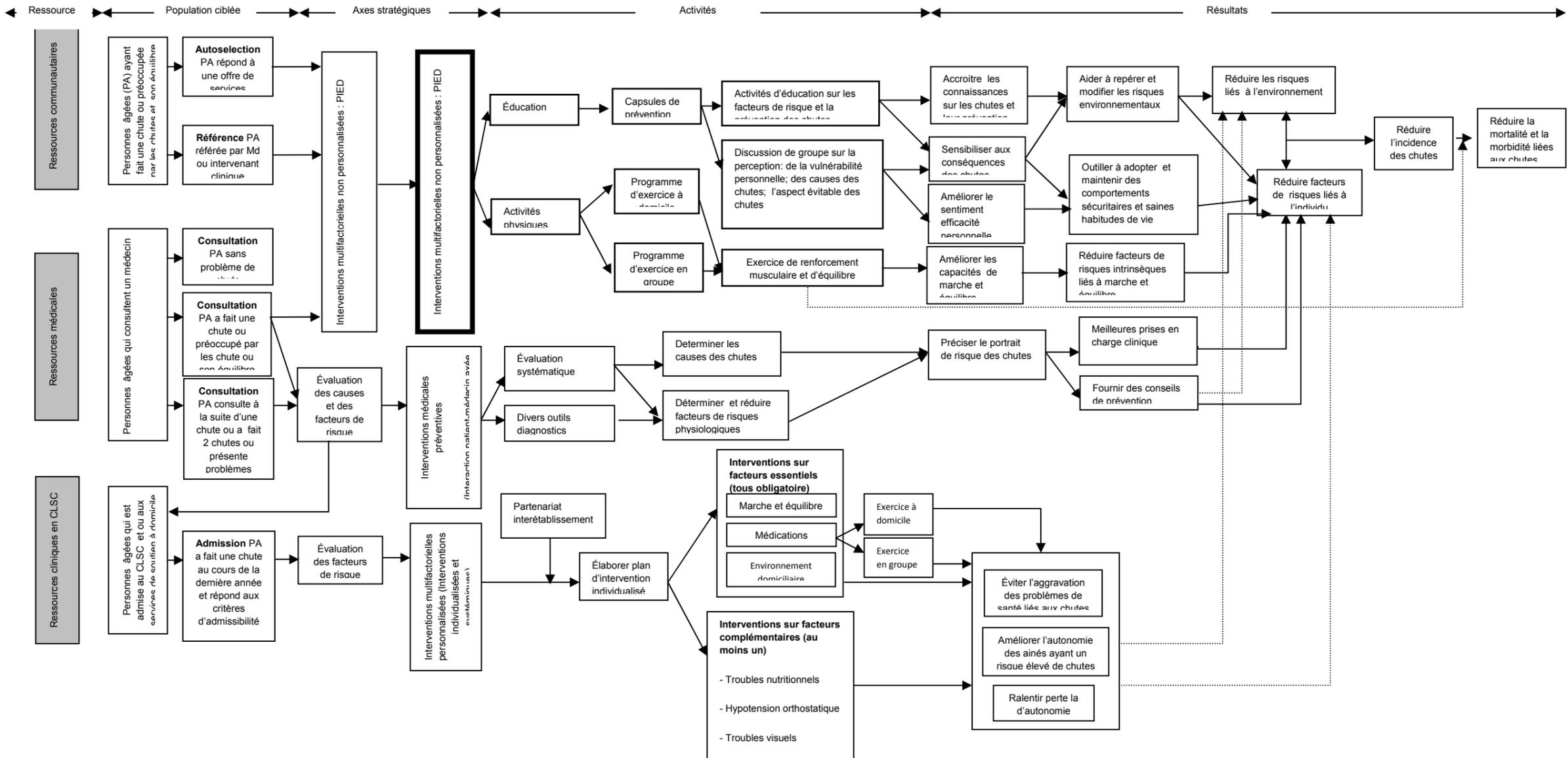


Figure 11: Bilan de mise en œuvre au printemps 2006 pour la région 08 Abitibi-Témiscamingue



Bilan de la mise en œuvre au printemps 2006 pour la région 09 Côte-Nord

Dans la région de Côte Nord, le continuum de prévention n'était pas implanté. Compte tenu de la non disponibilité des ressources humaines et financières, la région se questionne sur les bénéfices par rapport aux coûts. Une étude exploratoire prévue pour l'automne 2006 devait permettre de se positionner. Les objectifs de cette étude sont de:

- Produire un état de situation de la problématique nord-côtière des chutes chez les personnes âgées résidant à domicile, incluant un inventaire des activités de prévention
- Explorer les avenues d'implantation du programme d'intervention multifactorielle personnalisée
- Évaluer la capacité des équipes de soutien à domicile à prendre en charge ce type de programme
- Proposer des hypothèses d'implantation en identifiant les coûts/bénéfices
- Documenter les alternatives possibles si cela est pertinent

Figure 12: Bilan de mise en œuvre au printemps 2006 pour la région 10 Nord-du-Québec

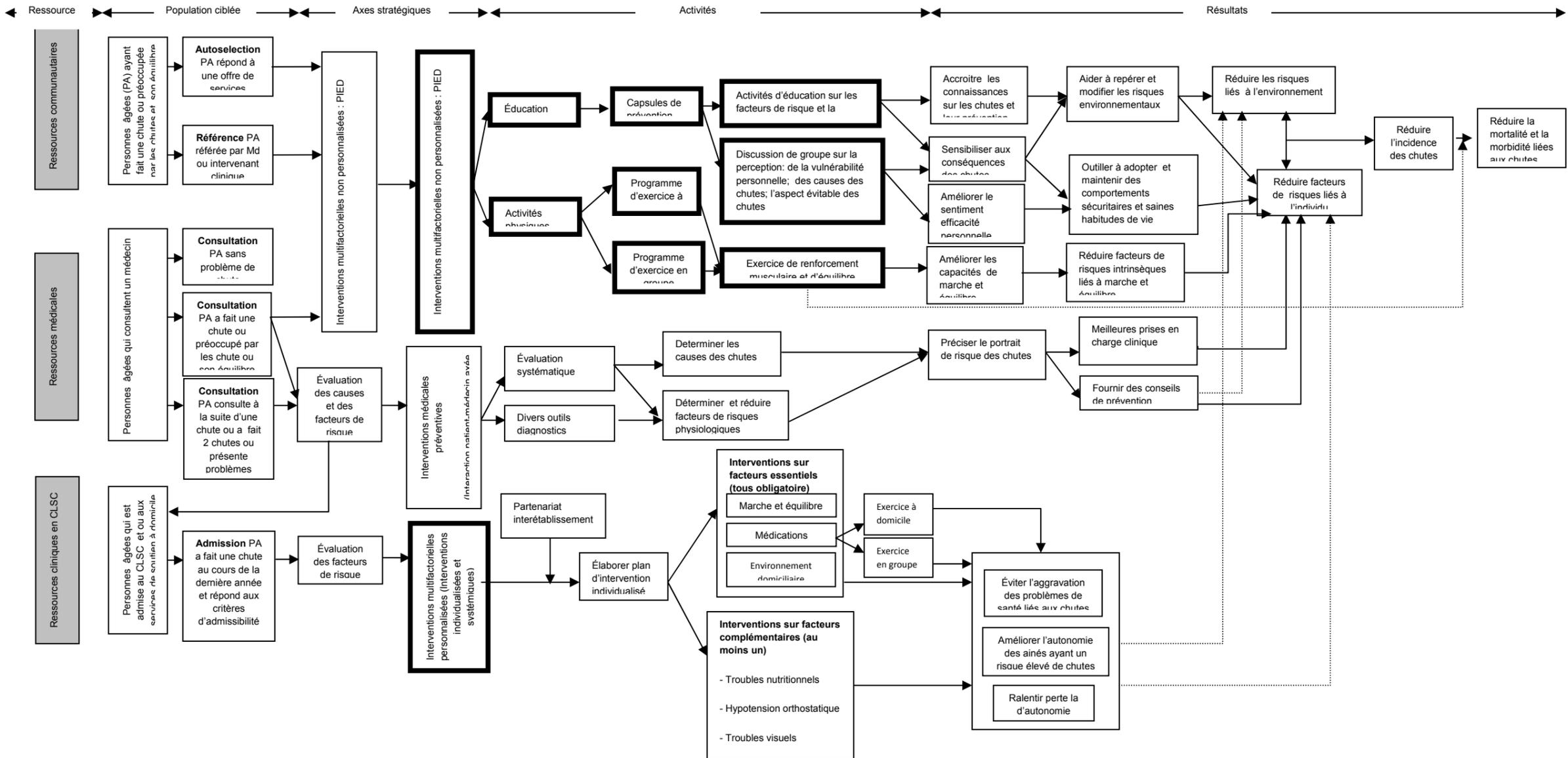


Figure 13: Bilan de mise en œuvre au printemps 2006 dans la région 11 Gaspésie

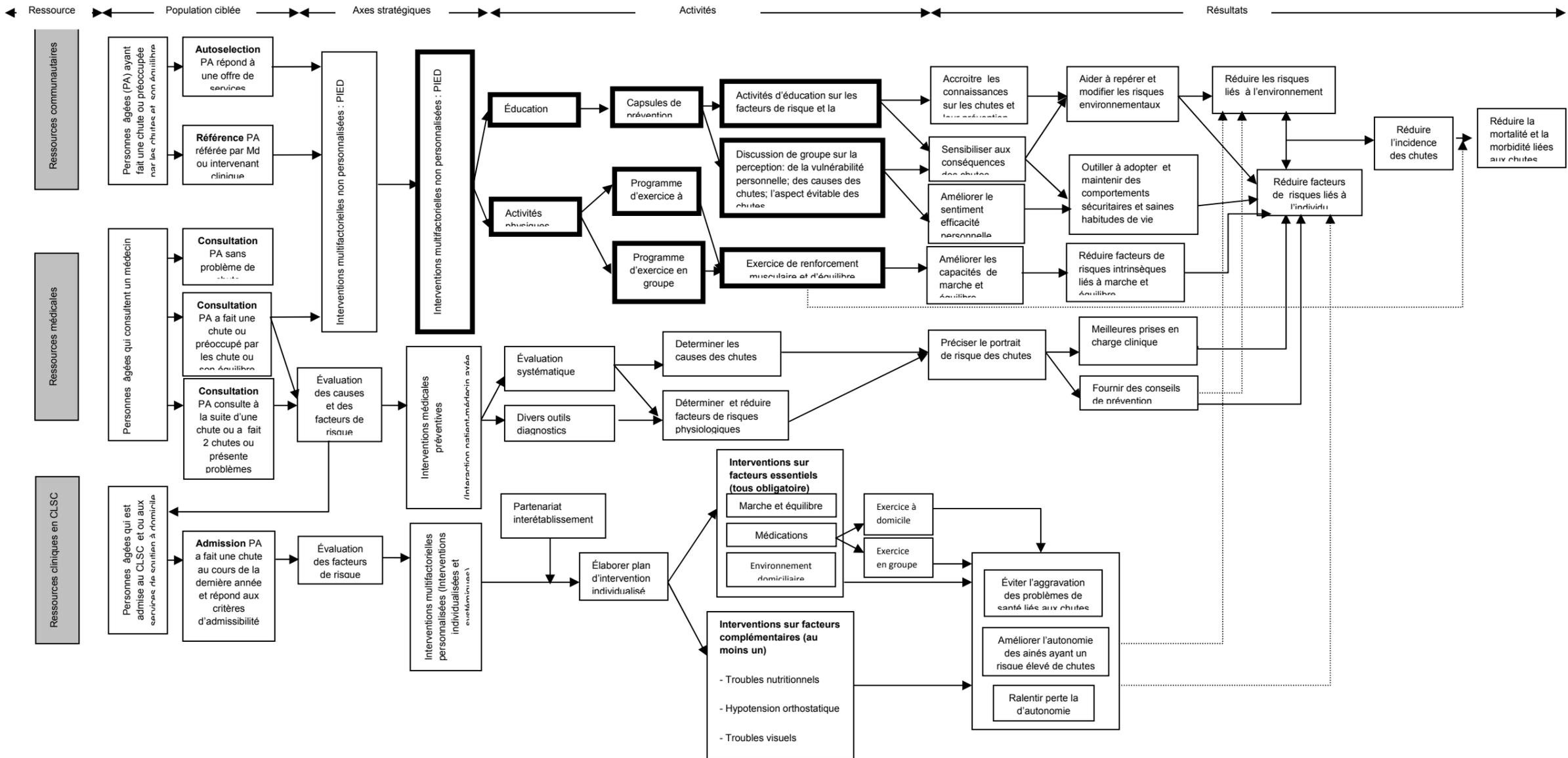


Figure 14: Bilan de mise en œuvre au printemps 2006 pour la région 12 Chaudière-Appalaches

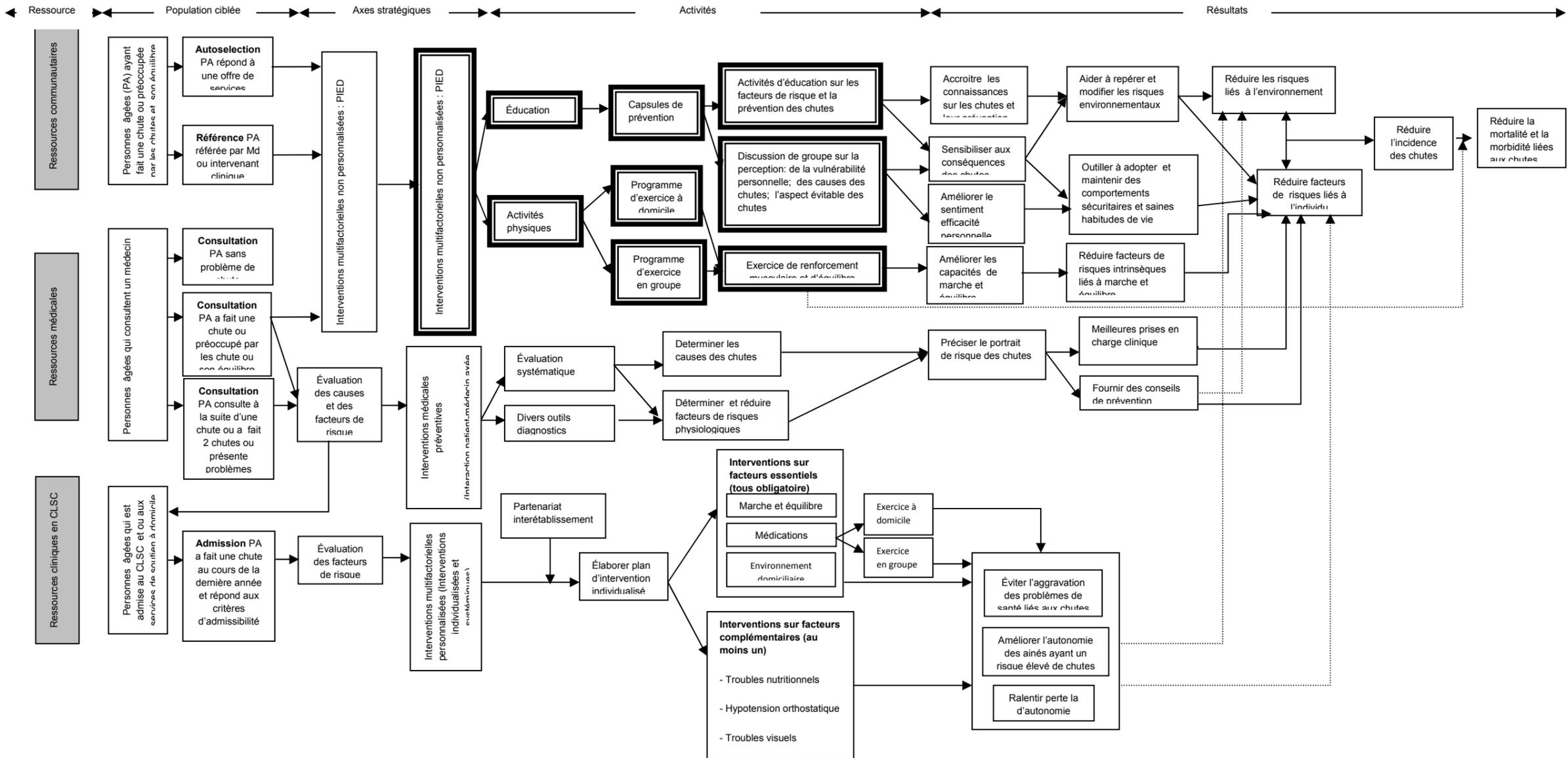


Figure 15: Bilan de mise en œuvre au printemps 2006 pour la région 13 Laval

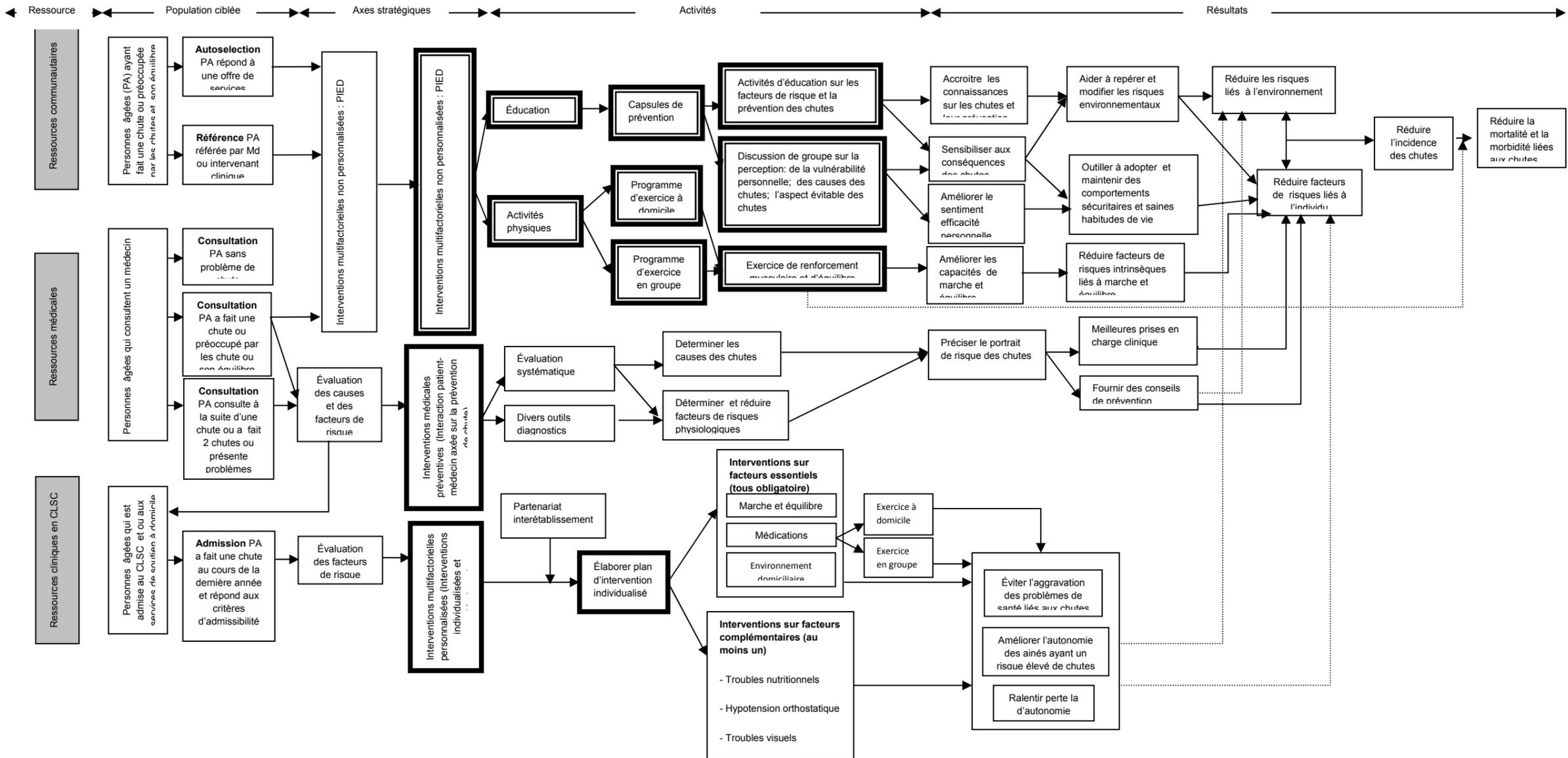


Figure 16: Bilan de mise en œuvre au printemps 2006 pour la région 14 Lanaudière

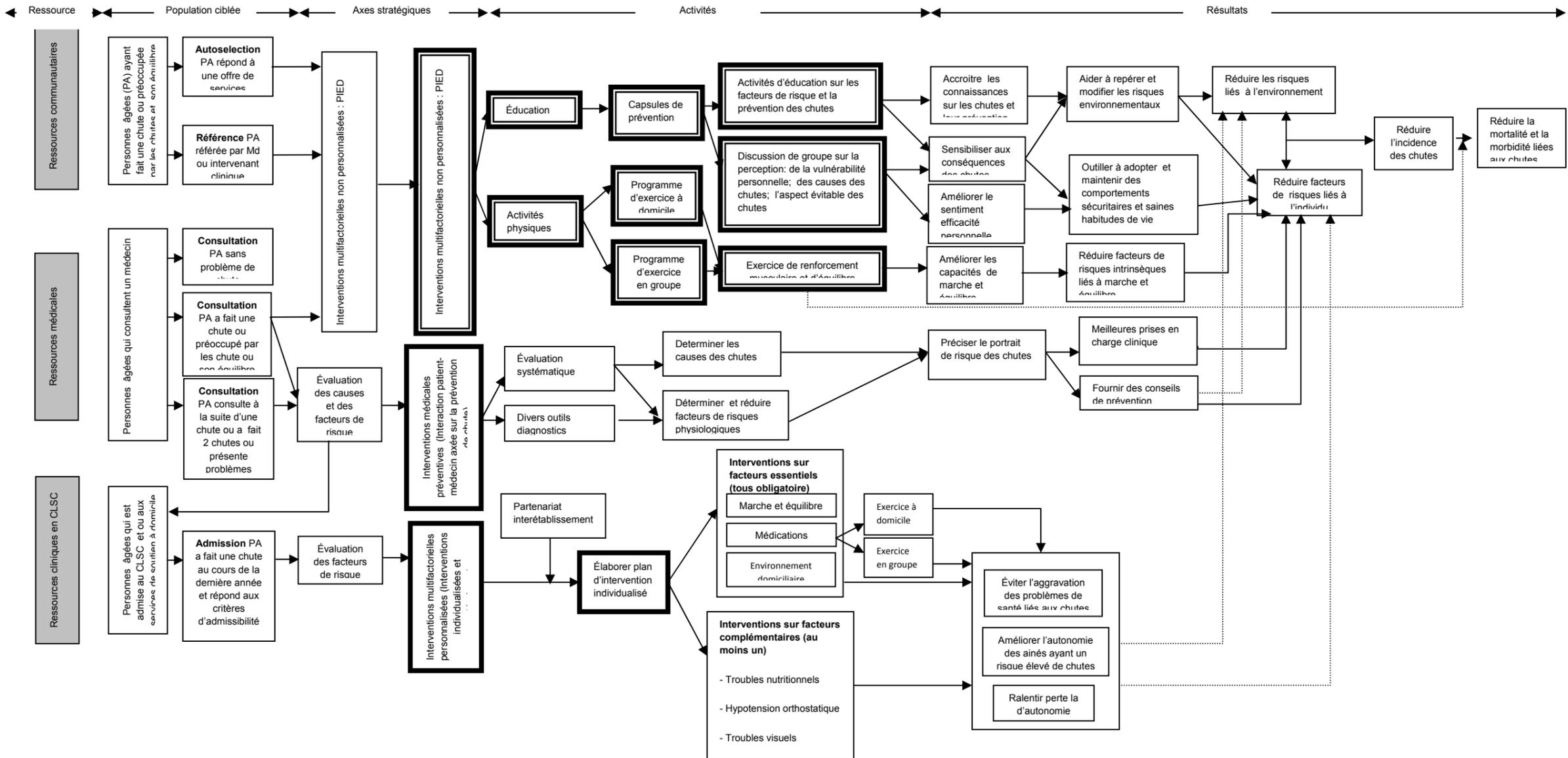


Figure 17: Bilan de mise en œuvre au printemps 2006 pour la région 15 Laurentides

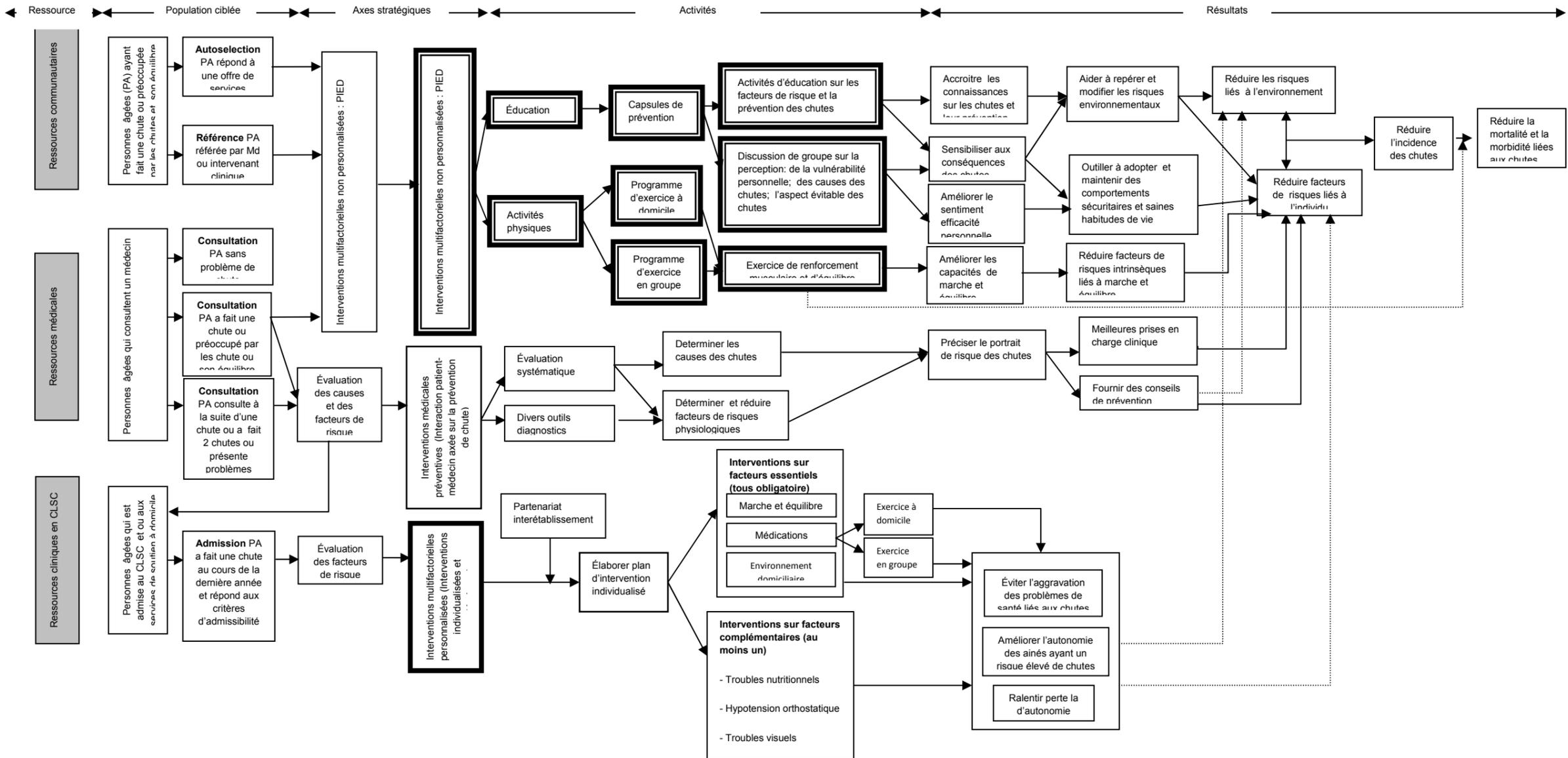
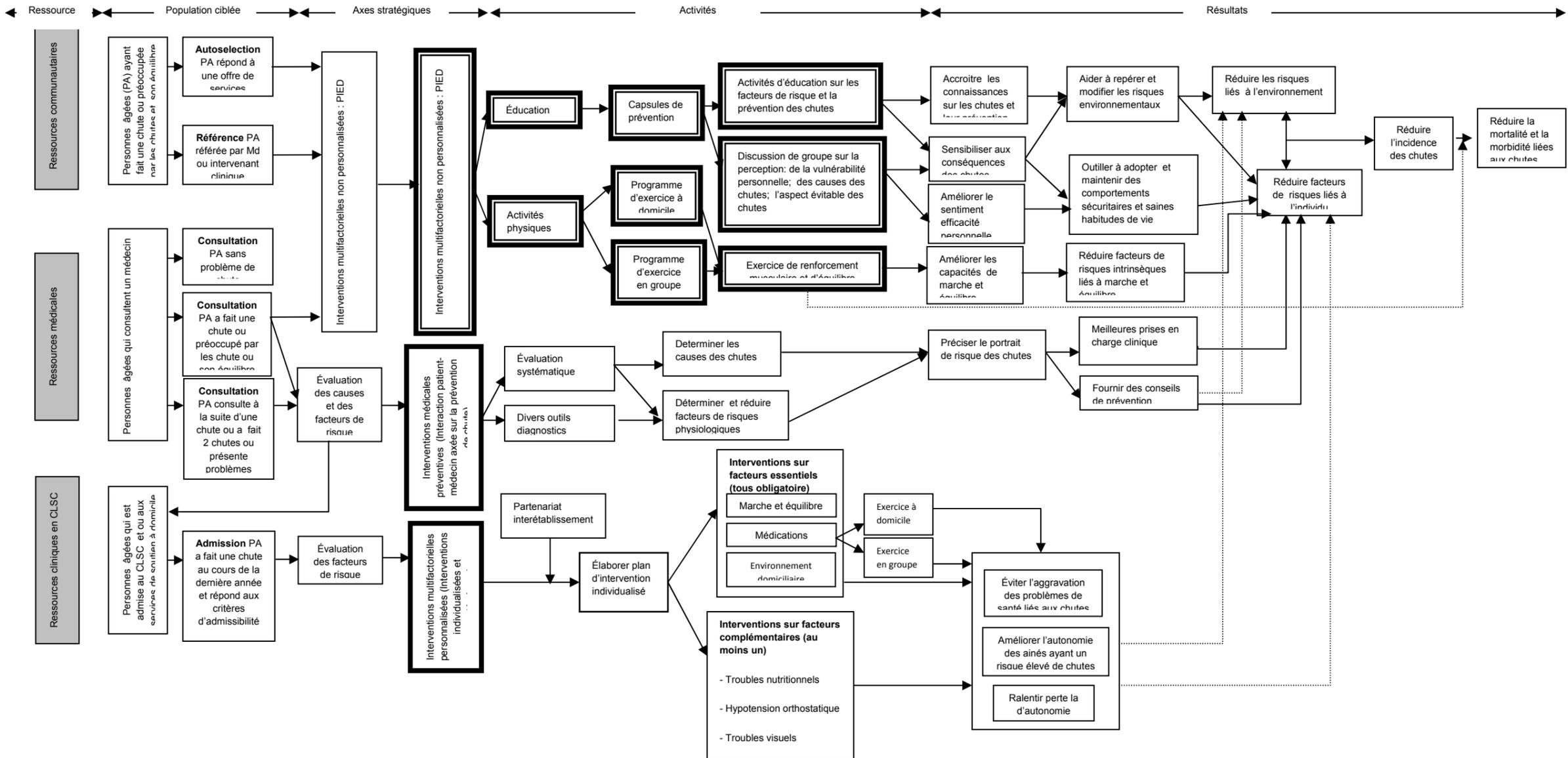


Figure 18: Bilan de mise en œuvre au printemps 2006 pour la région 16 Montérégie



4. BILAN DE RESPONSABILITÉ DU MSSS

Comme indiqué dans le modèle de responsabilisation, le ministère de la santé avait le mandat d'appuyer le processus d'implantation du continuum en priorisant la problématique des chutes; en élaborant un plan de financement national; en coordonnant les activités des deux directions impliquées dans le processus d'implantation (la Direction nationale de santé publique et la Direction générale des services sociaux); en élaborant des mécanismes de suivi et d'évaluation du continuum; et en réalisant avec les autres acteurs concernés par la santé des aînés, des actions conjointes de promotion et de prévention des chutes.

Selon les informations recueillies au niveau de ministère, il semble que la problématique des chutes chez les aînés vivant à domicile constitue une des priorités du ministère de la santé, dans le sens que le continuum de prévention des chutes est inclus dans le Programme National de Santé Publique 2003-2012 (PNSP) mis à jour en 2008 (MSSS 2008). La prévention des chutes est également inscrite dans le plan d'action 2005-2010 du PALV. De plus, le Plan de surveillance ministériel de la direction de la santé publique intègre également la surveillance des chutes chez les aînés vivant à domicile.

En termes de financement, pour l'année 2004-2005, le ministère avait alloué une enveloppe financière globale non dédiée d'un montant de 3.8 millions à l'ensemble des agences régionales, ce au prorata de leur taille populationnelle, laissant à celles-ci l'attribution de ce financement selon les priorités régionales. Cette enveloppe budgétaire est récurrente et fait partie de l'enveloppe globale de santé publique de chaque région. Ce faisant, étant donné l'autonomie des agences régionales dans leur décision d'allouer prioritairement des ressources à un programme au profit d'un autre, rajouté au fait que le continuum n'était pas inscrit dans les mécanismes d'entente de gestion signés entre le ministère et les agences régionales, il nous a été impossible de retracer l'utilisation ou la non utilisation de ce financement pour la prévention des chutes dans les agences de santé et des CSSS.

Dans le cadre des activités de suivi et d'évaluation qui accompagnent le processus d'implantation du continuum, le ministère expérimente depuis 3 ans un indicateur de gestion pour le suivi de l'implantation du continuum qui est la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus ayant bénéficié d'une intervention spécifique en prévention des chutes. Le numérateur de cet indicateur est le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus inscrites au service du soutien à domicile (SAD) qui ont bénéficié de l'IMP, tandis que le dénominateur est le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie et recevant des services du SAD. Selon les informations recueillies au ministère de la santé, il est projeté d'inclure cet indicateur dans les différentes ententes de gestion établies entre le ministère et les agences régionales à partir du mois d'avril 2010.

Par ailleurs, suite à un débat suscité en décembre 2006 sur le partage des rôles et responsabilités des directions régionales de la santé publique et des services dans le processus

d'implantation du continuum plus particulièrement de l'IMP, le ministère avait mis en place à l'hiver 2008, un comité ministériel qui avait pour but de suivre et de soutenir le processus d'implantation du continuum. Formé par des représentants des directions concernées du MSSS, de l'INSPQ, des DSP et des CSSS, ce comité siège trois fois par an. Et c'est dans le cadre des activités de ce comité qu'une lettre spécifiant le rôle et les responsabilités des deux directions régionales avait été émise à l'automne 2008. Avec cette lettre, le ministère se positionnait en spécifiant que: *« D'une part, il revient aux directions de santé publique d'assurer le leadership, la planification et la coordination de l'implantation de l'IMP, et d'autre part cette mise en œuvre nécessite des efforts concertés et partagés avec la Direction de l'organisation des services. De plus, bien que le programme IMP soit une activité de santé publique.....le financement permettant son implantation devrait provenir, en priorité, de l'enveloppe du Programme PALV (Perte d'autonomie liée au vieillissement) » (MSSS 2008).*

Mentionnons finalement que le ministère était financièrement impliqué dans les différentes activités de formation et de production des outils d'implantation réalisées par l'INSPQ. Cependant, les autres activités de promotion et de prévention des chutes qui devraient être entreprises conjointement avec les autres acteurs qui s'impliquent pour l'amélioration de la santé des aînés (autres ministères et municipalités) n'ont pas été réalisées. Il s'agit par exemple de l'aménagement d'espaces et d'environnement de vie sécuritaires pour les aînés.

5. BILAN DE RESPONSABILITÉ DE L'INSPQ

Dans le modèle de responsabilisation, il était mentionné que l'INSPQ devait appuyer les organisations du réseau de la santé à travers la formation des formateurs dans les agences régionales et les CSSS, ainsi que la production des guides d'implantation des différentes interventions du continuum. L'INSPQ était également responsable de coordonner la démarche évaluative qui devrait accompagner le processus d'implantation du continuum.

En termes de bilan sur le rôle et les responsabilités de l'INSPQ dans le processus d'implantation du continuum, les activités suivantes ont été réalisées:

- 3 formations de formateurs pour l'intervention PIED: juillet-septembre 2005; février 2006; octobre 2008.
- 4 formations pour l'intervention IMP : 3 de ces formations s'adressaient aux répondants régionaux (janvier 2005; juin 2005; décembre 2006) et une autre formation pour les intervenants dédiés des CSSS (novembre 2007).
- Publication du guide de soutien à l'implantation en juin 2005.
- Publication du guide d'implantation de l'IMP en juin 2007.
- Mise en place d'un comité d'expert dont le mandat porte sur l'élaboration d'un guide de pratique clinique documentant, à partir des données probantes, les facteurs de risque de chutes à évaluer, par les cliniciens, et les interventions démontrées efficaces. Les activités de ce comité ont commencé en 2006. Un protocole de recherche pour une revue systématique de la littérature sur les interventions appropriées en matière de prévention des chutes pour les médecins a été élaboré en collaboration avec les épidémiologistes du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec. Selon les informations recueillies au niveau de l'INSPQ, la publication et la diffusion régionale de ce guide devraient être effectives en janvier 2010.
- Mise en place et pilotage d'un comité aviseur pour l'évaluation du continuum.

Pour l'INSPQ, toutes les activités planifiées ont été réalisées à l'exception des orientations concernant la pratique clinique préventive (PCP). Les travaux en lien avec cette activité seraient en cours et devraient être terminés avant la fin 2009.

6. BILAN D'IMPLANTATION DU CONTINUUM EN 2008

Cette section du rapport présente les résultats descriptifs du niveau d'avancement du processus de mise en œuvre des interventions du continuum telle que saisie à l'été et à l'automne 2008 auprès des répondants régionaux et locaux responsables de ce programme. Sur la base des variables précédemment citées dans la section méthodologie du rapport, ces résultats décrivent plus spécifiquement le contexte spécifique de chacune des régions, le bilan de responsabilité des agences régionales et des CSSS. Pour les interventions PIED et IMP, nous présentons l'organisation structurelle du continuum, les ressources humaines et financières dédiées ainsi que la nature, la durée et l'intensité des activités réalisées. Tandis que pour les pratiques cliniques préventives, les activités qui ont été effectuées sont également décrites.

Le niveau de mise en œuvre du continuum dans les différentes régions a été catégorisé selon l'existence ou non d'une offre de services pour les aînés vivant à domicile en lien avec l'intervention multifactorielle non personnalisée PIED et l'intervention multifactorielle personnalisée IMP. Pour les pratiques cliniques préventives sur la prévention des chutes (PCP), au moment où nous réalisons cette phase de l'étude (Été 2008), il semble qu'aucune des régions n'a encore entamé le processus d'implantation. Elles seraient en attente de la publication du guide provincial de mise en œuvre de cette intervention. Toutefois, nous présenterons certaines initiatives PCP qui ont été entreprises dans quelques régions.

Ainsi, les différentes catégories du niveau de mise en œuvre identifiées à la suite de cette évaluation sont :

A- Niveau avancé de mise en œuvre: regroupe les régions qui offrent aussi bien les services en lien avec l'intervention PIED que l'intervention IMP.

B- Niveau modéré de mise en œuvre: dans cette catégorie, on retrouve les régions qui offrent l'intervention PIED, expérimentent l'intervention IMP à l'échelle régionale et/ou dans au moins un CSSS.

C- Niveau limité de mise en œuvre: constitué des régions qui n'offrent que l'intervention PIED.

D- Aucune mise en œuvre.

Les régions seront présentées successivement selon la catégorie à laquelle elles appartiennent, soit celles du niveau avancé qui ont réussi à implanter et à offrir aussi bien l'intervention personnalisée IMP que l'intervention non personnalisée PIED; puis celles du niveau modéré qui ont implanté l'intervention PIED alors que l'intervention IMP est en phase d'essai pilote. Par la suite, nous présenterons les régions du niveau limité qui n'ont implanté que l'intervention PIED ainsi que la région qui n'a pas encore entamé le processus de mise en œuvre. Nous ferons mention des résultats issus de la première collecte de données relative à l'appréciation du

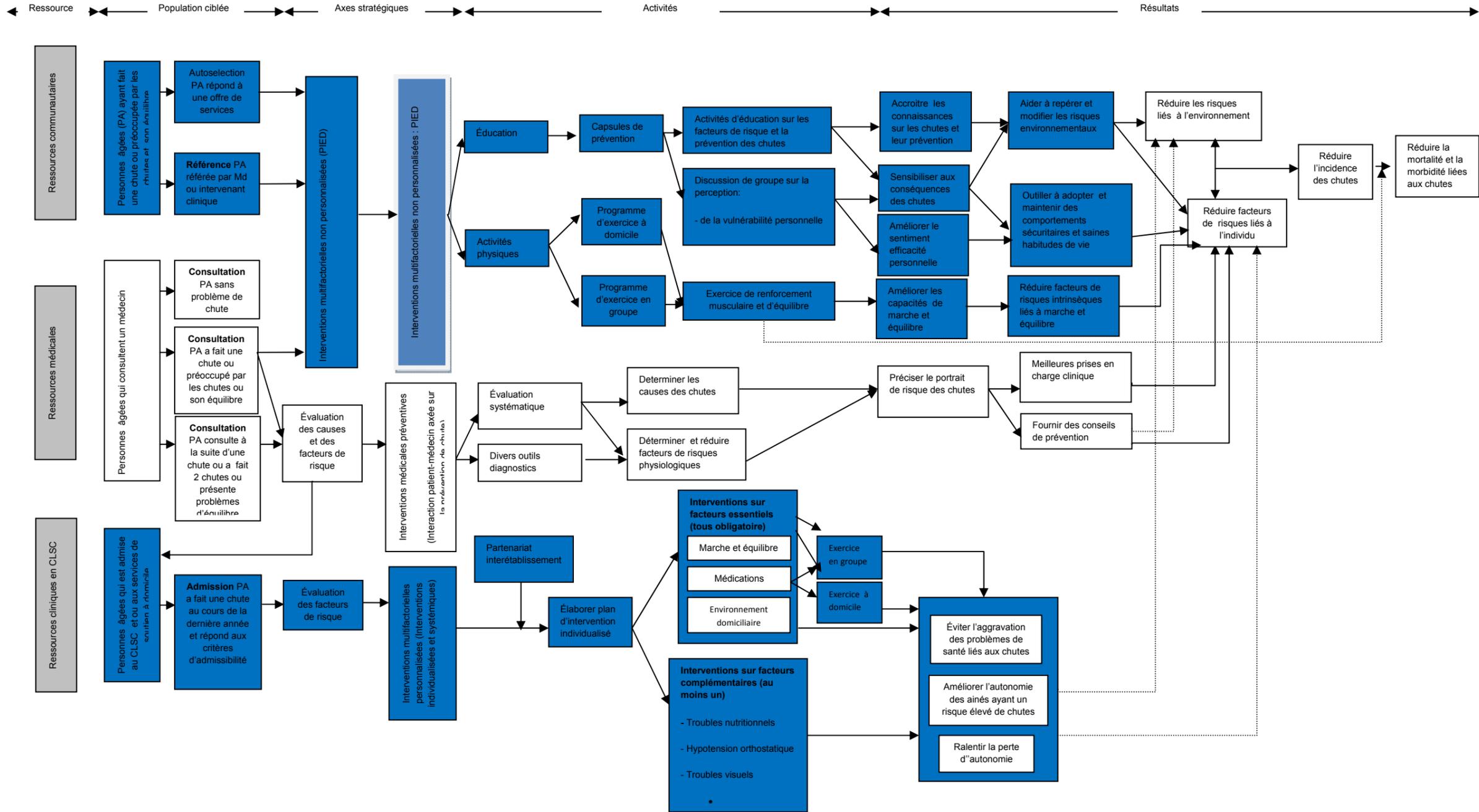
niveau de mise en œuvre des différentes interventions du continuum dans les 16 régions sociosanitaires (Printemps 2006).

Par ailleurs, la présentation descriptive des quatre catégories de régions sera précédée d'un schéma indiquant en bleu ou en foncé les éléments du modèle logique réalisés.

A. Régions ayant un niveau de mise en œuvre avancé du programme

La première catégorie de niveau de mise en œuvre identifiée dans cette étude, le niveau de mise en œuvre avancé, inclut les régions qui ont réussi à implanter aussi bien l'intervention PIED que l'intervention IMP. Il s'agit des régions de Lanaudière, de l'Estrie, de la Capitale-Nationale, de Laval et du Saguenay Lac-Saint-Jean. Les principales activités réalisées dans ces régions sont présentées dans la figure 19.

Figure 19: Modèle logique du continuum dans les régions ayant un niveau de mise en œuvre avancé



Région sociosanitaire de Lanaudière (14)

Contexte régional

Cette région a un historique dans la prévention des chutes chez les aînés vivant à domicile notamment pour l'intervention multifactorielle personnalisée. En 1994, un des CLSC de la région avait commencé un projet pilote de prévention des chutes visant l'environnement domiciliaire des aînés. Puis en 1999, la direction régionale de santé publique initia une mesure régionale pour la prévention des chutes impliquant tous les CLSC de la région. Par la suite, cette initiative s'était traduite par la mise sur pied d'un projet pilote régional dont le contenu ressemblait fortement à l'intervention multifactorielle personnalisée (IMP) telle qu'actuellement présentée par le guide d'implantation de l'INSPQ (INSPQ 2007). C'est donc sur les structures de ce projet pilote que le continuum de prévention des chutes a démarré dans cette région.

Bilan de responsabilité de l'Agence de santé et des CSSS

À l'automne 2007, la DSP a mis en place un comité de coordination des différentes activités relatives à la prévention des chutes dans la région. Ce comité était composé du répondant régional responsable de la prévention des chutes à l'agence de santé, des représentants des CSSS et des centres d'action bénévoles. En plus des activités de coordination, ce comité était chargé de définir les différents mécanismes permettant le passage des aînés entre les différentes interventions du continuum. La DSP appuie également les CSSS dans l'offre de l'IMP notamment à travers la formation des Intervenants Dédiés (ID). Au niveau des 2 CSSS composant cette région, des répondants locaux en prévention des chutes ont été désignés. Par contre, il n'y a pas de comité de coordination locale en prévention des chutes dans les CSSS.

Implantation de l'IMP

Organisation structurelle

Du point de vue structures organisationnelles impliquées dans la mise en œuvre de cette intervention, c'est la DSP qui assure le leadership de l'implantation tout en étant en lien avec la direction des services sociaux (DSS) d'une part et la direction régionale des affaires médicales et universitaires (DRAMU) d'autre part. La direction des services sociaux est sollicitée pour faciliter les arrimages avec l'organisation des services du SAD alors que la direction régionale des affaires médicales et universitaires est davantage sollicitée pour interpellier les pharmaciens et médecins (médication, hypotension orthostatique).

Ressources financières et suivi de gestion

Le budget annuel consacré à ce volet s'élève à environ 475 000 \$. Il s'agit d'un budget récurrent géré par la DSP avec le suivi des objectifs de résultat comme mécanisme de suivi de gestion.

Tableau 2: Mise en œuvre de l'intervention IMP dans la région de Lanaudière

Variables		Région 14
Nombre de CSSS dans la région		2
Nombre de CSSS qui ont initié l'implantation		2
Nombre de CSSS où des entrevues ont été effectuées		1
Période de mise en œuvre		1 an et demi
Nombre d'ID formés		4
Profession des ID		TRP, Ergothérapeutes, Nutritionniste
Facteurs de risque visés		Les 3 facteurs essentiels, la dénutrition et l'hypotension orthostatique
Interventions réalisées et acteurs sollicités	Marche et équilibre	Exercices physiques adaptés par l'ID et exercices pour le domicile
	Médication	Les interactions se font directement entre l'intervenant dédié et le MD. Les pharmaciens n'avaient pas encore pris part au processus de prise en charge
	Environnement domiciliaire	Les recommandations pour les aménagements mineurs sont faites par l'intervenant dédié et parfois référence à l'ergothérapeute si nécessaire. Un montant de 300 \$ est octroyé pour procéder à l'aménagement de l'environnement domiciliaire de l'aîné.
	Autres : hypotension orthostatique, dénutrition	Références à la nutritionniste ou au médecin

Implantation du PIED

Organisation structurelle

Avec la publication du cadre de référence provincial, le volet PIED avait été également initié dans cette région en 2004 où contrairement à la majorité des autres régions de la province, ce sont les centres d'action bénévoles (CAB) qui ont été principalement impliqués par la DSP pour l'offre de l'intervention multifactorielle non personnalisée PIED.

Ressources financières allouées et suivi de gestion

L'ensemble des centres d'action bénévoles de la région de Lanaudière recevait en 2008 un financement ponctuel d'un montant total d'environ 30 000 \$ venant de la DSP pour offrir ce programme aux aînés vivant dans la communauté. Et des rapports d'activités sont fournis à la fin de chaque session du programme pour assurer le suivi de gestion.

Tableau 3: Mise en œuvre de l'intervention PIED dans la région de Lanaudière

Variables		Région 14
Nombre de CSSS dans la région		2 CSSS couverts par 7 Centres d'action bénévoles
Nombre de CAB où des entrevues ont été effectuées		6
Période de mise en œuvre		6 mois dans 1 CAB 2 ans dans 3 CAB 3 ans dans 2 CAB
Organisation responsable de la mise en œuvre		CAB
Organisation impliquée dans l'offre		CAB
Profession des animateurs		TRP, Physiothérapeutes et kinésioles
Complétude	Activités réalisées	Exercices physiques en groupe, à domicile et capsules éducatives
	Nombre de rencontre/session	12 semaines, 2 fois pas semaine
	Durée des rencontres	1 heure et 1heure 30 2 heures et 2heures 15

Implantation des PCP

Pour les pratiques cliniques préventives (PCP), il n'y a pas de véritable mise en œuvre. Les activités à cet égard demeurent marginales et sont essentiellement limitées à quelques démarches de sensibilisation ponctuelles auprès de certains professionnels.

Région sociosanitaire de l'Estrie (05)

Contexte régional

Dans cette région, il existe une tradition d'activités autour du processus d'amélioration de la santé des aînés. Cette tradition remonterait au début des années 90 avec la publication du plan régional d'organisation des services pour les aînés (PROS). Ce plan reposait sur le concept d'actualisation du potentiel intact et résiduel des aînés autrement dit, une démarche qui visait à favoriser le maintien de l'autonomie de la personne âgée dans son intégralité. L'opérationnalisation de ce plan, notamment sur les enjeux de promotion et prévention, avait ainsi abouti à l'élaboration de trois axes d'intervention (axes social, physique et psychologique) mettant en relief 24 facteurs sur lesquels il serait pertinent d'agir pour maintenir l'autonomie des aînés. Parmi cet ensemble de facteurs appartenant à l'axe physique, il fut décidé d'intervenir sur les médicaments, la nutrition, la marche et l'équilibre ainsi que sur l'hypertension orthostatique. L'évaluation de cette intervention implantée depuis 1994 a servi pour la définition des cibles de prévention des blessures à domicile des Priorités nationales de santé publique 1997-2002 à titre de projet pilote, et a contribué au projet qui a mené à la publication du *Cadre de référence pour la prévention des chutes* (MSSS, 2004). Parallèlement à ces activités, il y avait aussi l'existence d'un volet communautaire pour l'amélioration de la santé des aînés, le programme « Maintien des acquis » qui assurait la continuité des services dans la communauté pour la clientèle aînée ayant reçu des services et des soins de santé. La particularité et la spécificité de cette région font qu'il est difficile de parler en termes du continuum de prévention des chutes parce que toutes les activités réalisées antérieurement étaient faites dans l'optique globale du maintien de l'autonomie des aînés incluant la prévention des chutes.

Bilan de responsabilité de l'Agence de santé et des CSSS

Étant donné l'existence antérieure d'interventions personnalisées pour le maintien de l'autonomie des aînés au niveau des CSSS de la région de l'Estrie, la DSP concentrait les efforts pour le passage progressif vers l'implantation des interventions PIED et IMP telle que recommandée par le Cadre de référence du ministère. Le comité de concertation en prévention des chutes entre l'agence, les CSSS et les organismes communautaires n'était pas fonctionnel au moment où les données avaient été recueillies. La DSP de l'Estrie appuyait cependant les CSSS par la formation des ID et les CAB par la formation des animateurs PIED. Par ailleurs, bien qu'il existe un répondant local responsable du dossier de prévention des chutes dans chaque CSSS, les comités de coordination locale ne sont pas formés.

Ressources financières allouées au continuum et suivi de gestion

En termes de ressources financières, un financement régional annuel récurrent de 475 000 \$ serait disponible pour l'ensemble des activités de maintien de l'autonomie des personnes âgées de façon plus générale et plus particulièrement sur la prévention des chutes. Ce financement est transmis aux CSSS par le budget du programme PALV. Il revient ainsi aux CSSS de dégager des ressources financières et humaines nécessaires pour offrir les différentes interventions du continuum. Les mécanismes de suivi de gestion se font dans le cadre du suivi global du budget du PALV.

Implantation de l'IMP

Depuis la publication du cadre de référence provincial en 2004, des ajustements entre cet existant antérieur et les recommandations issues des directives provinciales seraient en train d'être effectués aussi bien au niveau régional que local.

Organisation structurelle

Ceci étant, l'organisation de tous ces services dans la région de l'Estrie fait appel à la responsabilité populationnelle des CSSS pour offrir les services de prévention des chutes chez les aînés. L'agence régionale de santé à travers la direction de la santé publique, demande au programme PALV du SAD d'assurer une offre minimale et systématique de services préventifs adaptés à toute personne âgée de 65 et plus qui se présente dans les structures de santé. Il leur revient alors d'orienter la personne soit vers les interventions offertes dans la communauté, soit vers les services offerts dans les CSSS. Présentement, l'intervention multifactorielle personnalisée IMP serait implantée dans tous les CSSS de la région et il y aurait une amorce de passage du modèle d'intervention avec les équipes multidisciplinaires vers le modèle d'intervention avec l'intervenant dédié tel que recommandé par le guide provincial d'implantation de l'IMP.

Tableau 4: Mise en œuvre de l'intervention IMP dans la région de l'Estrie

Variables		Région 05
Nombre de CSSS dans la région		7
Nombre de CSSS qui ont initié l'implantation		7
Nombre de CSSS où des entrevues ont été effectuées		6
Période de mise en œuvre		1 an et demi
Nombre d'ID formés		9
Profession des ID		TRP et infirmières
Facteurs de risque visés		Les 3 facteurs essentiels, la dénutrition et l'hypotension orthostatique
Interventions réalisées et acteurs sollicités	Marche et équilibre	Exercices physiques adaptés par l'ID et exercices pour le domicile
	Médication	Référence au pharmacien qui fait des recommandations au médecin traitant
	Environnement domiciliaire	Recommandations mineurs formulées par l'ID, sinon référence à l'ergothérapeute. Parfois sollicitation des services municipaux
	Autres : hypotension orthostatique, dénutrition	Références aux professionnels concernés

Implantation du PIED

Organisation structurelle

L'intervention PIED ayant la spécificité d'offrir aussi bien des activités physiques que des activités éducatives sur les risques de chute remplace progressivement le programme « Maintien des acquis » qui était offert en Estrie et qui se limitait essentiellement à la dispensation d'activités physiques. En effet, deux des sept CSSS offrent présentement le PIED alors que dans les cinq autres territoires de CSSS, ce sont certains organismes communautaires notamment les centres d'action bénévoles (CAB) qui ont le mandat de piloter cette composante du continuum.

Tableau 5: Mise en œuvre de l'intervention PIED dans la région de l'Estrie

Variables		Région 05
Nombre de CSSS dans la région		7
Nombre d'organisations où des entrevues ont été réalisées		2 CSSS 9 organisations communautaires
Période de mise en œuvre		1 an dans 7 organisations 3 ans dans 2 organisations 5 ans dans 2 CSSS
Organisation responsable de la mise en œuvre		CSSS
Organisations impliquées dans l'offre		- CSSS dans 2 cas - Organisations communautaires dans 9 cas
Profession des animateurs		TRP, Physiothérapeutes, Kinésiologues
Complétude	Activités réalisées	Exercices physiques en groupe, à domicile et capsules éducatives
	Nombre de rencontre/session	12 semaines, 2 fois pas semaine
	Durée des rencontres	1 heure et 1heure 30

Implantation du PCP

Dans l'attente de la publication du guide de pratique provincial, une initiative de l'institut de gériatrie de l'Université de Sherbrooke (IUGS) avait permis en 2006 de sensibiliser, les médecins de deux territoires de CSSS notamment ceux de Sherbrooke et de Mégantic.

Région sociosanitaire de la Capitale-Nationale (03)

Contexte régional

La région de la Capitale-Nationale a commencé à intervenir en prévention des chutes chez les aînés en 2000 soit avant la publication du cadre de référence ministériel de 2004. Cette démarche avait commencé à la suite d'une demande formulée par deux territoires de CLSC à la région régionale de l'époque pour offrir un programme de prévention des chutes pour les aînés vivant à domicile. Deux projets pilotes avaient été initiés dans ces deux CLSC. Le premier projet s'inspirait du programme PAPA de l'Estrie, donc similaire à l'intervention IMP actuelle, tandis que le second, le programme « MARCHE » dont un des volets consistait à fournir une formation à un groupe de médecins afin que ces derniers soient avertis de ce qu'ils sont censés faire pour prévenir les chutes chez les aînés. C'est donc deux ans après la mise en œuvre de ce premier projet pilote dans la région que le cadre de référence ministériel a été publié.

Bilan de responsabilité de l'Agence de santé et des CSSS

Selon les informations recueillies au niveau de l'agence de santé, il existe un comité de coordination en prévention des chutes constitué des chargés des dossiers PIED, IMP et PCP à l'agence de santé et des membres des différents CSSS de la région. L'agence appuie les CSSS à travers la formation des différents intervenants impliqués dans l'offre des interventions. Dans chacun des CSSS de la région, il y a une personne en charge de la gestion des activités liées à la prévention des chutes. Toutefois, il n'y a pas de comité local de coordination de ces activités.

L'implantation de l'IMP

Organisation structurelle

Dans la région de la Capitale-Nationale, c'est la DSP de l'agence qui pilote la mise en œuvre de l'intervention multifactorielle personnalisée IMP. Aucune autre direction de l'agence n'intervient dans cette offre de service. L'implantation de l'IMP semble plutôt variable dans cette région. Toutes les équipes de ressources interdisciplinaires sont déjà formées dans les quatre CSSS et certaines sont rendues à la phase de dépistage, d'autres à la phase d'évaluation ou encore à la phase d'intervention. Cette variabilité dans la mise en œuvre étant principalement due au fait de la fusion organisationnelle qui a accompagné la réforme entamée dans le système de santé de la province. En effet, quatre anciens CLSC urbains ont été fusionnés pour former deux CSSS, tandis que les deux autres CLSC ruraux sont restés tels quel. Cette fusion aurait donc ajouté de la complexité au fonctionnement du réseau, ce qui a entraîné un certain délai dans la mise en œuvre de cette intervention. Cette région présente la caractéristique organisationnelle bien spécifique liée au fait que l'offre de services associée à l'intervention IMP n'est pas coordonnée par un seul intervenant dédié du CSSS, tel que recommandé par le guide d'implantation de l'INSPQ. Il s'agirait plutôt d'une équipe multidisciplinaire qui serait en charge de définir les interventions les plus appropriées pour les aînés recrutés par l'intervenant pivot.

Ressources financières et suivi de gestion

Les ressources financières allouées par la direction de la santé publique aux CSSS est de l'ordre de 900 \$ par aîné suivi dans le cadre de l'intervention. Le suivi de gestion de ces ressources

financières se fait essentiellement par l'appréciation de l'atteinte des objectifs fixés au départ entre la direction de la santé publique et les CSSS.

Tableau 6: Mise en œuvre de l'intervention IMP dans la région de la Capitale-Nationale

Variabes		Région 03
Nombre de CSSS dans la région		4
Nombre de CSSS qui ont initié l'implantation		2
Nombre de CSSS où des entrevues ont été effectuées		1
Période de mise en œuvre		Depuis l'an 2000, mais pas sous la forme recommandée par le guide d'implantation de l'INSPQ
Nombre d'ID formés		Équipes pluridisciplinaires
Profession des ID		Infirmières, TRP, Physiothérapeutes, Ergothérapeutes
Facteurs de risque visés		Les 3 facteurs essentiels, la dénutrition, l'hypotension orthostatique et les troubles de la vision
Interventions réalisées et acteurs sollicités	Marche et équilibre	Exercices individualisés et exercices pour le domicile offert par l'équipe régulière du SAD
	Médication	Référence de l'infirmière au pharma qui fait des recommandations au MD
	Environnement domiciliaire	Suggestions de modifications mineures par les intervenants et parfois référence à l'ergo.
	Autres : hypotension orthostatique, dénutrition, troubles de la vision	Références aux professionnels concernés (médecin, nutritionniste, optométriste)

L'implantation du PIED

Organisation structurelle

Après la publication du cadre de référence ministériel, deux autres programmes d'intervention multifactorielle non personnalisée qui s'intéressent donc aux aînés ayant un risque faible ou modéré de chutes ont été implantés dans la région. Il s'agit du programme PIED et du programme EQUILIBRE. Le programme PIED est directement piloté par la DSP de l'agence de santé et fait appel aux organismes communautaires et aux loisirs municipaux et s'intéresse aux personnes âgées ayant un plus faible risque de chuter, tandis que le programme EQUILIBRE est quant à lui géré au niveau des CSSS dans les centres de jours et rejoint la clientèle aînée ayant un risque modéré de chutes. De plus, contrairement à PIED, le programme EQUILIBRE fonctionne avec des groupes plus restreints en nombre.

Ressources financières et suivi de gestion

Le financement annuel de ces deux interventions multifactorielles non personnalisées (PIED et EQUILIBRE) était de 90 000 \$ au niveau régional et 16 000 \$ au niveau des CSSS. Ce financement devrait s'accroître pour la période de 2008-2009 et favoriser par conséquent une offre de services plus importante pour ce volet. Pour l'intervention PIED, le suivi de gestion se fait entre la DSP et les organismes communautaires alors que pour EQUILIBRE, le suivi se ferait entre la DSP et les CSSS.

Tableau 7: Mise en œuvre de l'intervention PIED dans la région de la Capitale-Nationale

Variables		Région 03
Nombre de CSSS dans la région		4 couverts par 10 organismes communautaires
Nombre d'organisations où des entrevues ont été effectuées		10
Période de mise en œuvre		3 ans
Organisation responsable de la mise en œuvre		DSP de l'agence
Organisation impliquée dans l'offre		- Centres communautaires - Loisirs municipaux
Profession des animateurs		Kinésioles
Complétude	Activités réalisées	Exercices physiques en groupe, à domicile et capsules éducatives
	Nombre de rencontre/session	12 semaines, 2 fois pas semaine
	Durée des rencontres	1 heure et 1heure 30

L'Implantation des PCP

Pour les pratiques cliniques préventives (PCP) et bien qu'il y ait précédemment eu un projet pilote de formation et de sensibilisation d'environ 50% des médecins de deux territoires de CSSS autour de la problématique de la prévention des chutes chez les aînés, ce volet est présentement mis en suspens en attendant l'élaboration du guide de pratique provincial par le MSSS. La DSP répond toutefois aux demandes ponctuelles de certains médecins qui désirent s'informer sur cette thématique de prévention des chutes et elle a également entrepris auprès de certains GMF, une étude de faisabilité pour l'introduction de ces pratiques préventives au sein de la pratique courante. Cette dernière démarche devant faciliter par la suite l'introduction des outils et guides auprès de médecins.

Région sociosanitaire de Laval (13)

Contexte régional

Dans la région de Laval, un accent particulier aurait toujours été mis sur la santé des personnes âgées. De nombreux programmes existeraient au niveau de la communauté pour faire la promotion des saines habitudes de vie. Parmi ces programmes, il y aurait par exemple Promo Santé Laval de Kino-Québec dont une des composantes, le programme « Parachute » semble offrir la pratique d'exercices physiques pour améliorer l'équilibre des aînés.

Bilan de responsabilité de l'Agence de santé et des CSSS

En 2004, un comité de coordination avait été mis en place pour planifier le déploiement du continuum dans la région de Laval. Constitué du répondant régional en prévention des chutes et des représentants des 4 CLSC d'alors, ce comité s'était réuni à deux reprises. Mais au moment où nous avons recueillis les données pour cette évaluation (Été et automne 2008), ce comité n'était pas fonctionnel. Toutefois, la DSP coordonne avec le répondant en prévention des chutes du CSSS, la planification et la réalisation des activités de formation des ID et des animateurs PIED.

Implantation de l'IMP

Organisation structurelle

La mise en œuvre de l'intervention multifactorielle personnalisée du continuum dans la région de Laval a été initiée après la publication du Cadre de référence ministériel sur la prévention des chutes. Ce type d'intervention n'existait donc pas antérieurement dans cette région avant cette publication. À cet effet, des rencontres réunissant le répondant régional responsable du continuum et certains acteurs locaux des CSSS avaient eu lieu en 2005 afin de voir comment adapter le modèle d'intervention multifactorielle de l'Estrie dans cette région. Suite à cette série de rencontres, des ressources ont été allouées au CSSS pour favoriser l'offre de cette intervention.

En termes d'organisation, c'est essentiellement la DSP qui est impliquée dans le processus d'implantation de l'intervention IMP dans la région de Laval.

Ressources financières et suivi de gestion

Le budget annuel consacré pour l'implantation de l'intervention IMP passe directement par le budget global PALV du CSSS. Il revient au CSSS d'allouer ou non les ressources nécessaires pour l'offre de cette intervention. Il n'y a pas de reddition stricte de comptes entre la DSP et le CSSS sur ce dossier.

Tableau 8: Mise en œuvre de l'intervention IMP dans la région de Laval

Variables		Région 13
Nombre de CSSS dans la région		1
Nombre de CSSS qui ont initié l'implantation		1
Nombre de CSSS où des entrevues ont été effectuées		1
Période de mise en œuvre		3 ans
Nombre d'ID formés		4
Profession des ID		TRP
Facteurs de risque visés		Les 3 facteurs essentiels et la dénutrition
Interventions réalisées et acteurs sollicités	Marche et équilibre	Programmes d'exercices physiques au centre de jour du CSSS et pour le domicile
	Médication	Recommandations du Pharmacien évaluateur au médecin traitant et parfois suggestion pour prendre part au programme « Médicalement parlant »
	Environnement domiciliaire	Prise en charge par l'ID et référence à l'ergothérapeute lorsqu'il y a un besoin plus spécifique
	Autres : dénutrition	Référence à la nutritionniste

L'implantation du PIED

Organisation structurelle

Le programme PIED a été implanté il y a environ six ans dans la région de Laval. L'intervention PIED est offerte dans l'unique CSSS de la région à travers d'autres organisations tels certains organismes communautaires et les résidences privées.

Ressources financières et suivi de gestion

Les ressources financières devant permettre l'offre du PIED sont incluses dans le budget global du CSSS avec les autres programmes communautaires pour les aînés comme « Promo Santé Laval » ou encore « Médicalement Parlant ». Il n'y aurait pas de budget spécifique pour le PIED dans cette région.

Tableau 9: Mise en œuvre de l'intervention PIED dans la région de Laval

Variables		Région 13
Nombre de CSSS dans la région		1
Nombre de CSSS où des entrevues ont été effectuées		1
Période de mise en œuvre		6 ans
Organisation responsable de la mise en œuvre		CSSS
Organisation impliquée dans l'offre		<ul style="list-style-type: none"> - Centre de jour des CSSS - Organisme communautaire dans (CAB) - Loisirs municipaux
Profession des animateurs		TRP, Kinésiologues, Physiothérapeutes
Complétude	Activités réalisées	Exercices physiques en groupe, à domicile et capsules éducatives
	Nombre de rencontre/session	12 semaines, 2 fois pas semaine
	Durée des rencontres	1 heure et 1heure 30

L'implantation des PCP

Pour les PCP, une initiative pilote régionale avait été entamée pour permettre aux médecins exerçants dans certains GMF de référer certains aînés dans le besoin vers d'autres programmes de prise en charge dans la communauté. Mais la demande était si grande que le CSSS avait dû remettre ce projet à une période ultérieure, le temps que le guide d'implantation provincial soit disponible.

Région sociosanitaire du Saguenay-Lac-Saint-Jean (02)

Contexte régional

Dans cette région, l'implantation du continuum a été initié dès après la publication du Cadre de référence pour la prévention des chutes chez les aînés. Avant cette publication, il n'y avait pas de programme spécifique de prévention des chutes pour les aînés de cette région.

Bilan de responsabilité de l'Agence de santé et des CSSS

Au moment de la réalisation de cette recherche (Été et automne 2008), il n'y avait pas de comité régional de concertation pour la réalisation des activités de prévention des chutes. La DSP assurait néanmoins la formation des animateurs PIED et des ID dans les CSSS. Au niveau des CSSS, des agents responsables pour chacune des interventions PIED et IMP sont désignés. Même si ces agents font partie du service du SAD, il reste qu'il n'existe pas de comité local pour la prévention des chutes.

Implantation de l'IMP

Organisation structurelle

L'implantation du volet multifactoriel personnalisé du continuum a commencé, il y a deux ans dans la région du Saguenay. L'offre de l'IMP dans cette région est supportée par la direction de l'organisation des services (DROSS) qui assurent le financement et par la direction de la santé publique (DSP) qui se charge du processus de mise en œuvre. Au niveau local, ce sont les comités du SAD qui coordonnent avec les différents intervenants dédiés le processus d'implantation de l'IMP. Des rencontres de coordination entre les intervenants dédiés et la répondante régionale sont effectuées à la fréquence de 3 fois par an.

Ressources financières et suivie de gestion

Un financement récurrent pour ce volet avait été acquis à travers le budget du PALV grâce à la dynamique de collaboration positive existante entre les deux directions régionales responsables de ce volet, la DSP et la DROSS. Le suivi de gestion se fait donc par le processus de reddition de comptes entre l'agence et les CSSS sur le budget du PALV.

Tableau 10: Mise en œuvre de l'intervention IMP dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Variables		Région 01
Nombre de CSSS dans la région		6
Nombre de CSSS qui ont initié l'implantation		4
Nombre de CSSS où des entrevues ont été effectuées		4
Période de mise en œuvre		1 an dans 1 CSSS 2 ans dans 3 CSSS
Nombre d'ID formés		6
Profession des ID		TRP
Facteurs de risque visés		Les 3 facteurs essentiels et la dénutrition. Un des 4 CSSS prend également en charge l'hypotension orthostatique
Interventions réalisées et acteurs sollicités	Marche et équilibre	Exercices individuels adaptés par l'ID
	Médication	Référence de l'ID au pharmacien qui fait des recommandations au médecin
	Environnement domiciliaire	Suggestions de modifications mineures par l'ID ou référence à l'ergothérapeute. Parfois des recommandations sont faites aux propriétaires des immeubles à logement pour aînés
	Autres : hypotension orthostatique, dénutrition	Références vers les professionnels concernés (nutritionniste; médecin)

L'implantation du PIED

Organisation structurelle

La coordination pour l'implantation de l'intervention PIED est assurée par la direction de la santé publique, tandis que la responsabilité pour l'offre de l'intervention revient aux CSSS. Toutefois, certains CSSS de la région font appel aux organismes communautaires et aux résidences pour personnes âgées pour le recrutement, alors les autres CSSS font le recrutement par leur propre service.

Ressources financières et suivi de gestion

Un montant régional issu à la fois des crédits de développement fourni par le ministère de la santé ainsi que du budget en développement du SAD est disponible pour offrir le programme PIED dans la région. Dans ce montant, une somme de 2 500 \$ est allouée aux différents CSSS pour chaque groupe d'animation PIED formé. Il n'existe pas toute fois de mécanismes tacites de suivi de gestion pour ce volet.

Tableau 11: Mise en œuvre de l'intervention PIED dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Variables		Région 02
Nombre de CSSS dans la région		6
Nombre de CSSS où des entrevues ont été effectuées		4
Période de mise en œuvre		2 ans dans 2 CSSS 3 ans dans 1 CSSS 6 ans dans 1 CSSS
Organisation responsable de la mise en œuvre		CSSS
Organisation impliquée dans l'offre		- Centre de jours de CSSS - Clubs d'âge d'or - Résidences privées
Profession des animateurs		TRP
Complétude	Activités réalisées	Exercices physiques en groupe, à domicile et capsules éducatives
	Nombre de rencontre/session	12 semaines, 2 fois pas semaine
	Durée des rencontres	1 heure et 1heure 30

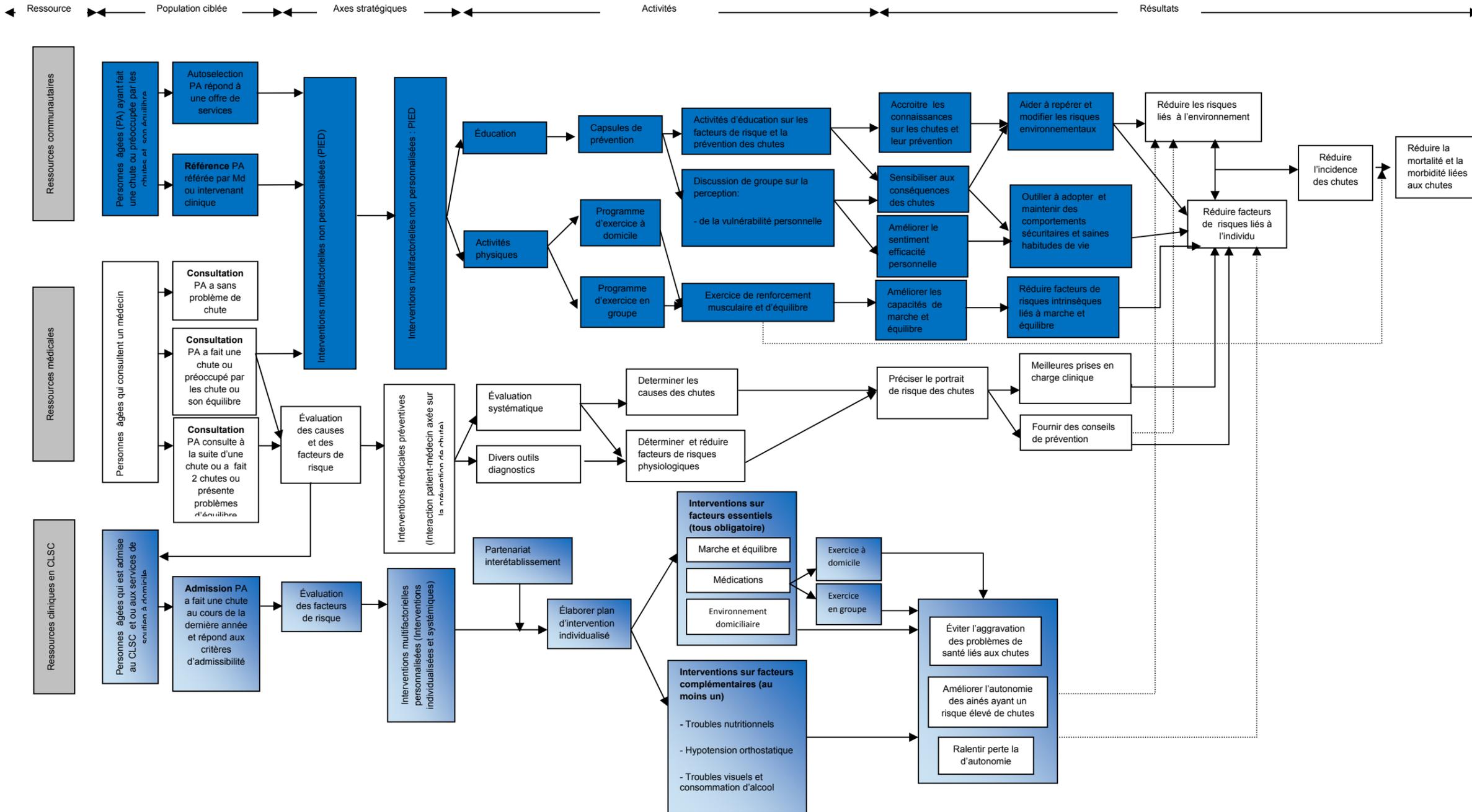
L'implantation des PCP

Pour le volet PCP, un financement serait disponible au niveau régional pour faire quelques réunions préparatoires en attendant la publication du guide d'implantation provincial.

B. Régions ayant un niveau de mise en œuvre modéré

La deuxième catégorie de mise en œuvre retrouvée dans cette étude inclut les régions qui ont implanté l'intervention PIED et qui expérimentent l'IMP à l'échelle régionale ou au moins dans un CSSS. Nous avons regroupé dans cette catégorie, les régions de Montréal, de la Gaspésie et de la Montérégie. La figure 20 présente les différentes activités réalisées dans ces trois régions.

Figure 20: Modèle logique du continuum dans les régions ayant un niveau de mise en œuvre modéré



Région sociosanitaire de Montréal (06)

Contexte régional

La spécificité régionale de Montréal est liée au fait que l'intervention multifactorielle non personnalisée PIED a été montée par une des équipes de la direction de la santé publique. Le Cadre de référence du programme de prévention des chutes s'est donc inspiré de cette intervention régionale pour étendre sa mise en œuvre à l'échelle provinciale. Avant la publication du Cadre de référence, il n'y avait pas d'activités en lien avec les interventions multifactorielles personnalisées dans la région de Montréal.

Bilan de responsabilité de l'Agence de santé et des CSSS

Dans la région de Montréal, il n'y a pas de comité de coordination en prévention des chutes au niveau de l'agence de santé. La formation des animateurs PIED et des ID pour l'IMP a toutefois été réalisée avec le mandat de la DSP. Dans les CSSS, il y a un coordonateur en prévention des chutes qui s'occupe davantage des aspects administratifs et financiers du continuum. En plus du coordonateur, il y a un répondant local pour chacune des deux interventions PIED et IMP du continuum. Toutefois, les interactions pour l'offre de services pour ces deux interventions se font davantage entre la répondante régionale avec d'une part les ID pour l'IMP et d'autre part avec les animateurs PIED.

L'implantation de l'IMP

Organisation structurelle

Pour l'implantation de l'IMP dans la région de Montréal, un comité aviseur régional avait été formé en 2007 pour faciliter l'appropriation de l'intervention dans les CSSS. Par la suite, un projet pilote pour évaluer le processus de prise en charge d'un seul aîné par chacun des ID formés pour l'offre de l'IMP a commencé dans tous les CSSS de la région. En termes d'organisation et de coordination, c'est essentiellement la direction de santé publique qui était impliquée dans le processus de mise en œuvre de ce volet.

Ressources financières et suivi de gestion

Un montant fixe et non récurrent de 6875 \$ avait été consacré par la direction de la santé publique au début du processus d'implantation pour la formation des ID et pour organiser le démarrage du projet pilote. L'offre de services en lien avec le projet pilote s'effectue principalement avec le concours du budget PALV des CSSS. Aucun suivi de gestion n'est effectué par la direction de la santé publique auprès des CSSS.

Tableau 12: Mise en œuvre de l'intervention IMP dans la région de Montréal

Variables		Région 06
Nombre de CSSS dans la région		12
Nombre de CSSS qui ont initié l'implantation		12
Nombre de CSSS où des entrevues ont été effectuées		10
Période de mise en œuvre		1 an
Nombre d'ID formés		11
Profession des ID		TRP et Physiothérapeutes
Facteurs de risque visés		Les 3 facteurs essentiels et la dénutrition
Interventions réalisées et acteurs sollicités	Marche et équilibre	Exercices physiques individualisés adaptés par l'ID; Exercices physiques pour le domicile
	Médication	Dans 4 CSSS, le volet médication n'est pas encore fonctionnel. Dans les autres CSSS, implication du pharmacien ou parfois d'une infirmière qui collabore directement avec le médecin traitant de l'aîné
	Environnement domiciliaire	Les recommandations pour les aménagements mineurs sont faites par l'ID et parfois référence à l'ergothérapeute. 1 des CSSS offre un service de prêt d'équipement et un autre fait des références pour les aînés à certains programmes municipaux d'habitation
	Autres : hypotension orthostatique, dénutrition, consommation d'alcool	Référence à la nutritionniste

L'implantation de l'intervention PIED

Organisation structurelle

L'implantation de l'intervention PIED avait commencé par la formation d'animateurs pour offrir ce programme dans les organismes communautaires. Le PIED est implanté dans tous ces CSSS avec un répondant local relevant de plusieurs directions dépendamment des CSSS. Et c'est généralement ce répondant local qui est chargé de mettre en contact les organismes communautaires qui désire offrir le PIED et les animateurs formés à cet effet. Il y a eu

cependant beaucoup de roulement de personnel depuis l'initiation de ce programme, ce qui a eu à freiner parfois le processus de mise en œuvre.

Ressources financières et suivi de gestion

La direction de la santé publique alloue aux différents CSSS une subvention d'environ 1600 \$ par groupe et par session. Toutefois, il n'y a pas de mécanismes stricts de reddition de compte entre la DSP et les CSSS.

Tableau 13: Mise en œuvre de l'intervention PIED dans la région de Montréal

Variables		Région 06
Nombre de CSSS dans la région		12
Nombre de CSSS où des entrevues ont été effectuées		12
Période de mise en œuvre		2 ans dans 3 CSSS 3 ans dans 2 CSSS 4 ans dans 4 CSSS 5 ans dans 2 CSSS 6 ans dans 1 CSSS
Organisation responsable de la mise en œuvre		CSSS
Organisation impliquée dans l'offre		- Centre de jour des CSSS - Organisme communautaire - Résidences pour aînés - HLM
Profession des animateurs		TRP et kinésioles
Complétude	Activités réalisées	Exercices physiques en groupe, à domicile et capsules éducatives
	Nombre de rencontre/session	12 semaines, 2 fois pas semaine
	Durée des rencontres	1 heure et 1heure 30

L'implantation des PCP

Aucune activité liée à cette intervention n'a été initiée dans la région de Montréal.

Région sociosanitaire de la Gaspésie (11)

Contexte régional

La région de la Gaspésie n'a pas d'histoire antérieure de prévention des chutes chez les aînés avant la publication du Cadre de référence du ministère sur la prévention des chutes.

Bilan de responsabilité de l'Agence de santé et des CSSS

En Gaspésie, le comité de concertation régionale en prévention des chutes n'a pas été mis en place. La DSP appuie les CSSS à travers la formation des animateurs PIED. Dans chacun des 2 CSSS qui ont implanté le PIED, il y a un répondant local PIED. Et dans le CSSS qui a implanté l'IMP, il y a un répondant local responsable de la gestion de cette intervention.

L'implantation de l'intervention IMP

Organisation structurelle

La direction de la santé publique est la seule direction impliquée dans l'offre de cette intervention. Toutefois, bien que le processus régional de mise en œuvre n'ait pas encore commencé, il reste qu'un des CSSS notamment celui de Rocher-Percé a initié un projet pilote l'année dernière. Ce CSSS avait en effet engagé à partir de son budget propre une personne pour ce volet l'année dernière. Il s'agit donc dans ce cas d'une initiative locale isolée.

Ressources financières et suivi de gestion

Une demande d'un montant de 5 000 \$ pour une première année de mise en œuvre et de 10 000 \$ pour une deuxième année a été formulée par la DSP auprès de l'agence pour assurer le début de la mise en œuvre du volet IMP. Mais ce montant n'était pas encore disponible au moment de notre collecte à l'été 2008.

Tableau 14: Mise en œuvre de l'intervention IMP dans la région de la Gaspésie

Variables		Région 11
Nombre de CSSS dans la région		5
Nombre de CSSS qui ont initié l'implantation		1
Nombre de CSSS où des entrevues ont été effectuées		1
Période de mise en œuvre		6 mois
Nombre d'ID formés		2
Profession des ID		TRP et Kinésioologues
Facteurs de risque visés		Les 3 facteurs essentiels, la dénutrition, l'hypotension orthostatique, les troubles de la vision
Interventions réalisées et acteurs sollicités	Marche et équilibre	Des exercices physiques individualisés
	Médication	Envoi du dossier du patient par l'ID au médecin traitant. Les pharmaciens ne sont pas encore impliqués dans le processus
	Environnement domiciliaire	Suggestions des modifications mineures par l'ID et parfois référence à l'ergothérapeute
	Autres : hypotension orthostatique, dénutrition, les troubles de la vision	Références aux professionnels concernés

L'implantation de l'intervention PIED

Organisation structurelle

Quelques mois après la publication du Cadre de référence du ministère, la DSP avait initié la mise en place d'un projet pilote pour le volet PIED du continuum de prévention dans deux des cinq CSSS que compte la région. Cette phase pilote avait commencé par la formation des animateurs PIED ainsi que le recrutement des aînés pour commencer les activités proprement dites. Mais la préparation de cette phase avait pris du temps de telle sorte que le projet n'a commencé que bien plus tardivement. Par ailleurs, la régionalisation de ce volet dans les différents CSSS n'est pas encore effective. Ce sont essentiellement la DSP de l'agence ainsi que certaines organisations communautaires de ces CSSS qui livrent ce volet, à savoir les clubs d'âge d'or ou encore d'autres regroupements communautaires de personnes âgées.

Ressources financières et suivi de gestion

Un montant récurrent de 15 000 \$ par an est alloué par la DSP aux CSSS pour la réalisation de l'intervention PIED. Le suivi de gestion de cette allocation se fait à travers les ententes de gestion établies entre l'agence et les CSSS.

Tableau 15: Mise en œuvre de l'intervention PIED dans la région de la Gaspésie

Variables		Région 11
Nombre de CSSS dans la région		5
Nombre de CSSS où des entrevues ont été effectuées		2 (Ce sont les seuls qui ont entamé la mise en œuvre)
Période de mise en œuvre		2 ans
Organisation responsable de la mise en œuvre		CSSS
Organisation impliquée dans l'offre		- Centre de jour des CSSS - Clubs d'âge d'or
Profession des animateurs		TRP
Complétude	Activités réalisées	Exercices physiques en groupe, à domicile et capsules éducatives
	Nombre de rencontre/session	12 semaines, 2 fois pas semaine
	Durée des rencontres	1 heure et 1heure 30

L'implantation des PCP

À l'été 2008, au moment de la collecte des données, il n'y avait pas d'activités en lien avec les Pratiques cliniques préventives dans la région de la Gaspésie.

Région sociosanitaire de la Montérégie (16)

Contexte régionale

En Montérégie, deux années se sont écoulées entre la publication du cadre de référence provincial en prévention des chutes en 2004 et le début des activités associées à ce cadre en 2006.

Bilan de responsabilité de l'Agence de santé et des CSSS

À l'été 2008, il n'y avait pas de comité de coordination en prévention des chutes au niveau de l'agence de santé de la Montérégie. Toutefois la formation des animateurs PIED pour tous les CSSS et des ID pour 6 CSSS sur 11 était réalisée. Les répondants locaux pour l'intervention IMP étaient également désignés dans ces six CSSS. Par contre, le comité de coordination locale n'était pas encore mis en place.

L'implantation de l'IMP

Organisation structurelle

Pour le volet multifactoriel personnalisé du continuum, la Montérégie constitue une exception dans le sens que ce volet n'était pas piloté par la DSP au moment de la collecte des données. Cette dernière estimait que cette intervention devrait être coordonnée par la direction de l'organisation des services. La DSP devrait être considérée comme étant un partenaire associé qui viendrait en soutien aux CSSS dans leur démarche d'implantation. Toutefois, certains préalables à l'implantation semblent déjà réalisés dans la région, il y aurait entre autres six CSSS qui ont participé à la formation pour les intervenants dédiés et un porteur de dossier de la DSP aurait été également nommé au niveau régional. De plus, trois CSSS ont pris l'initiative d'amorcer la mise en œuvre à l'été 2008, et entrepris des contacts avec la DSP pour que cette direction puisse les assister dans la mise en œuvre. Toutefois, au moment de la collecte de données réalisée à l'automne 2008, un seul CSSS avait véritablement entamé le processus d'implantation de l'IMP.

Tableau 16: Mise en œuvre de l'intervention IMP dans la région de la Montérégie

Variables		Région 11
Nombre de CSSS dans la région		11
Nombre de CSSS qui ont initié l'implantation		1
Nombre de CSSS où des entrevues ont été effectuées		1
Période de mise en œuvre		1 an
Nombre d'ID formés		2
Profession des ID		TRP
Facteurs de risque visés		Les 3 facteurs essentiels, la dénutrition, l'hypotension orthostatique
Interventions réalisées et acteurs sollicités	Marche et équilibre	Des exercices physiques individualisés ou en semi-groupes
	Médication	Envoi du dossier du patient par l'ID au pharmacien. Mais ces derniers n'ont pas encore effectués d'interventions sur les dossiers qui leur ont été soumis
	Environnement domiciliaire	Suggestions des modifications mineures par l'ID et parfois référence à l'ergothérapeute
	Autres : hypotension orthostatique, dénutrition	Références aux professionnels concernés

L'implantation du PIED

Organisation structurelle

Comme dans la plupart des autres régions, ces activités ont commencé avec l'implantation du volet PIED notamment par la formation d'un formateur régional en début 2006 qui était chargé à son tour de former les animateurs PIED dans les onze CSSS de la région. Actuellement, La DSP fait directement intervenir les CSSS et ne sollicite pas les organismes communautaires pour offrir le PIED. L'implantation de PIED s'est faite de façon progressive d'abord par la formation des animateurs dans deux CSSS en 2006, puis quatre autres CSSS en début 2007 et enfin dans les cinq CSSS restant au courant de l'année 2007. En définitive, depuis septembre 2007, le programme PIED est fonctionnel dans l'ensemble des CSSS de la région de la Montérégie.

Ressources financières et suivi de gestion

Il n'y a pas au niveau régional de financement spécifique dédié à la prévention des chutes. Malgré ce fait, l'implantation du PIED a pu bénéficier de deux allocations financières bien spécifiques. Une première allocation non récurrente provenant de l'agence régionale parce que PIED faisait partie d'une des cinq priorités régionales identifiées par la DSP. Alors que la

deuxième allocation, récurrente cette fois, est octroyée à chaque CSSS qui décide d'implanter le PIED et provient de l'enveloppe globale de la DSP (Adultes-personnes âgées). Il n'y a pas de reddition de compte sur ce programme entre la DSP et les CSSS, mais un échange d'information de la part des CSSS qui offrent PIED.

Tableau 17: Mise en œuvre de l'intervention PIED dans la région de la Montérégie

Variabes		Région 16
Nombre de CSSS dans la région		11
Nombre de CSSS où des entrevues ont été effectuées		9
Période de mise en œuvre		6 mois dans 1 CSSS 2 ans dans 6 CSSS 3 ans dans 1 CSSS 4 ans dans 1 CSSS
Organisation responsable de la mise en œuvre		CSSS
Organisation impliquée dans l'offre		- Centre de jour des CSSS - Clubs d'âge d'or - Résidences pour aînés
Profession des animateurs		TRP, Physiothérapeutes, Éducateurs physiques
Complétude	Activités réalisées	Exercices physiques en groupe, à domicile et capsules éducatives
	Nombre de rencontre/session	12 semaines, 2 fois pas semaine dans 7 CSSS 10 à 11 semaines, 2 fois par semaine dans 2 CSSS
	Durée des rencontres	1 heure et 1heure 30

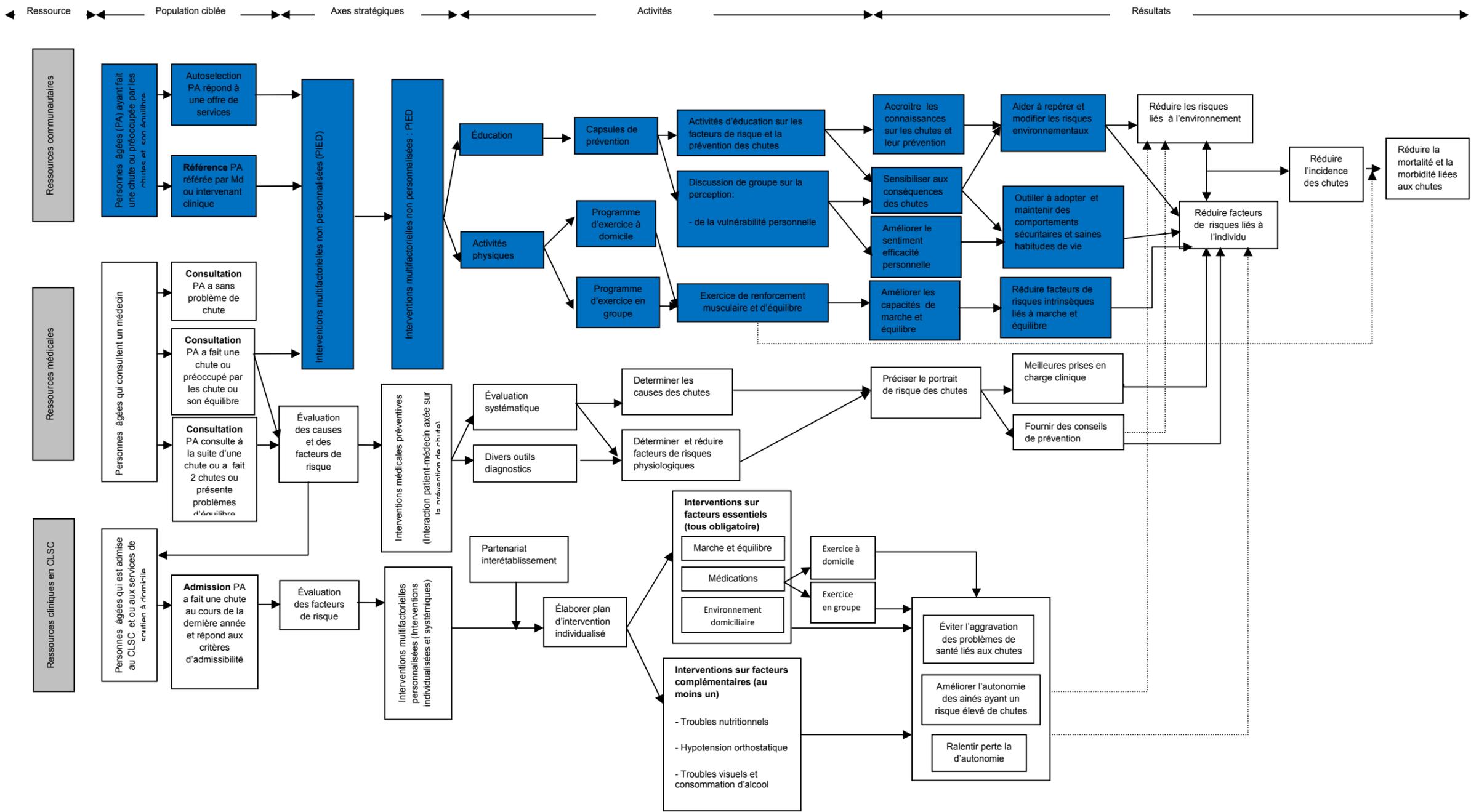
L'implantation du volet PCP

En Montérégie, dans le cadre de l'opération Plan d'action régional (PAR) 2009-2012 du Programme national de santé publique, il était prévu à l'automne 2008 que chaque CSSS choisisse au moins une PCP dans son Plan d'action local (PAL), mais étant donné le délai enregistré dans la publication du guide sur les pratiques cliniques préventives, il semble peu probable que ce choix porte sur la PCP en prévention des chutes. Donc l'implantation de ce dernier volet du continuum n'a pas encore commencé en Montérégie.

C. Régions ayant un niveau de mise en œuvre limité

La troisième catégorie de niveau de mise en œuvre retrouvée dans l'étude inclut les régions dans lesquelles, l'implantation du continuum s'est essentiellement limitée à l'intervention PIED, tandis que l'intervention IMP n'était pas encore implantée. Elle comprend les régions de l'Outaouais, du Bas-Saint-Laurent, du Nord-du-Québec, de Chaudière-Appalaches, de l'Abitibi-Témiscamingue, des Laurentides, de la Mauricie et de la Montérégie et les activités du continuum qui y sont réalisées sont présentées dans la figure ci-après.

Figure 21: Modèle logique du continuum dans les régions ayant un niveau de mise en œuvre limité



Région sociosanitaire de l'Outaouais (07)

Contexte régionale

Avant la publication du Cadre de référence du MSSS, il n'y avait pas d'interventions en prévention des chutes dans la région de l'Outaouais.

Bilan de responsabilité de l'Agence de santé et des CSSS

La DSP de l'Outaouais a mis en place un comité régional de concertation en prévention des chutes qui réunit deux membres de la DSP et les 5 gestionnaires en prévention des chutes des CSSS. Ce comité se réunit trois fois par an et à le mandat de coordonner les différentes activités en prévention des chutes dans la région. La DSP vient également en appui aux CSSS à travers la formation des ID et des animateurs PIED. Toutefois, au niveau des CSSS, les comités locaux de coordination n'étaient pas encore mis en place au moment où nous réalisons cette recherche à l'été et à l'automne 2008.

L'implantation de l'IMP

Organisation structurelle

L'implantation a commencé au printemps 2007 par la sélection d'un CSSS pour entamer un projet de pilote. Initiée par la DSP, ce projet pilote d'une durée de 1 an devrait se dérouler de septembre 2007 à septembre 2008. Donc c'est essentiellement la DSP qui est impliquée dans la mise en œuvre de ce volet dans la région de l'Outaouais. À la suite de ce projet pilote, une démarche de régionalisation de ce volet devrait être entreprise sur une période de deux ans. Ainsi, selon la répondante régionale, deux autres CSSS devraient commencer la mise en œuvre à la fin de l'année 2008 et la mise en œuvre dans les deux autres restants étant planifiée pour 2009-2010. Sous-jacente à cette démarche, neuf ID, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes ainsi que des infirmières sont déjà formés dans les différents CSSS. Mais lors de la collecte de données réalisée dans les CSSS de cette région à l'automne 2008, aucun des CSSS n'avait encore commencé à offrir des services liés à cette intervention.

Ressources financières et suivi de gestion

Pour le financement de l'IMP dans l'Outaouais, une enveloppe budgétaire incluse dans le budget global du PALV serait disponible pour le début de la régionalisation de cette intervention. Mais ce budget semble insuffisant parce qu'il ne permet pas de couvrir les interventions de tous les professionnels.

L'implantation du PIED

Organisation structurelle

L'implantation de l'intervention PIED a commencé à l'automne 2005 avec la mise en place d'un projet pilote dans un des CSSS qui réunissait les ¼ de la population âgée de la région. À la suite de ce projet pilote, deux intervenants par territoire de CSSS avaient été formés pour permettre la mise en œuvre du programme PIED dans les autres CSSS. Et depuis, le développement des activités du programme PIED a conduit à la mise sur pied d'un comité de travail réunissant la répondante régionale PIED ainsi que les différents animateurs formés. Ce comité qui se réunit trois fois par an a le mandat de coordonner et de faciliter l'opérationnalisation du PIED dans les organismes communautaires situés au sein des CSSS, car l'offre du programme se fait avec les organismes communautaires. Une des particularités de la région avec l'implantation du PIED avait été l'initiation d'activités de suivi individuel au trois et aux six mois après la formation en groupes. Il s'agit d'appels téléphoniques de rappel et de remotivation pour la pratique d'exercices physiques.

Ressources financières et suivi de gestion

Une enveloppe budgétaire annuelle récurrente est allouée aux CSSS en fonction des cibles à atteindre et ces cibles sont intégrées dans les ententes de gestion locale entre l'agence et les CSSS.

Tableau 18: Mise en œuvre de l'intervention PIED dans la région de l'Outaouais

Variables		Région 07
Nombre de CSSS dans la région		5
Nombre de CSSS où des entrevues ont été effectuées		4
Période de mise en œuvre		3 ans dans 3 CSSS 4 ans dans 1 CSSS
Organisation responsable de la mise en œuvre		CSSS
Organisation impliquée dans l'offre		- Clubs d'âge d'or - HLM
Profession des animateurs		Physiothérapeutes, Ergothérapeutes, Éducateurs physiques
Complétude	Activités réalisées	Exercices physiques en groupe, à domicile et capsules éducatives
	Nombre de rencontre/session	12 semaines, 2 fois pas semaine
	Durée des rencontres	1 heure et 1heure 30 jusqu'à 2 heures

L'implantation des PCP

Certaines activités d'échange avec la région de Québec pour partager leur expérience, la promotion du PIED dans les cabinets médicaux ainsi que la sensibilisation des médecins à la problématique des chutes via un bulletin régional, sont menées dans le cadre des Pratiques cliniques pour la prévention des chutes chez les aînés. Toutefois à l'instar de la plupart des autres régions, les professionnels de la région de l'Outaouais sont en attente de la publication du guide d'implantation provincial.

Région sociosanitaire du Bas-Saint-Laurent (01)

Contexte régional

La table régionale réunissant les huit CSSS de la région du Bas-Saint-Laurent avait permis de considérer la prévention des chutes comme étant l'une des principales priorités régionales. Par ailleurs, il y a une particularité organisationnelle qui émane du fait que la DSP et la DROSS sont fusionnées au sein de la même direction. Le répondant régional « chute » de la région n'est donc pas rattaché exclusivement à la DSP ou à la DROSS.

Bilan de responsabilité de l'Agence de santé et des CSSS

Dans la région du Bas-Saint-Laurent, le comité de concertation régionale en prévention n'était pas mis en place au moment où nous avons collecté les informations pour cette phase de l'évaluation (Été et automne 2008). Toutefois, les ID et les animateurs PIED étaient formés dans les CSSS avec l'appui des instances régionales. De plus, un coordonateur en prévention des chutes a été désigné dans chacun des CSSS de la région.

L'implantation de l'IMP

Organisation structurelle et ressources financières

Les activités en lien avec l'intervention IMP ont également été entamées dans la région. La formation des ID est déjà réalisée, mais étant donné l'absence de ressources financières dédiées à ce programme, qui paraît très complexe selon les informations recueillies au niveau de l'agence régionale, une initiative pilote dans deux CSSS avait été récemment planifiée. L'idée derrière ce projet pilote serait de voir l'applicabilité du guide provincial IMP aux réalités du contexte régional du Bas-Saint-Laurent. Lors de notre enquête dans les CSSS à l'automne 2008, les activités d'offre de services relatives à ce projet pilote d'IMP n'avaient pas encore commencé.

L'implantation du PIED

Organisation structurelle

Le processus d'implantation du programme PIED avait commencé dans la région du Bas-Saint-Laurent notamment par la formation de deux formateurs. Avec ces derniers, la formation allait être élargie à l'ensemble des animateurs identifiés de la région. C'est ainsi que le PIED fut d'abord offert par six des huit CSSS et après par l'ensemble des CSSS. En outre, étant donnée la présence du programme « Vie Active », des arrimages sont planifiés entre ce dernier et le programme PIED afin de faciliter le maintien des acquis des deux programmes. Et à cet effet, certaines séances PIED seraient ainsi coanimées par les intervenants de Vie active pour faciliter le passage des aînés du programme PIED spécifique pour les chutes au programme Vie active qui agit de façon générale sur le conditionnement physique.

Ressources financières et suivi de gestion

C'est dans l'enveloppe budgétaire PALV que les six premiers CSSS avaient commencé l'implantation. Avec le succès résultant de cette démarche, les deux autres CSSS ont également

entamé depuis l'implantation du programme PIED. Cette implantation graduelle du programme dans les différents CSSS s'explique par le fait que le montant d'argent régional qui était alloué à l'implantation du PIED fut réorienté à d'autres fins notamment dans la prise en charge des infections nosocomiales. Mais malgré le fait qu'il n'y ait pas de ressources financières spécifiques dédiées à ce programme dans le CSSS, il reste que le PIED est inscrit dans les ententes de gestion pour deux ans pour la libération des professionnels qui offrent PIED, l'achat du matériel, le déplacement des aînés.

Tableau 19: Mise en œuvre de l'intervention PIED dans la région du Bas-Saint-Laurent

Variables		Région 01
Nombre de CSSS dans la région		8
Nombre de CSSS où des entrevues ont été effectuées		6
Période de mise en œuvre		1 an dans 2 CSSS 2 ans dans 3 CSSS 5 ans dans 1 CSSS
Organisation responsable de la mise en œuvre		CSSS
Organisation impliquée dans l'offre		- Centre de jour des CSSS - Organisme communautaire - Résidences privées pour aînés autonomes
Profession des animateurs		TRP
Complétude	Activités réalisées	Exercices physiques en groupe, à domicile et capsules éducatives
	Nombre de rencontre/session	12 semaines, 2 fois pas semaine
	Durée des rencontres	1 heure et 1heure 30

L'implantation des PCP

Pour le volet PCP, une expérience antérieure pour initier des pratiques préventives relativement à l'utilisation des benzodiazépines auprès des aînés avait été menée par l'agence avec l'Université du Québec à Rimouski auprès des médecins traitants de la région. Mais le manque de ressources avait conduit à l'abandon du projet. Les répondants du programme sont en attente de la publication du guide et des directives provinciales en matière de PCP.

Région sociosanitaire du Nord-du-Québec (10)

Contexte régional

Dans cette région desservie par un seul établissement faisant à la fois office d'agence régionale, de CSSS et caractérisée par la jeunesse de sa population, il n'y a pas d'antécédents de programmes ou services offerts pour la prévention des chutes chez les aînés vivant à domicile. Les activités menées dans cette région sont consécutives à la publication du cadre de référence ministériel en 2005.

Bilan de responsabilité de l'Agence de santé et des CSSS

Dans cette région, il n'y a pas de comité de concertation régionale ou locale sur la prévention des chutes. Les deux responsables désignés dans le CRSSS pour la gestion des interventions PIED et IMP appuient les centres de santé des 5 localités de la région à travers la formation des animateurs PIED.

L'implantation de l'IMP

L'intervention IMP n'est pas implantée dans cette région. Un travail préliminaire sur le plan de déploiement de ce volet a été cependant réalisé et le lancement de la mise en œuvre serait prévu. Quatre ID, prêts à rencontrer les équipes multidisciplinaires du programme SAD, ont été formés à cet effet. Un montant récurrent de 25 000 \$ par an à répartir au prorata du nombre de personnes âgées est en outre disponible au niveau régional. Ce montant proviendrait du budget global du PALV. Par ailleurs, malgré le fait qu'il n'y ait qu'un seul établissement qui regroupe toutes les directions de l'agence, il n'y a pas véritablement d'interaction entre ces deux directions impliquées dans le déploiement de cette intervention.

L'implantation du PIED

Organisation structurelle

La mise en œuvre du volet PIED a commencé entre 2005 et 2006 par la formation des animateurs PIED et l'implantation effective avec l'offre d'activités aux groupes d'aînés a quant à elle commencé en 2007. Depuis, trois groupes d'aînés ont bénéficié de ce volet. Bien qu'il n'y ait qu'un seul établissement qui regroupe la plus part des structures organisationnelles du réseau de la santé de cette région, ce dernier dessert cinq localités à l'intérieur desquels le volet PIED est offert. Toutefois, la localité de Radisson n'offre pas le PIED à cause du nombre très limité de personnes âgées, les aînés de cette localité ne seraient qu'au nombre de trois. À l'exception de la localité de Radisson, trois des quatre autres localités ont déjà implanté ce volet. Le retard du déploiement dans la quatrième localité étant dû au roulement du personnel. À cause du nombre peu élevé de personnes âgées, le recrutement se fait directement par les animateurs du PIED sans faire appel aux organismes communautaires.

Ressources financières et suivi de gestion

Les ressources financières pour la mise en œuvre de l'intervention PIED proviennent du budget de deux directions de l'agence à savoir la DSP et la direction des services et programmes qui était anciennement une composante de la direction de l'organisation des services.

Tableau 20: Mise en œuvre de l'intervention PIED dans la région du Nord-du-Québec

Variables		Région 10
Nombre de CSSS dans la région		1
Nombre de CSSS où des entrevues ont été effectuées		1
Période de mise en œuvre		1 an
Organisation responsable de la mise en œuvre		CSSS
Organisation impliquée dans l'offre		- CSSS - Clubs d'âge d'or
Profession des animateurs		TRP
Complétude	Activités réalisées	Exercices physiques en groupe, à domicile et capsules éducatives
	Nombre de rencontre/session	12 semaines, 2 fois pas semaine
	Durée des rencontres	1 heure et 1heure 30

L'implantation des PCP

Relativement à l'offre des PCP aucune activité ne semble encore entreprise pour ce volet. Des prévisions seraient tout de même faites pour la prochaine planification budgétaire, ceci devant peut-être correspondre à la publication du guide provincial de mise en œuvre des PCP. Un espoir de déploiement de ce volet à partir du printemps 2009 a été émis par la répondante régionale.

Région sociosanitaire de Chaudière-Appalaches (12)

Contexte régional

Dans cette région, les activités reliées à la prévention des chutes ont commencé après la publication du cadre de référence provincial avec principalement la mise en œuvre du programme PIED par la direction de santé publique de l'agence.

Bilan de responsabilité de l'Agence de santé et des CSSS

Dans cette région, il existe un groupe de travail régional sur la prévention des chutes qui associe le répondant régional avec les répondants PIED des CSSS (formateurs ou animateurs). La DSP a par ailleurs assuré la planification et la réalisation de la formation des animateurs PIED et des ID pour l'IMP. Toutefois, au niveau des CSSS, le comité de concertation locale n'était pas encore mis en place au moment où nous collectons les informations pour cette évaluation.

L'implantation de l'IMP

Toujours suite à la publication du cadre de référence provincial sur la prévention des chutes, la mise en œuvre du volet IMP avait été également initiée dans cette région à travers la formation de deux intervenants dédiés, généralement des TRP, des ergo ou des physio, dans chacun des cinq CSSS. Mais avec l'alternative de transfert de responsabilité pour la mise en œuvre de ce volet de la DSP vers la direction de l'organisation des services, les activités pour ce volet n'auraient plus évolué. La direction de l'organisation des services aurait été contactée à cet effet par la DSP et elle semblait favorable pour un travail conjoint dans la mise en œuvre de cette intervention.

L'implantation du PIED

Organisation structurelle

L'implantation du PIED dans cette région avait commencé en 2006 avec la formation de deux formateurs, généralement des TRP, dans chacun des cinq CSSS que compte la région. À l'exception de la DSP, aucune autre direction régionale n'est impliquée dans la réalisation de ce programme et la DSP ne sollicite pas non plus les organismes communautaires. Contrairement à d'autres régions qui sollicitent les organismes communautaires pour implanter le PIED, il reste que dans la région de Chaudière-Appalaches, la DSP n'interagirait qu'avec les cinq CSSS du réseau sociosanitaire.

Ressources financières et suivi de gestion

Au cours de l'année financière 2007-2008, une enveloppe budgétaire de 101 500 \$ avait été allouée par l'agence aux cinq CSSS pour la réalisation des activités du programme PIED et ce, via le budget du PALV. Une entente de gestion pour le suivi de ce programme basé sur l'atteinte d'une cible de 1% de la population âgée de la région était en outre conclue entre la DSP et les CSSS.

Tableau 21: Mise en œuvre de l'intervention PIED dans la région de Chaudière-Appalaches

Variables		Région 12
Nombre de CSSS dans la région		5
Nombre de CSSS où des entrevues ont été effectuées		5
Période de mise en œuvre		1 an dans 1 CSSS 3 ans dans 4 CSSS
Organisation responsable de la mise en œuvre		CSSS
Organisation impliquée dans l'offre		<ul style="list-style-type: none"> - CSSS dans 4 cas - Organisme communautaire dans 1 cas - Résidences privées pour aînés autonomes dans 1 cas
Profession des animateurs		TRP
Complétude	Activités réalisées	Exercices physiques en groupe, à domicile et capsules éducatives
	Nombre de rencontre/session	12 semaines, 2 fois pas semaine
	Durée des rencontres	1 heure et 1heure 30

L'implantation des PCP

Aucune démarche n'a encore été initiée pour l'implantation du troisième volet du continuum, à savoir les PCP. La direction régionale de santé publique est en attente de la publication des guides et des outils d'implantation provinciaux.

Région sociosanitaire de l'Abitibi-Témiscamingue (08)

Contexte régional

Dans cette région, les activités reliées à la prévention des chutes ont commencé après la publication du cadre de référence provincial avec principalement la mise en œuvre du programme PIED par la direction de santé publique de l'agence.

Bilan de responsabilité de l'Agence de santé et des CSSS

Le comité de coordination des activités en lien avec la prévention des chutes n'était pas mis en place lors de la collecte des données à l'été et l'automne 2008. Néanmoins des répondants locaux pour l'intervention PIED ont été désignés et la formation des animateurs PIED et ID réalisée. Les comités de coordination locale n'étaient pas encore en place.

L'implantation de l'IMP

L'intervention multifactorielle personnalisée IMP n'a pas encore été déployée dans cette région. Il y aurait eu une réserve de la part des CSSS relativement à la question de financement. Toutefois après certaines négociations effectuées par l'agence afin de partager les responsabilités de la mise en œuvre entre la direction de la santé publique et celle de l'organisation des services, certains CSSS, quatre sur six notamment, ont décidé d'entamer la formation des ID au courant de l'automne 2008 et de préparer ainsi le terrain pour l'implantation effective de l'IMP. Et à cet effet, un montant de 1 000 \$ serait alloué aux CSSS pour chaque personne suivie dans le programme. À noter également qu'après les négociations menées par l'agence de santé, il fut décidé que l'implantation initiale de l'IMP serait assurée par la DSP avec la participation de la DROSS et que par la suite, il y aurait un transfert progressif de la responsabilité de gestion du programme de la DSP vers la DROSS.

L'implantation du PIED

Organisation structurelle

La mise en œuvre du programme de prévention des chutes dans cette région a été entamée en 2006 avec le déploiement du programme PIED dans l'ensemble des 6 CSSS que compte la région. Des animateurs, généralement des TRP et des kinésithérapeutes des CSSS, ont été formés et ont depuis commencé à offrir le programme aux différents groupes d'aînés dans des résidences privées pour aînés ou encore dans d'autres regroupements d'aînés tels les clubs d'âge d'or. Afin d'accroître la promotion du programme, la DSP a localement initié la production d'outils notamment des affiches, des dépliants, mais aussi des attestations de participation pour les aînés qui ont pris part aux sessions.

Ressources financières et suivi de gestion

Pour le financement, une enveloppe budgétaire récurrente semble disponible au niveau de l'agence de santé à partir de laquelle des montants sont octroyés aux différents CSSS selon le nombre de groupe formé et selon l'étendue du bassin de la population d'aînée. Par ailleurs, des ententes de gestion ont été établies entre l'agence et les CSSS pour assurer le suivi de gestion du programme.

Tableau 22: Mise en œuvre de l'intervention PIED dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue

Variables		Région 01
Nombre de CSSS dans la région		6
Nombre de CSSS où des entrevues ont été effectuées		5
Période de mise en œuvre		2 ans
Organisation responsable de la mise en œuvre		CSSS
Organisation impliquée dans l'offre		<ul style="list-style-type: none"> - Centre de jour des CSSS - Clubs d'âge d'or - Résidences pour aînés
Profession des animateurs		TRP
Complétude	Activités réalisées	Exercices physiques en groupe, à domicile et capsules éducatives
	Nombre de rencontre/session	10 - 11 semaines, 2 fois par semaine
	Durée des rencontres	1 heure et 1heure 30

L'implantation des PCP

Aucune activité en lien avec les pratiques cliniques préventives n'a encore été entreprise dans la région de l'Abitibi.

Région sociosanitaire de la Mauricie (04)

Contexte régional

En Mauricie, une initiative régionale de mise en place d'un programme de promotion contre les chutes auprès des aînés avait été entreprise par la DSP en 1998. Cette initiative avait d'abord conduit à l'implantation d'un projet pilote puis par la suite à sa régionalisation sous forme d'un programme dénommé « DEBOUT ». À travers la formation de bénévoles qui se rendaient par la suite dans la communauté pour offrir des activités, le programme « DEBOUT » visait en autres la promotion de l'aménagement de l'environnement domiciliaire, la pratique d'activités physiques ainsi que la promotion d'une saine alimentation. Ce programme demeure toujours fonctionnel en Mauricie. L'existence de ce projet serait par ailleurs à l'origine du retard accusé par la région dans l'implantation du continuum de prévention des chutes.

Bilan de responsabilité de l'Agence de santé et des CSSS

Un comité régional réunissant le répondant régional, les répondants des CSSS en prévention des chutes ainsi que les bénévoles intervenants dans le programme DEBOUT est fonctionnel dans la région de la Mauricie. La formation des animateurs PIED et des ID pour les CSSS est également réalisée. Néanmoins, les comités locaux de coordination des activités de prévention des chutes n'étaient pas encore fonctionnels au moment où nous faisons la collecte des données pour cette phase de l'évaluation.

L'implantation de l'IMP

Étant donné l'existence d'autres programmes visant l'amélioration de la santé des aînés dans la région, les informations recueillies au niveau de l'agence de santé semblent indiquer qu'il ne serait pas pertinent de rajouter des ressources supplémentaires pour implanter l'intervention multifactorielle personnalisée PIED. Cette décision est en outre motivée par le fait que les deux directions impliquées pour ce volet (DSP et DROSS) disposent d'ententes sur d'autres priorités outre la prévention des chutes. De plus étant dans l'attente de la décision provinciale pour le partage des responsabilités entre les deux directions, l'offre de cette intervention n'a pas encore commencé.

L'implantation du PIED

Organisation structurelle et financement

L'implantation de l'intervention PIED a démarré 2007 avec la formation des formateurs pour le programme PIED. Un montant de 1 million de \$ avait été alloué lors de l'initiation du programme « DEBOUT » et c'est avec ce montant que le PIED est également réalisé. Il n'y a pas de mécanismes stricts de reddition de comptes, il est juste mentionné dans le plan régional de santé publique que chaque CSSS devrait former deux groupes PIED par année. La spécificité du processus de mise en œuvre de cette intervention en Mauricie est par ailleurs l'acceptation de certains aînés âgés de moins de 65 ans dans les groupes PIED formés. La caractéristique rurale de la région rend en effet difficile le déplacement de certains aînés. Ils se font souvent accompagnés par des amis ou des membres de leur famille qui n'ont pas l'âge requis pour bénéficier du PIED. Mais pour encourager ces derniers à accompagner leurs proches, ils se

voient ainsi proposer d'intégrer le programme, ceci autant et aussi bien que ça n'empêche pas la participation des aînés prioritairement ciblés par l'intervention. Il existerait en outre des « corridors » de passage pour les aînés entre les différents programmes liés à la santé des aînés dans la région, notamment DEBOUT, PIED et VIE ACTIVE. À titre illustratif, le recrutement pour PIED se fait dans DEBOUT et les aînés ayant bénéficié de PIED se voient offrir d'intégrer VIE ACTIVE. Le dénominateur pour l'appréciation de la couverture du PIED semble également disponible.

Tableau 23: Mise en œuvre de l'intervention PIED dans la région de la Mauricie

Variables		Région 04
Nombre de CSSS dans la région		8
Nombre de CSSS où des entrevues ont été effectuées		5
Période de mise en œuvre		1 an dans 2 CSSS 2 ans dans 1 CSSS 3 ans dans 1 CSSS 5 ans dans 1 CSSS
Organisation responsable de la mise en œuvre		CSSS
Organisation impliquée dans l'offre		- Centre de jour des CSSS - Organisme communautaire - Résidences pour aînés
Profession des animateurs		TRP; Éducateurs physiques
Complétude	Activités réalisées	Exercices physiques en groupe, à domicile et capsules éducatives
	Nombre de rencontre/session	12 semaines, 2 fois pas semaine
	Durée des rencontres	1 heure et 1heure 30 2 heures et 2 heures 30

L'implantation des PCP

Aucune activité en lien avec les pratiques cliniques préventives n'a encore été entreprise dans la région de la Mauricie.

Région sociosanitaire des Laurentides (15)

Contexte régionale

Les activités de prévention des chutes auprès des aînés de cette région ont commencé après la publication du cadre de référence ministériel. Ces activités avaient commencé avec l'implantation du programme PIED dans l'ensemble des sept CSSS de la région.

Bilan de responsabilité de l'Agence de santé et des CSSS

Selon les informations recueillies à l'été et à l'automne 2008 au niveau de la DSP, le comité de concertation régionale en prévention des chutes était fonctionnel dans la région des Laurentides. Des répondants locaux pour l'intervention PIED sont désignés dans l'ensemble des CSSS. Ces derniers rencontrent trimestriellement la répondante régionale pour la coordination des activités liées à cette intervention. La formation des animateurs PIED et des ID est par ailleurs réalisée dans les différents CSSS de la région. Toutefois, les comités locaux de coordination des activités de prévention des chutes ne sont pas encore mis en place.

L'implantation de l'IMP

Pour l'intervention IMP, certaines activités de planification de l'implantation de cette composante du continuum avaient été initiées en début 2006, notamment par la désignation de deux territoires pilotes. Un financement d'environ 20 000 \$ avait été identifié pour accompagner cette initiative. Cependant à l'automne 2006, après une réunion des directeurs régionaux de santé publique, l'idée d'un transfert de responsabilité de la mise en œuvre de l'IMP de la DSP vers la DROSS fut émise. Et suite à cet événement, une personne-ressource avait été désignée à la DROSS pour continuer cette mise en œuvre, mais il reste cependant que cette direction émet certaines réserves pour la réappropriation complète de ce volet, et ce, pour des raisons liées à la nécessité d'adjoindre des ressources financières supplémentaires.

L'implantation du PIED

Organisation structurelle

L'implantation de l'intervention PIED a commencé en 2005 par la formation des animateurs PIED ainsi que par l'achat de matériels et kits pour démarrer les activités. Dans les Laurentides, ce sont essentiellement les CSSS qui sont chargés d'offrir le programme PIED et souvent dans les centres de jour. Ils ne font donc pas recours aux organismes communautaires. Dans les différents CSSS, il y a un répondant local PIED ainsi que les intervenants qui offrent les sessions aux groupes d'aînés.

Ressources financières et suivi de gestion

Pour le financement de cette intervention, il y a un montant global récurrent de 75 000 \$ par an fourni par l'agence à l'ensemble des CSSS. Ce montant couvre les sessions offertes (1 700 \$ par groupe), le renouvellement du matériel, le déplacement des aînés ou encore la formation de nouveaux intervenants. Le suivi de gestion de ce programme se fait à travers des ententes de gestion complémentaires négociées entre l'agence et les CSSS et qui sont généralement des objectifs à atteindre en termes de nombre de groupes formés.

Tableau 24: Mise en œuvre de l'intervention PIED dans la région des Laurentides

Variables		Région 15
Nombre de CSSS dans la région		7
Nombre de CSSS où des entrevues ont été effectuées		7
Période de mise en œuvre		7 ans dans 1 CSSS 3 ans dans 2 CSSS 4 ans dans 4 CSSS
Organisation responsable de la mise en œuvre		CSSS
Organisation impliquée dans l'offre		- Centre de jour des CSSS - Organisme communautaire - Loisirs municipaux
Profession des animateurs		TRP, Éducateurs physiques
Complétude	Activités réalisées	Exercices physiques en groupe, à domicile et capsules éducatives
	Nombre de rencontre/session	12 semaines, 2 fois pas semaine
	Durée des rencontres	1 heure et 1heure 30

L'implantation des PCP

Une initiative pour sensibiliser les médecins de la région sur la prévention des chutes avait été planifiée. Mais avec l'arrêt du processus d'implantation de l'IMP, cette initiative n'avait pu être réalisée.

D. Région n'ayant pas entamé la mise en œuvre du programme

Région sociosanitaire de la Côte-Nord (09)

Dans cette région, l'initiation de la mise en œuvre des différents volets du continuum n'a commencé que très récemment. Jusqu'à l'année dernière, il n'y avait pas d'activités de prévention des chutes proprement dites dans la région. C'est au courant de l'année 2008, qu'une ressource professionnelle a été engagée à demi-temps pour l'élaboration d'un plan d'action afin de déployer les volets PIED et PCP. Cette ressource professionnelle avait préalablement bénéficié de la formation régionale prévue pour les formateurs PIED et IMP. Afin semble-t-il de favoriser les liens avec les établissements qui offrent les services de soutien à domicile, le dossier du continuum relève dans cette région de la direction de l'organisation des services. Un montant non récurrent de 10 000 \$ issu des crédits de développements régionaux fournis par le ministère à l'agence de santé est en outre identifié pour permettre le début de l'implantation du PIED dans deux territoires pilotes. Par ailleurs, vu le manque de ressources, la pénurie de la main-d'œuvre ainsi que la forte sollicitation des services du SAD, la région n'a pas pour l'instant l'intention de mettre en œuvre le volet multifactoriel personnalisé du continuum. Des réflexions pour trouver des alternatives à l'IMP devraient être entamées à cet effet.

7. BILAN PROVINCIAL DES RESPONSABILITÉS

À ce stade de l'évaluation, nous sommes en mesure de porter un jugement sur la réalisation des rôles et responsabilités des différentes structures organisationnelles impliquées dans le processus d'implantation du continuum. La figure 22 met en relief en foncé et en chiffres les différentes responsabilités réalisées par les différents acteurs impliqués dans le processus.

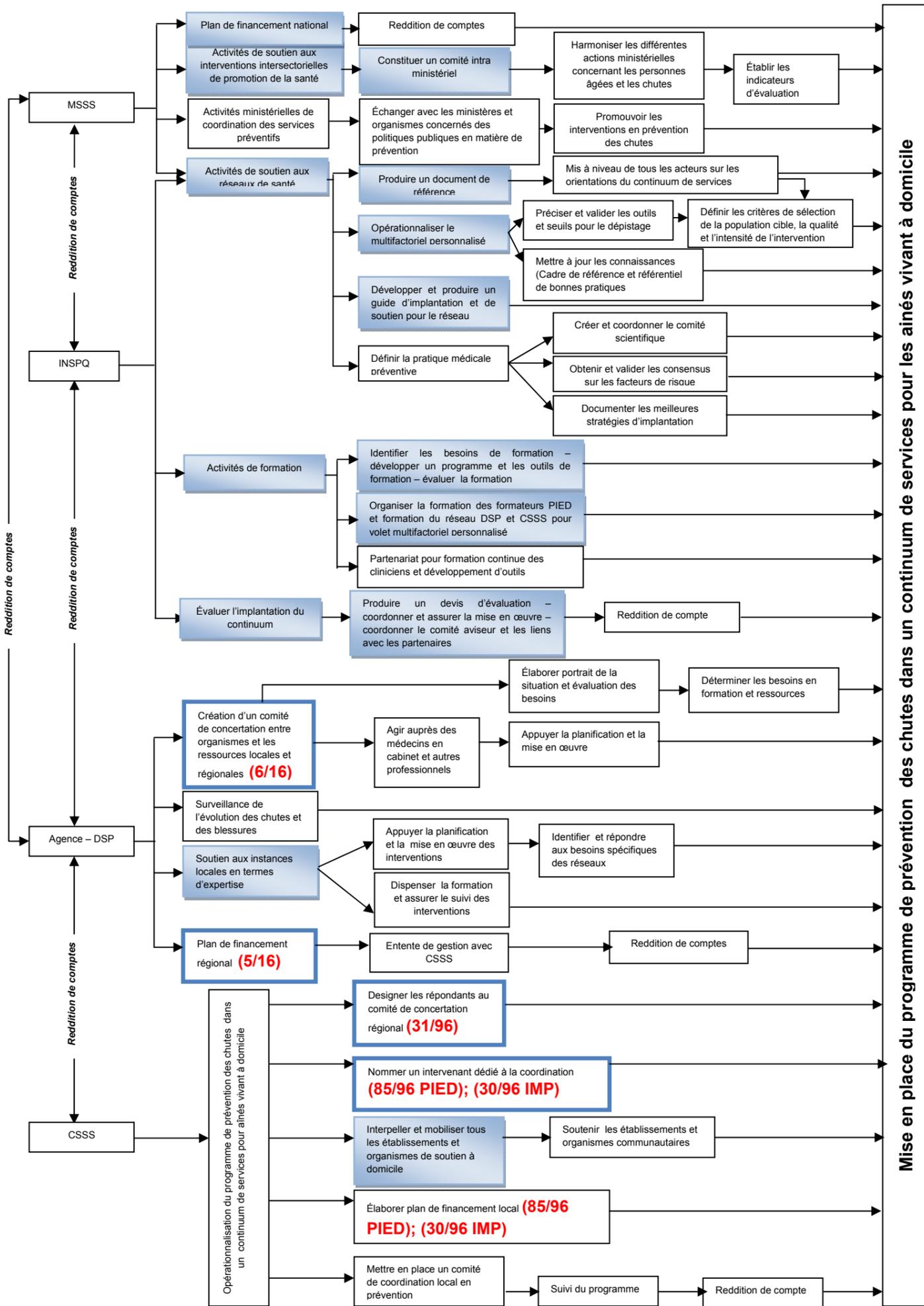
En 2005, le ministère de la Santé élaborait un plan de financement annuel récurrent pour la réalisation d'activités de prévention des chutes. Un indicateur de suivi d'implantation de l'IMP est en expérimentation dans certaines régions depuis 3 ans. Une lettre précisant les attributions des deux directions impliquées dans le processus d'implantation de l'IMP a été élaborée à l'automne 2008. Les activités de soutien au réseau de la santé pour l'implantation du continuum que le ministère était censé effectuer conjointement avec l'INSPQ ont été également réalisées. À cet effet, un guide de soutien à l'implantation ainsi qu'un guide pour l'implantation de l'IMP ont été élaborés et publiés. Les activités de formations de formateurs pour le PIED et l'IMP ont été également effectuées. Les activités du comité d'experts mis en place par l'INSPQ pour les pratiques cliniques en prévention des chutes sont en cours, et la production du guide de pratique est prévue cette année.

Au niveau des régions, les comités de concertation entre les acteurs régionaux et locaux ont été mis en place dans 6 régions notamment les régions de Lanaudière, de la Capitale-Nationale, de l'Outaouais, de Chaudière-Appalaches, de la Maurice et des Laurentides. Les plans de financement des activités de prévention des chutes, notamment pour le PIED et l'IMP ont été également élaborés dans les 5 régions sociosanitaires ayant un niveau de mise en œuvre avancé à savoir Lanaudière, l'Estrie, la Capitale-Nationale, Laval et le Saguenay-Lac-Saint-Jean. Par ailleurs, le soutien en termes d'expertise aux instances locales reste une mesure effective dans toutes les régions sociosanitaires.

Au niveau des CSSS, pour l'intervention PIED, 85 des 96 CSSS disposent d'un répondant local, tandis que pour l'IMP, ce sont 30 CSSS qui en disposent. L'élaboration des plans de financement local suit également les mêmes chiffres. Toutefois, les comités de coordination ne sont pas encore fonctionnels dans les CSSS.

En outre, il y a lieu de mentionner que l'intégration des services de prévention des chutes dans les plans d'action régionaux (PAR) et locaux (PAL) prévues dans le cadre de référence ministériel (MSSS 2004), n'a pas été recherchée dans la présente évaluation. Ces plans n'ont pas été pris en considération lors de l'élaboration du modèle de responsabilités et lors des rencontres subséquentes de validation de ce modèle par le comité avisier.

Figure 22: Bilan des responsabilités dans l'implantation du continuum



8. BILAN PROVINCIAL DU NIVEAU DE MISE EN ŒUVRE DU CONTINUUM DE PRÉVENTION DES CHUTES

À la suite de cette description du niveau d'implantation régionale et locale du continuum de prévention des chutes chez les aînés, les constats suivants se dégagent:

Implantation de l'intervention multifactorielle non personnalisée PIED

Au moment de la collecte des données, l'intervention multifactorielle non personnalisée PIED a été implantée dans 85 des 96 CSSS du Québec et n'avait pas été implantée dans 11 CSSS dont 3 CSSS de la région de la Gaspésie, et les 8 CSSS de la région de la Côte-Nord. Même si plusieurs CSSS (21/96) avaient entamé le processus d'implantation avant la publication du cadre de référence ministériel en 2004, il reste que la durée moyenne d'implantation pour l'offre de services liée à l'intervention PIED dans les CSSS investigués a été de 2 à 3 ans. Cinq catégories professionnelles ont été utilisées pour offrir cette intervention: il s'agit majoritairement des TRP, des éducateurs physiques, des physio, des kinésithérapeutes et finalement des ergothérapeutes. Ce processus d'implantation était en outre dans la plupart des cas sous la responsabilité des CSSS (78% des cas), alors que dans deux régions, soit Lanaudière et la Capitale-Nationale, où la DSP est responsable de l'implantation alors que dans Lanaudière, les centres d'action bénévoles (CAB) sont responsables de la réalisation de l'intervention.

Implantation des Pratiques Cliniques Préventives

L'implantation des Pratiques Cliniques Préventives n'a été réalisée dans aucune région ou territoire de CSSS.

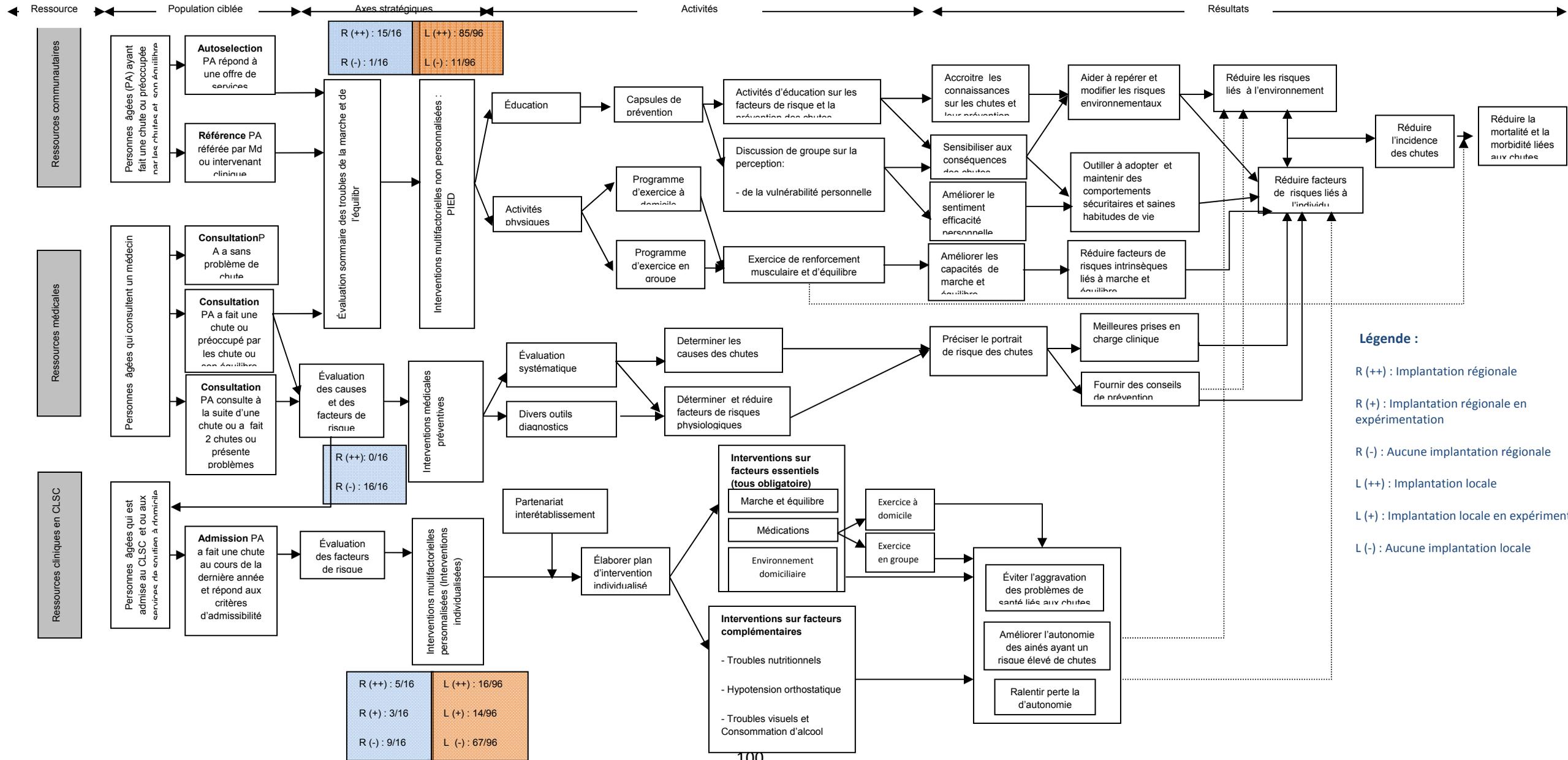
Implantation de l'intervention multifactorielle personnalisée IMP

L'intervention multifactorielle personnalisée a été implantée dans 30 des 96 CSSS que compte le Québec. À noter que ces 30 CSSS sont repartis dans huit régions soit Lanaudière, l'Estrie, le Saguenay, la Capitale-Nationale, Laval, Montréal, la Gaspésie et la Montérégie. Parmi celle-ci, trois régions avaient déjà commencé l'implantation avant la publication du cadre de référence (MSSS 2004) et du guide IMP (INSPQ 2007). Toutefois 14 des 30 CSSS qui ont implanté l'intervention IMP, étaient en phase d'expérimentation pilote. Il s'agissait des 12 CSSS de la région de Montréal, d'un CSSS de la région de la Gaspésie et d'un CSSS de la région de la Montérégie. Le nombre moyen d'intervenant dédié dans les CSSS qui ont entamé l'implantation de l'IMP, parmi les CSSS répondants (25/30) était de 1. Ces intervenants dédiés étaient des thérapeutes en réadaptation physique (TRP), des physiothérapeutes, des infirmières et des ergothérapeutes. Concernant les différents facteurs essentiels (Marche et équilibre, médicaments, environnement domiciliaire) et complémentaires (dénutrition, hypotension, troubles de la vision et consommation d'alcool) visés par l'intervention IMP, 14 des 25 CSSS investigués intervenaient sur les trois facteurs de risque essentiels et la dénutrition; 8 autres de ces 25 CSSS intervenaient sur les trois facteurs de risque essentiels, la dénutrition et l'hypotension. Les 3 autres CSSS restants intervenaient sur les facteurs de risque essentiels, la

dénutrition, l'hypotension et les troubles de la vision. Par ailleurs, parmi les différentes interventions mises en œuvre pour réduire ces facteurs de risque de chute, ce sont les activités et services réalisés sur le facteur de risque « Médication » qui ont été implantées de façon plus marginale. En effet, le volet médication de l'IMP n'était pas opérationnel dans 4 des 25 CSSS investigués. Dans les 21 autres CSSS où le volet médicaments de l'IMP est opérationnel, 16 d'entre eux offraient des services et activités conformes aux recommandations formulées dans le guide d'implantation IMP (INSPQ, 2007). Lequel guide stipulait en effet une interaction professionnelle entre l'ID, le pharmacien et le médecin traitant de l'aîné pour agir sur le facteur de risque « Médication ». Tandis que dans les 5 autres CSSS restants, l'interaction pour la prise en charge de ce facteur de risque se faisant d'une part entre l'ID et une infirmière (2 CSSS) et d'autre part entre l'ID et le médecin traitant (3 CSSS). La figure 23 présente schématiquement le bilan provincial d'implantation du continuum. Elle précise le niveau d'implantation des trois interventions du continuum dans les 16 régions sociosanitaires et dans les 96 CSSS du Québec.

De plus, pour compléter ce bilan provincial, nous présentons dans l'annexe 1 du rapport les tableaux 27 et 28 qui décrivent les données de résultats de mise en œuvre des interventions multifactorielles non personnalisée PIED et personnalisée IMP du continuum dans les différentes régions et CSSS. En lien avec l'intervention PIED, le tableau 27 présentera pour chacune des régions, le nombre de CSSS de la région, le nombre de CSSS où des entrevues ont été effectuées, la période de mise en œuvre, l'organisation responsable de la mise en œuvre, les organisations impliquées dans l'offre du programme, la profession des animateurs et le contenu de l'intervention réalisée. Le tableau 28 plutôt relatif à l'intervention IMP présentera également pour chacune des régions, le nombre de CSSS de la région, le nombre de CSSS qui ont entamé la mise en œuvre, le nombre de CSSS où des entrevues furent effectuées, la période de mise en œuvre, le nombre et la profession des ID, les facteurs de risque visés et les interventions réalisées.

Figure 23: Bilan de mise en œuvre du continuum dans l'ensemble des régions et CSSS



RÉSULTATS Q2 : ANALYSE DE LA COUVERTURE DANS L'ENSEMBLE DES RÉGIONS ET DES CSSS

Pour atteindre le deuxième objectif de cette évaluation qui consistait à analyser le degré de couverture des interventions PIED et IMP du continuum de prévention des chutes, nous avons recherché pour chaque territoire de CSSS, le nombre d'aînés qui ont bénéficié de l'intervention multifactorielle non personnalisée PIED et de l'intervention multifactorielle personnalisée IMP. Pour le PIED, nous avons recherché plus spécifiquement le nombre moyen annuel d'aînés qui prennent part à l'intervention. Et pour l'IMP, nous avons recherché pour les cinq régions de Lanaudière, l'Estrie, la Capitale-Nationale, Laval et le Saguenay Lac-Saint-Jean, le nombre d'aînés qui ont bénéficié de cette intervention au cours de l'année fiscale 2007-2008, tandis que pour les deux des trois régions en phase d'expérimentation pilote soit celle de Montréal, et de la Montérégie, c'est le nombre d'aînés qui ont bénéficié de l'intervention au cours de l'année 2008 (janvier à décembre 2008) qui a été recherché. Pour la région de la Gaspésie qui était aussi en expérimentation pilote, il s'agissait du nombre d'aînés qui ont bénéficié de l'IMP de mars à décembre 2008.

Les différents taux de couverture ont été calculés dans un premier temps à partir de la population de personnes âgées de 65 ans et plus de chaque territoire de CSSS investigué. Dans un deuxième temps, ces chiffres de couverture des CSSS investigués ont été agrégés pour chaque région afin d'avoir un taux de couverture régional³. Ainsi suite à cette démarche, nous avons pu comparer les ratios de couverture des CSSS avec les ratios de couverture de référence qui devraient guider les CSSS dans la définition de leurs objectifs de couverture.

Couverture pour le PIED

Méthode

La méthode utilisée pour déterminer les ratios de couverture de référence pour l'intervention PIED, s'appuie sur les résultats d'une enquête menée par la DSP de Montréal qui estimait que sur l'ensemble de la population aînée de 65 et plus, entre 11 et 14% de cette population constituait la cible prioritaire de cette intervention (DSP 2006). En tenant compte de l'intérêt des aînés à participer activement à l'intervention, ce pourcentage de population cible se réduisait cependant à 5% (DSP 2006). Ceci étant, les ratios de 5 et 14% ont été respectivement utilisés comme cibles prioritaire et élargie pour apprécier le taux de couverture pour l'intervention PIED dans chaque territoire de CSSS et de DSP. Toutefois, pour des raisons de clarté du texte de ce rapport, les résultats d'analyse de la couverture pour l'intervention PIED présentés dans cette section ne seront discutés qu'en fonction de la cible de couverture prioritaire de 5% proposée par l'étude la direction de la santé publique de Montréal.

³ Dans le calcul du taux de couverture régionale, nous n'avons tenu compte que des CSSS qui ont pu être rejoints pendant la collecte de données menée à l'automne 2008

Résultats

Au Québec, sur l'ensemble des 1 132 652 personnes âgées de 65 ans et plus, cette cible de 5% représente un nombre de 56 632 personnes (ISQ 2009). Donc en considérant les 5% de la population âgée de 65 ans et plus comme objectif de couverture pour le PIED, nous avons observé que les taux moyens annuels de couverture les plus élevés atteignent le 1/5 de la population cible régionale. Ainsi, les taux de couverture enregistrés dans les régions de l'Estrie et des Laurentides atteignent respectivement 19.5% et 17.2% de la population cible de 5%, soit 455 et 530 aînés âgés de 65 ans et plus. À l'autre extrémité, les taux de couverture les plus bas pour l'intervention PIED atteignent respectivement 4.3% et 4.6% des 5% de la population âgée de 65 et plus dans les régions de la Mauricie et de la Capitale-Nationale, soit 189 et 240 personnes.

Par ailleurs, au niveau des CSSS rencontrés (73 sur les 85 qui ont implantés le PIED), les ratios de couverture pour l'intervention PIED retrouvés dans cette étude peuvent être divisés en trois groupes :

- Un premier groupe de 47 CSSS qui ont réussi à atteindre entre 1.4% et 13.6% de leur cible de couverture soit les 5% de la population âgée de 65 ans et plus de leur territoire.
- Un deuxième groupe de 24 CSSS dont le taux de couverture était compris entre 13.7% et 25.9% de la cible des 5%.
- Et un troisième groupe de 2 CSSS qui ont rejoint entre 26 et 38.1% des 5% de la population des 65 ans et plus de leur territoire.

Couverture pour l'IMP

Méthode

Nous avons appliqué la même méthode pour évaluer la couverture de l'intervention multifactorielle personnalisée IMP. Selon le guide d'implantation de cette intervention, l'INSPQ estimait qu'en tenant compte des critères d'admissibilité inscrits aux services de soutien à domicile des CSSS, mais aussi de critères d'autonomie fonctionnelle, la cible potentielle pour cette intervention était comprise entre 1.6 et 4.2% de la population aînée totale de chaque territoire de CSSS (INSPQ 2007). Ces ratios ont ainsi constitué les cibles de couverture prioritaire et élargie pour l'appréciation du taux de couverture pour l'intervention IMP. Mais pour des raisons de clarté dans le texte, les différents résultats de ce rapport ne seront discutés qu'en fonction de l'objectif de couverture prioritaire, soit les 1.6% de la population âgée de 65 ans et plus. À noter que selon les données démographiques publiées par l'ISQ, ce chiffre de 1.6% correspond à 18 122 personnes sur les 1 132 652 personnes âgées de 65 ans et plus vivant au Québec (ISQ 2009).

Résultats

Contrairement à l'intervention multifactorielle non personnalisée PIED qui est implanté dans toutes les régions, l'IMP n'est offerte que dans 8 des 16 régions du Québec et pas nécessairement sur l'ensemble du territoire de ces régions. Les taux de couverture présentés dans cette section sont donc en rapport avec les chiffres de 8 régions sociosanitaires. Ainsi, avec l'objectif de couverture de l'intervention IMP qui consiste à rejoindre les 1.6% de la population âgée de 65 ans et plus, les ratios de couverture s'étendent de 0.5% pour la région de Montréal (21 personnes) à près de 80% dans l'un des CSSS de la région de Lanaudière (402 personnes). Et entre ces deux taux extrêmes, on retrouve les régions de l'Estrie, du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de Laval, de la Gaspésie ou encore de la Montérégie avec respectivement des taux de couverture de 29.5 %, de 25.3%, de 11.5%, 13,5%, de 1.4% pour la cible de couverture de l'IMP de 1.6% de la population âgée de 65 ans et plus.

Au niveau des 25 CSSS rejoints sur les 30 qui ont implanté l'intervention IMP, les ratios de couverture peuvent être divisés en 4 catégories :

- Une première catégorie de 18 CSSS qui ont rejoint entre 0.1% et 25% de la cible de couverture de 1.6 % de la population âgée de 65 ans et plus.
- Une deuxième catégorie de 4 CSSS qui ont réussi à atteindre entre 25 et 50% de la cible de couverture de 1.6% de la population âgée de 65 ans et plus.
- Une troisième catégorie avec un seul CSSS dont le taux de couverture en fonction de la cible de l'intervention IMP était compris entre 50 et 75%.
- Et une dernière catégorie de 2 CSSS ayant rejoint entre 75 et 100% de la cible de couverture de 1.6% de la population âgée de 65 ans et plus.

Le détail des données qui ont servi à l'analyse de la couverture des interventions du continuum dans les régions et les CSSS est précisé au tableau 25.

Tableau 25: Estimé de la couverture des interventions PIED et IMP à l'échelle provinciale

Régions	CSSS	PA de 65 et plus	Nombre moyen de PA ayant bénéficié de PIED par an	Estimé des PA ayant bénéficié de PIED depuis le début de l'implantation	PA ayant bénéficié de l'IMP ⁴	Taux de couverture du PIED (%)		Taux de couverture de l'IMP (%)	
						% d'atteinte de la cible prioritaire de 5% par an	% d'atteinte de la cible élargie de 15% par an	% d'atteinte de la cible prioritaire de 1.6% par an	% d'atteinte de la cible élargie de 4.2% par an
Bas-Saint-Laurent	01-1	3887	10	10	0	5.1	1.8	0	0
	01-2	3656	11	11	0	6	2.1	0	0
	01-3	3429	15	30	0	8.7	3.1	0	0
	01-4	3164	30	150	0	18.9	6.7	0	0
	01-5	4042	32	64	0	15.8	5.6	0	0
	01-6	2021	12	24	0	11.8	4.2	0	0
Taux de couverture régionale						10.8	3.8	0	0
Saguenay-Lac-Saint-Jean	02-1	3145	20	120	16	12.7	4.5	31.8	12.1
	02-2	3816	28	56	7	14.6	5.2	11.4	4.3
	02-3	7639	48	96	39	12.5	4.4	31.9	12.1
	02-4	11064	15	45	42	2.7	0.9	23.7	9.0
Taux de couverture régionale						8.6	3.0	25.3	9.6
Capitale-Nationale	03-1	55 088	240	720	128	4.6	1.6	14.5	5.5
	03-2	8052			ND ⁵			ND	ND
	03-3	34060			0			0	0
	03-4	5424			0			0	0
Taux de couverture régionale						4.6	1.6	ND	ND
Mauricie	04-1	3718	16	48	0	8.6	3	0	0
	04-2	2343	20	20	0	17.0	6.0	0	0
	04-3	12 626	33	33	0	5.2	1.8	0	0
	04-4	7325	20	40	0	5.4	1.9	0	0
	04-5	22 107	16	80	0	1.4	0.5	0	0
Taux de couverture régionale						4.3	1.5	0	0

⁴ L'année de référence est 2007 pour les régions ayant une mise en œuvre avancée et 2008 pour Montréal, la Gaspésie et de la Montérégie

⁵ ND : Non disponible

Régions	CSSS	PA de 65 ans et plus	Nombre moyen de PA ayant bénéficié de PIED par an	Estimé des PA ayant bénéficié du PIED depuis le début de l'implantation	PA ayant bénéficié de l'IMP	Taux de couverture du PIED (%)		Taux de couverture de l'IMP (%)	
						% d'atteinte de la cible prioritaire de 5%	% d'atteinte de la cible élargie de 15%	% d'atteinte de la cible prioritaire de 1.6% par an	% d'atteinte de la cible élargie de 4.2%
Estrie	05-1	22 342	189	567	ND	16.9	6.0	ND	ND
	05-2	3980	76	76	12	38.1	13.6	18.8	7.1
	05-3	7928	59	59	6	14.8	5.3	4.7	1.8
	05-4	3289	15	15	45	9.1	3.2	85.5	32.5
	05-5	3489	60	60	11	34.3	12.2	19.7	7.5
	05-6	2715	32	96	28	23.5	8.4	64.4	24.5
	05-7	2711	24	24	12	10.7	6.3	27.6	10.5
Taux de couverture régionale						19.5	6.9	29.5*	11.2
Montréal	06-1	22 556	60	300	3	5.3	1.9	0.8	0.3
	06-2	30528	90	450	2	5.8	2.1	0.4	0.1
	06-3	14 170	78	234	3	11	3.9	1.3	0.5
	06-4	15 257	81	162	2	10.6	3.7	0.8	0.3
	06-5	29 434	99	297	2	6.7	2.4	0.4	0.1
	06-6	21 038	16	64	3	1.5	0.5	0.8	0.3
	06-7	27 618	60	180	2	4.3	1.5	0.4	0.1
	06-8	23 913	45	180	3	3.7	1.3	0.7	0.2
	06-9	32 865	81	405	1	4.9	1.7	0.1	0.07
	06-10	17 449	60	120	0	6.8	2.4	0	0
	06-11	21 843	80	320	ND	7.3	2.6	ND	ND
Taux de couverture régionale						5.8	2.0	0.5*	0.1*
Outaouais	07-1	3416	15	45	0	8.7	3.1	0	0
	07-2	2287	15	60	0	13.1	4.6	0	0
	07-3	7188	45	135	0	12.5	4.4	0	0
	07-4	3481	28	84	0	16	5.7	0	0
Taux de couverture régionale						12.5	4.4	0	0
Abitibi-Témiscamingue	08-1	5039	24	48	0	9.5	3.4	0	0
	08-2	3216	28	56	0	17.4	6.2	0	0
	08-3	4993	45	90	0	18	6.4	0	0
	08-4	2821	20	40	0	14.1	5	0	0
	08-5	1866	11	22	0	11.7	4.2	0	0
Taux de couverture régionale						14.2	5.0	0	0
Nord-du-Québec	10-1	2 215	21	21	0	18.9	6.7	0	0

Régions	CSSS	PA de 65 ans et plus	Nombre moyen de PA ayant bénéficié de PIED par an	Estimé des PA ayant bénéficié de PIED depuis le début de l'implantation	PA ayant bénéficié de l'IMP	Taux de couverture du PIED (%)		Taux de couverture de l'IMP (%)	
						% d'atteinte de la cible prioritaire de 5% par an	% d'atteinte de la cible élargie de 15% par an	% d'atteinte de la cible prioritaire de 1.6% par an	% d'atteinte de la cible élargie de 4.2%
Gaspésie	11-1	3174	0	0	25	0	0	49.2	18.7
	11-2	2347	24	24	0	20.4	7.3	0	0
	11-3	6013	24	24	0	0	0	0	0
Taux de couverture régionale						4.1	1.4	13.5	5.1
Chaudière-Appalaches	12-1	8450	64	128	0	15.1	5.4	0	0
	12-2	7633	60	120	0	15.7	5.6	0	0
	12-3	27481	120	360	0	8.7	3.1	0	0
	12-4	9081	100	300	0	22	7.8	0	0
	12-5	3057	30	90	0	19.6	7	0	0
Taux de couverture régionale						13.4	4.7	0	0
Laval	13-1	53011	225	1350	98	8.4	3	11.5	4.4
Lanaudière	14-1	29 366	149	447	402	5.9	2.1	85.5	32.5
	14-2	20 802			ND			ND	ND
Taux de couverture régionale						5.9	2.1	ND	ND
Laurentides	15-1	6658	18	54	0	5.4	1.9	0	0
	15-2	5811	50	200	0	17.2	6.1	0	0
	15-3	9898	90	270	0	18.1	6.4	0	0
	15-4	6933	60	180	0	17.3	6.1	0	0
	15-5	12 097	96	288	0	15.8	5.6	0	0
	15-6	14 947	156	624	0	20.8	7.4	0	0
	15-7	5165	60	180	0	23.2	8.2	0	0
Taux de couverture régionale						17.2	6.1	0	0
Montérégie	16-1	19 990	95	110	0	5.3	1.8	0	0
	16-2	8 388	46	62	0	8.5	3	0	0
	16-3	11 748	45	85	0	4.7	1.7	0	0
	16-4	20 559	87	182	0	8.7	3.1	0	0
	16-5	27 263	49	99	0	2.9	1	0	0
	16-6	3810	85	115	0	14.1	5	0	0
	16-7	9404	50	95	0	9.5	3.4	0	0
	16-8	24 538	53	133	36	5.7	2	9.1	3.4
	16-9	27 407	16	46	0	2.9	1	0	0
Taux de couverture régionale						5.6	2.0	1.4	0.5

RÉSULTATS Q3 : ANALYSE DES FACTEURS AYANT INFLUENCÉ LA MISE EN ŒUVRE DU CONTINUUM

Facteurs ayant influencé la mise en œuvre des interventions PIED et IMP dans les CSSS

La mise en œuvre du continuum de services en prévention des chutes correspond à la mise en œuvre de nouvelles pratiques organisationnelles qui interpelle plusieurs structures et organisations situées à différents niveaux de gouvernance. Le ministère de la santé et l'INSPQ devraient respectivement apporter les ressources et l'expertise nécessaires, mais aussi soutenir l'ensemble du processus d'implantation du continuum. Tandis que les agences régionales de santé, les CSSS, les organisations communautaires ainsi que certaines ressources médicales devraient offrir aux populations visées, les services associés aux différentes interventions du continuum suggérées dans le cadre de référence ministériel (MSSS 2004).

La littérature qui porte sur l'introduction du changement dans les organisations suggère un certain nombre de modèles théoriques pour analyser les différents facteurs et enjeux qui peuvent influencer la capacité de mettre en œuvre adéquatement les interventions PIED et IMP. Bien qu'il n'existe pas de consensus sur les divers facteurs de réussite ou d'échec du processus d'implantation du changement dans la littérature, il reste que de nombreuses théories élaborées par différents auteurs issus aussi bien du milieu académique que des milieux de pratique suggèrent des pistes intéressantes et potentiellement utiles pour expliquer et comprendre ce phénomène (Damanpour 1991; Armenakis and Bedeian 1999; Demers 1999; Hage 1999; Mintzberg, Ahlstrand et al. 1999; Champagne 2002). Ces modèles théoriques peuvent être regroupés en 5 principaux types à savoir les modèles théoriques rationnel, structurel, de développement organisationnel, psychologique et politique (Guilhon 1998; Demers 1999; Hage 1999; Champagne 2002). Pour répondre à la troisième question de recherche de cette évaluation, nous nous sommes inspirés des approches mises en avant par chacun de ces modèles théoriques pour examiner les différents facteurs associés au processus de mise en œuvre des interventions du continuum. Toutefois, suite à l'étude préliminaire sur l'identification des facteurs explicatifs de la mise en œuvre menée lors de la collecte, au printemps 2007, il semblait que les facteurs sous-jacents aux modèles psychologique et de développement organisationnel, qui mettent respectivement l'emphase sur les résistances naturelles des individus au changement et sur les conditions nécessaires à l'amélioration de la qualité de vie organisationnelle influençaient peu le processus de mise en œuvre du continuum. Ce, probablement à cause de la nature et de l'envergure des différentes interventions du continuum.

Ainsi, dans la troisième phase de collecte, nous avons essentiellement appliqué les trois premiers modèles explicatifs du processus d'implantation à savoir le modèle rationnel, le modèle politique et le modèle structurel. Nous présenterons dans les sections qui suivent les

facteurs explicatifs du processus de mise en œuvre du continuum liés à chacun de ces deux modèles théoriques.

Facteurs liés au modèle rationnel

Le modèle rationnel d'analyse du processus d'implantation trouve ses fondements conceptuels dans le courant de pensée de l'organisation scientifique du travail dans les organisations. Ce modèle suggère que la planification de l'ensemble du processus d'implantation de l'intervention ainsi que le suivi des procédures planifiées devraient constituer les éléments qui favorisent l'implantation optimale du changement (Demers 1999; Champagne 2002). Les facteurs liés à ce modèle théorique ont été étudiés à travers des questions semi-ouvertes qui sont incluses dans les grilles d'entrevue utilisées durant cette évaluation.

Dans la démarche de planification du processus d'implantation du continuum, les rôles et responsabilités des acteurs impliqués dans le processus d'implantation, les différents éléments de conception des interventions PIED et IMP ainsi que les partenariats stratégiques à établir pour leur déploiement étaient précisés dans le cadre de référence ministériel (MSSS 2004) et dans le guide IMP (INSPQ 2007). L'intervention PIED devrait être offerte aux aînés âgés de 65 ans et plus, ce à un rythme de 3 fois par semaine pendant 12 semaines. Bien que visant les aînés de la même tranche d'âge, l'intervention IMP devrait être offerte sur une période de 12 à 18 mois. De plus, la responsabilité de l'offre de l'intervention PIED devrait être assurée par les CSSS à moins d'un choix régional différent.

Le suivi des différentes procédures planifiées à travers la réalisation des rôles et responsabilités identifiés dans le cadre de référence ministériel (MSSS 2004) et dans le modèle de responsabilité (fig.2) semble être le premier facteur d'ordre rationnel qui explique le processus de mise en œuvre du continuum. Les différents acteurs organisationnels, notamment ceux situés à un niveau stratégique (MSSS, INSPQ et Agences de santé) devaient réaliser une série d'actions pour soutenir et accompagner le processus de mise en œuvre des interventions du continuum de services en prévention des chutes. Et par conséquent, la réalisation ou la non réalisation de ces actions a très certainement influencé de façon déterminante l'ensemble du processus de mise en œuvre.

À cet effet, au niveau de la direction de santé publique du MSSS, la priorisation du continuum de prévention des chutes en intégrant les différentes interventions PIED, IMP et PCP dans le PNSP révisé de 2008, ainsi que la récente inclusion de la surveillance des chutes dans le plan ministériel de surveillance de santé publique sont des facteurs qui ont positivement influencé la dynamique du processus d'implantation du continuum. Ces facteurs ont envoyés un signal fort aux différentes organisations du réseau sur la nécessité d'inclure le programme de prévention des chutes dans leurs priorités respectives. Cependant, même si un budget pour la prévention des chutes à la clientèle aînée est alloué par le ministère de la santé depuis 2005, il reste que la non indexation et l'absence de mécanismes de suivi systématique de ce budget ont limité son utilisation appropriée dans les agences et CSSS. Autrement dit, en dépit de la récurrence du budget alloué au niveau du ministère, l'absence d'indicateur de gestion dédié aux activités de

prévention des chutes a eu pour conséquence que son utilisation pour la prévention des chutes restait optionnelle.

Au niveau de l'INSPQ, la réalisation des premières formations pour le PIED et pour l'IMP en 2005, quelque mois après la publication du Cadre de référence sur la prévention des chutes ainsi que la continuation de ces formations jusqu'en octobre 2008 ont constitué des déterminants qui ont favorisé l'initiation de la mise en œuvre des interventions PIED et IMP dans les organisations du réseau (agences et CSSS). Cependant, les délais observés entre la publication du Cadre de référence en 2004 et la production du guide d'implantation de l'IMP par l'INSPQ en 2007 ont ralenti le processus d'implantation de l'IMP dans la plupart des régions qui n'avaient pas d'activités antérieures de prévention individualisée des chutes auprès des aînés. Pendant cet intervalle, les répondants du programme de ces régions sont restés en attente de la publication du guide final malgré semble-t-il la réalisation de plusieurs formations qui les incitaient à démarrer les premières étapes du processus d'implantation. De plus, les travaux menant à la définition d'une PCP pour les cliniciens ont repoussé la publication du guide par le MSSS à l'hiver 2009, soit 4 ans après la publication du Cadre de référence (MSSS 2004). Ce qui explique l'absence d'activités liées à l'implantation de cette intervention du continuum à l'échelle du réseau. Cependant, il semble que ce délai a permis de concentrer les efforts sur la mise en œuvre des interventions PIED et IMP.

Au niveau des organisations du réseau, l'appui des instances régionales aux CSSS pour la formation des animateurs PIED et des intervenants dédiés pour l'IMP ont été des facteurs qui ont favorisé l'implantation des interventions PIED et IMP du continuum. Toutefois, même si la désignation de répondants régionaux des interventions du continuum a favorisé le déploiement de ces interventions, il reste que l'absence de mise en place des comités de concertation locale et le nombre limité de comités de concertation régionale (6/16) ont été des facteurs qui ont limité le processus de mise en œuvre. Et de ces faits, les deux interventions du continuum qui ont fait l'objet d'une démarche d'implantation (PIED et IMP) semblent avoir été mises en œuvre de façon isolée et non nécessairement complémentaire. La notion de continuum de services ne semblait pas très présente au niveau de la plupart des gestionnaires et intervenants rencontrés. Leurs efforts paraissaient davantage orientés vers l'aboutissement du processus d'implantation des différentes interventions du continuum et non sur l'implantation proprement dite du continuum de services.

Au-delà des facteurs liés à la réalisation des rôles et responsabilités par les différents acteurs impliqués dans ce processus mentionnés dans le cadre de référence ministériel (MSSS 2004) et dans le modèle de responsabilité (fig.2), d'autres facteurs d'ordre rationnel ont également influencé l'implantation du continuum. Il s'agit notamment des facteurs liés à la conception des interventions PIED et IMP et des facteurs liés aux partenariats stratégiques élaborés pour permettre leur offre. En effet, les données de la littérature qui ont servi de base à l'élaboration du cadre de référence en prévention des chutes (MSSS 2004) précisent que les interventions PIED et IMP doivent être offertes sur une période de 12 semaines à raison de 3 séances par semaine pour le PIED, et sur une période de 12 à 18 mois pour l'IMP. Or selon certains

répondants locaux, la durée et l'intensité de ces deux interventions ont constitué une limite à la participation et l'assiduité des aînés. Des abandons ainsi que des difficultés d'enrôlement de certains aînés qui invoquent la durée et l'intensité de ces interventions ont été rapportés dans les CSSS des régions du Bas-Saint-Laurent, de la Capitale-Nationale, de Montréal, de l'Abitibi, de Chaudière ou encore des Laurentides. De plus, l'exigence relative à l'âge minimal de participation fixé à 65 ans pour l'intervention PIED est également un autre facteur rationnel qui a été rapporté dans les CSSS des régions des Laurentides, de la Mauricie et de la Montérégie. Étant donné, les difficultés liées au déplacement dans certaines régions rurales et semi-rurales, ce facteur semble parfois influencer la participation et l'assiduité de certains aînés qui se font accompagner par d'autres aînés qui sont âgés de moins de 65 ans et qui voudraient également prendre part à l'intervention. Toutefois, bien que rapportés par plusieurs répondants rencontrés dans les CSSS et compte tenu de l'efficacité théorique démontrée des interventions du continuum sur les clientèles spécifiquement ciblées (MSSS 2004), nous estimons que ces facteurs n'ont certainement influencé le processus d'implantation que de façon limitée.

La planification des partenariats stratégiques appropriés pour l'offre de l'intervention PIED constitue également un autre facteur rationnel qui a influencé le processus de mise en œuvre du continuum. En effet, les décisions prises dans certaines agences régionales pour impliquer principalement les centres d'action bénévoles (CAB) dans l'offre du PIED ont limité le processus de mise en œuvre de cette intervention dans deux régions sociosanitaires. Selon les personnes rencontrées dans les CAB, celles-ci estiment ne pas disposer des ressources suffisantes pour faire connaître l'intervention auprès des aînés et ainsi faciliter leur recrutement, mais aussi pour couvrir les coûts de l'intervention (recrutement et paiement de l'animateur, location des salles). De plus, là où les CSSS, qui collaborent avec le réseau d'organisations offrant des services aux aînés, ne sont pas impliqués dans l'offre de service, le processus de recrutement des aînés aurait été plus limité, soit dans deux régions.

Par ailleurs, la faible connaissance des interventions du continuum par la population aînée ainsi que par les autres intervenants offrant d'autres services de santé aux aînés dans les organisations du réseau a également été rapportée par certains répondants comme étant un des facteurs qui a limité le recrutement des aînés et donc l'offre de services associés à ces interventions.

Facteurs lié au modèle politique

Le modèle politique met l'accent sur les stratégies et les interactions des différents acteurs individuels ou organisationnels impliqués dans le processus d'implantation. Ce modèle considère à l'opposé du modèle rationnel évoqué antérieurement que le processus d'implantation des innovations n'est pas associé à l'inefficacité ou au non respect des procédures de planification du changement, mais plutôt à la poursuite d'intérêts particuliers par les différents acteurs sollicités dans le processus (Champagne 2002). Ceci étant, cette évaluation a permis de mettre en évidence le clivage existant entre non seulement les positions de la direction de la santé publique et celle de l'organisation des services quant à assumer le leadership et de fournir par conséquent les ressources nécessaires à la mise en œuvre du

continuum. En effet, environ deux ans après la publication du cadre de référence ministériel (MSSS 2004), une des directions régionales de santé publique estimait que la mise en œuvre du continuum et plus particulièrement la mise en œuvre de l'IMP devrait relever de la direction de l'organisation des services. À travers le programme PALV-SAD, cette direction disposerait des ressources nécessaires pour offrir les services liés aux différentes interventions du continuum. Suite à l'initiation de ce débat, les activités initiales d'implantation de l'IMP, notamment l'identification des porteurs de ce dossier dans les CSSS avait été arrêtée dans 8 des 16 agences régionales, ce en attendant la clarification des rôles et responsabilités de chacune des deux directions dans le processus d'implantation de cette intervention. La continuation des activités de formation des ID des CSSS par l'INSPQ fut également retardée pour la même raison.

Par ailleurs le retard accusé par le ministère de la santé depuis l'initiation du débat sur la clarification des rôles et responsabilités respectifs des directions de santé publique et d'organisation des services pour l'IMP (décembre 2006) et l'émission de la lettre qui précise ces attributions de (Octobre 2008) a également été un autre facteur qui a limité le processus d'implantation de l'IMP. Cependant, l'émission de cette lettre aurait semblé-t-il favorisé le démarrage ou la poursuite du processus d'implantation dans certaines régions où les activités avaient été arrêtées.

Facteurs lié au modèle structurel

Le modèle structurel, troisième modèle théorique d'analyse du processus de mise en œuvre, stipule que l'adaptation des différentes structures d'une organisation qui implante un changement, avec les exigences spécifiques de son environnement constitue un déterminant essentiel dans la dynamique de production du changement organisationnel ou systémique. Plus spécifiquement, les tenants de ce modèle estiment que le succès d'un processus d'implantation est lié aux caractéristiques relatives aux attributs de l'organisation, au contexte organisationnel et aux attributs des gestionnaires (Champagne 2002). Les facteurs associés aux attributs organisationnels regroupent les différents mécanismes de coordination ainsi que le niveau d'expertise existants au niveau de l'organisation qui initie le processus d'implantation. Les facteurs associés au contexte organisationnel font référence à l'aptitude ou l'aisance organisationnelle pour la réalisation du processus d'implantation notamment à travers l'existence au sein du milieu d'implantation de conditions organisationnelles favorables, mais aussi à travers l'existence de ressources financières, humaines suffisantes. Les éléments du contexte organisationnel font également référence à la coexistence d'autres éléments environnementaux qui peuvent entrer en concurrence avec l'intervention et créer ainsi une turbulence dans le milieu d'implantation. Les attributs des gestionnaires sont quant à eux en lien avec le leadership exercé par les gestionnaires durant le processus de mise en œuvre.

Dans cette recherche, chacun de ces facteurs structurels a été étudié à travers des questions semi-ouvertes pour expliquer le processus de mise en œuvre du continuum. Plus précisément, nous avons questionné l'existence de mécanismes formels de coordination entre les directions de santé publique et d'organisation des services pour le processus d'implantation des interventions du continuum, ainsi que le niveau d'expertise existant au niveau de l'organisation

qui initie le processus d'implantation. Nous avons par ailleurs analysé dans quelle mesure l'existence antérieure d'activités associées à la prévention individualisée et non individualisée des chutes ainsi que la disponibilité des ressources financières et humaines suffisantes ont influencé le processus d'implantation. L'influence d'autres interventions dans le milieu d'implantation ainsi que l'appui des gestionnaires porteurs du dossier dans les agences et CSSS ont été également recherchés.

Les résultats de l'analyse montrent que l'absence de mécanismes de coordination entre la direction de santé publique et la direction des services au niveau des agences de santé investiguées a constitué un élément structurel qui a fortement limité le processus de mise en œuvre du continuum et d'offre de services dans les CSSS. En effet, étant donné le questionnement et l'ambiguïté sur le rôle et la responsabilité des directions de santé publique et d'organisation des services pour l'implantation de l'IMP, a restreint l'implication de cette dernière qui aurait pu favoriser une participation plus effective des services du SAD-PALV. De plus, compte tenu de la non disponibilité ou la faible disponibilité de ressources financières au niveau régional et local pour l'implantation des interventions du continuum, une plus grande implication de la direction de l'organisation des services aurait également permis de dégager les ressources financières susceptibles d'augmenter l'offre de l'IMP à partir du budget PALV des CSSS, enveloppe budgétaire censée couvrir l'ensemble du continuum de services liés au maintien de l'autonomie des aînés.

Par ailleurs, le niveau d'expertise des organisations qui adoptent une intervention et qui décident de l'implanter constitue un autre facteur structurel de mise en œuvre. Selon les informations recueillies au niveau de l'ensemble des agences et des CSSS rencontrés, le manque d'expertise associé à la non publication des guides de pratiques cliniques, a été un facteur explicatif de la non initiation du processus de mise en œuvre des interventions cliniques préventives. Cependant pour les interventions PIED et IMP, le niveau d'expertise a été un facteur explicatif qui a favorisé le processus de mise en œuvre. En effet, après la réalisation des activités de formation et la production des outils de soutien à l'implantation par l'INSPQ, les CSSS estiment disposer de l'expertise nécessaire pour la mise en œuvre des interventions PIED et IMP.

L'aptitude organisationnelle pour la mise en œuvre des interventions PIED et IMP constitue un autre facteur structurel qui a influencé le processus de mise en œuvre. À cet effet, l'existence d'une offre préalable de services individualisés en prévention des chutes constitue à notre sens un des moyens qui a fortement favorisé l'implantation de l'intervention PIED et dans une plus large mesure de l'intervention IMP. Cette existence préalable d'activités et de services individualisés en prévention des chutes a été rapportée dans les CSSS de trois des cinq régions qui ont un niveau de mise en œuvre avancé. L'implantation préalable d'activités fournissait un cadre organisationnel favorable pour entamer le processus d'implantation des interventions du continuum, notamment à travers l'existence d'une ligne budgétaire spécifique pour la prévention des chutes, la sensibilisation des CSSS sur la nécessité d'implanter ces interventions, mais aussi à travers l'acquisition progressive de réflexes et de mécanismes pour les pratiques

interdisciplinaires nécessaires au maintien de l'autonomie des aînés par les différents intervenants sollicités dans l'offre de ces services.

En outre, face à la non-indexation du financement alloué par le ministère de la santé pour l'implantation des interventions du continuum, les mesures prises par 5 agences de santé et par un CSSS pour allouer des ressources financières ont fortement favorisé le processus d'implantation du PIED et de l'IMP. Ces ressources financières étant indispensables pour la rémunération des intervenants sollicités pour offrir le PIED et l'IMP aux aînés, pour l'acquisition des matériels et équipements ou encore pour la location des salles dans le cas plus spécifique du PIED. Par ailleurs, en ce qui concerne les ressources humaines, la difficulté de trouver des animateurs pour offrir le PIED, ainsi que le roulement du personnel formé notamment les ID pour l'IMP ont constitué d'autres facteurs structurels rapportés par les CSSS rejoints qui ont limité le processus d'implantation du continuum. Cependant, les différentes formations de formateurs réalisées par l'INSPQ depuis le début du processus d'implantation auraient dû permettre aux agences et aux CSSS de faire face à cet enjeu d'implantation.

La présence dans le milieu d'implantation d'autres interventions ou programmes de prévention des chutes ou connexes constitue également un autre facteur structurel qui a influencé le processus de mise en œuvre des interventions du continuum. La coexistence d'autres interventions concurrentes qui proposent des activités de prévention des chutes a été perçue dans une région comme étant un facteur qui a limité le processus de mise en œuvre de l'IMP telle que préconisée dans les orientations ministérielles, ce qui n'est cependant pas évoqué par les autres régions ayant aussi des programmes préexistants de même nature que le PIED ou l'IMP. Les interventions PIED et IMP devaient être mise en œuvre à partir des ressources financières allouées par le ministère à l'agence. Or selon la personne ressource rencontrée dans cette région, il semble que l'essentiel des ressources financières consacré aux activités de prévention des chutes chez les aînés était déjà alloué à d'autres programmes autres que les interventions PIED et IMP. Et de ce fait, les interventions PIED et IMP n'ont pu être mises en œuvre adéquatement dans cette région. Toutefois, avec la présence de ces autres interventions, une certaine synergie a pu être créée entre ces autres programmes de prévention des chutes et l'intervention PIED du continuum. En effet, l'intervention PIED utilisait le réseau d'organisations mis en place par ces autres programmes pour recruter les aînés. Et les aînés qui terminaient le PIED étaient généralement invités à intégrer ces programmes pour maintenir les acquis du PIED. Sur l'ensemble de ces faits, nous pouvons donc affirmer que le facteur lié à la coexistence d'autres programmes a constitué un facteur favorisant la mise en œuvre du PIED et une limite pour la mise en œuvre de l'IMP.

Finalement, d'autres facteurs structurels liés aux attributs des gestionnaires ont également influencé le processus de mise en œuvre. Ainsi, l'influence du leadership et de l'appui des gestionnaires régionaux et locaux du programme de prévention au processus de mise en œuvre ont été rapportés dans 8 régions sociosanitaires. Ces facteurs ont permis de favoriser l'implication de certaines catégories professionnelles (MD, Pharmaciens, nutritionniste) dans l'offre de l'IMP, mais aussi de faire face à certains enjeux du processus d'implantation du

continuum dans les agences et dans les CSSS. Et à cet effet, au niveau régional, certains gestionnaires ont ainsi réussi à mettre en place une stratégie permettant d'assurer le financement nécessaire à l'implantation de l'IMP conjointement avec la direction de l'organisation des services, mais aussi d'initier des activités de concertation afin de favoriser le développement du continuum entre les interventions PIED et IMP implantées. Au niveau local, des gestionnaires responsables de l'intervention IMP de deux CSSS ont également réussi à initier l'offre de services liés à l'IMP alors que la démarche d'implantation régionale n'avait pas encore commencé. Et le corollaire, l'absence de leadership local mène à une implantation moins avancée.

Dans le tableau 26, nous proposons une synthèse des différents facteurs en fonction de leur appartenance aux modèles théoriques rationnel politique et structurel et en fonction de leur niveau d'influence sur le processus de mise en œuvre. Ces niveaux d'influence ont été définis suivant leur caractère positif ou négatif et suivant leur intensité d'action forte ou faible. Plus spécifiquement, pour préciser l'intensité d'action des différents facteurs, nous nous sommes appuyés d'une part sur la fréquence avec laquelle ces facteurs ont été rapportés par les répondants rencontrés, et d'autre part sur le raisonnement théorique que nous avons développé dans nos analyses et qui précise les effets de ces facteurs sur le processus d'implantation.

Tableau 26: Synthèse des facteurs explicatif du processus d'implantation du continuum

Modèles théoriques	Facteurs	Niveau d'influence des facteurs dans le processus d'implantation
<p>Rationnel</p>	<p>Réalisation des rôles et responsabilités</p> <p>1- MSSS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inscription au PNSP 2003-2012 - Financement provincial récurrent - Financement provincial non dédié - Financement provincial non indexé -Lettre sur la clarification des rôles et responsabilités entre DSP et DROSS <p>2- INSPQ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Production des outils et guides pour le PIED et l'IMP - Réalisation des formations PIED et IMP - Délai dans la production du guide de la PCP <p>3- DSP des agences de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> -Comités de concertation régionale - Soutien aux instances locales <p>4- CSSS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Désignation des répondants pour le comité de concertation régionale - Mobilisation des établissements et organismes de soutien à domicile - Plan de financement local pour IMP - Plan de financement local pour PIED - Absence de comités de coordination locale 	<ul style="list-style-type: none"> Forte positive Forte positive Forte négative Forte négative Forte positive Forte positive Forte positive Forte négative Forte positive dans 6 régions Forte positive Forte positive Forte positive Forte positive dans 30 CSSS Forte positive dans 85 CSSS Forte négative dans l'ensemble des CSSS

Modèles théoriques	Facteurs	Niveau d'influence des facteurs dans le processus d'implantation
	<p>Éléments de conception des interventions PIED et IMP</p> <ul style="list-style-type: none"> -Durée et intensité de l'intervention PIED -Exigence pour l'âge minimal pour PIED - Durée de l'intervention IMP <p>Partenariats stratégiques</p> <ul style="list-style-type: none"> -Implication principale des CAB dans l'offre du PIED - Stratégies de recrutement des aînés pour PIED - Stratégies d'implication des pharmaciens pour l'IMP 	<p>Faible négative</p> <p>Faible négative</p> <p>Faible négative</p> <p>Faible négative</p> <p>Forte négative</p> <p>Forte négative</p>
Politique	Ambiguïté sur la définition des rôles et responsabilités de la DSP et de la DROSS	Forte négative
Structurel	<p>Attributs organisationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absence de mécanismes de coordination entre la DSP et la DROSS - Niveau d'expertise pour le PIED et l'IMP - Niveau d'expertise PCP <p>Contexte organisationnel</p> <ul style="list-style-type: none"> -Existence préalable d'activités de prévention des chutes -Financement régional -Coexistence d'autres programmes de prévention des chutes <p>Attribut des gestionnaires</p> <ul style="list-style-type: none"> -Leadership 	<p>Forte négative</p> <p>Forte positive</p> <p>Forte négative</p> <p>Forte positive</p> <p>Forte positive dans 5 régions Forte négative pour l'IMP et positive pour le PIED dans une région</p> <p>Forte positive dans 6 régions et dans 2 CSSS de deux autres régions</p>

CONCLUSION

Cette recherche évaluative visait à apprécier le processus d'implantation du continuum de services en prévention des chutes chez les aînés vivant à domicile. Sa réalisation a été influencée par les différentes activités d'implantation du continuum qui se déroulaient en même temps.

Au terme de cette évaluation, il ressort que le continuum de services en prévention des chutes chez les aînés vivant à domicile procède d'une modèle logique clairement défini dans le cadre de référence ministériel (MSSS 2004) et dans le guide d'implantation de l'IMP (INSPQ 2007). Et de par les différentes formations réalisées et la production des guides et outils d'implantation par le MSSS et l'INSPQ, il semble également que les différents éléments de contenu liés au PIED et à l'IMP sont formellement connus de l'ensemble des acteurs impliqués dans le processus de mise en œuvre.

Ceci étant, le bilan global du processus d'implantation réalisé à l'été et à l'automne 2008, soit trois après la publication du Cadre de référence ministériel (MSSS 2004) et un an après la publication du guide IMP (INSPQ 2007), a permis de mettre en évidence une grande variabilité du niveau de mise en œuvre et du niveau de couverture entre les différentes régions et CSSS. Selon les informations recueillies, deux des trois interventions prévues dans le cadre de référence ministériel (MSSS 2004) ont implantées et sont fonctionnelles dans certaines régions. Il s'agissait notamment de l'intervention multifactorielle non personnalisée PIED et de l'intervention multifactorielle personnalisée IMP. L'intervention multifactorielle non personnalisée PIED a été implantée dans 85 CSSS de 15 régions sociosanitaires, tandis que l'intervention multifactorielle personnalisée IMP a été implantée dans 30 CSSS de 8 régions sociosanitaires selon les répondants régionaux des Agences de santé et services sociaux. Aucune région sociosanitaire n'avait commencé l'implantation de la troisième intervention, les pratiques cliniques préventives (PCP).

L'appréciation des taux de couverture des interventions PIED et IMP en fonction des cibles de couverture prédéfinies dans l'étude de la DSP de Montréal (DSP 2006) pour le PIED et dans le guide d'implantation de l'INSPQ (INSPQ 2007) pour l'IMP indique que l'offre de l'intervention PIED au niveau des CSSS, varie de 1.4% à 38.1%, tandis que l'offre de l'intervention IMP par les CSSS, est comprise entre 0.1 % et 85.5%. Toutefois, au-delà de l'écart objectif entre les résultats de cette évaluation et les cibles visées par les différentes interventions du continuum, il y a lieu de mentionner qu'étant donné la nature et la complexité liées à l'implantation de ce type de programme, une période de temps plus ou moins longue, et un investissement important de ressources sont nécessaires pour atteindre les objectifs de mise en œuvre et les cibles de couverture.

Mais qu'à cela ne tienne, cette évaluation indique que dans les régions où des efforts et des investissements ont été consentis, il a été possible d'obtenir des résultats de mise en œuvre et

de couverture qui sont globalement positifs. À cet effet, on peut citer le cas de quelques régions qui ont réussi à implanter l'intervention IMP et au sein des quelles, certains CSSS ont pu rejoindre plus de 85% de la population âgée visée. Ou encore le fait que 15 des 16 régions sociosanitaires, soit 85 des 96 CSSS du Québec aient réussi à implanter l'intervention PIED au cours d'une période de temps relativement courte de 4 ans. Ces deux exemples constituent à notre avis d'autres éléments qui s'inscrivent favorablement dans la dynamique de la poursuite du processus d'implantation du continuum de services en prévention des chutes chez les aînés vivant à domicile.

En termes de facteurs qui ont influencé le processus de mise en œuvre du continuum de services de prévention des chutes chez les aînés, nous avons noté que la réalisation de la plupart des rôles et responsabilités dévolus au MSSS (intégration des chutes dans le PNSP 2003-2012; financement récurrent mais non dédié du continuum, expérimentation d'un indicateur de suivi de l'IMP), à l'INSPQ (réalisation des formations, production des outils et guides sauf pour la PCP) ainsi que le leadership de certains gestionnaires régionaux et locaux ont favorisé le processus d'implantation du continuum. Au niveau des agences régionales, le soutien apporté aux CSSS en termes d'expertise, l'élaboration d'un plan de financement dans 5 régions sociosanitaires, ainsi que la mise en place de comités de concertation dans 6 régions apparaissent également comme des facteurs qui ont favorisé le processus d'implantation du continuum. Par contre, l'absence de mécanismes formels de coordination entre la DSP et la DROSS, l'absence de comités de concertation dans les CSSS, ainsi que dans une moindre mesure, certains éléments de conception de l'intervention PIED (durée, intensité et stratégie de recrutement des aînés) et de l'intervention IMP (durée, stratégie d'implication des pharmaciens) ont été les principaux facteurs qui ont limité le processus d'implantation du continuum.

Étant donné que l'implantation du continuum n'est pas encore terminée dans l'ensemble des régions et CSSS du Québec, il serait éventuellement intéressant de procéder à une autre évaluation à une période où l'IMP et la PCP auraient une implantation régionale et locale plus importantes.

RECOMMANDATIONS

En nous appuyant sur les différents données recueillies jusqu'à maintenant sur le processus d'implantation, et dans le but de soutenir et d'accroître l'ensemble de ce processus, nous suggérons les pistes de recommandations suivantes :

- **Recommandation 1 :** Considérant la diversité des sources et parfois de l'inexistence d'allocations budgétaires dédiées aux interventions du continuum, nous estimons qu'il serait opportun que le ministère de la Santé et des Services sociaux élabore et fournisse un plan de financement provincial conséquent, récurrent et exclusivement dédié à la prévention des chutes. Ce plan de financement devrait intégrer le financement qui est actuellement alloué par le ministère de la Santé, mais aussi un financement supplémentaire provenant de l'enveloppe budgétaire du programme PALV des agences régionales de santé. L'élaboration et l'intégration d'un indicateur ou de mécanismes de suivi de gestion spécifique pourraient soutenir l'utilisation appropriée de ce financement aux différents niveaux de gouvernance du système de santé. Il pourrait s'agir de l'inscription d'une cible dans le Plan d'action régionale de santé publique en conformité avec le PNSP et d'une cible équivalente dans les Plans d'action PALV des CSSS pour chacune des interventions du continuum.
- **Recommandation 2 :** Considérant, la non-implantation des interventions liées aux pratiques cliniques préventives dans les 16 régions sociosanitaires du Québec, nous recommandons l'initiation de mesures devant permettre la publication du guide d'implantation des ces interventions par l'INSPQ.
- **Recommandation 3 :** Considérant l'importance du rôle joué par certains gestionnaires des agences et des CSSS dans le processus de mise en œuvre du continuum, nous estimons qu'il serait judicieux d'initier ou de maintenir les activités de soutien et d'accompagnement des répondants régionaux et locaux du continuum jusqu'à l'atteinte de niveaux d'implantation satisfaisants. Et étant donné que ce rôle de soutien a été dévolu à l'INSPQ (tel que présenté dans le cadre de référence), il serait pertinent que celle-ci continue à assurer la coordination des différentes activités de formation et de soutien.
- **Recommandation 4 :** Considérant la nécessité d'impliquer les directions de la santé publique et d'organisation des services pour l'implantation des interventions du continuum en général et plus spécifiquement de l'IMP, nous estimons qu'il serait indispensable d'améliorer la coordination entre ces deux directions. Concernant plus spécifiquement cette recommandation, la littérature scientifique suggère que trois types de mécanismes permettent d'améliorer la coordination. Il s'agit de la mise en place de mécanismes impersonnels, tels des plans, des ententes, ou des contrats; de la mise en place de mécanismes personnels simples (relations interpersonnelles) ou encore de la mise en place de modifications structurelles complexes et plus ou moins importantes telles les fusions organisationnelles (Hage 1974; Mintzberg 1979; Alter and Hage 1993). Le choix d'un de ces trois mécanismes ou la combinaison de plusieurs d'entre eux, devant dépendre du niveau de différenciation et de complexité des structures impliquées dans la démarche de coordination (Lawrence and Lorsch 1967). Or, en tenant compte du niveau de

différenciation et de spécialisation entre les directions de santé publique et d'organisation des services qui font par ailleurs partie de la même structure organisationnelle, l'agence régionale de la santé, nous estimons que la combinaison des mécanismes de coordination impersonnels et personnels simples pourrait de ce fait favoriser dans une large mesure le processus d'implantation du continuum.

Donc en plus de la lettre élaborée par le ministère de la santé qui a permis de préciser les rôles et responsabilités de ces deux directions, nous suggérons:

- la mise en place d'un comité ou d'une structure de liaison dans chacune des agences régionales pour harmoniser les positions des deux directions et favoriser ainsi le processus d'implantation du continuum dans son intégralité.
 - Étant donné le rôle central de la direction de la santé publique du MSSS en regard de la coordination des activités du comité intraministériel de l'implantation du continuum, nous suggérons que celle-ci prenne le leadership pour s'assurer que cette structure soit maintenue en vue de coordonner les stratégies de soutien à l'implantation au niveau national et régional.
- **Recommandation 5 :** Considérant l'absence de comités de concertation et de coordination en prévention des chutes dans la plupart des régions et CSSS, nous recommandons la mise en place de ces différents comités pour favoriser une offre de services continus entre les différentes interventions du continuum. L'élaboration d'ententes de gestion relatives aux services offerts par les interventions du continuum entre d'une part le MSSS et les agences régionales de santé, et d'autre part entre les agences et les CSSS devrait favoriser la réalisation de cette recommandation.
- **Recommandation 6 :** Considérant la mention faite par certains répondants sur les abandons de certains aînés liés à la durée et à l'intensité des interventions PIED et IMP, nous estimons qu'il serait approprié d'approfondir la compréhension des responsables sur la clientèle visée et de faire une veille des connaissances qui permettraient de réévaluer les stratégies d'implantation ou les composantes du programme au besoin. Étant donné l'expertise scientifique de l'INSPQ et son rôle de soutien au processus d'implantation du continuum, nous suggérons que l'application de cette recommandation lui soit dévolue.
- **Recommandation 7 :** Considérant les difficultés de recrutement des aînés, un plus grand appui du ministère de la santé pour davantage faire connaître les différentes interventions du continuum auprès de la population aînée et des autres intervenants et professionnels du réseau de la santé pourrait permettre d'accroître le niveau de couverture des interventions du continuum. Par exemple la mise en place d'une campagne de marketing social visant à la fois à sensibiliser les aînés, leur famille ainsi que les autres intervenants du réseau de la santé à la problématique des chutes et à l'existence d'activités de prévention, pourrait s'avérer une piste intéressante à explorer.

- **Recommandation 8** : Considérant la faible participation des pharmaciens dans la réalisation du volet « médication » de l'intervention IMP, plusieurs pistes sont suggérées :
 - Que le MSSS définisse une stratégie sur les moyens d'inciter les pharmaciens à faire une évaluation sur la médication chez les aînés incluant un acte rémunéré.
 - Que le MSSS, avec l'INSPQ et leurs partenaires développent une formation visant l'ordre des pharmaciens et les associations reconnues.
 - Que les agences adoptent une stratégie auprès des conseils régionaux de pharmacie pour favoriser l'implication de cette catégorie professionnelle.

- **Recommandation 9** : Considérant finalement que le continuum de services a été conçu pour répondre aux besoins des aînés suivant l'évolution de leur degré d'autonomie et qu'il requiert une intégration des trois interventions, la réussite de chacune dépend aussi de la réussite des autres. Ainsi, la PCP et l'IMP plus particulièrement sont liées dans plusieurs éléments structurants, tels la formation des professionnels concernés, l'interdisciplinarité, la référence aux compétences complémentaires et le suivi auprès des aînés participants. De même, l'évaluation révèle que l'implantation des interventions PIED et IMP a été réalisée dans une logique indépendante et isolée plutôt que dans une logique de continuité et de complémentarité. En plus de la création de comités de concertation et de coordination en prévention des chutes telle que présentée à la recommandation 5, deux autres pistes sont souhaitables à savoir :
 - Renforcer le rôle du répondant local en prévention des chutes, pourrait favoriser l'implantation d'un réel continuum de services pour la prévention des chutes chez les aînés vivant à domicile.
 - Définir une stratégie permettant d'assurer les liens intégrés entre les établissements responsables de l'accueil des aînés et les autres organisations qui offrent les services pour les trois interventions du continuum.

Annexe 1: Données sur le niveau de mise en œuvre

Tableau 27: Résultats de la mise en œuvre de l'intervention PIED

Variables		Régions							
		R01 (Bas-Saint-Laurent)	R02 (Saguenay-Lac-Saint-Jean)	R03 (Capitale-Nationale)	R04 (Mauricie)	R05 (Estrie)	R06 (Montréal)	R07 (Outaouais)	R08 (Abitibi-Témiscamingue)
Nombre de CSSS		8	6	4	8	7	12	5	6
Nombre de CSSS avec mise en œuvre		8	6	4	8	7	12	5	6
Nombre de CSSS investigué		6	4	4	5	7	11	4	5
Période de mise en œuvre		-1 an dans 2 CSSS -2 ans dans 3 CSSS -5 ans dans 1 CSSS	-2 ans dans 2 CSSS -3 ans dans 1 CSSS -6 ans dans 1 CSSS	3 ans dans les 4 CSSS	-1 an dans 2 CSSS -2 ans dans 1 CSSS -3 ans dans 1 CSSS -5 ans dans 1 CSSS	-1 an dans 7 organisations -3 ans dans 2 organisations -5 ans dans 2 organisations	-2 ans dans 3 CSSS -3 ans dans 2 CSSS -4 ans dans 3 CSSS -5 ans dans 2 CSSS -6 ans dans 1 CSSS	- 3 ans dans 3 CSSS - 4 ans dans 1 CSSS	2 ans
Organisation responsable de la mise en œuvre		CSSS	CSSS	DSP de l'agence	CSSS	CSSS et CAB	CSSS	CSSS	CSSS
Organisations impliquées dans l'offre		4 : CSSS 1 : Org comm 1 : Résidences privées pour aînés autonomes	1 : Clubs d'âge d'or 2 : Résidences privées	10 orga comm: Centres communautaires et loisirs municipaux	3 : CSSS 1 : Org comm 1 : Résidences pour aînés	9 : CAB 2 : CSSS	Organismes communautaires HLM Résidences pour aînés Centre de jour des CSSS	Clubs d'âge d'or, HLM pour aînés	4 : résidences pour aînés, club d'âge d'or 1 : Centre de jour des CSSS
Profession des animateurs		TRP	TRP	Kinésologues	TRP Éducateur physique	TRP Physio Kinésologue	TRP Kinésologues	Physio, Ergo et éducateur physique	TRP
Complétude	Volets mis en œuvre	3 volets	3 volets	3 volets	3 volets	3 volets	3 volets	3 volets	3 volets
	Nbre de rencontres/session	12 semaines, 2 fois par semaine	12 semaines, 2 fois par semaine	12 semaines, 2 fois par semaine	12 semaines, 2 fois par semaine	12 semaines, 2 fois par semaine 12 semaines, 1 fois par semaine dans 1 des org. communautaires	12 semaines, 2 fois par semaine	12 semaines, 2 fois par semaine	12 semaines, 2 fois par semaine dans 4 CSSS 10 -11 semaines (arrêtent plutôt en décembre et commence tard au printemps)
	Durée des rencontres	1 heure et 1 heure 30	1 h et 1h 30 (3) 1 h 30 et 2h15 (1)	1 h et 1h30	1 h et 1h 30 (4) 2h et 2 h 30 (1)	1h et 1h 30 (8) 2 h et 2h15 (2)	1 h. et 1h 30	1h et 1h 30 jusqu'à 2 heures	1 h et 1h30

Variables		R09 (Côte Nord)	R10 (Nord du Québec)	R11 (Gaspésie)	R12 (Chaudière-Appalaches)	R13 (Laval)	R14 (Lanaudière)	R15 (Laurentides)	R16 (Montérégie)
Nombre de CSSS		8	1	5	5	1	2 CSSS avec 7 CAB	7	11
Nombre de CSSS avec mise en œuvre		0	1	2	5	1	2	7	11
Nombre de CSSS investigué		0	1	2	5	1	2	7	9
Période de mise en œuvre		NA	1 an	2 ans dans 2 CSSS	-1 an dans 1 CSSS -3 ans dans 4 CSSS	6 ans	- 1 an dans 1 CSSS -2ans dans 3 CSSS -3 ans dans 2 CSSS	-4 ans dans 4 CSSS -3 ans dans 2 CSSS -2 ans dans 1 CSSS	- 1 an dans 1 CSSS -2 ans dans 6 CSSS -3 ans dans 1 CSSS - 4 ans dans 1 CSSS
Organisation responsable de la mise en œuvre		NA	CSSS	CSSS	CSSS	CSSS	CSSS et CAB	CSSS	CSSS
Organisations impliquées dans l'offre		NA	1 : CSSS 1 : CSSS et clubs d'âge d'or	1 : Clubs d'âge d'or 2 : CLSC	1 : CSSS 2 : organismes communautaires 2 : Résidences pour aînés	-Centre de jour des CSSS -Organisme communautaire dans (CAB) -Loisirs municipaux	7 : CAB 2 : CSSS	Centre de jour des CSSS, loisirs municipaux, org communautaires	Centres de jour des CSSS Résidences pour aînés Clubs d'âge d'or
Profession des animateurs		NA	TRP	TRP	TRP, Ergo, Éducateur physique	TRP, Kinésologues, Physiothérapeutes	TRP, Physio, Kinésiologue	TRP, éducateurs physiques	TRP, Physio, Ergo et éducateur physique
Complétude	Volets mis en œuvre	NA	3 volets	3 volets	3 volets	3 volets	3 volets	3 volets	3 volets
	Nbre de rencontres/session	NA	12 semaines, 2 fois par semaine	12 semaines, 2 fois par semaine	12 semaines, 2 fois par semaine	12 semaines, 2 fois par semaine	12 semaines, 2 fois par semaine	12 semaines, 2 fois par semaine	12 semaines, 2 fois par semaine dans 7 CSSS 10 à 11 semaines, 2 fois par semaine dans 2 CSSS
	Durée des rencontres	NA	1 heure et 1 heure 30	1 h et 1h 30	1 h et 1h30		1h et 1h 30 (4) 2 h et 2h15 (2)	1 h. et 1h 30	1h et 1h 30 jusqu'à 2 heures

Tableau 28: Résultats de la mise en œuvre pour l'intervention IMP

Variables		Régions							
		R01 (Bas-Saint-Laurent)	R02 (Saguenay-Lac-Saint-Jean)	R03 (Capitale-Nationale)	R04 (Mauricie)	R05 (Estrie)	R06 (Montréal)	R07 (Outaouais)	R08 (Abitibi-Témiscamingue)
Nombre de CSSS		8	6	4	8	7	12	5	6
Nombre de CSSS avec mise en œuvre		0	4	2	NA	7	12	0	0
Nombre de CSSS investigué		NA	4	1	NA	6	10 CSSS - 8 CSSS offrent l'IMP - 1 CSSS avait décidé d'arrêter l'IMP après le départ des deux ID - 1 CSSS était en train de former un ID	NA	NA
Période de mise en œuvre		NA	3 : 2 ans 1 : mars 2008	2000 (n'offre pas l'IMP telle que véhiculé par l'INSPQ)	NA	1 an et demi	1 an	NA	NA
Nbre d'ID formés		NA	6	80 (Équipe pluridisciplinaire)	NA	9	11	NA	NA
Profession des ID		NA	TRP	Infirmière, TRP, Physio, Ergo.	NA	Infirmières TRP	TRP Physio	NA	NA
Facteurs de risque visés		NA	3 CSSS: 3 essentiels et dénutrition 1 CSSS: 3 essentiels, dénutrition et hypo	3 essentiels, dénutrition, hypotension, troubles de la vision	NA	3 essentiels, dénutrition, hypotension	3 essentiels et dénutrition	NA	NA
Interventions réalisées et acteurs sollicités	Marche et équilibre	NA	Exercices individuels adaptés par la TRP	Exercices individualisés et exercices pour le domicile offert par l'équipe régulière du SAD	NA	Exercices individualisés Exercices en groupe Exercice pour le domicile	Tous les CSSS offrent un programme d'exercice individualisé et pour la maison, mais la pratique d'exercice en groupe est marginale	NA	NA
	Médication	NA	Référence de l'infirmière au pharma qui fait des recommandations au MD	Référence de l'infirmière au pharma qui fait des recommandations au MD	NA	Référence de l'infirmière au pharma qui fait des recommandations au MD	Dans 4 CSSS, le volet médication n'est pas opérationnel. Sinon dans les autres, implication du pharmacien ou parfois d'une infirmière qui collabore avec le MD	NA	NA
	Environnement domiciliaire	NA	Suggestions de modifications mineures ou référence à l'ergothérapeute, parfois recommandations aux propriétaires d'immeubles	Suggestions de modifications mineures par les intervenants et parfois référence à l'ergo.	NA	Recommandations mineures formulées par l'ID sinon références à l'ergo. Parfois sollicitation des services municipaux	Les recommandations pour les aménagements mineurs sont faites par l'intervenant et parfois référence à l'ergo. 1 des CSSS offre un service de prêt d'équipement et un autre fait des références à certains programmes municipaux	NA	NA
	Autres facteurs de risque	NA	Orientation vers d'autres professionnels	Références à d'autres professionnels	NA	Références aux professionnels	Références à la nutritionniste	NA	NA

Variables		Régions							
		R09 (Côte Nord)	R10 (Nord-du-Québec)	R11 (Gaspésie)	R12 (Chaudière-Appalaches)	R13 (Laval)	R14 (Lanaudière)	R15 (Laurentides)	R16 (Montérégie)
Nombre de CSSS		8	1	5	5	1	2	7	11
Nombre de CSSS avec mise en œuvre		0	0	1	0	1	2	0	1
Nombre de CSSS investigué		NA	NA	1	NA	1	1	NA	1
Période de mise en œuvre		NA	NA	Mars 2008	NA	3 ans	1 an et demi	NA	1 an
Nombre d'ID formés		NA	NA	2	NA	4	4	NA	2
Profession des ID		NA	NA	TRP kinésologue	NA	TRP	TRP Physio	NA	TRP
Facteurs de risque visés		NA	NA	3 essentiels, dénutrition, hypotension, troubles de la vision	NA	3 essentiels et la dénutrition	3 essentiels, dénutrition et hypotension	NA	3 essentiels, dénutrition, hypotension
Interventions réalisées et acteurs sollicités	Marche et équilibre	NA	NA	Exercices individualisés essentiellement	NA	Programmes d'exercices physiques au centre de jour du CSSS et pour le domicile	Exercices physiques en groupe, individualisé et exercices pour le domicile	NA	Exercices physiques en semi-groupes, ou individualisés
	Médication	NA	NA	Envoie du dossier du patient au MD traitant, pas d'implication du pharmacien encore	NA	Recommandations du Pharmacien évaluateur au médecin traitant et parfois suggestion pour prendre part au programme « Médicalement parlant »	Les interactions se font directement entre l'intervenant et le MD. Les pharmaciens n'ont pas encore pris part au processus	NA	Recommandations faite par l'ID au pharmacien
	Environnement domiciliaire	NA	NA	Visite à domicile et suggestions de modifications mineurs par l'intervenant et parfois référence à l'ergo.	NA	Prise en charge par l'ID et référence à l'ergothérapeute lorsqu'il y a un besoin plus spécifique	Les recommandations pour les aménagements mineurs sont faites par l'intervenant et parfois référence à l'ergo. Un montant de 300 \$ est octroyé pour procéder à l'aménagement de l'environnement domiciliaire	NA	Prise en charge par l'ID et référence à l'ergothérapeute lorsqu'il y a un besoin plus spécifique
	Autres facteurs de risque	NA	NA	Références à d'autres professionnels	NA	Référence à la nutritionniste	Références à la nutritionniste	NA	Références à la nutritionniste et au médecin

Annexe 2 : Facteurs ayant influencé la mise en œuvre

Tableau 29: Facteurs ayant influencé la mise en œuvre de l'intervention PIED

CSSS	Facteurs facilitant	Facteurs limitant
CSSS de la région du Bas-Saint-Laurent	<ul style="list-style-type: none"> -L'intervention PIED s'inscrit dans les priorités d'action des CSSS -Existence d'un réseau d'organisations dans la communauté pour le recrutement 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance des ressources financières allouées au PIED - La difficulté de trouver des intervenants pour animer les sessions PIED - Abandons de certains aînés en lien avec les exigences de l'intervention
CSSS de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean	<ul style="list-style-type: none"> -L'offre du PIED dans les résidences privées pour le recrutement -Disponibilité des ressources financières et humaines suffisantes 	<ul style="list-style-type: none"> -La faible implication des organismes communautaires dans le recrutement des aînés
CSSS de la région de la Capitale-Nationale	<ul style="list-style-type: none"> -Initiative régionale pour accepter des aînés qui avaient antérieurement pris part à l'intervention pour maintenir le nombre requis d'aînés par groupe (les aînés intéressés peuvent participer à l'intervention jusqu'à trois fois). -Disponibilité de ressources financières suffisantes 	<ul style="list-style-type: none"> -Difficultés à trouver des intervenants pour animer les sessions PIED -Durée de l'intervention
CSSS de la région de la Mauricie	<ul style="list-style-type: none"> -Existence d'un réseau d'organisations dans la communauté pour le recrutement des aînés 	<ul style="list-style-type: none"> -Insuffisance des ressources financières allouées au PIED -Roulement et instabilité des intervenants formés pour animer les sessions -Coexistence du programme DEBOUT -Âge minimal de participation

CSSS de la région de l'Estrie	-Existence d'une table de concertation qui coordonne les activités et services offerts aux aînés	-Insuffisance des ressources financières allouées au PIED -Déplacement des aînés -Difficultés pour trouver des salles afin d'offrir les sessions PIED -Difficultés pour certains CAB à recruter des animateurs -Déplacement des animateurs pour couvrir les MRC qui sont très étendues -Délais dans le décaissement des ressources financières par l'agence de santé pour certains CAB
CSSS de la région de Montréal	-Existence d'un réseau d'organisations dans la communauté pour le recrutement -L'emphase mise sur le marketing social de l'intervention, notamment en insistant moins sur l'aspect « exercices physiques et contraintes » et présenter davantage l'intervention comme un moyen de socialisation pour les aînés	-Difficultés à trouver des intervenants et des salles pour offrir les sessions -Déplacement des aînés -Durée de l'intervention
CSSS de la région de l'Outaouais	-Existence d'un réseau d'organisations dans la communauté pour le recrutement	-Difficulté à trouver des intervenants pour animer les sessions -Déplacement des aînés - La logistique pour offrir l'intervention (salles, chaises, matériels)
CSSS de la région de l'Abitibi-Témiscamingue	-Support et appui de l'agence durant toute la démarche d'implantation du PIED	-Insuffisance des ressources financières pour offrir l'intervention selon les besoins de la population -Difficulté pour trouver des intervenants pour animer les sessions PIED -Abandon de certains aînés qui considèrent que la durée de l'intervention PIED longue

CSSS de la région du Nord-du-Québec	-Disponibilité de ressources financières suffisantes -Appui de l'agence de santé	-Roulement du personnel formé -Difficulté pour recruter les aînés
CSSS de la région de la Gaspésie	-Existence d'un réseau d'organisations dans la communauté pour le recrutement des aînés	-Insuffisance des ressources financières pour démarrer l'intervention dans tous les CSSS -Difficultés à trouver des intervenants pour animer les sessions PIED -Déplacement des aînés
CSSS de la région de Chaudière-Appalaches	-Appui de la DSP en termes d'expertise pour l'implantation -Commentaires positifs des participants sur l'intervention	-Difficultés à trouver des intervenants pour animer les sessions -La question de la pérennité du financement, car il y a un des CSSS qui contribue de façon significative au financement -Durée de l'intervention
CSSS de la région de Laval	-Existence d'un réseau d'organisations dans la communauté pour le recrutement	-Restructuration organisationnelle du CSSS
CSSS de la région de Lanaudière	-Appui de la DSP dans la démarche d'implantation de l'intervention -Commentaires positifs des participants sur l'intervention	-Insuffisance des ressources financières allouées par l'agence limite l'offre de l'intervention dans les CAB -Faible implication des CSSS pour l'offre de l'intervention
CSSS de la région des Laurentides	-Appui de la DSP dans la démarche d'implantation de l'intervention -Production d'outils (affiches, cassettes) pour favoriser le recrutement	-Roulement du personnel formé -Durée de l'intervention
CSSS de la région de la Montérégie	Existence d'un réseau d'organisations dans la communauté pour le recrutement	-Insuffisance des ressources financières allouées pour l'offre de l'intervention -Roulement du personnel -Difficultés à trouver des intervenants pour animer les sessions -Âge minimal de participation

Tableau 30: Facteurs ayant influencé la mise en œuvre de l'intervention IMP

CSSS	Facteurs favorisant	Facteurs limitant	Facteurs Sans influence
CSSS de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean	<ul style="list-style-type: none"> -Existence d'un financement régional dédié -Implication effective des pharmaciens des deux CSSS - Expertise nécessaire - Initiative locale pour produire des dépliants afin de faire connaître l'IMP auprès des autres intervenants d'un des CSSS 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de mécanismes formels de coordination entre la DSP et la DROSS - Faible intérêt porté aux activités de prévention comparativement aux activités curatives - L'insuffisance de l'appui des instances nationales pour faire connaître l'IMP et pour définir le rôle des différents acteurs impliqués 	<ul style="list-style-type: none"> - Appui de la direction des CSSS - Appui régional
CSSS de la région de la Capitale-Nationale	<ul style="list-style-type: none"> -Existence préalable d'activités de prévention individualisées de chutes - Existence d'un financement régional dédié - Expertise nécessaire -Appui et implication de la DSP 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de mécanismes formels de coordination entre la DSP et la DROSS - Roulement du personnel formé - Refus de la clientèle éligible et repérée - Durée de l'IMP (nombreux abandons) - Restructuration des CSSS - L'insuffisance de l'appui des instances nationales pour faire connaître l'IMP et pour définir le rôle des différents acteurs impliqués 	<ul style="list-style-type: none"> - Intérêt accordé à la prévention des chutes - Appui de la direction des CSSS

CSSS	Facteurs favorisant	Facteurs limitant	Facteurs Sans influence
CSSS des régions de l'Estrie	<ul style="list-style-type: none"> -Existence préalable d'activités de prévention individualisées de chutes -Existence d'un financement régional dédié - Intérêt accordé à la prévention des chutes dans certains CSSS - Appui et implication de la DSP 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de mécanismes formels de coordination entre la DSP et la DROSS -Roulement du personnel et faible participation de certains professionnels (MD; Pharmaciens; Nutritionnistes) - Expertise nécessaire: retard de la formation des ID dans certains CSSS - Absence d'un porteur de dossier dans un des CSSS - L'insuffisance de l'appui des instances nationales pour faire connaître l'IMP et pour définir le rôle des différents acteurs impliqués 	<ul style="list-style-type: none"> - Appui de la direction des CSSS
CSSS de la région de Montréal	<ul style="list-style-type: none"> -Appui et implication de la DSP pour l'organisation et la conduite du projet pilote - Expertise nécessaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de mécanismes formels de coordination entre la DSP et la DROSS - Roulement du personnel formé et faible participation des pharmaciens - Sous-financement de l'IMP - Faible intérêt accordé aux activités de prévention comparativement aux activités curatives - L'insuffisance de l'appui des instances nationales pour faire connaître l'IMP et pour définir le rôle des différents acteurs impliqués 	<ul style="list-style-type: none"> - Appui de la direction des CSSS
CSSS de la région de la Gaspésie	<ul style="list-style-type: none"> - Décision d'allouer des ressources spécifiques à l'IMP dans un des CSSS -Appui de la direction d'un CSSS - Expertise nécessaire - Intérêt accordé à la prévention des chutes dans un des CSSS 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de mécanismes formels de coordination entre la DSP et la DROSS - Nombre limité d'ID dans le CSSS ainsi que la non-implication des pharmaciens - L'insuffisance de l'appui des instances nationales pour faire connaître l'IMP et pour définir le rôle des différents acteurs impliqués 	<ul style="list-style-type: none"> - Appui régional

CSSS	Facteurs favorisant	Facteurs limitant	Facteurs Sans influence
CSSS de la région de Laval	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un financement régional dédié - Expertise nécessaire - Appui et implication de la DSP 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de mécanismes formels de coordination entre la DSP et la DROSS - Roulement du personnel formé - Faible intérêt accordé aux activités de prévention comparativement aux activités de nature curative - Durée de l'IMP (nombreux abandons) - L'insuffisance de l'appui des instances nationales pour faire connaître l'IMP et pour définir le rôle des différents acteurs impliqués - Restructuration du CSSS 	<ul style="list-style-type: none"> - Appui de la direction du CSSS
CSSS de la région de Lanaudière	<ul style="list-style-type: none"> -Existence préalable d'activités de prévention individualisées de chutes - Existence d'un financement régional dédié - Expertise nécessaire -Intérêt accordé à la prévention des chutes -Appui et implication de la DSP 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de mécanismes formels de coordination entre la DSP et la DROSS - Non participation des pharmaciens - L'insuffisance de l'appui des instances nationales pour faire connaître l'IMP et pour définir le rôle des différents acteurs impliqués 	<ul style="list-style-type: none"> - Appui de la direction des CSSS
CSSS de la région de la Montérégie	<ul style="list-style-type: none"> - Décision d'allouer des ressources spécifiques à l'IMP dans un des CSSS -Appui de la direction d'un CSSS - Expertise nécessaire - Intérêt accordé à la prévention des chutes dans un des CSSS 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de mécanismes formels de coordination entre la DSP et la DROSS - L'insuffisance de l'appui des instances nationales pour faire connaître l'IMP et pour définir le rôle des différents acteurs impliqués 	<ul style="list-style-type: none"> -Appui régional

Annexe 3 : Grilles d'entrevues

Grille d'entrevue dans les agences régionales de santé (Été 2008) avec les répondants chutes

- 1- Pouvez-vous nous expliquer l'organisation générale du continuum dans votre région ?
- 2- Qui sont les responsables des différents volets du continuum aussi bien à la DSP qu'au niveau des différents CSSS de la région ? Quelles sont leurs tâches ?
- 3- Comment est structuré le continuum de prévention des chutes chez les aînés dans votre région?
- 4- Quels sont les volets du continuum implantés dans votre région ou dans les différents CSSS ?
- 5- Quelles sont les structures organisationnelles régionales impliquées dans le fonctionnement du continuum dans votre région ?
- 6- Quelles sont les ressources financières et humaines dédiées à l'implantation du continuum dans votre région ?
- 7- Sur l'ensemble des CSSS de votre région (identifier le chiffre), combien ont implantés (ou décidés d'implanter) le continuum?
- 8- Quels sont les volets du continuum implantés dans chacun de ces CSSS?
- 9- Quelles sont les ressources financières et humaines consacrées à l'implantation de chacun des trois volets du continuum dans les CSSS de votre région?
- 10- Décrivez-nous les interactions que vous entretenez dans le cadre du continuum avec :
 - a- Les autres directions de votre agence régionale
 - b- Le MSSS
 - c- Les CSSS
- 11- Quels sont à votre avis les besoins nécessaires pour assurer une mise en œuvre effective du programme dans votre région?
- 12- Quel est le nombre de personnes âgées inscrites au SAD qui ont un profil ISO-SMAF entre 1 et 6 (Volet IMP)
- 13- Quelle est la proportion des 65 et plus dans votre région ?
- 14- Quelles est la proportion de MD rencontrés et sensibilisés pour le volet PCP ?

Questionnaire pour l'intervention multifactorielle non personnalisée PIED dans les CSSS

Informations générales sur le répondant local IMNP

1- Quelle est votre profession :

Physiothérapeute Éducateur physique TRP Autres.....

2- Quel poste occupez-vous actuellement dans le CSSS?

.....

3- Quelle est votre fonction dans l'implantation du continuum de prévention des chutes dans votre CSSS?

.....

4- Depuis combien de temps exercez-vous cette fonction dans le CSSS?

.....

5- Avez vous entamé la mise en œuvre de PIED dans votre CSSS?

Oui Non

Si oui, depuis combien de temps?.....

6- Quelles sont les structures organisationnelles impliquées dans l'offre de PIED?

- Centre de jour des CSSS
- Organismes communautaires (CAB)
- Loisirs municipaux
- Autres.....

7- Quelles sont les activités offertes dans le cadre du PIED?

- Activités d'éducation et discussion de groupe
Préciser le nombre de ces activités par an ou par groupe
.....
.....
- Programme d'exercices physiques à domicile
Préciser à quelle fréquence, sont-ils donnés par an ou par groupe
.....
.....
- Programme d'exercices physiques en groupe
Préciser à quelle fréquence, sont-ils donnés par an ou par groupe
.....
.....

- 8- Disposez-vous de statistiques ou de données relatives aux activités que vous menez dans le cadre du PIED dans votre CSSS?
.....
.....
.....
.....
.....
- 9- Quel est le nombre de personnes âgées de 65 et plus dans votre CSSS ?
.....
- 10- Quel est le nombre de groupe PIED formé au cours de la dernière année dans votre CSSS?
.....
- 11- Quel est le nombre d'aînés dans chaque groupe PIED formé?
.....
- 12- Combien de sessions PIED offrez-vous à chaque groupe formé?
.....
- 13- Quelle est la durée habituelle d'une session PIED?
.....
- 14- Quels sont à votre avis les facteurs qui ont favorisé ou limité l'implantation de cette intervention dans votre CSSS?

Questionnaire sur l'intervention multifactorielle personnalisée IMP dans les CSSS

Informations générales sur le répondant local IMP

1- Quelle est votre profession :

Ergothérapeute Physiothérapeute Nutritionniste TRP Infirmière
Médecin Autres.....

2- Quel poste occupez-vous actuellement dans le CSSS?

.....

3- Quelle est votre fonction dans l'implantation du continuum de prévention des chutes dans votre CSSS?

.....

4- Depuis combien de temps exercez-vous cette fonction dans le CSSS?

.....

Mesure de la mise en œuvre de l'IMP

5- Avez vous entamé la mise en œuvre du volet IMP dans votre CSSS?

Oui Non (**se reporter à la question 21**)

6- Quel est le nombre d'ID formé et opérationnel dans votre CSSS?

.....

7- Quelle est la profession de ces ID ?

- Infirmière

- TRP

- Physiothérapeute

- Ergothérapeutes

- Autres :.....

8- Sur quels facteurs de risque de l'IMP avez-vous décidé d'intervenir dans votre CSSS?

Facteurs essentiels

Facteurs complémentaires

- Capacités motrices

- Dénutrition

- Médicaments

- Hypotension

- Environnement domiciliaire

- Troubles de la vision

- Alcoolisme

9- Quels outils utilisez-vous pour le dépistage sélectif de chacun de ces facteurs de risque

- Capacités motrices : TUG ou autres

- Médicaments : Inventaire médication ou autres

- Environnement domiciliaire : Grille IREDA ou autres

- Dénutrition : DNA @adapté ou autres
 - Hypotension : Test de redressement ou autres
 - Troubles de la vision : Échelle de Snellen ou autres
 - Alcool : Questionnaire AUDIT ou autres
- 10- Quels outils utilisez-vous pour l'évaluation approfondie des différents facteurs de risque
- Capacités motrices : Échelle de Berg ou autres
 - Médicaments : Fiche d'analyse du pharmacien ou autres
 - Environnement domiciliaire : Grille IREDA ou autres
 - Facteurs complémentaires : Référence à un autre professionnel ou autres
- 11- Quelles activités entreprenez-vous lorsqu'un aîné est considéré à risque pour le facteur « Marche et Équilibre »
- Programmes d'exercices individuels adaptés par le physio ; Nombre de séances :
 - Programmes d'exercices en groupes ; Nombre de séances :
 - Programme d'exercices pour le domicile ; Nombre de séances :
 - Autres :
- 12- Quels sont les intervenants que vous sollicitez dans cette démarche?
- Physiothérapeutes ; Nombre de jours/mois :
 - TRP ; Nombre de jours/mois :
 - Kinésologue ; Nombre de jours/mois :
 - Autres
- 13- Quelles activités entreprenez-vous lorsqu'un aîné est considéré à risque pour le facteur « Médicaments »
- Suivi médical ; Combien de fois :
 - Des recommandations du pharmacien au médecin traitant ; Combien de fois :
 - Autres
- 14- Quels sont les professionnels sollicités dans cette démarche ?
- Pharmacien évaluateur ; Combien de fois :
 - Médecin ; Combien de fois :
 - Autres
- 15- Quelles activités entreprenez-vous lorsqu'un aîné est considéré à risque pour le facteur « Environnement domiciliaire»
- Offre d'un montant forfaitaire ; Montant récurrent ou unique:
 - Suivi des modifications suggérées

16- Quelle est la période de suivi de ces modifications?

.....

17- Quels sont les acteurs sollicités dans cette démarche ?

- Intervenant dédié ; Nombre de jours/mois :.....

- Ergothérapeute ; Nombre de jours/mois :.....

- Autres.....

18- Procédez-vous à l'évaluation périodique des facteurs de risque identifiés?

Si oui, préciser la fréquence de ces évaluations

19- Quelles sont les statistiques relatives aux activités de l'IMP que vous consignées dans l-CLSC ou dans une autre base de donnée?

.....
.....
.....
.....
.....

20- Avec quelle fréquence consignez-vous ces statistiques?

.....

21- Offrez-vous alors d'autres interventions personnalisées de prévention des chutes à la clientèle aînée relevant de votre CSSS?

Préciser.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Appréciation de la couverture

22- Quel est le nombre de PA inscrit au SAD dans votre CSSS?

.....

23- Combien d'aînés bénéficient de l'IMP dans votre CSSS?

.....

Appréciation générale du processus

24- À votre avis, quels sont les facteurs qui ont favorisé ou limité la mise en œuvre de l'IMP dans votre CSSS?

- Les ressources humaines
Préciser.....
- Les ressources financières
Préciser.....
- L'expertise
Préciser.....
- L'intérêt accordé à la prévention des chutes
Préciser.....
- La démarche de sensibilisation à la nécessité d'implanter le continuum
Préciser.....
- L'appui de la direction du CSSS
Préciser.....
- Les directives régionales
Préciser.....
- Les directives provinciales
Préciser.....
- Autres :.....

25- Auriez-vous des suggestions ou des recommandations pour améliorer la mise en œuvre de l'IMP dans votre CSSS?

.....
.....
.....
.....

26- Selon vous, qu'est ce qui devrait être fait pour accroître la mise en œuvre de cette intervention dans votre CSSS?

.....
.....
.....
.....
.....

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Alter, C. and J. Hage (1993). Organizations working together. Newbury Park, Calif., Sage Publications.
- Armenakis, A. and A. Bedeian (1999). "Organizational change: a review of theory and research in the 1990s." Journal of management **25**(3): 293-315.
- Bergland, A. and T. B. Wyller (2004). "Risk factors for serious fall related injury in elderly women living at home." Injury Prevention **10**(5): 308-13.
- Bourdessol, H. and S. Pin (2005). Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile. Référentiel de bonnes pratiques.
- Champagne, F. (2002). La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. **Étude Numéro 39**: 1-37.
- Damanpour, F. (1991). "Organizational Innovation: a meta-analysis of effects of determinants and moderators." Academy of Management Journal **34**(3): 555-590.
- Demers, C. (1999). "De la gestion du changement à la capacité de changer. L'évolution de la recherche sur le changement organisationnels de 1945 à aujourd'hui." Gestion **24**(3): 131-139.
- DSP (2006). Résultats des enquêtes omnibus de la DSP de Montréal, volet "Adultes âgés et prévention des chutes" Montréal, Direction de la Santé Publique.
- Guilhon, A. (1998). "Le changement organisationnel est un apprentissage." Revue Française de gestion **120**: 98-107.
- Hage, J. (1974). Communication and organizational control: Cybernetics in health and welfare organizations. New York, John Willey.
- Hage, J. (1999). "Organizational Innovation and Organizational Change." Annual Review of Sociology **25**: 597-622.
- INSPQ (2007). La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile. Guide d'implantation: intervention multifactorielle personnalisée. Québec, Institut National de la Santé Publique du Québec.
- ISQ. (2009). "Démographie du Québec." 2009.
- Kannus, P., H. Sievanen, et al. (2005). "Prevention of falls and consequent injuries in elderly people.[see comment]." Lancet **366**(9500): 1885-93.
- Lawrence, P. R. and J. W. Lorsch, Eds. (1967). Organization and environment. Homewood, IL: Irwin.
- Mintzberg, H. (1979). The structuring of organizations. New Jersey, Prentice-Hall.
- Mintzberg, H., B. Ahlstrand, et al. (1999). "Tranformer l'entreprise." Gestion **24**(3): 122-130.
- MSSS (2004). Cadre de référence: la prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile. Québec, Ministère de la santé et des services sociaux.
- MSSS (2008). Circulaire sur l'implantation du continuum de prévention des chutes.
- MSSS (2008). Programme National de Santé Publique 2003-2012 (Révisé). Québec.
- Patton, M. Q. (2002). Qualitative research & evaluation methods. Thousand Oaks, Calif., Sage Publications.
- Rossi, P. H., M. W. Lipsey, et al. (2004). Evaluation : a systematic approach. Thousand Oaks, CA, Sage.
- Scheirer, M. A. (1981). Program implementation : the organizational context. Beverly Hills, Sage Publications.
- Tinetti, M. E. (2003). "Clinical practice. Preventing falls in elderly persons.[see comment]." New England Journal of Medicine **348**(1): 42-9.

Tinetti, M. E., D. I. Baker, et al. (1994). "A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community." New England Journal of Medicine **331**: 821-827.

Yin, R. K. (2003). Applications of case study research. Thousand Oaks, Sage Publications.

Adresse de correspondance

Prière d'adresser toute correspondance concernant le contenu de cette publication ou autres rapports déjà publiés à :

Groupe de recherche interdisciplinaire en santé

Secteur santé publique
Faculté de médecine
Université de Montréal
C.P. 6128, Succursale Centre-Ville
Montréal (Québec) H3C 3J7, Canada

Téléphone : (514) 343-6185
Télécopieur : (514) 343-2207

Adresse de notre site Web

<http://www.gris.umontreal.ca/>