

DES PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES
IMPLANTÉES DANS UN GMF DE LA RÉGION
DE LA CAPITALE-NATIONALE

PRÉVENIR LES CHUTES CHEZ LES AÎNÉS



Rapport d'évaluation d'implantation

Michèle Paradis
Isabelle Mauger
Marie-Claude Messely

Janvier 2019



Québec 

Le genre masculin est utilisé dans ce document et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Ce document est disponible en version électronique à l'adresse Internet
www.ciuss-s-capitalenationale.gouv.qc.ca

Dépôt légal, Bibliothèques et Archives nationales du Québec, 2019
ISBN : 978-2-550-82234-9 (PDF)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM.

La reproduction de ce document est permise, pourvu que la source en soit mentionnée.

Référence suggérée :

PARADIS, Michèle, Isabelle MAUGER et Marie-Claude MESSELY. *Prévenir les chutes chez les aînés – Des pratiques cliniques préventives implantées dans un GMF de la région de la Capitale-Nationale*, Québec : Direction de santé publique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, 2019, 85 p.

© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, 2019

RÉSUMÉ

En 2012, après avoir effectué une recension des principaux ouvrages scientifiques portant sur les « bonnes pratiques » pour prévenir les chutes, un médecin de la Direction de santé publique (DSPublique) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale a proposé un projet de pratiques cliniques préventives (PCP) à être implanté dans une clinique médicale ou un groupe de médecine de famille (GMF) de la région. Ce projet permettait d'ajouter un volet au continuum régional de services visant à prévenir les chutes chez les aînés sur le territoire de la Capitale-Nationale.

Le projet a pris forme en octobre 2012, dans un GMF de la région. Une fois l'accord obtenu des gestionnaires du centre de santé et de services sociaux (CSSS) concerné et du médecin responsable du GMF, le projet a été présenté à l'équipe médicale du milieu clinique. Il a alors été convenu avec le médecin-conseil de la DSPublique que le projet débiterait à petite échelle, avec la participation des infirmières. Les médecins pourraient y collaborer ultérieurement, selon les besoins. Les PCP proposées au démarrage concernaient la pratique de l'exercice physique et la prescription de la vitamine D auprès des personnes âgées de 50 ans et plus qui consultent les infirmières du GMF. Trois infirmières ont d'abord été sollicitées par l'élaboration du projet au GMF; deux autres se sont jointes à l'équipe en cours d'expérimentation. La mise en place du projet était accompagnée d'une évaluation d'implantation qui fait l'objet du présent document.

Plusieurs sources de données ont été utilisées pour documenter les étapes du projet : revue du dossier des patients, entrevues avec les infirmières et les responsables des services du continuum ainsi que différentes collectes de données réalisées par les infirmières en cours d'implantation. Deux cadres ont servi à l'analyse des données colligées. Le premier a permis de décrire l'implantation du projet; il a porté sur les rôles liés à l'accompagnement de changement des pratiques. Le second a été utile pour recenser les pistes explicatives quant aux points forts et points faibles qui se sont dégagés lors de la mise en œuvre du projet; il concernait les déterminants pouvant influencer l'adoption, la diffusion et l'implantation d'innovations au sein d'une organisation. Dans ce contexte, les PCP sont considérées comme étant une « innovation » étant donné qu'il s'agit de nouvelles pratiques pour ce milieu clinique.

Le projet a débuté par une recension des écrits pour documenter la problématique afin de retenir les pratiques cliniques potentielles dans lesquelles il devait s'inscrire. Cette étape a permis de définir une structure à partir de deux pratiques cliniques, soit celle de l'exercice physique et celle de la prescription de la vitamine D pour les personnes âgées de 50 ans et plus.

À partir du moment où le projet a été accepté dans le GMF, différentes étapes ont été franchies pour le développer en tenant compte du contexte organisationnel où il serait réalisé. Ainsi, l'étape de négociation pour intégrer deux PCP dans la pratique des infirmières a été réalisée de manière concomitante à celle visant à documenter ce qu'elles faisaient déjà à ce sujet. Différentes collectes de données ont ensuite fourni un éclairage utile en déterminant, notamment, les aspects pour lesquels un accent méritait d'être accordé. Ces étapes ont nécessité neuf mois de travail.

L'expérimentation du projet s'est déroulée sur une période de 21 mois, de septembre 2013 à mai 2015. Cette étape a été marquée par divers ajustements apportés au projet initial, dont un relativement à la clientèle visée. En effet, les infirmières ont exprimé un certain malaise à aborder la problématique des chutes avec les patients âgés de 50 à 64 ans, car elles considéraient qu'une bonne partie d'entre eux étaient déjà physiquement actifs. Cette observation a

donné lieu à une révision du critère d'âge; les personnes de 65 ans et plus ont alors été retenues pour la suite du projet.

Différents outils ont été utilisés durant l'étape d'expérimentation, entre autres pour évaluer les facteurs de risque de chute des patients. À ce sujet, un acronyme identifiant des facteurs de risque a été proposé, puis adapté à quelques reprises à partir de commentaires des infirmières. La dernière version utilisée, « CAPT/ER », permet de vérifier si la personne a **Chuté** au cours de la dernière année; si elle possède une **Aide** à la marche; si elle démontre des **Troubles** de l'équilibre; si l'infirmière lui a remis un programme d'**Exercices** maison; si une **Référence** a été faite à un des programmes en prévention des chutes. Une autre adaptation a été apportée après une année d'expérimentation. Comme les infirmières avaient de la difficulté à évaluer l'ensemble des personnes ciblées de manière systématique en plus de l'ensemble de leurs tâches, il a été convenu de privilégier une période intensive pour le faire. La période de la vaccination antigrippale, qui se tient en novembre, a été retenue à cette fin.

Durant l'expérimentation du projet, les facteurs de risque de chute ont été évalués auprès de plus de 250 personnes à partir de l'acronyme « CAPT/ER » ou d'une de ses variantes. Cette évaluation a fourni aux infirmières une information pertinente quant aux éléments où une attention particulière devait être portée. De plus, douze personnes ont été dirigées vers l'un ou l'autre des programmes du continuum en prévention des chutes.

Par ailleurs, la pratique clinique portant sur l'ordonnance de la vitamine D n'a pas été appliquée à l'intérieur du projet, bien que des outils aient été développés dans l'optique qu'elle soit implantée. En outre, étant donné les changements majeurs survenus au sein du réseau de la santé et des services sociaux en avril 2015 où, entre autres, les PCP ont été retirées des mandats de santé publique, la Direction de santé publique n'a pu poursuivre l'accompagnement de ce projet auprès des infirmières du GMF. L'expérimentation, qui a pris fin en mai 2015, n'a pas permis au GMF de se rendre à l'étape où l'établissement d'une routine ne requérant plus d'aide extérieure aurait été établi, les infirmières étant suffisamment à l'aise pour poursuivre les PCP sans être accompagnées. Malgré la fin du projet, les outils développés et testés demeurent disponibles pour les milieux cliniques intéressés par l'implantation de pratiques cliniques visant à prévenir les chutes chez leurs patients.

REMERCIEMENTS

Le projet portant sur l'évaluation de l'implantation de pratiques cliniques visant à prévenir les chutes auprès d'une clientèle ciblée d'un groupe de médecine de famille (GMF) de la région de la Capitale-Nationale a mobilisé plusieurs personnes. En premier lieu, des remerciements sont adressés au docteur Benoît Grenier, médecin responsable du GMF L'Hétrière, qui a accepté que de nouvelles pratiques cliniques préventives (PCP) puissent être déployées dans son milieu clinique.

Notre reconnaissance va également à mesdames Nathalie Duchesneau, Micheline Fournier, Josée Lebel, Denyse Plouffe et Mélanie Savard, infirmières du GMF, qui ont accepté de participer à ce projet. Leur contribution aux différentes phases de sa mise en place s'est avérée très appréciable. En effet, elles ont fait preuve d'une grande ouverture pour parfaire leurs connaissances quant à la problématique retenue (prévention des chutes), mais également dans les nouvelles fonctions à exercer en lien avec les pratiques cliniques à implanter. Leur engagement et leur professionnalisme ont donné lieu à ce qu'une expérimentation prenne forme et évolue de manière à répondre le plus possible à la réalité du milieu clinique. Nous les en remercions chaleureusement.

Des remerciements vont également à monsieur Éric Tremblay, conseiller clinicien du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la Vieille-Capitale qui s'est impliqué dans les différentes étapes du projet. En plus d'assurer un soutien immédiat aux infirmières du GMF dans l'exercice de leurs nouvelles fonctions, sa participation aux échanges a permis de dénouer certaines difficultés en cours de réalisation et de recenser des pistes de solution concrètes. Son savoir-faire, dans le cadre de ce projet particulier, a été très apprécié.

Nous tenons à remercier également les responsables des programmes du continuum en prévention des chutes pour leur engagement dans ce projet. Il s'agit de madame Linda Ricard, chef de programme au soutien à domicile du CSSS de la Vieille-Capitale, de madame Marie-Michèle Gagné, intervenante pivot locale en prévention des chutes pour les programmes ÉquiLIBRE et MARCHE^a, également du CSSS de la Vieille-Capitale, et de Marianne Martel-Thibault, coordonnatrice régionale des programmes VACTIVE et PIED^b pour la FADOQ-RQCA^c. Ces dernières se sont déplacées à quelques reprises pour présenter les différents programmes constituant l'offre de service en prévention des chutes dans la région.

De plus, des collègues de la Direction de santé publique (DSPublique) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale ont fourni un soutien aux infirmières dans leurs pratiques cliniques en lien avec l'exercice physique. Nos remerciements s'adressent à mesdames Judith Rose-Maltais, chef d'équipe en vieillissement en santé, Julie Hins et Sylvie Roy, kinésiologues. Leur participation à certaines rencontres a permis de répondre à plusieurs questions et d'élaborer un programme d'exercices maison dont la démonstration s'est révélée très utile.

Madame Rose-Maltais a également participé à la réflexion entourant l'élaboration et l'évaluation du projet. Nous tenons à la remercier pour son implication à l'ensemble de la démarche ainsi que pour la pertinence de ses commentaires et observations.

a. Mobilisation auprès des Aînés pour Réduire les CHutes dans l'Environnement domiciliaire
b. Programme intégré d'équilibre dynamique
c. Fédération de l'âge d'or du Québec, régions de Québec et de Chaudières-Appalaches

L'évaluation de ce projet a nécessité plusieurs étapes de travail relativement à la collecte de données et à leur analyse. Aussi, nous tenons à remercier madame Marie-Hélène Provost, agente de planification, de programmation et de recherche à la DSPublique du CIUSSS de la Capitale-Nationale, qui a contribué à l'analyse des données en lien avec les cadres retenus. Compte tenu de sa participation à des travaux portant spécifiquement sur les PCP dans la région, notamment comme principale auteure du document *Les phases accompagnant le processus de changement de pratique*, sa participation à l'analyse du matériel recueilli s'est avérée d'une grande utilité.

Enfin, un merci particulier à madame Marie-Josée Paquet, technicienne en administration à la DSPublique du CIUSSS de la Capitale-Nationale, pour la mise en page et la qualité de l'édition de ce rapport.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux	9
Liste des sigles et des acronymes	11
Introduction	13
I. Problématique	15
1.1. Les chutes chez les aînés	15
II. Proposition d'un projet de PCP en prévention des chutes dans un GMF	17
2.1. Les pratiques cliniques préventives	17
2.2. Le rôle des membres impliqués dans le projet	18
III. Méthodologie	19
3.1. Questions et objectifs de l'évaluation	19
3.2. Clientèle ciblée	19
3.2.1 Cadres d'analyse	19
3.3. Collecte de données	22
3.3.1 Observations lors des rencontres	23
3.3.2 Journal de bord rempli par les infirmières du GMF	24
3.3.3 Revue de dossiers visant à documenter la pratique habituelle	24
3.3.4 Évaluation des patients	24
3.3.5 Entrevues semi-dirigées	24
3.3.6 Revue de dossiers visant à documenter l'intégration de la PCP	25
3.3.7 Références aux programmes du continuum	25
3.4. Analyse des données	25
IV. Présentation des résultats	27
4.1. Description de l'implantation des PCP en prévention des chutes selon la chronologie des étapes réalisées	27
4.1.1 Étape 1 – Documenter la pratique recommandée et les modes d'organisation entre le GMF et le CSSS	27
4.1.2 Étape 2 – Obtenir l'accord d'un milieu	28
4.1.3 Étapes 3 et 4 – Négocier une pratique/Documenter la pratique habituelle d'un milieu selon la thématique	30
4.1.4 Étape 5 – Expérimenter, faire un retour, ajuster	34
4.2. Synthèse du déroulement du projet au GMF	41
4.3. Clientèle rejointe	41
4.3.1 Profil des personnes évaluées par les infirmières du GMF	41
4.3.2 Profil des personnes dirigées vers le continuum en prévention des chutes	42
4.3.3. Orientation des personnes vers un programme du continuum en prévention des chutes	43
4.4. Point de vue des infirmières, du conseiller clinicien et des personnes responsables des programmes du continuum en prévention des chutes relativement à leur expérience	43
V. Discussion	47
5.1. Comment le projet PCP en prévention des chutes a-t-il été mis en place?	47
5.1.1 Le choix de la thématique	47
5.1.2 Documenter la pratique recommandée dans les guides de pratique	47
5.1.3 Obtenir l'accord d'un milieu : se faire ouvrir la porte par les gestionnaires du CSSS et par le GMF	48
5.1.4 Négocier une pratique et documenter la pratique habituelle du milieu	49
5.1.5 Expérimenter, faire un retour et ajuster les pratiques	49
5.1.6 La PCP en prévention des chutes a-t-elle permis de rejoindre la clientèle visée et de lui offrir les services appropriés?	50
5.2. Forces et limites de l'évaluation	51
Conclusion	53

Annexes

A – Description des programmes en prévention des chutes sur le territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale	57
B – Outil « Journal de bord »	59
C – Guide d’entrevue.....	61
D – Grille pour revue de dossiers	63
E – Outil de référence vers un programme du continuum de services en prévention des chutes	65
F – Outil d’aide à l’analyse du milieu clinique (Montérégie)	67
G – Résultats découlant de la collecte de données tirées du Journal de bord.....	77
H – Données tirées d’une revue de dossiers	79
I – Résultats découlant de la collecte de données faite à partir de « CAPTE »	81
J – Information consignée dans les fiches de référence.....	83

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I. Rôles liés à l'accompagnement de changement des pratiques pour chacune des phases	20
Tableau II. Différents déterminants qui influencent l'adoption, la diffusion et l'implantation d'innovations au sein d'une organisation.....	21
Tableau III. Étapes des collectes de données	23
Tableau IV. Références et inscriptions aux différents programmes du continuum en prévention des chutes	43

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

CAPT	Chutes, Aide à la marche, Peur de tomber, Troubles de l'équilibre
CAPTE	Chutes, Aide à la marche, Peur de tomber, Troubles de l'équilibre, Éligible au soutien à domicile
CAPT/ER	Chutes, Aide à la marche, Peur de tomber, Troubles de l'équilibre; programme d'Exercices; Référence au continuum de services en prévention des chutes
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DSPublique	Direction de santé publique
GMF	Groupe de médecine de famille
FADOQ	Fédération de l'âge d'or du Québec,
HTA	Hypertension artérielle
ITSS	Infection transmise sexuellement et par le sang
MAFICO	Motivation des milieux, Accompagnement des milieux, Flexibilité de l'intervention, Intensité de l'intervention, Continuité de l'intervention, inclusion de changement Organisationnel dans l'intervention
MARCHE	Mobilisation auprès des Aînés pour Réduire les CHutes dans l'Environnement domiciliaire
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PAR	Plan d'action régional
PCP	Pratique clinique préventive
PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
PNSP	Programme national de santé publique
RQCA	Régions de Québec et de Chaudières-Appalaches
SAD	Soutien à domicile
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées

INTRODUCTION

Au cours des dernières années, le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale s'est doté d'un continuum de services en prévention des chutes auprès des aînés¹. Ces services prennent en compte différentes caractéristiques des aînés relativement à leur niveau de risque de chuter. À cette offre de service, il est apparu important d'ajouter un volet consacré aux pratiques cliniques préventives (PCP) destinées aux infirmières et aux médecins de cliniques médicales, dont les groupes de médecine de famille (GMF). Ce type de milieu clinique s'est avéré tout à fait pertinent pour qu'un projet en prévention des chutes y soit expérimenté, notamment en raison de la collaboration des infirmières à l'équipe médicale ainsi qu'en raison de leurs fonctions auprès de la clientèle présentant des problèmes de santé chronique.

Une revue de littérature scientifique, réalisée par un médecin-conseil de la Direction de santé publique (DSPublique) du CIUSSS de la Capitale-Nationale, a permis d'identifier différentes pratiques cliniques en prévention des chutes, dont certaines ont été retenues en raison de leur efficacité. Une ébauche de projet a été élaborée à partir de deux pratiques reconnues efficaces, puis soumise à des gestionnaires d'un centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la région. Il était important de vérifier leur intérêt à ce que le projet soit implanté dans un GMF de leur territoire et de discuter de leur contribution potentielle à sa mise en œuvre, compte tenu de leurs liens hiérarchiques à l'égard des infirmières en GMF.

Après diverses démarches, le projet a été expérimenté dans un GMF du CIUSSS de la Capitale-Nationale, plus particulièrement sur le territoire du réseau local de services (RLS) de Québec-Sud (CSSS de la Vieille-Capitale) pendant près de deux ans, avec la contribution des infirmières de ce GMF et de leur supérieur immédiat.

Le présent rapport se divise en cinq sections principales. La première expose la problématique des chutes chez les aînés et la seconde, la proposition du projet en ce qui a trait aux PCP et au rôle des membres qui y sont impliqués. La troisième partie détaille les différents volets de la méthodologie, alors que la quatrième section fait état de l'ensemble des résultats; la description des différentes étapes de la mise en place du projet, avec les points forts, les points faibles et les recommandations qui s'y rattachent, tout comme les variables portant sur la clientèle rejointe. Enfin, la discussion, présentée à la cinquième section, complète le rapport.

1. Cette étape a été réalisée avant les changements apportés par la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences. Comme le projet s'est tenu entre 2012 et 2015, nous référons aux instances en présence durant cette période, soit l'Agence de la santé et des services sociaux ainsi que les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région.

I. PROBLÉMATIQUE

1.1. Les chutes chez les aînés

Dans la région de la Capitale-Nationale, comme ailleurs au Québec, le vieillissement de la population est en augmentation depuis plusieurs années, particulièrement depuis 2011. En effet, le poids démographique des 65 ans et plus ne cesse de croître et les effectifs de ce groupe d'âge seront beaucoup plus nombreux d'ici 2036. Parmi ce groupe, les personnes âgées de 75 à 84 ans auront plus que doublé et celles âgées de 85 ans et plus auront triplé².

On estime que 30 % des personnes âgées de 65 ans et plus chutent chaque année au Québec. De plus, avec le vieillissement de la population, le nombre d'hospitalisations reliées aux chutes s'accroît progressivement puisque les personnes âgées de 65 ans et plus constituent une population plus à risque d'être hospitalisée à la suite d'une chute³. Les conséquences des chutes sont importantes, tant pour les aînés que pour le système de soins de santé quant aux coûts encourus. En 2008, on estimait que 4,0 % des personnes âgées de 65 ans et plus de la région de la Capitale-Nationale avaient été victimes d'une chute causant une blessure, ce qui représentait 4 300 aînés. De plus, en moyenne 77 décès par année pour cause de chutes chez les aînés étaient dénombrés entre 2009 et 2011 dans la région et les femmes sont davantage concernées que les hommes⁴.

Les chutes chez les aînés représentent un problème de santé publique bien documenté qui justifie la pertinence d'intervenir le plus tôt possible afin qu'elles soient évitées ou, tout au moins, pour en diminuer les conséquences. À cet effet, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec a adopté, en 2004, un cadre de référence dont l'objectif est de favoriser la mise en place d'interventions en prévention des chutes pour les aînés qui vivent à domicile. Un continuum de services, qui prend en considération les différents niveaux de risques des personnes âgées, a alors été proposé. Dans la région de la Capitale-Nationale, les centres locaux de services communautaires (CLSC) ont progressivement mis en place, avec le soutien de la DSPublique, les différents programmes du continuum de services en prévention des chutes. Le programme VIACTIVE et le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED), offerts dans la communauté, sont sous la responsabilité du réseau de la Fédération de l'âge d'or du Québec (FADOQ), alors que le programme ÉquILIBRE et le programme mobilisation auprès des aînés pour réduire les chutes dans l'environnement domiciliaire (MARCHE) sont gérés par la direction du Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) du CIUSSS de la Capitale-Nationale (auparavant, les CSSS). La description de ces programmes est disponible à l'[Annexe A](#).

Dès sa première édition, le Programme national de santé publique (PNSP) 2003-2008 avait inscrit les chutes chez les personnes âgées au nombre des problématiques pour lesquelles l'objectif suivant était formulé, soit de « Réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile. » Dans la foulée de ces travaux, la DSPublique du CIUSSS de la Capitale-Nationale avait, à son tour, déterminé une cible de son plan d'action régional

2. CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE. *Quelques enjeux démographiques à l'horizon 2036 : Capitale-Nationale*, Québec, Direction de santé publique, janvier 2015, 13 p.

3. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Pour guider l'action – Portrait de santé de Québec et de ses régions*, Québec, 2011, p. 101.

4. FERLAND, Marc. *La santé de la population de la Capitale-Nationale en bref*, Québec, Direction de santé publique, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, édition novembre 2015, p. 16.

(PAR) visant à « Réduire l'incidence et la gravité des blessures par une chute chez les personnes âgées par la mise en place d'un continuum de services⁵. »

Une mise à jour du PNSP et du PAR de santé publique, pour la période de 2009 à 2015, a reconduit la cible portant sur la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile. L'activité reliée à l'implantation de programmes en prévention des chutes chez les personnes âgées était également inscrite. Celle-ci intégrait différents volets, dont un qui visait spécifiquement les interventions cliniques préventives, soit : « Élaborer, soutenir la mise en place et évaluer un projet pilote en GMF⁶. » De plus, cette même édition consacrait une section à la promotion et au soutien des pratiques cliniques préventives, ce qui constituait un ajout relativement à l'édition précédente. C'est dans ce contexte que le présent projet a pris forme sur le territoire de la Capitale-Nationale⁷.

5. DIRECTION RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE. *Le Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 de la Capitale-Nationale*, Québec, p. 67.

6. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE. *Plan d'action régional de santé publique 2009-2012*, Québec, 2009, p. 69.

7. Une édition récente du PNSP 2015-2025 a maintenu une cible sur la prévention des chutes; celle-ci, rattachée au service 2.4, porte spécifiquement sur le nombre de sessions du programme PIED. Le PAR 2016-2020 de la Capitale-Nationale fait valoir, pour sa part, le maintien de l'offre de service des programmes PIED, ÉquiLIBRE et VIACTIVE « en favorisant l'accessibilité et la continuité entre les divers programmes du continuum de services en prévention des chutes auprès des aînés de la Capitale-Nationale », p.59.

II. PROPOSITION D'UN PROJET DE PCP EN PRÉVENTION DES CHUTES DANS UN GMF

2.1. Les pratiques cliniques préventives

Afin de compléter le continuum de services en prévention des chutes dans la région de la Capitale-Nationale, il est apparu pertinent, pour une équipe de professionnels de la DSPublique, de concevoir un projet axé sur l'intégration, dans un milieu clinique, de pratiques cliniques en prévention des chutes chez les aînés. Ce projet devait répondre aux caractéristiques suivantes, à savoir :

- que l'implantation se réalise avec la collaboration étroite d'un CSSS du territoire;
- que les objectifs des interventions préventives soient mis de l'avant;
- que les modalités et le fonctionnement soient définis avec le milieu;
- que le projet soit accompagné d'une évaluation d'implantation.

Le projet, sous la responsabilité d'un médecin-conseil de la DSPublique du CIUSSS de la Capitale-Nationale, a été élaboré en collaboration avec des collègues œuvrant dans différents dossiers portant sur le vieillissement en santé, particulièrement sous l'angle de la prévention.

L'utilisation de recommandations d'un organisme international⁸ et des résultats d'une revue de la littérature⁹ produite au Québec a permis de recenser les interventions qui s'avèrent les plus efficaces en matière de prévention des chutes. Parmi celles répertoriées, et qui sont considérées comme particulièrement pertinentes par les médecins et les autres professionnels de la santé, deux recommandations font consensus :

- la promotion de l'activité physique, tels les programmes d'exercices, incluant des exercices de renforcement musculaire et d'équilibre ou de tai-chi;
- la prise de vitamine D à des doses de 700 ou 800 unités internationales (UI) par jour, combinée à des suppléments de calcium.

La facilitation, utilisée pour soutenir les cliniciens de première ligne et dont l'efficacité est reconnue en présence de certaines conditions¹⁰, est l'approche qui a été retenue. En 2013, une expérimentation réalisée sur le territoire de l'Agence de la santé et des services sociaux a permis de dégager des résultats très encourageants quant à cette stratégie à mettre en œuvre dans des cliniques médicales, tels les GMF ou les cliniques réseau Québec (CRQ)¹¹. Pour ces raisons, cette stratégie, qui repose sur un accompagnement des cliniciens dans le changement de pratique, s'avérait tout à fait appropriée au projet d'intégration de PCP visant à prévenir les chutes dans un GMF.

Il était convenu, lors de l'élaboration du projet, que la médecin-conseil de la DSPublique agisse comme facilitatrice auprès de l'équipe clinique, formée des infirmières du milieu clinique et de leur supérieur immédiat, relevant d'un

8. MICHAEL, Y. L., et autres. « Primary Care-Relevant Interventions to Prevent Falling in Older Adults : A systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force », *Annual of Internal Medicine*, 2010, n° 153, p. 815-825.

9. GAGNON, C., et M. LAFRANCE. *Prévention des chutes auprès des personnes âgées vivant à domicile. Analyse des données scientifiques et recommandations préliminaires à l'élaboration d'un guide de pratique*, Institut national de santé publique du Québec, novembre 2010, 211 p.

10. PROVOST, M.-H., et autres. *Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques : revue de la littérature*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007, 168 p. (coll. L'intégration des pratiques cliniques préventives).

11. PROVOST, M.-H., et autres. *Les phases accompagnant le processus de changement de pratique*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013, 83 p. (coll. L'intégration des pratiques cliniques préventives).

CSSS. Le médecin responsable du milieu clinique était aussi invité à participer aux rencontres de travail selon ses disponibilités, de manière à suivre la démarche. Les professionnelles de recherche de la DSPublique, chargées de l'évaluation de l'implantation, participaient également aux rencontres ainsi qu'aux étapes de collecte de données en cours d'implantation du projet. Les rencontres de travail étaient prévues se tenir sur une base régulière, à raison d'environ une rencontre par mois, excluant la période estivale.

2.2. Le rôle des membres impliqués dans le projet

En tant que responsable du projet, la facilitatrice était chargée de rencontrer les gestionnaires du CSSS pour leur présenter les objectifs ainsi que ce qui était attendu d'eux. Elle devait également effectuer les démarches auprès des milieux cliniques déterminés par le CSSS afin de leur proposer d'expérimenter, chez leur clientèle aînée, l'intégration de PCP pour prévenir les chutes. Elle devait aussi évaluer si ce milieu avait le potentiel de porter un tel projet. Une fois ces étapes franchies, la facilitatrice était responsable de planifier et d'animer les rencontres de travail, de documenter les modalités de pratique habituelle et de proposer de nouvelles façons de faire en lien avec les PCP ainsi que des outils pour soutenir leur intégration. Elle s'occupait aussi des communications avec d'autres partenaires ou collaborateurs pouvant jouer un rôle dans la mise en place de PCP dans le milieu clinique.

Le médecin responsable du milieu clinique était chargé, en premier lieu, de donner son accord à ce que le projet soit expérimenté dans la clinique, selon ce qui était mis de l'avant dans la proposition de la DSPublique. Il devait également identifier les personnes mises à contribution à l'intérieur du projet (les infirmières et autres collaborateurs), en acceptant qu'elles participent à des rencontres de travail visant à les soutenir dans la mise en œuvre des nouvelles pratiques. Il était aussi attendu du médecin qu'il prenne part à la planification et à l'exécution des travaux requis pour ces interventions et qu'il réalise des activités pour mobiliser l'ensemble des médecins et des infirmières à ce projet. Enfin, il devait assurer sa collaboration à toutes les étapes de cette expérimentation.

Le gestionnaire en soins infirmiers du CSSS (conseiller clinicien), supérieur immédiat des infirmières GMF, était chargé de voir à ce qu'elles répondent aux attentes formulées à leur endroit. En cela, il devait s'assurer de leur disponibilité au moment des rencontres, que leur charge de travail soit raisonnable considérant leur implication au projet et que des liens soient maintenus entre l'équipe médicale et les infirmières.

Les infirmières du milieu clinique étaient responsables de mettre en œuvre les PCP proposées en les intégrant à leur pratique. Elles devaient participer aux rencontres de travail et contribuer à définir les étapes et modalités du projet. De manière plus précise, il était attendu qu'elles prennent connaissance des documents transmis, qu'elles testent les outils proposés et qu'elles collaborent aux différentes étapes de l'expérimentation, de même qu'à son évaluation.

Les personnes en charge des programmes de prévention des chutes sur le territoire du CSSS de la Vieille-Capitale devaient agir comme personnes-ressources. Elles devaient établir et présenter les critères d'éligibilité des différents programmes du continuum en prévention des chutes et éventuellement, selon l'avancement du projet, recevoir les références des infirmières pour l'un ou l'autre des programmes recensés.

Les professionnelles de la DSPublique chargées de l'évaluation étaient responsables d'accompagner la mise en place du projet en effectuant différentes collectes de données, en procédant à leur analyse et en transmettant les résultats aux infirmières concernées ainsi qu'à la responsable du projet. Des ajustements et des adaptations pouvaient ainsi être apportés au moment où la situation le requérait. Au terme du projet, elles étaient chargées de l'analyse de l'ensemble du matériel recueilli, afin d'en dégager les principaux constats et d'inventorier les éléments favorables, les contraintes rencontrées ainsi que les conditions pouvant faciliter la mise en œuvre d'un tel projet.

III. MÉTHODOLOGIE

3.1. Questions et objectifs de l'évaluation

Deux questions sont à la base de la présente évaluation axée sur le processus d'implantation du projet, soit :

1. De quelle façon le projet, visant à intégrer des pratiques cliniques en prévention des chutes, s'est-il implanté dans le GMF?
2. Les pratiques cliniques en prévention des chutes ont-elles rejoint la clientèle visée et ont-elles offert les services appropriés?

De manière à répondre à ces questions, le projet s'est centré sur la façon dont les interventions se sont mises en place, en cherchant à bien comprendre ce qui était fait, par qui et pour qui. Dans cette optique, les objectifs spécifiques de cette évaluation descriptive sont les suivants :

- décrire le déroulement du projet couvrant l'ensemble des étapes et telles que réalisées dans le milieu clinique;
- documenter le nombre et le profil des personnes évaluées ainsi que les personnes dirigées vers les différents programmes du continuum en prévention des chutes (clientèle rejointe);
- dégager les contraintes ainsi que les conditions facilitant la mise en place des PCP en prévention des chutes au GMF.

3.2 Clientèle ciblée

Au départ, la clientèle ciblée par ce projet se compose d'hommes et de femmes âgés de 50 ans et plus fréquentant le GMF et qui bénéficient d'une consultation auprès d'une infirmière en GMF.

3.2.1 Cadres d'analyse

Afin d'organiser l'information permettant de faire état de l'expérimentation telle que réalisée et d'en dégager les principales conditions de succès ainsi que les contraintes, deux cadres d'analyse ont été retenus :

1. les phases accompagnant le processus de changement de pratique¹²;
2. les différents déterminants qui influencent l'adoption, la diffusion et l'implantation d'innovations au sein d'une organisation¹³. L'introduction de PCP en prévention des chutes est considérée, pour les fins de la présente évaluation, comme étant une innovation à implanter au sein du GMF.

Chacun de ces cadres est présenté dans les pages qui suivent.

Les phases du processus de changement des pratiques ont servi à décrire le déroulement de l'implantation du projet PCP en prévention des chutes dans le GMF. Le tableau suivant présente ces phases ainsi que les principaux rôles qui accompagnent chacune d'elles, tels que documentés par les auteurs.

12. PROVOST, M.-H., et autres. *Les phases accompagnant le processus de changement de pratique*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013, 83 p. (coll. L'intégration des pratiques cliniques préventives).

13. GREENHALGH, T., et autres. *Diffusion of Innovations in Service Organizations : Systematic Review and Recommendations*, 2004, dans LEMIRE, Marc. *Rapport d'analyse sur le déploiement du Programme national de santé publique (PNSP) : perspective sociohistorique et d'innovation*, INSPQ, 2014.

Tableau I.
Rôles liés à l'accompagnement de changement des pratiques pour chacune des phases¹⁴

Phases du processus de changement des pratiques	Rôles liés à l'accompagnement du processus de changement des pratiques
<p>Étape préalable Se faire ouvrir la porte par les acteurs et développer un sentiment de confiance mutuel</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer tous les acteurs concernés, avoir leur accord et les associer au projet. • Documenter leurs besoins, leurs attentes et leurs enjeux (ce qu'ils peuvent perdre ou gagner à travailler conjointement; les contraintes ou les occasions favorables qu'apporte le changement des pratiques). • Déterminer la valeur ajoutée du travail en collaboration pour les acteurs. • Préciser les expertises de chacun.
<p>Documenter la pratique habituelle du milieu selon la thématique retenue Choisir une thématique d'intérêt pour tous et apprécier les façons de faire habituelles</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Choisir conjointement la thématique sur laquelle travailler, qui représente un intérêt pour tous. • Désigner les cliniciens qui seront les interlocuteurs pour comprendre les façons de faire habituelles. • Documenter la pratique habituelle et le fonctionnement du milieu clinique (d'où part-on?). • Cibler les difficultés rencontrées dans la pratique des cliniciens, ce qui les rendrait confiants et les amènerait à agir différemment. • Porter un regard sur l'organisation des services en place, selon le cheminement clinique du patient.
<p>Documenter la pratique recommandée dans les guides de pratique (pratique idéale) Qu'est-ce qui est écrit dans les grands livres?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Documenter ce qui devrait être fait selon les meilleures pratiques. • Décortiquer les recommandations et choisir les situations cliniques les plus appropriées pour les intégrer dans le contexte de travail des cliniciens. • Simplifier la théorie et les guides de pratique pour faciliter leur application dans la pratique. • Répondre aux questions et aux préoccupations des cliniciens. • Assurer la formation des cliniciens et un retour sur celle-ci (clarifier, choisir, adapter).
<p>Négocier une pratique où des éléments de prévention sont présents (pratique retenue) Qu'est-ce qui pourrait être expérimenté dans un premier temps : on serait content si...?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Animer un processus de négociation permettant de retenir ce qui est désirable et faisable pour tous (ex. : clientèle visée; fonctionnement); déterminer la pratique minimale à implanter, en priorisant les éléments fondamentaux. • Convenir de la façon dont ce changement peut s'intégrer au fonctionnement et aux services existants; tenir compte des limites et des contraintes et les respecter. • Adapter le travail et les outils au contexte de la pratique, aux responsabilités et aux fonctions des cliniciens et au cheminement du patient dans la clinique. • Favoriser l'appropriation du contenu chez les cliniciens à partir de situations concrètes et courantes. • Apporter des changements à l'environnement de pratique pour le rendre favorable à l'intégration de la prévention clinique (organisation des services; organisation du travail des cliniciens).
<p>Expérimenter la pratique retenue; faire un retour; ajuster Évaluer, s'ajuster, consolider</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tester les aspects retenus dans la pratique, puis ajuster et construire sur ce qui fonctionne. • Cerner les obstacles et les réduire lorsque possible. • Encourager les initiatives et faire du renforcement positif, souligner les petits succès et les avancées. • Favoriser le développement des compétences chez les cliniciens (ex. : simulations de cas).
<p>« Routiniser » les nouvelles pratiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer le maintien du changement des pratiques avec le soutien des décideurs (ex. : inscrire le changement dans les protocoles existants; prévoir des suivis dans le milieu pour faire le point; proposer des ajustements; faire des relances; apporter de l'aide au besoin; demeurer disponible). • Répéter les différentes phases du processus de changement des pratiques selon les besoins pour chaque composante de la pratique à améliorer.

Pour sa part, le cadre portant sur les principaux déterminants qui influencent l'adoption, la diffusion et l'implantation d'innovations à l'intérieur d'une organisation a servi à dégager les pistes explicatives quant aux éléments ayant joué un rôle favorable ou non dans l'expérimentation de ce projet. Les PCP en prévention des chutes ont été considérées comme étant une « innovation » puisqu'il s'agit de nouvelles pratiques dans ce milieu clinique.

14. PROVOST, M.-H., *op. cit.*

Tableau II.

Différents déterminants qui influencent l'adoption, la diffusion et l'implantation d'innovations au sein d'une organisation¹⁵

ATTRIBUTS DE LA PRATIQUE CLINIQUE EN PRÉVENTION (PCP) DES CHUTES	
Avantages relatifs	<ul style="list-style-type: none"> • La PCP comporte un avantage clair, non ambigu quant à l'exercice des responsabilités et des tâches (efficacité et rendement).
Risque	<ul style="list-style-type: none"> • La PCP ne comporte pas un degré élevé d'incertitude quant aux résultats attendus et elle n'est pas perçue comme étant risquée ou problématique.
Visibilité	<ul style="list-style-type: none"> • La PCP se traduit par des bénéfices visibles pour la clientèle ciblée.
Simplicité	<ul style="list-style-type: none"> • La PCP n'est pas perçue comme étant complexe et peut être facilement utilisée. Elle peut aussi être divisée en plusieurs parties qui peuvent se gérer séparément.
Compatibilité	<ul style="list-style-type: none"> • La PCP est compatible avec les normes organisationnelles ou professionnelles, les valeurs, les façons de travailler et les besoins perçus.
Expérimentation	<ul style="list-style-type: none"> • La PCP peut être expérimentée sur une base temporaire, pendant une période limitée.
Adaptation	<ul style="list-style-type: none"> • La PCP peut être adaptée, affinée ou modifiée pour répondre à des besoins plus spécifiques, du moins, dans ses aspects périphériques sans toutefois modifier la composante centrale.
Connaissances	<ul style="list-style-type: none"> • Les connaissances requises pour utiliser la PCP sont codifiées et transférables d'un contexte de pratique à un autre.
SYSTÈME INTERNE	
Stratégies formelles de diffusion	<ul style="list-style-type: none"> • La diffusion de la PCP s'appuie sur une stratégie planifiée qui tient compte des besoins et de la perspective de ceux qui l'adoptent. Elle comprend également un «monitorage adéquat des objectifs de l'intervention en vue de favoriser l'échange et le transfert des connaissances». <i>[Non retenu dans la présente analyse]</i>
Soutien à la mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> • La PCP est accompagnée d'un soutien accru par de la formation et de l'assistance pour augmenter les capacités des personnes qui implantent la PCP.
Capacités et compétences	<ul style="list-style-type: none"> • Les capacités et les compétences requises pour implanter la PCP et l'utiliser dans l'action sont adéquates (motivation, habiletés, etc.).
Financement, ressources et temps	<ul style="list-style-type: none"> • Le budget et l'allocation des ressources sont appropriés et ajustés à la PCP; des ressources sont allouées pour soutenir l'implantation dans son ensemble.
Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Une stratégie et des processus permettent un suivi et une évaluation soutenue de l'implantation de la PCP et de ses effets.
Tension pour le changement	<ul style="list-style-type: none"> • La PCP survient dans un environnement où les acteurs perçoivent la situation courante ou précédente comme intolérable ou inacceptable.
Adéquation du contexte pour l'innovation	<ul style="list-style-type: none"> • La PCP survient dans un environnement propice, notamment du fait, par exemple, de l'existence d'une culture et de pratiques favorables.
Réceptivité au changement	<ul style="list-style-type: none"> • Les acteurs ou destinataires sont réceptifs à la PCP et ils témoignent d'un engagement à l'égard du changement proposé et mettent en œuvre des actions par lesquelles ils s'approprient la PCP.
SYSTÈME EXTERNE	
Climat sociopolitique	<ul style="list-style-type: none"> • La situation sociale et politique contribue à faire prendre conscience de l'importance de la PCP ou de ses retombées potentielles ou avérées.
Rôle des médias	<ul style="list-style-type: none"> • Les médias de masse et autres canaux de communication contribuent à faire prendre conscience de la PCP ou de ses retombées potentielles ou avérées. <i>[Non retenu dans la présente analyse]</i>
Science et état des connaissances	<ul style="list-style-type: none"> • La recherche et les données probantes contribuent à faire prendre conscience de la PCP ou de ses retombées potentielles ou avérées.
Directive politique	<ul style="list-style-type: none"> • La PCP est clairement soutenue par une directive ou autorité politique de haut niveau.
Soutien d'autres acteurs externes	<ul style="list-style-type: none"> • La PCP est soutenue par des acteurs qui œuvrent en dehors des systèmes directement concernés par la PCP. <i>[Non retenu dans la présente analyse]</i>

15. GREENHALGH, T., *op. cit.*

RÉSEAUX D'ÉCHANGE	
Réseaux sociaux	<ul style="list-style-type: none"> • La PCP s'appuie sur des réseaux sociaux formels et informels, horizontaux et verticaux qui favorisent, d'une part, les influences par les pairs et le partage d'un système de valeurs et de références communes et, d'autre part, le déploiement de la PCP.
Réseaux interorganisationnels	<ul style="list-style-type: none"> • La PCP s'appuie sur des réseaux de collaboration entre des organisations qui partagent certaines valeurs, buts ou structures et qui, par leurs échanges, favorisent le déploiement de la PCP.
Leaders d'opinion, champions et acteurs pivots	<ul style="list-style-type: none"> • La PCP s'appuie sur des individus pouvant : <ul style="list-style-type: none"> - influencer les croyances et les actions de leurs collègues en raison de leur autorité, statut, représentativité ou crédibilité (leaders d'opinion). - soutenir fortement la PCP dans leurs réseaux sociaux respectifs (champions); - établir des liens entre l'organisation et l'environnement en promouvant les idées sous-jacentes à la PCP (acteurs pivots).

Les conditions d'efficacité des stratégies, élaborées par Provost et autres (2007), ont aussi été prises en compte au cours du projet, tant pour recenser les façons de faciliter l'intégration des PCP dans le GMF que pour les fins de l'analyse. Ces conditions, connues sous l'acronyme « MAFICO » permettent de documenter des éléments centraux, reliés au succès de l'intervention à implanter. Plus spécifiquement, l'acronyme est formé à partir des conditions suivantes :

- la **M**otivation des milieux;
- l'**A**ccompagnement des milieux;
- la **F**lexibilité de l'intervention;
- l'**I**ntensité de l'intervention;
- la **C**ontinuité de l'intervention;
- l'inclusion de changement **O**rganisationnel dans l'intervention.

Plusieurs de ces conditions se retrouvent également dans le cadre d'analyse de Greenhalgh et autres (2004). C'est le cas notamment de « la motivation des milieux » qui réfère à la réceptivité au changement; de « la flexibilité de l'intervention » qui renvoie à l'adaptation; de « l'accompagnement des milieux » qui rejoint le soutien à la mise en œuvre et de « l'inclusion du changement organisationnel dans l'intervention » qui recoupe des éléments que l'on retrouve dans l'adéquation du contexte pour l'innovation.

3.3 Collecte de données

Étant donné que l'évaluation accompagnait la mise en place des PCP dans le milieu clinique, de nombreuses collectes de données ont été réalisées tout au long de l'implantation du projet. Certaines d'entre elles ont porté sur la pratique courante des infirmières, eu égard à la clientèle visée. D'autres ont documenté, selon les différentes phases, comment l'implantation se déroulait concrètement en tenant compte des éléments jugés facilitants ou des difficultés rencontrées par les infirmières. Le tableau suivant présente les différentes étapes de collecte de données suivant la séquence chronologique de réalisation ainsi que les sources de données. Le texte qui suit ce tableau fournit le détail pour chaque source de données.

Tableau III.
Étapes des collectes de données

DATE	SOURCE DE DONNÉES	INFORMATION SUR LA COLLECTE DE DONNÉES
OCTOBRE 2012 À MAI 2015	OBSERVATION DES RENCONTRES	<ul style="list-style-type: none"> Information colligée tout au long des rencontres de travail tenues au GMF avec la participation des infirmières, du conseiller clinicien et de la facilitatrice, responsable du projet.
MAI 2013	JOURNAL DE BORD	<ul style="list-style-type: none"> En plus de documenter le profil des personnes âgées de 50 ans et plus qui consultent les infirmières à partir des données sociodémographiques, diagnostics ou principaux problèmes de santé, la collecte de données visait à apprécier la pertinence, au moment de la consultation, de leur proposer ou non les deux PCP. Cette collecte s'est déroulée pendant une semaine.
JUIN 2013 SEPTEMBRE 2013	REVUE DE DOSSIERS	<ul style="list-style-type: none"> Révision de 12 dossiers de personnes âgées de 50 ans et plus, incluant le prétest, afin de vérifier la nature de l'information notée au dossier pour les deux PCP proposées. Révision de 25 autres dossiers de personnes âgées de 50 ans et plus. <ul style="list-style-type: none"> Au total, 37 dossiers de personnes âgées de 50 ans et plus qui consultent les infirmières ont été révisés par les professionnelles chargées de l'évaluation.
NOVEMBRE 2013	ENTREVUES INDIVIDUELLES	<ul style="list-style-type: none"> Entrevues réalisées par la facilitatrice auprès des 3 infirmières du GMF pour vérifier leur compréhension du projet, identifier les contraintes rencontrées et certaines pistes ou propositions d'amélioration.
DE JANVIER À MARS 2014	ÉVALUATION DES RISQUES DE CHUTE DES PATIENTS	<ul style="list-style-type: none"> Collecte de données servant à : <ol style="list-style-type: none"> quantifier le volume de personnes âgées de 65 ans et plus qui consultent les infirmières du GMF; évaluer les facteurs de risque de chute de ces personnes à partir de l'acronyme « CAPTE »; celui-ci a évolué en cours d'expérimentation.
AVRIL 2014	ENTREVUES INDIVIDUELLES	<ul style="list-style-type: none"> Entrevues auprès des infirmières et de leur supérieur immédiat, conseiller clinicien du CSSS, visant à documenter le contexte de pratique ainsi que les principales difficultés rencontrées.
NOVEMBRE 2014	ÉVALUATION DE LA FAISABILITÉ DE RÉALISER LES PCP	<ul style="list-style-type: none"> Collecte de données visant à vérifier la faisabilité d'évaluer les patients âgés de 65 ans et plus, à partir de l'acronyme modifié, sur une période concentrée (un mois) plutôt que continue, tout au long de l'année; vérifier également combien de personnes auront été évaluées et parmi elles, combien auront été dirigées à un programme du continuum de services en prévention des chutes.
JANVIER 2015	REVUE DE DOSSIERS	<ul style="list-style-type: none"> Consultation de 40 dossiers de personnes de 65 ans et plus ayant été rencontrées par les infirmières en novembre dernier. Valider la présence de notes au dossier relativement à l'évaluation des facteurs de risque de chute à partir de l'acronyme utilisé.
DE FIN JANVIER À DÉBUT MARS 2015	ENTREVUES INDIVIDUELLES	<ul style="list-style-type: none"> Entrevues auprès des infirmières, du conseiller clinicien et des personnes responsables des programmes du continuum en prévention des chutes.

3.3.1 Observations lors des rencontres

Les professionnelles chargées de l'évaluation ont participé à toutes les rencontres de travail au GMF, et ce, dès la première rencontre visant à présenter le projet aux membres de l'équipe clinique du GMF. Un compte rendu de chacune des rencontres au GMF a été rédigé et transmis au milieu clinique afin de faire état des discussions et des décisions prises durant la séance relativement aux PCP. De même, les outils élaborés par la DSPublique tout au long du projet étaient également transmis aux infirmières à la suite des rencontres.

3.3.2 Journal de bord rempli par les infirmières du GMF

Afin de documenter le profil de la clientèle ciblée par les PCP proposées en prévention des chutes (personnes âgées de 50 ans et plus qui consultent les infirmières en GMF), un outil servant de « Journal de bord » a été conçu par la DSPublique. Les infirmières devaient y noter les principales caractéristiques sociodémographiques (sexe et âge), le ou les diagnostics de la personne ou ses principaux problèmes de santé et la raison de consultation. Elles devaient également apprécier, au moment de la consultation, et ce, pour chaque client, si elles jugeaient pertinent de recommander ou non la pratique de l'activité physique ainsi que la prise de la vitamine D et le noter sur l'outil. Cette collecte de données s'est déroulée pendant une semaine (du 13 au 17 mai 2013). L'information ainsi colligée par les infirmières GMF a été transmise aux professionnelles chargées de l'évaluation qui ont procédé à l'analyse. L'outil « Journal de bord » est présenté à l'[Annexe B](#).

3.3.3 Revue de dossiers visant à documenter la pratique habituelle

Avant de démarrer l'expérimentation, une revue de dossiers réalisée par les professionnelles chargées de l'évaluation avait pour objectif de documenter la pratique habituelle des infirmières GMF quant à la promotion de l'activité physique et à l'ordonnance de la vitamine D. Les infirmières du GMF ont été invitées à recenser les dossiers, parmi l'ensemble de leur charge de cas, des patients de 50 ans et plus qui les consultent pour différents problèmes chroniques. En juin 2013, deux séances de révision de dossiers ont été réalisées : tout d'abord, le prétest servant à valider la grille de collecte de données a été fait pour six dossiers alors que la séance suivante a permis de revoir neuf dossiers, dont trois avaient fait partie du prétest. En septembre 2013, 25 autres dossiers ont été révisés pour un total de 37 dossiers consultés. Cette revue de dossiers tenait compte des trois dernières années, soit de 2010 à 2013.

3.3.4 Évaluation des patients

En cours d'implantation, quelques collectes de données auprès des patients ont été proposées aux infirmières. La première collecte, qui s'est déroulée de janvier à avril 2014, visait d'une part à documenter le profil des aînés âgés de 65 ans et plus qui les consultent et d'autre part, à évaluer les facteurs de risques de chute de ces patients à partir d'un acronyme : « CAPTE », qui s'est modifié en cours d'expérimentation. Le détail concernant l'utilisation de l'acronyme et de son évolution dans le temps est fourni dans la section des résultats.

En novembre 2014, une autre collecte de données a été faite par les infirmières durant un mois. Cette collecte visait à vérifier la faisabilité de réaliser l'évaluation des facteurs de risque de chute et de diriger les personnes vers le continuum de services en prévention des chutes selon une période de temps définie et concentrée plutôt qu'en continu, tout au long de l'année. Sur la liste de rendez-vous, les infirmières devaient identifier les personnes âgées de 65 ans et plus et, au moment de la consultation, elles devaient procéder à l'évaluation des risques de chute à partir de l'acronyme adapté.

3.3.5 Entrevues semi-dirigées

Des entrevues ont été réalisées à différentes périodes avec les personnes directement impliquées dans le projet. Elles visaient à recueillir, par exemple, l'opinion des infirmières à l'égard du projet mis en place, ainsi que les éléments pour lesquels des ajustements méritaient d'être apportés.

L'expérimentation du projet ayant débuté en septembre 2013, il a semblé important, en novembre, de vérifier la compréhension de chacune des infirmières quant aux interventions à mettre en place et de recueillir leur point de vue

sur l'ensemble de l'expérience. Des entrevues individuelles ont alors été réalisées par la facilitatrice; cela a été l'occasion de documenter les problèmes rencontrés et de rappeler certaines indications relatives aux PCP.

Deux autres séries d'entrevues individuelles ont été conduites par les responsables de l'évaluation. La première a eu lieu en avril 2014 auprès des trois infirmières GMF et de leur supérieur immédiat (conseiller clinicien). Elle visait à documenter leur contexte de pratique et à recenser les principales difficultés qu'elles rencontraient dans l'intégration du projet PCP. En janvier et mars 2015, une seconde série d'entrevues a servi à faire le point sur l'ensemble du projet PCP, tel que mis en place. Outre les infirmières, leur supérieur immédiat (conseiller clinicien) ainsi que les deux personnes responsables des programmes du continuum de services en prévention des chutes ont été rencontrés.

Pour chaque série d'entrevues, un canevas a été élaboré dans lequel les questions tenaient compte des conditions d'efficacité et des déterminants qui influencent l'adoption, la diffusion et l'implantation d'innovations issues des deux cadres d'analyse. Les guides d'entrevues sont disponibles à l'[Annexe C](#).

3.3.6 Revue de dossiers visant à documenter l'intégration de la PCP

Une revue de dossiers a été réalisée en janvier 2015 afin de vérifier quelle information avait été notée par les infirmières après plusieurs mois d'expérimentation de la PCP portant sur l'activité physique dans le GMF. La grille utilisée ayant servi à cet exercice est présentée à l'[Annexe D](#).

3.3.7 Références aux programmes du continuum

Un outil (voir [Annexe E](#)) servant à diriger les personnes vers les différents programmes du continuum en prévention des chutes a été élaboré par la DSPublique, puis proposé aux infirmières. Celui-ci consistait en une fiche où l'infirmière inscrivait toute l'information pertinente concernant l'utilisateur (ex. : caractéristiques sociodémographiques, facteurs de risque de chute, principaux diagnostics ou problèmes de santé), fiche qu'elle transmettait ensuite à la responsable du programme ciblé (ex. : VACTIVE). Cette dernière rencontrait ou contactait l'utilisateur pour valider l'orientation proposée et vérifier s'il répondait aux critères du programme ainsi que son intérêt à y participer. Enfin, à la suite de sa propre évaluation, la responsable du programme notait si la personne avait fait son inscription ou si son nom se trouvait sur une liste d'attente. Une copie des fiches servant aux références était ensuite transmise aux professionnelles de la DSPublique, chargées de l'évaluation, pour compilation et analyse.

3.4 Analyse des données

L'analyse des données a été menée à différents moments, de façon concomitante à la mise en place du projet. L'analyse a porté sur le processus d'implantation de même que sur les résultats découlant des différentes collectes de données concernant la clientèle rejointe.

Les données sur les caractéristiques de la clientèle visée ont été colligées et analysées par les professionnelles chargées de l'évaluation, dès que l'information a été disponible. Pour la revue de dossiers, une compilation des données a d'abord été réalisée à partir des différentes variables servant à brosser un portrait d'ensemble. En plus des caractéristiques sociodémographiques, l'information disponible portant sur le type de problèmes de santé ainsi que des données tirées des notes évolutives des infirmières quant aux PCP retenues ont été analysées selon le sexe et l'âge de manière à dégager un portrait le plus détaillé possible. Les résultats ont été présentés lors d'une séance de travail avec les infirmières du GMF afin d'orienter les suites à donner au projet.

Les données tirées des entrevues ont été traitées à partir des dimensions des cadres d'analyse retenus. Une synthèse relativement exhaustive a d'abord été transcrite pour chaque entrevue avant de procéder à leur examen. Enfin, l'ensemble du matériel colligé tout au long du projet, lors des séances de travail au GMF ainsi qu'à partir des échanges entre la facilitatrice et les intervenants du milieu (infirmières, conseiller clinicien, médecin responsable du GMF), a été pris en compte dans ce travail. L'analyse des phases du processus de changement des pratiques¹¹ s'est avérée utile pour décrire le projet selon la séquence des étapes réalisées. Le modèle de diffusion d'une innovation au sein des organisations et les conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques (MAFICO) ont servi à dégager des pistes pour expliquer la façon que les PCP se sont implantées et à dégager les éléments facilitants et les difficultés rencontrées.

IV. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Ce chapitre se divise en deux sections. La première section relate les différentes étapes parcourues pour la mise en place du projet en suivant la séquence chronologique. Un bref résumé fait état des orientations privilégiées et des décisions prises lors des séances de travail dans le milieu clinique. Des échanges par courriel entre les personnes clés ont aussi été consignés, fournissant des éléments pouvant aider à la compréhension du déroulement du projet. Enfin, les points forts, les difficultés rencontrées ainsi que les recommandations sont recensés sous forme de synthèse à la fin de chacune des étapes.

La seconde section présente les caractéristiques des clients du GMF qui ont été évalués par les infirmières ainsi que ceux qui ont été dirigés vers l'un ou l'autre des programmes du continuum en prévention des chutes.

4.1 Description de l'implantation des PCP en prévention des chutes selon la chronologie des étapes réalisées

Cette section fait état de l'ensemble du projet depuis sa conception par un médecin-conseil de la DSPublique qui a également joué de rôle de facilitatrice dans le milieu clinique. La description de l'implantation des PCP dans le GMF reprend la séquence de la réalisation des étapes sur le terrain, telles qu'elles ont été réalisées en faisant référence aux phases du processus de changement de pratiques documentées par Provost et autres (2013).

4.1.1 Étape 1 – Documenter la pratique recommandée et les modes d'organisation entre le GMF et le CSSS

Afin de compléter le continuum de services en prévention des chutes disponible dans la région, un médecin-conseil de la DSPublique a documenté, en 2011, les interventions faisant consensus dans la littérature en matière de pratiques préventives dont l'efficacité a été démontrée. Les recommandations d'un organisme international et d'une revue de la littérature scientifique sur le sujet ont permis de retenir deux recommandations qui s'appuient sur des données probantes, soit la promotion de l'activité physique et la prise de la vitamine D.

Le projet à l'intention des GMF visait à ce que les PCP reconnues efficaces soient intégrées dans les pratiques des infirmières et potentiellement, dans celles des médecins. Ce type de milieu clinique (GMF) apparaissait tout à fait approprié étant donné qu'une de leurs particularités réside dans le travail de collaboration, entre un groupe de médecins de famille et des infirmières, dans la prise en charge et le suivi de patients ayant des problèmes chroniques de santé. Les infirmières occupent différentes fonctions, dont l'évaluation de l'état de santé du patient, la réalisation d'activités d'éducation et de counseling et la référence des patients aux services des ressources communautaires.

Il est apparu également important pour le médecin-conseil de la DSPublique, responsable du projet, de bien saisir les modalités de fonctionnement qui liaient les GMF au personnel infirmier relevant administrativement des CSSS. Des précisions à ce sujet lui ont été fournies par des collègues qui avaient développé, au cours des dernières années, des collaborations de travail avec des gestionnaires de CSSS pour la mise en place de pratiques cliniques visant à prévenir les ITSS. Cette étape, préalable à la sollicitation d'un milieu clinique pour implanter le projet, s'est avérée tout à fait utile à la poursuite des démarches, tant auprès du CSSS que des GMF qui ont été approchés dans le cadre du projet.

Étape 1.
Documenter la pratique recommandée et les modes d'organisation entre le GMF et le CSSS

► Points forts ◀

- La documentation de revues de littérature critique a permis de retenir des pratiques préventives qui reposent sur des données probantes.
- Le fait d'avoir pris le temps de se renseigner sur les modalités organisationnelles qui encadrent le travail des infirmières GMF alors qu'elles relèvent sur le plan administratif des CSSS a fourni une information centrale aux contacts à initier avec les gestionnaires en CSSS pour leur proposer le projet. Cette information a aussi servi à considérer les modalités pouvant avoir un impact sur l'adoption de nouvelles pratiques en GMF.

4.1.2 Étape 2 – Obtenir l'accord d'un milieu

Plusieurs démarches ont été entreprises pour que le projet s'implante dans un milieu clinique de la région. Tout d'abord, des critères servant au choix du territoire de CSSS où le projet serait implanté ont été formulés par la DSPublique. Ces critères sont les suivants :

- avoir participé antérieurement à des projets visant la prévention et la promotion de la santé auprès des personnes âgées ou en avoir l'intérêt;
- compter sur la présence d'une forte densité de personnes âgées et sur un certain nombre de milieux cliniques sur le territoire;
- avoir été impliqué de manière importante, au sein de la région, en prévention des chutes;
- offrir la gamme la plus étendue possible des services du continuum en prévention des chutes, incluant les programmes VACTIVE, PIED, ÉquILIBRE et MARCHE;
- avoir une ouverture à développer un nouveau projet en milieu clinique visant des pratiques cliniques pour prévenir les chutes;
- avoir une vocation universitaire et d'enseignement;
- pouvoir compter sur du financement pouvant favoriser la réalisation du présent projet.

Le territoire du CSSS de la Vieille-Capitale ayant rencontré ces critères a été retenu. À l'automne 2011, la responsable du projet de la DSPublique a sollicité la directrice des soins infirmiers du CSSS et son adjoint, conseiller clinicien, pour leur présenter le projet et vérifier leur intérêt. Comme ces derniers ont accepté d'aller de l'avant, ils ont proposé quelques GMF pouvant être intéressés par ce projet en prévention des chutes dans leur milieu clinique.

Il a été convenu d'approcher d'abord un GMF ayant amorcé, quelques années auparavant, une réflexion visant à intégrer des pratiques cliniques en prévention des chutes, et ce, avec le soutien de la DSPublique. Pour différentes raisons, ces démarches avaient cessé et n'avaient pas été reprises. Un second milieu clinique a aussi été approché et une étude de faisabilité a été réalisée par une résidente en santé communautaire¹⁶. Malgré l'intérêt du médecin responsable de ce GMF, les résultats de l'étude ont recensé la présence de diverses contraintes faisant en sorte qu'il ne pouvait, à ce moment, accueillir le projet. À la suite de ce constat, un troisième GMF du territoire a été sollicité, sans succès toutefois, faute de ressources et de disponibilité du personnel médical et infirmier. Finalement, en mai 2012, le projet a été proposé à un quatrième GMF; le médecin responsable de ce GMF a montré de l'ouverture à ce qu'une présentation soit faite à l'ensemble des professionnels de la clinique et que le sujet soit discuté lors d'une réunion des intervenants du GMF avant de donner son accord au projet.

16. KOM MOGTO, C. A. *Évaluation de la faisabilité*, Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale, mars 2012

**Brève description du GMF
ayant accepté d'implanter le projet de PCP en prévention des chutes**

Le GMF qui a accepté d'implanter des PCP en prévention des chutes est accrédité depuis 2005. Au moment de l'étude, ce GMF comprenait 18 médecins de famille et trois infirmières relevant du CSSS et dédiées aux fonctions du GMF, une équipe administrative en plus de compter sur la collaboration de plusieurs médecins spécialistes (cardiologue, chirurgien, dermatologue, gynécologue-obstétricien, hématologue, neurologue, etc.) et autres professionnels, tels que psychologue et nutritionniste.

À l'automne 2012, le GMF estimait à près de 24 000 le nombre de patients inscrits, dont un peu plus de 7 000 répondaient aux critères qui définissent les « personnes vulnérables ». De plus, environ 1 000 enfants étaient âgés de 0-5 ans alors que près de 2 500 personnes se retrouvaient parmi les 70 ans et plus. Les patients de ce GMF résidaient principalement sur le territoire immédiat où la clinique est située, bien que plusieurs personnes demeuraient dans des territoires périphériques et certains, dans une région administrative différente.

En octobre 2012, la médecin conseil de la DSPublique a fait une présentation sommaire à 12 médecins et à deux des trois infirmières du GMF. La problématique des chutes chez les aînés à partir de la littérature consultée et des recommandations qui s'en dégagent a d'abord été exposée. Les grandes lignes du projet portant sur les PCP ont ensuite été énoncées relativement à l'approche de facilitation et de la tenue de rencontres régulières avec les infirmières et un médecin afin de convenir d'une intervention préventive adaptée au milieu. L'intervention proposée visait à évaluer le risque de chute des personnes âgées de 50 ans et plus et à promouvoir l'activité physique ainsi que la prise de la vitamine D. Il était convenu que la DSPublique se chargeait d'élaborer les outils pour soutenir l'intervention, tels qu'un répertoire d'activités physiques disponibles sur leur territoire et un algorithme d'aide à la décision pour faciliter la référence à l'un ou l'autre des programmes du continuum de service en prévention des chutes.

Après discussion, malgré l'intérêt mitigé de certains médecins qui ne voyaient pas la valeur ajoutée du projet proposé, quelques-uns ont fait valoir qu'une amélioration pourrait être apportée quant à la prescription de la vitamine D chez les hommes âgés de 50 ans et plus puisque cette pratique n'était pas aussi systématique que pour les femmes du même groupe d'âge. À ce sujet, l'utilisation d'un bloc d'ordonnances, par exemple sous le modèle utilisé en 0.5.30 (Combinaison prévention), a été suggérée. Concernant la promotion de l'activité physique, des médecins ont reconnu la pertinence de consulter le répertoire de ressources en activité physique par secteur géographique, tel que la DSPublique le suggérait. Pour sa part, une infirmière a démontré de l'intérêt pour jouer un rôle « pivot » auprès de ses collègues pour la suite du projet.

Aux termes de cette rencontre, les orientations suivantes ont été prises :

- le projet débiterait par quelques objectifs simples afin que les PCP soient appliquées rapidement;
- les infirmières agiraient comme personnes clés dans cette démarche. Une d'entre elles collaborerait à l'élaboration du projet avec la DSPublique et agirait comme porte-parole auprès de ses collègues du GMF;
- les médecins débiteraient leur implication quant à l'ordonnance de la vitamine D à moyen terme;
- le conseiller clinicien du CSSS collaborerait à l'ensemble du projet, entre autres par sa participation aux rencontres.

Étape 2.
Obtenir l'accord du milieu

► Points forts ◀

- L'accord obtenu de la directrice des soins infirmiers du CSSS et de son adjoint, conseiller clinicien en soins infirmiers, pour que le projet de PCP en prévention des chutes puisse s'implanter dans un GMF de leur territoire consiste en un point de départ favorable. L'expérimentation d'un autre projet de PCP (en ITSS) sur ce territoire a été un élément positif dans l'acceptation des gestionnaires pour un projet en prévention des chutes.
- La prise en compte, par la médecin-conseil de la DSPublique, du contexte des différents milieux cliniques proposés a permis d'identifier rapidement les difficultés faisant en sorte que ces milieux ne s'avéraient pas propices à l'actualisation du projet tel que proposé. Certains milieux ont donc été rejetés aux fins du projet.
- La présentation (nature et quantité de l'information transmise) réalisée par la médecin-conseil de la DSPublique à l'équipe de professionnels (médecins et infirmières) sur les connaissances de la problématique des chutes et sur les pratiques recommandées a mis en évidence une information qui repose sur les données probantes.

► Points faibles ◀

- Sur le territoire du CSSS retenu, plusieurs tentatives ont été réalisées avant de trouver un milieu qui accepte d'implanter le projet PCP, ce qui a nécessité beaucoup de temps et d'énergie. Plusieurs éléments peuvent expliquer ce constat : en raison de leur récente collaboration avec les GMF, les gestionnaires du CSSS avaient une connaissance partielle de leur contexte de pratique dans certains cas ou, dans d'autres cas, le choix de la problématique ne permettait pas d'apporter une « valeur ajoutée » à la pratique des infirmières et des médecins.

► Recommandation ◀

- Les gestionnaires des CSSS devraient avoir une connaissance suffisante des différents contextes de pratique leur permettant d'identifier les milieux cliniques aptes à accueillir ce type de projet.

4.1.3 Étapes 3 et 4 – Négocier une pratique/Documenter la pratique habituelle d'un milieu selon la thématique

En novembre 2012 et en février 2013, deux rencontres de travail ont eu lieu au GMF entre la facilitatrice, l'infirmière pivot, le conseiller clinicien en soins infirmiers du CSSS (présent à une des deux rencontres) ainsi que les deux professionnelles chargées de l'évaluation du projet. Ces premières rencontres visaient à identifier les modalités pour que le projet PCP prenne forme dans le GMF, à partir des deux recommandations retenues (la promotion de l'activité physique et l'ordonnance de la vitamine D). La facilitatrice a proposé des outils, développés par la DSPublique, pouvant servir à soutenir l'application des PCP dans la pratique des infirmières.

Trois outils ont été discutés avec l'infirmière pivot. Tout d'abord, un algorithme d'aide à la décision a été élaboré pour orienter le patient vers les différents programmes du continuum de services en prévention des chutes dans la région selon la présence ou non de facteurs de risque. Cet outil devait également servir aux références aux services du continuum. De plus, un répertoire renfermant les activités physiques disponibles dans un secteur géographique situé à proximité du GMF servait à proposer différentes activités aux personnes ciblées par le projet. Il était prévu que d'autres répertoires suivraient par la suite afin de couvrir le plus largement possible la clientèle qui consulte à ce GMF et résidant dans d'autres secteurs. Enfin, un modèle d'ordonnance de la vitamine D a été conçu à l'intention des médecins. Des commentaires de l'infirmière pivot ont permis d'apporter quelques ajustements aux outils avant de les soumettre à nouveau à son attention pour qu'elle les présente à ses collègues infirmières.

Les rencontres se sont tenues au GMF à intervalle régulier avec la participation des trois infirmières du GMF, le conseiller clinicien et les professionnelles chargées de l'évaluation. L'animation des rencontres était assumée par la facilitatrice. Aussi, plusieurs courriers électroniques ont été échangés entre la facilitatrice, les infirmières, le conseiller

clinicien et le médecin responsable du GMF tout au long du projet. Ces échanges visaient à communiquer de l'information en lien avec les PCP retenues, à transmettre les comptes rendus des rencontres ou les dernières versions des outils servant aux interventions et finalement, à planifier les rencontres suivantes.

En mai 2013, la rencontre de travail a porté sur la pratique courante des infirmières au GMF et sur leur mode de collaboration avec l'équipe médicale. La nature des activités réalisées, le profil de la clientèle qui consulte les infirmières ainsi que les modes de pratique au GMF ont été abordés, particulièrement en ce qui a trait aux pratiques professionnelles liées à la prescription de la vitamine D et à la promotion de l'activité physique. Ces interventions ont été documentées à l'aide d'un questionnaire (voir [Annexe F](#)); celui-ci a fait ressortir que ces pratiques n'étaient pas réalisées de manière systématique, particulièrement en ce qui a trait à la promotion de l'activité physique. Les infirmières ont fait valoir ne pas être outillées pour évaluer les besoins des patients qui pratiquent une ou plusieurs activités physiques, à des degrés divers, ou pour soutenir ceux qui ne sont pas suffisamment actifs.

Suivant ces observations, une collecte de données a été proposée aux infirmières. Elle poursuivait deux objectifs : 1) apprécier le volume de personnes âgées de 50 ans et plus parmi leur clientèle; 2) estimer s'il serait pertinent de proposer les pratiques cliniques (la pratique de l'activité physique et l'ordonnance de la vitamine D) à leur client lors de la consultation. Cette collecte a été réalisée pendant une semaine, à l'aide d'une grille (un Journal de bord) conçue par la DSPublique. À ce stade du projet, cet exercice visait à apprécier le « potentiel » d'implanter les PCP en prévention des chutes pour la clientèle ciblée dans ce GMF.

Résultats découlant de la collecte de données à partir du Journal de bord

Les résultats ont fait ressortir que deux des trois infirmières ont vu 49 personnes âgées de 50 ans et plus au cours de cette semaine, soit 17 femmes (34,7 %) et 32 hommes (65,3 %) dont l'âge moyen était de 67,2 ans. Les principaux diagnostics pour lesquels les personnes ont consulté les infirmières étaient le diabète de type 2 (36,7 %) et l'hypertension artérielle (HTA) (24,5 %). Un certain nombre de personnes cumulaient également ces deux diagnostics, lesquels étaient parfois associés à d'autres problématiques, comme la dyslipidémie ou l'insuffisance rénale chronique.

Les raisons d'intervention étaient variées : plusieurs étaient directement reliées aux problèmes de santé indiqués, notamment en ce qui a trait à la tension artérielle (prise de la tension ou suivi) ou au diabète (vérification de la glycémie, ajustement de l'insuline, plaies, suivi, etc.). Des raisons de consultation touchaient d'autres problématiques, dont des troubles cognitifs, une dépression ou de l'arthrose, alors que d'autres visites visaient à solutionner un problème ponctuel, comme le nettoyage des conduits auditifs.

Parmi les 49 personnes recensées, les infirmières auraient jugé pertinent d'aborder l'activité physique auprès de 22 d'entre elles (44,9 %) et de prescrire de la vitamine D à 27 personnes (55,1 %). Elles ont jugé, par ailleurs, qu'il n'aurait pas été pertinent de parler ni de l'activité physique et ni de vitamine D dans 12 cas (24,4 %) étant donné que ces personnes prenaient déjà de la vitamine D. Les résultats de cette collecte de données sont présentés en détail à [l'Annexe G](#).

En complément à cette collecte, une revue de dossiers a été amorcée par la DSPublique en juin, puis complétée en septembre 2013 afin de documenter la nature de l'information notée au dossier des personnes âgées de 50 ans et plus quant à la pratique de l'activité physique et de la prise de vitamine D. Cette revue de dossiers, réalisée par les responsables de l'évaluation de la DSPublique, a porté sur les trois ans précédant la collecte, soit de 2010 à 2013.

Résultats tirés de la revue de dossiers

Au total, 37 dossiers ont été consultés, répartis également entre les femmes (51,4 %) et les hommes (48,6 %). La moyenne d'âge est de 69 ans, allant de 52 à 90 ans. Parmi les 19 femmes, six (31,6 %) étaient âgées de 50 à 64 ans et treize (68,4 %), de 65 ans ou plus. Chez les 18 hommes, huit (44,4%) étaient âgés de 50 à 64 ans, alors que les dix autres (55,6%) étaient âgés de 65 ans ou plus (voir [Annexe H](#)).

Ces personnes présentaient plusieurs problèmes de santé, particulièrement le diabète de type 2 et l'HTA qui touchent 19 des 37 personnes. Plusieurs autres problèmes de santé ont aussi été relevés, tels que la dyslipidémie, l'hyperlipidémie, des troubles de l'humeur ou des problèmes visuels. De plus, la grande majorité de ces personnes prenaient de nombreux médicaments.

Concernant l'information inscrite au dossier en ce qui a trait à la pratique d'une activité physique et la prise de la vitamine D, les constats suivants ont été dégagés.

La pratique d'une activité physique

De l'information sur l'activité physique était inscrite dans 22 des 37 dossiers (59,5 %), consignée dans les notes évolutives; aucun outil spécifique n'avait été utilisé par les infirmières à ce sujet. L'information n'était pas systématique d'un dossier à l'autre, chaque infirmière ayant sa façon de noter l'information. Par exemple, voici quelques notes concernant la pratique ou non de l'activité physique :

- « S'entraîne 5x/sem. à Énergie Cardio; 20 min. cardio. »
- « Ski. Perte d'équilibre. »
- « Aucune activité physique régulière. Patient a joué au golf cet été. »
- « Personne active, marche 45 minutes/jour. Fait tapis roulant. »
- « Surplus de poids. Sédentaire. »

La prise de la vitamine D

L'information sur la prise de la vitamine D a été répertoriée dans onze dossiers (29,7 %). Cette information accompagnait généralement la liste des médicaments, mais elle pouvait aussi être indiquée dans les notes évolutives, quoique beaucoup plus rarement, comme dans ce cas particulier :

- « Ne prend pas de calcium ni de vitamine D. »

Par ailleurs, quelques commentaires inscrits dans les notes évolutives ont permis de brosser un portrait un peu plus complet des situations rencontrées, par exemple :

- « Maladresse avec parfois chute; douleur membre inférieur, surtout genou, difficulté à se relever. »
- « Douleur chronique à la hanche et aux genoux. »
- « Marche avec déambulateur. »
- « Manque de souffle, ex. finir les phrases. »

En outre, aucune évaluation systématique n'a été recensée dans les dossiers consultés relativement à la pratique de l'activité physique ou à la consommation de calcium.

Lors de la rencontre tenue en juillet 2013, les infirmières ont relevé le besoin de mieux connaître les différents programmes du continuum de services en prévention des chutes, ce qui a été appuyé par le conseiller clinicien. De plus, les outils développés dans le cadre du projet ont été présentés, soit :

- des répertoires d'activités physiques pour adultes et aînés dans trois secteurs géographiques desservis par le GMF;
- un algorithme servant à orienter le patient vers le « bon » programme du continuum de services en prévention des chutes; un formulaire de référence pour l'un ou l'autre des programmes se trouvait au verso;
- un questionnaire visant à évaluer le niveau d'activité physique des patients et la motivation des personnes qui ne sont pas dirigées vers un des programmes du continuum;
- un modèle de prescription (bloc d'ordonnances) pour la vitamine D.

Aux termes de la rencontre, il a été convenu que les infirmières commenceraient à utiliser les outils pendant quelques mois, sans toutefois transmettre de références formelles. Un retour sur leur expérience serait fait au début de l'automne. De son côté, la facilitatrice devait interpeler les personnes responsables des programmes du continuum pour les inviter à participer à la prochaine rencontre, au retour des vacances, afin de présenter les caractéristiques des différents programmes.

Étapes 3 et 4. Négocier une pratique Documenter la pratique habituelle d'un milieu selon la thématique
► Points forts ◀
<ul style="list-style-type: none"> • Les collectes de données ont confirmé la pertinence d'implanter les PCP proposées. • L'implication du conseiller clinicien du CSSS aux rencontres de travail a fourni un soutien immédiat et appréciable aux infirmières. • Les échanges avec les infirmières ont fait ressortir certaines difficultés, dont leur méconnaissance des programmes en prévention des chutes. Des outils pour pallier à cette lacune ont été proposés.
► Points faibles ◀
<ul style="list-style-type: none"> • L'identification de la problématique pour la mise en place de PCP, sans avoir validé la nature des besoins réels du milieu de pratique, représente une lacune au départ du projet. • Pour les infirmières qui n'étaient pas familières avec la problématique des chutes, le projet proposé a été perçu comme étant complexe, entre autres parce qu'il renfermait plusieurs volets. • Les infirmières n'ont pas bien compris ce qui était attendu de leur part quant au rôle à jouer dans l'élaboration du projet. • L'algorithme proposé au départ du projet était complexe à utiliser d'autant plus que les infirmières ne distinguaient pas bien les différents programmes du continuum de prévention des chutes entre eux.
► Recommandations ◀
<ul style="list-style-type: none"> • Documenter, tôt dans le projet, la pratique courante des infirmières dans le milieu clinique afin de construire sur ces assises pour élaborer et proposer les modalités à mettre de l'avant. • Prévoir une formation sur la problématique et les facteurs de risque de chute, sur les PCP à implanter ainsi que sur les services disponibles (les programmes du continuum de services et les critères d'inscription). • Privilégier de démarrer avec une seule PCP à la fois et, selon les succès observés et la réceptivité du milieu, en introduire une autre par la suite.

4.1.4 Étape 5 – Expérimenter, faire un retour, ajuster

Lors de la rencontre de septembre 2013, les responsables du continuum de services en prévention des chutes ont présenté les différents programmes en précisant les spécificités de chacun ainsi que les critères d'inscription. Leur présence a permis de répondre aux questions des infirmières et de préciser les critères d'éligibilité au programme du SAD. Le respect de ces critères est requis pour orienter des personnes âgées vers le programme MARCHE qui relève du SAD.

Dans la foulée de l'information présentée, il a été convenu avec les infirmières de débiter les interventions concernant la promotion de l'activité physique auprès de leurs patients âgés de 50 ans et plus en les invitant à noter les difficultés qu'elles rencontreraient. Les outils servant à la prescription de la vitamine D n'étant pas disponibles, cette PCP n'était pas à réaliser à ce moment. Le début de l'expérimentation de la PCP sur l'activité physique a donc débuté en septembre 2013.

L'information suivante précise la nature de ce qui était défini comme pratique à mettre en œuvre par les infirmières du GMF :

Pratique retenue n° 1 Nature de l'intervention concernant la promotion de l'activité physique et l'ordonnance de la vitamine D
<ul style="list-style-type: none">• Évaluer le risque de chute de l'ensemble des patients de 50 ans et plus qui les consultent.• Amener les personnes sédentaires à bouger à une intensité légère pendant 30 minutes à raison de trois fois/semaine.• Amener les personnes déjà actives à réaliser des activités physiques selon les recommandations des organismes reconnus, soit 150 minutes/semaine.• Remplir l'outil d'aide à la décision (l'algorithme) pour les patients âgés de 50 ans et plus qui les consultent durant cette période, et ce, afin de se familiariser avec cet outil.• Remplir l'outil de référence (verso de l'algorithme) et le transmettre à la personne responsable du programme en prévention des chutes.• Utiliser les autres outils (outil d'appréciation du niveau d'activité physique et répertoire d'activités physiques) selon les besoins et la pertinence de la situation.

En octobre 2013, les données tirées du journal de bord des infirmières et celles dégagées de la revue de dossiers ont été présentées aux infirmières. Aussi, un retour sur l'expérimentation a donné l'occasion aux infirmières de relever les difficultés rencontrées. Pour elles, l'algorithme n'était pas adapté à leur clientèle âgée de 50 à 64 ans, étant donné que ces personnes sont très actives. Pour cette raison, elles n'ont pas utilisé l'outil servant à évaluer le risque de chute ni fait de référence à l'un ou l'autre des programmes du continuum. Dans les faits, les infirmières étaient mal à l'aise d'aborder d'emblée le sujet des chutes avec leurs patients; elles préféraient commencer en les sensibilisant à l'importance de faire de l'activité physique. Toutefois, l'outil servant à apprécier le temps accordé à la pratique de l'activité physique n'a pas été utilisé. Ces observations ont donné lieu à des adaptations importantes quant aux interventions à réaliser en matière de PCP pour la suite.

Ainsi, la pratique retenue a été adaptée afin d'être en mesure de cibler dorénavant la clientèle âgée de 65 ans et plus tel qu'indiqué dans les lignes suivantes :

Pratique retenue n° 2
Nature de l'intervention concernant la promotion de l'activité physique et l'ordonnance de la vitamine D

- Évaluer le risque de chute de chaque patient de 65 ans et plus qui les consulte.
- Noter l'information sur l'algorithme.
- Les modalités de référence sont les mêmes que celles de la pratique n° 1.
- Ne plus utiliser l'outil servant à apprécier le temps mis à la pratique de l'activité physique.
- La PCP relative à l'ordonnance de la vitamine D n'est pas mise en pratique, le « bloc » de prescriptions n'est pas disponible et il a été convenu de prioriser une PCP à la fois.

À la fin novembre 2013, étant donné l'absence de références aux programmes du continuum, la facilitatrice a tenu à vérifier auprès de chacune des trois infirmières, par des entrevues individuelles, comment le projet se réalisait et quelles étaient leurs interrogations/appréhensions quant aux interventions PCP à mettre en place. Cette rencontre offrait, de plus, la possibilité de recueillir des propositions pouvant faciliter l'intégration du projet dans leur pratique.

Les résultats dégagés de ces entretiens ont confirmé la motivation des infirmières à poursuivre le projet; les indications étant plus claires qu'au départ, elles comprenaient mieux les attentes de la DSPublique à leur égard. Toutefois, elles trouvaient l'algorithme et le formulaire de référence complexes à utiliser, expliquant ainsi pourquoi elles ne l'avaient pas rempli même s'il avait été convenu de le faire pour chaque aîné rencontré. Elles ont alors suggéré de l'utiliser uniquement pour les patients dont la situation le justifiait. De plus, elles ont souligné leur difficulté à faire la différence entre les différents programmes du continuum en prévention des chutes, ce qui les incommodait puisqu'elles n'étaient pas toujours certaines de diriger le patient vers le « bon » programme pour lui. En outre, les échanges entre la facilitatrice et les infirmières ont été l'occasion de discuter du contexte de pratique, ce qui a fourni une meilleure compréhension des contraintes auxquelles elles étaient confrontées. À ce sujet, l'organisation du travail entre les professionnels du GMF et leur charge importante de travail ont été mentionnées.

L'information ainsi documentée a permis à la facilitatrice d'apporter plusieurs ajustements au projet initial afin de répondre aux besoins exprimés par les infirmières. Plus spécifiquement, cela a donné lieu à deux propositions, soit l'utilisation d'un acronyme pour évaluer le risque de chute chez la personne, simplifiant ainsi la prise de notes, et la possibilité d'offrir un programme d'exercices maison aux patients.

Lors de la rencontre de travail de janvier 2014, tel qu'il avait été envisagé à la suite des entretiens avec les infirmières, l'algorithme a été remplacé par l'acronyme « CAPTE » servant à évaluer les facteurs de risque de chute. Il se définit ainsi : « C » pour préciser si la personne a **Chuté** au cours de la dernière année; « A » pour spécifier si la personne a de l'**Aide** à la marche; « P » vise à vérifier si la personne a **Peur** de chuter; « T » pour la présence de **Troubles** de l'équilibre et « E » pour l'**Éligibilité** au SAD. Il a été convenu que le projet se réalise en quelques étapes : tout d'abord, les infirmières avaient à s'approprier l'acronyme; elles se familiariseraient ensuite avec les modalités de référence. Pour cela, elles ont été invitées à remplir un outil de collecte de données pendant trois semaines visant à estimer le volume d'aînés qu'elles rencontraient à chaque semaine pour une consultation. Ces outils étaient ensuite transmis aux professionnelles chargées de l'évaluation pour qu'ils soient analysés.

Par ailleurs, un modèle destiné à l'ordonnance de la vitamine D a été remis lors de cette séance et il a été convenu qu'un programme d'exercices maison portant sur l'équilibre et le renforcement musculaire, élaboré par une kinésologue de la DSPublique, leur serait proposé à la prochaine rencontre.

Pratique retenue n° 3

Nature de l'intervention concernant la promotion de l'activité physique et l'ordonnance de la vitamine D

Promotion de l'activité physique

- Évaluer le risque de chute des patients de 65 ans et plus en utilisant l'acronyme « CAPTE » (sans référer pour le moment. Si une référence s'avérait pertinente, transmettre le formulaire à la facilitatrice qui en assurera le suivi).
- Remplir l'outil de collecte de données pendant une période de trois semaines et le transmettre aux personnes chargées de l'évaluation. Cet outil vise à documenter le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus rencontrées par les infirmières dans une semaine et le nombre de personnes évaluées à partir de l'acronyme « CAPTE ».
- Inscrire les résultats de « CAPTE » au dossier du patient.

Ordonnance de la vitamine D

- Le modèle servant à l'ordonnance de la vitamine D et à l'évaluation de la consommation de calcium est produit et remis aux infirmières. La facilitatrice assurera le suivi avec le médecin responsable.

Lors de la rencontre de travail de février 2014, les responsables de l'évaluation ont présenté les résultats de la collecte de données faite à partir de « CAPTE ». Ceux-ci indiquent qu'un total de 80 personnes de 65 ans et plus ont consulté les infirmières durant la période de collecte de données, soit 18 jours. De ce nombre, 71 ont été évaluées. La majorité de ces personnes (51 personnes, soit 71,8 %) ne présentait aucun facteur de risque. Par contre, 20 personnes (28,2 %) avaient au moins un facteur de risque, soit :

- 5 avaient une aide à la marche;
- 5 avaient fait une chute durant la dernière année;
- 3 étaient préoccupées par les chutes; 3 avaient chuté et étaient préoccupées par les chutes;
- 1 présentait des troubles de marche et de l'équilibre;
- 1 avait chuté, avait une aide à la marche et était préoccupée par les chutes;
- 1 personne avait fait 2 chutes et était préoccupée par les chutes;
- 1 personne avait fait 2 chutes au cours de l'année et cumulait plusieurs facteurs de risque.

Les résultats détaillés sont présentés à l'[Annexe I](#).

Divers commentaires ont été apportés par les infirmières au sujet de l'utilisation de l'acronyme. Elles ont apprécié la simplicité et la rapidité de cet outil, mais elles n'ont pas développé le réflexe d'inscrire les résultats au dossier du patient. Aussi, pour elles, l'éligibilité des patients au SAD était très difficile à évaluer. Face à ces constats, des adaptations ont été proposées : 1) utiliser un tampon encreur pour l'acronyme; 2) retirer le « E » de « CAPTE » qui servait à évaluer l'éligibilité de la personne au SAD dans le cas où une référence au programme MARCHE s'avérait pertinente; 3) poursuivre l'expérimentation à partir de « CAPT ».

Enfin, un programme maison d'exercices a été présenté par une kinésiologue de la DSPublique qui en a fait la démonstration. Par ailleurs, il a été convenu que la facilitatrice contacterait la personne désignée aux communications de l'équipe médicale pour l'informer du projet en cours et lui transmettre le modèle servant à la prescription de la vitamine D et à l'évaluation de la consommation de calcium. Cette information pourrait être diffusée aux médecins de la clinique.

Pratique retenue n° 4

Nature de l'intervention concernant la promotion de l'activité physique et l'ordonnance de la vitamine D

- Utiliser l'acronyme modifié « CAPT » (le « E » relatif à l'éligibilité au SAD a été retiré).
- Poursuivre la collecte de données pour documenter le profil de la clientèle de 65 ans et plus (vue par les infirmières) relativement au risque de chutes.
- Remettre le programme maison aux personnes n'ayant pas chuté et l'inscrire sur la feuille de collecte de données.
- Transmettre les références à la facilitatrice qui se chargera de faire le relais auprès des responsables des programmes du continuum afin de « tester » le mécanisme, comme convenu.

En mars 2014, la rencontre de travail a été l'occasion de faire un retour sur l'utilisation de l'outil d'évaluation « CAPT » ainsi que sur le programme d'exercices. À ce sujet, les infirmières ont souligné que, dans l'ensemble, l'évaluation des patients se déroulait bien. Elles ne sont cependant pas parvenues à appliquer l'acronyme de manière systématique à l'ensemble des patients âgés de 65 ans et plus ni à inscrire une note au dossier. Des échanges ont aussi porté sur les modalités de références. Après discussion, il a été convenu de les simplifier et d'adapter le formulaire en conséquence.

Les responsables de l'évaluation du projet ont présenté les résultats de la dernière collecte de données. Ainsi, entre le 24 février et le 18 mars 2014, un total de 57 personnes âgées de 65 ans et plus ont été rencontrées; 53 ont été évaluées à partir de « CAPT » et huit d'entre elles ont reçu le programme d'exercices. Parmi les personnes évaluées, 46 ne présentaient aucun facteur de risque (87 %); quatre avaient une aide à la marche (7,5 %); une autre avait une aide à la marche et avait peur de chuter (1,9 %) et deux autres avaient chuté au cours de l'année (3,8 %), mais elles ne cumulaient pas d'autres facteurs de risque.

Aussi, une entrevue avec chaque infirmière ainsi qu'avec le conseiller clinicien afin de documenter leurs points de vue relativement au projet était à planifier par les responsables de l'évaluation. En outre, la facilitatrice a transmis un mémo à la personne désignée aux communications du GMF pour que soit diffusé l'outil servant à l'ordonnance de la vitamine D à l'équipe médicale.

Pratique retenue n° 5

Nature de l'intervention concernant la promotion de l'activité physique et l'ordonnance de la vitamine D

- Poursuivre la collecte de données à partir de CAPT auprès de leur clientèle âgée de 65 ans et plus.
- Remettre le programme maison d'exercices aux patients.
- Utiliser le formulaire de référence modifié et inscrire l'intervention au dossier du patient.

Lors de la rencontre de fin avril 2014, un retour a été fait sur les résultats des collectes de données quant au profil des aînés ayant été évalués et aux entrevues individuelles portant sur l'expérimentation du projet.

Les résultats des entrevues ont fait ressortir que pour les infirmières, le projet en prévention des chutes avait sa place dans le GMF et que la perspective préventive n'était pas nouvelle dans leur pratique, ce qui a été renchéri par le conseiller clinicien. Cependant, elles ont souligné ne pas avoir bien compris, au départ, quelles étaient les attentes

de la DSPublique à leur égard, le projet étant alors perçu comme abstrait. Elles ont également mentionné que le contexte organisationnel n'était pas idéal pour démarrer ce projet.

Au moment de l'entrevue, elles se disaient plus conscientes de la problématique et des risques de chuter, même si l'intégration du projet n'était pas complète. Sur ce, le conseiller clinicien a précisé que les infirmières avaient acquis plusieurs connaissances reliées aux chutes, notamment en lien avec les PCP mises de l'avant dans le projet, mais également en ce qui concerne le continuum régional de services en prévention des chutes. Aussi, pour lui, le programme d'exercices a représenté un « plus » dans la pratique des infirmières en raison de son côté concret.

Les infirmières ont mentionné qu'elles n'avaient pas développé le réflexe d'aborder les chutes avec l'ensemble de leur clientèle aînée; elles l'ont fait principalement avec les personnes qui présentaient des troubles de la marche et de l'équilibre. De plus, la collecte de données leur a semblé lourde à intégrer au reste de leurs interventions. Elles ont toutefois reconnu l'effort de la DSPublique pour simplifier leurs tâches en lien avec le projet, ce qui a été partagé par leur supérieur immédiat.

Ces résultats ont permis d'apporter des ajustements au projet. D'abord, la collecte de données a été cessée. Puis, il a été convenu d'ajouter « ER » à l'acronyme « CAPT » pour mieux rendre compte des interventions réalisées et dont la signification est la suivante : « E » pour la remise du programme d'Exercices et « R » pour une Référence faite à un des programmes du continuum en prévention des chutes. L'acronyme modifié devient alors « CAPT/ER ». Par ailleurs, concernant l'ordonnance de la vitamine D, l'équipe médicale a décidé de ne pas utiliser l'outil proposé en raison d'un article récent mettant en doute son efficacité pour prévenir les chutes. Ainsi, les infirmières ont été invitées à poursuivre leurs interventions à partir du nouvel acronyme selon les indications suivantes :

Pratique retenue n° 6 Nature de l'intervention concernant la promotion de l'activité physique
<ul style="list-style-type: none">• Cesser la collecte de données (pour les fins de l'évaluation de l'implantation).• Poursuivre l'évaluation des patients à partir de l'acronyme modifié « CAPT/ER ».• Utiliser le tampon encreur « CAPT » dans les notes évolutives, en ajoutant « ER »; un nouveau tampon sera commandé.• Référer les patients au besoin dans l'un ou l'autre programme du continuum de services en prévention des chutes.• Remettre le programme d'exercices maison si pertinent.

En juin 2014, il avait été prévu de revenir sur le programme d'exercices maison afin de documenter comment les infirmières l'avaient utilisé avec leurs patients. Selon ce qui a été relevé lors de la rencontre de travail, elles ont mentionné ne pas avoir pris l'habitude de le remettre aux patients de façon systématique, seulement si elles y pensaient. Dans ces cas, la réaction des patients était généralement positive, ce qu'elles trouvaient très encourageant. Par contre, elles n'avaient fait aucun suivi pour documenter l'utilisation qu'ils en faisaient. Seuls quelques patients ont rapporté des effets bénéfiques des exercices lors de consultations ultérieures. Lors de cette rencontre, une kinésiologue de la DSPublique a participé à la rencontre pour répondre aux questions sur la façon de démontrer certains exercices aux patients.

Comme à chacune des rencontres, la facilitatrice a fait le point sur l'utilisation de l'acronyme « CAPT/ER ». À ce sujet, les infirmières ont mentionné qu'elles appréciaient le tampon encreur qui sert d'aide-mémoire pour aborder la

problématique des chutes avec leurs patients. Il simplifie de plus la rédaction des notes au dossier. Enfin, des précisions ont été apportées concernant les façons de faire les références aux différents programmes. Les infirmières ont été invitées à poursuivre leurs interventions PCP en prévention des chutes comme elles le faisaient précédemment (pratique n° 6). Les indications suivantes en font un rappel.

Pratique retenue n° 7
Nature de l'intervention concernant la promotion de l'activité physique

- Poursuivre l'évaluation des patients à partir de l'acronyme « CAPT/ER ».
- Utiliser le tampon encreur dans les notes évolutives du dossier du patient.
- Référer les patients au besoin aux différents programmes du continuum.
- Remettre le programme d'exercices maison si pertinent et faire un suivi auprès de ces personnes.

En août 2014, la facilitatrice a rencontré individuellement deux des trois infirmières pour faire le suivi du projet depuis la dernière rencontre de travail. Les échanges ont donné lieu à un partage d'information concernant le réaménagement de l'horaire en raison de l'arrivée prochaine de deux nouvelles infirmières au sein du GMF. Aussi, des précisions ont été apportées sur l'information à transmettre lors d'une référence pour que la responsable du programme en prévention des chutes ait en main les données nécessaires pour orienter adéquatement la personne. Enfin, une des trois infirmières s'est retirée du projet au cours de cette période en raison de contraintes d'horaire.

En octobre 2014, le projet PCP a été présenté aux deux nouvelles infirmières qui se sont jointes à l'équipe. Ces dernières avaient déjà entendu parler des programmes du continuum en prévention des chutes dans la région. L'une d'entre elles avait eu l'occasion d'y diriger des patients alors qu'elle travaillait dans une autre clinique; l'autre était davantage familière avec le projet de PCP sur les ITSS, mené par la DSPublique dans d'autres milieux cliniques. Ces infirmières ont trouvé le projet intéressant et elles ont apprécié la simplicité de la modalité de référence.

À la fin octobre 2014, la rencontre de travail visait à faire le point sur l'expérimentation. Les infirmières ont notamment exprimé qu'elles n'avaient pas réussi à appliquer l'acronyme « CAPT/ER » de manière systématique à l'ensemble des patients âgés de 65 ans et plus. Cette observation a entraîné une discussion sur les façons de faciliter l'intervention sans alourdir la charge de travail. Il a alors été convenu de privilégier une période de l'année, d'une durée limitée, pour appliquer « CAPT/ER » à la clientèle aînée. En raison de la de vaccination antigrippale qui permet de rejoindre une certaine proportion d'aînés, le mois de novembre a fait consensus auprès des infirmières et de leur supérieur. La pratique suivante fait état des directives retenues.

Pratique retenue n° 8
Nature de l'intervention concernant la promotion de l'activité physique

- Évaluer les aînés à partir de « CAPT/ER » de manière intensive du 3 au 28 novembre 2014, pendant la période de vaccination antigrippale.
- Identifier, sur la liste de rendez-vous, les personnes de 65 ans et plus, en ajoutant « CAPT/ER » à partir du tampon encreur.
- Inscire le résultat de l'évaluation sur la liste de rendez-vous.

Les données colligées en novembre par les quatre infirmières ont permis de dégager les résultats suivants :

- 110 personnes de 65 ans et plus a été identifié sur la liste de rendez-vous pour le vaccin contre la grippe;
- l'acronyme « CAPT/ER » a été apposé (à l'aide du tampon encreur) pour 97 d'entre elles (88,2 %);
- de ce nombre, 49 personnes (50,5 %) ont été évaluées et les résultats, notés sur la feuille de rendez-vous, sont les suivants :
 - plus de la moitié des patients évalués n'avaient pas de risque de chute (63 %);
 - 18 personnes évaluées avaient au moins un facteur de risque (36,7 %);
 - 11 avaient 1 seul facteur de risque;
 - 5 personnes évaluées avaient 2 facteurs de risque;
 - 2 personnes évaluées avaient 3 facteurs de risque.

Parmi les différents facteurs de risque, huit avaient chuté une fois au cours de la dernière année; trois autres personnes avaient chuté plus d'une fois durant l'année.

Cette pratique (pratique retenue n° 8) a été la dernière ayant été définie avec le soutien de la DSPublique. Compte tenu des changements générés par la réforme du réseau de la santé et des services sociaux, certains mandats ont été retirés des directions de santé publique, notamment ceux ayant trait à l'organisation des services et aux PCP. Cette nouvelle réalité a ainsi mis fin au projet en mai 2015.

Étape 5 Expérimenter, faire un retour, ajuster
► Points forts ◀
<ul style="list-style-type: none">• Étape centrale, mise en place à partir du moment où le projet a semblé suffisamment clair pour les infirmières et qu'elles se sont senties à l'aise d'aller de l'avant.• L'expérimentation a permis d'ajuster et peaufiner la PCP au fur et à mesure. Un grand nombre d'ajustements ont été apportés pour faciliter l'intégration de la PCP par les infirmières.• La tenue de rencontres individuelles a facilité la compréhension quant aux contraintes des infirmières et celles reliées à l'organisation.
► Points faibles ◀
<ul style="list-style-type: none">• L'absence d'une implication concrète de la part de l'équipe médicale envers le projet de PCP n'a pas favorisé la mise en place de la PCP sur la vitamine D.• Les changements majeurs survenus à la suite du changement de gouverne, dans la foulée de la réforme du réseau de la santé, ont mis fin au soutien fourni par la DSPublique au projet.
► Recommandations ◀
<ul style="list-style-type: none">• Prendre le temps de documenter les éléments de contexte interne du GMF en vérifiant :<ul style="list-style-type: none">- la présence d'une collaboration entre l'équipe médicale et les infirmières GMF;- la présence d'une collaboration entre les infirmières GMF;- l'ouverture du milieu à de nouvelles pratiques et pour apporter des changements aux pratiques en cours;- la compatibilité des PCP proposées avec les valeurs du GMF et les normes en présence;• Maintenir une phase d'expérimentation suffisamment longue pour donner le temps aux infirmières d'intégrer les consignes ainsi que de mieux connaître les personnes responsables pour développer des liens de collaboration facilitant la mise en œuvre des PCP et les références des patients;• Rechercher le soutien du médecin responsable ou de ses collègues pour aider à la mise en place des PCP dans le milieu clinique et ainsi faciliter leur intégration aux pratiques courantes.

4.2 Synthèse du déroulement du projet au GMF

L'expérimentation du projet a été réalisée pendant 20 mois, entre septembre 2013 et mai 2015. Plusieurs adaptations ont été apportées tout au long de l'expérimentation, telles que les pratiques n^{os} 1 à 8 le démontrent.

Toutes les rencontres de travail, d'une heure et demie en moyenne, ont eu lieu au GMF, environ une fois par mois, à l'exception de la période des vacances estivales. L'animation était menée par la responsable du projet de la DSPublique qui agissait comme facilitatrice. En plus des infirmières, le conseiller clinicien et les chargées de l'évaluation du projet ont participé aux rencontres. Des membres de la DSPublique, du CSSS de la Vieille-Capitale ou de la FADOQ ont également été invités à se joindre à certaines occasions pour fournir de l'information complémentaire, utile au bon déroulement du projet.

Le projet PCP en prévention des chutes s'est terminé en mai 2015, en même temps que des changements ont été apportés dans certains mandats de santé publique, à l'échelle nationale, notamment en ce qui concerne l'organisation des services et les PCP. Aussi, le projet n'a pas permis de se rendre à l'étape de l'établissement d'une routine où les interventions cliniques préventives auraient été bien intégrées à la pratique courante des infirmières sans nécessiter de soutien externe.

Une rencontre bilan de l'ensemble du projet a été l'occasion de mettre fin au soutien apporté. Les principaux constats tirés des entrevues réalisées au cours de l'hiver 2015 avec les infirmières, le conseiller clinicien et les personnes responsables des programmes du continuum ont été présentés ainsi que les données sur la clientèle ayant été évaluée et orientée vers un des programmes du continuum.

Les possibilités de poursuivre les PCP en prévention des chutes ont alors été abordées et discutées afin de trouver des modalités pouvant convenir à la charge de travail des infirmières. Parmi les idées émises, il a été proposé de tenir un mois thématique sur l'activité physique et d'évaluer les patients âgés de 65 ans et plus à partir de l'acronyme « CAPT/ER ». Une présentation du projet à l'équipe médicale du GMF a été proposée par les infirmières. Pour sa part, le conseiller clinicien s'est engagé à assurer le suivi auprès des infirmières du CSSS quant à la poursuite des PCP dans les mois à venir.

4.3 Clientèle rejointe

Le déroulement du projet, étalé sur plusieurs mois, a permis de confirmer que le milieu clinique desservait bel et bien la clientèle ciblée au départ, soit les personnes âgées de 50 ans et plus qui consultaient les infirmières pour différents problèmes de santé chroniques. Malgré la présence de clients potentiels du groupe d'âge visé par le projet, les infirmières ne se sentaient pas à l'aise d'aborder la problématique des chutes avec elles étant donné qu'il s'agissait, pour une grande part d'entre elles, de personnes très actives. Une adaptation apportée au critère d'âge ciblant les personnes de 65 ans et plus a facilité la suite du projet. Dans ce contexte, les évaluations réalisées par les infirmières en 2014 ont fourni des détails quant au profil des risques de chutes des personnes rejointes par le projet.

4.3.1 Profil des personnes évaluées par les infirmières du GMF

En 2014, plusieurs évaluations du risque de chute ont été faites par les infirmières, entre autres, de début janvier à la fin avril ainsi qu'en novembre de la même année, lors de la vaccination antigrippale.

Au total, 256 personnes âgées de 65 ans et plus ont été évaluées par les infirmières à partir de l'acronyme « CAPT/ER ». Parmi ces évaluations, 199 personnes ne présentaient aucun facteur de risque alors que 57 autres en avaient au moins un. De manière plus précise, les personnes présentaient les facteurs de risque suivants :

- 31 personnes avaient chuté au moins une fois au cours de la dernière année, dont huit, plus d'une fois;
- 19 personnes avaient une aide à la marche;
- 15 personnes avaient peur de chuter;
- 8 avaient des troubles de la marche et de l'équilibre.

Aussi, 20 personnes cumulaient plus d'un facteur de risque :

- 12 personnes en avaient 1;
- 6 personnes en comptaient 3;
- 2 personnes en comptaient 4.

4.3.2 Profil des personnes dirigées vers le continuum en prévention des chutes

Entre le 6 mai 2014 et le 2 juillet 2015, douze références ont été faites par les infirmières du GMF aux responsables des programmes du continuum de services en prévention des chutes. Notons qu'une personne a été orientée à deux reprises : une première fois en décembre 2014 et une seconde fois, en juin 2015. Les références ont donc été faites pour onze personnes âgées différentes, soit six femmes et cinq hommes dont l'âge moyen était de 79 ans. Les hommes étaient plus âgés que les femmes; l'âge moyen étant respectivement de 83 et de 76 ans.

Ces personnes présentaient différents problèmes de santé et elles en cumulaient au moins trois chacune. L'information, disponible pour sept des onze personnes qui ont été dirigées vers un programme, indique que l'HTA était présente chez cinq de ces sept personnes (71,4 %); le diabète de type 2, chez trois d'entre elles (42,6 %); les problèmes cardiaques, l'ostéoporose et la dyslipidémie, respectivement chez deux personnes (28,6 %). Les autres problèmes de santé relevés étaient l'arthrose, des problèmes visuels (cataractes), de l'acouphène et des étourdissements, de l'hypothyroïdie, des troubles anxieux généralisés, de l'anémie, une lombalgie et le Parkinson. L'ensemble de ces personnes cumulaient au moins trois problèmes de santé.

Sept des onze personnes ont été évaluées à partir de CAPT/ER, ce qui a permis de documenter leur profil de « risque de chute » selon les variables de l'acronyme. Ainsi :

- 6 aînés avaient fait au moins une chute au cours de la dernière année et 3 d'entre elles en avaient fait plusieurs;
- 4 avaient recours à une aide à la marche;
- 6 avaient peur de tomber;
- 5 avaient des troubles de l'équilibre.

La majorité des personnes ayant été évaluées et dirigées vers un programme en prévention des chutes combinaient plus d'un facteur de risque. L'information n'était pas disponible pour trois personnes, bien qu'elles aient été rencontrées par une infirmière qui les avait orientées vers une des deux responsables des programmes en prévention des chutes. En outre, l'information consignée indique que le programme d'exercices a été remis à une seule personne ayant été évaluée à partir de CAPT/ER.

4.3.3. Orientation des personnes vers un programme du continuum en prévention des chutes

L'information colligée sur les fiches a permis d'identifier l'orientation ayant été suggérée à l'aîné et si celui-ci s'était inscrit au programme proposé. Cette information était disponible pour onze des douze références. Dans un cas, bien que la motivation de l'aîné ait été vérifiée par l'infirmière, aucune évaluation subséquente n'a pu être faite par la personne responsable du programme suggéré.

Les données indiquent que sept des onze¹⁷ références ont été faites au programme PIED, offert dans la communauté et organisé par les services de loisirs de la ville. De ce nombre, trois personnes avaient accepté l'orientation suggérée; une d'entre elles s'est inscrite elle-même alors que les deux autres n'avaient pas fait leur inscription. Une personne a refusé le programme suggéré, l'information n'était pas disponible pour deux autres personnes. Enfin, pour une dernière personne, l'évaluation par la responsable du programme PIED n'avait pas été faite au moment de la collecte de données.

Deux personnes ont été orientées vers le programme ÉquiLIBRE, offert dans les centres de jour pour personnes âgées ou dans des résidences privées d'hébergement. Ces personnes avaient accepté d'y participer dans le cas où une place était disponible dans leur secteur géographique. Leur nom a été inscrit sur une liste d'attente.

En outre, une personne a été dirigée vers le programme VIACTIVE, qui est aussi offert dans la communauté; elle a donné suite en s'inscrivant à ce programme. Une autre personne a été orientée vers le programme MARCHE. Ce programme, sous la responsabilité du SAD des CSSS, consiste en des interventions individualisées à domicile dispensées par une équipe interdisciplinaire. L'aîné a accepté de s'y inscrire pour recevoir ces services.

Le tableau suivant fournit l'information quant aux références et inscriptions aux différents programmes du continuum en prévention des chutes. L'information consignée dans les fiches de référence se trouve à l'Annexe J.

Tableau IV.
Références et inscriptions aux différents programmes du continuum en prévention des chutes

PROGRAMME	RÉFÉRENCE	INSCRIPTION				REFUS	ÉVALUATION INCOMPLÈTE
		OUI	NON	LISTE D'ATTENTE	NE SAIT PAS		
VIACTIVE	1	1	---	---	---	---	---
PIED	7	1	2	---	2	1	1
ÉquiLIBRE	2	---	---	2	---	---	---
MARCHE	1	1	---	---	---	---	---

4.4 Point de vue des infirmières, du conseiller clinicien et des personnes responsables des programmes du continuum en prévention des chutes relativement à leur expérience

Des entrevues ont été réalisées entre le 28 janvier et le 5 mars 2015 afin de recueillir le point de vue des infirmières du GMF, du conseiller clinicien et des responsables des différents programmes du continuum en prévention des chutes après 18 mois d'expérimentation du projet. La synthèse des résultats, à partir des points de vue exprimés, est présentée selon plusieurs dimensions du cadre d'analyse de Greenhalgh et autres (2004) ainsi que de certaines conditions d'efficacité de la stratégie de la facilitation.

17. Les données disponibles portent donc sur un total de onze références, telles que présentées dans le tableau IV.

SYNTHÈSE SELON DIMENSIONS

► Adéquation du contexte pour le changement ◀

Selon les personnes rencontrées, bien que le contexte organisationnel du GMF n'ait pas été optimal pour l'implantation du projet, l'acceptation d'aller de l'avant a permis aux infirmières d'expérimenter de nouvelles pratiques. Pour elles, le projet reposait en grande partie sur leurs épaules. Pour cette raison, elles ne croyaient pas que les médecins intégreraient les PCP à leur pratique médicale. Par contre, dans le cas où le projet se poursuivrait dans une forme ou l'autre, ces derniers pourraient leur offrir un certain soutien, même s'ils ne l'ont pas suivi de près.

► Compatibilité aux valeurs et aux normes professionnelles ◀

Toutes les personnes interviewées ont souligné que le projet PCP en prévention des chutes était compatible avec les valeurs et les normes professionnelles des infirmières ainsi qu'avec celles du GMF. Cependant, malgré la pertinence d'intégrer des PCP à leur pratique, la problématique des chutes ne représentait pas un besoin particulier.

► Attributs des PCP à implanter ◀

Du point de vue des infirmières, le projet s'est avéré difficile à comprendre au départ : les outils proposés étaient complexes et ils n'étaient pas faciles à appliquer rapidement en raison, entre autres de leur méconnaissance de la problématique. De plus, elles ont mentionné ne pas avoir l'habitude de participer à l'élaboration d'un projet de ce genre; elles sont rarement sollicitées pour donner leur avis concernant de nouvelles directives. À cet égard, elles ne cernaient pas bien quelles étaient les attentes de la DSPublique quant à leur implication et une bonne part de leur énergie a été consacrée à bien saisir ce qui était à faire pour mettre le projet en place.

► Adaptations en cours d'expérimentation et avantages ◀

Les interventions initiales du projet PCP, qui ciblaient les patients âgés de 50 ans et plus, ont rendu les infirmières mal à l'aise. Pour elles, la grande majorité des personnes de ce groupe d'âge, faisant partie de leur charge de cas, étaient en forme et très actives. Aussi, la modification apportée quant à l'âge de la clientèle cible a été relevée par les infirmières et leur supérieur immédiat comme ayant été une décision centrale pour la suite du projet.

D'autres adaptations apportées en cours de projet ont progressivement facilité sa mise en place; c'est le cas, par exemple, des outils proposés. L'acronyme « CAPT/ER » a été perçu comme étant très aidant parce qu'il intègre, de manière synthétique, les risques de chute importants pouvant être évalués relativement rapidement. Pour les infirmières, cet acronyme représentait un avantage pour la clientèle, et ce, même si elles n'avaient pas le réflexe d'évaluer systématiquement l'ensemble des clients ciblés.

Le conseiller clinicien et les répondantes des programmes du continuum ont aussi apprécié cette capacité d'adaptation de la responsable du projet. Ils partagent entièrement l'avis que l'acronyme est beaucoup plus simple à utiliser, qu'il cible les éléments centraux et requiert moins de temps. Les répondantes des programmes ont aussi fait valoir positivement les changements apportés au formulaire de référence qui renferme l'information essentielle sur le patient. Pour elles, les infirmières ont acquis les connaissances suffisantes pour orienter leurs patients vers les programmes qui répondent adéquatement à leur niveau de risques.

Aussi, les responsables des programmes ont relevé avoir consacré des efforts à la formation de groupes des programmes VIACTIVE ET PIED dans des secteurs géographiques desservis par le GMF afin de répondre aux besoins d'une partie de la clientèle ciblée. Pour ces personnes responsables, la clientèle ciblée correspond moins à celle visée par le programme MARCHE qui répond à une clientèle en plus grande perte d'autonomie et qui n'a pas la capacité de se déplacer. C'est d'ailleurs pour cette raison que ce programme est offert par le SAD et repose sur une offre de service dispensée au domicile de la personne.

► Bénéfices observables pour la clientèle ◀

Les infirmières ont souligné qu'elles n'étaient pas en mesure de nommer des bénéfices observables pour leurs patients. En fait, elles ont rarement de rétroaction de leur clientèle à ce sujet. Il leur est difficile de constater ce que leurs interventions préventives ont permis d'éviter. Comment peut-on vérifier si les PCP en prévention des chutes ont permis d'éviter une hospitalisation ou une chirurgie? Le conseiller clinicien abonde également en ce sens quant aux difficultés d'observer des résultats concrets et à court terme des interventions visant à prévenir les chutes pour la clientèle ciblée.

► Intensité et continuité de l'intervention (MAFICO) ◀

Un certain nombre d'éléments ont été mentionnés quant à la façon dont le projet a été mis en place. Les infirmières et leur supérieur immédiat ont trouvé que le nombre et la fréquence des rencontres avec la DSPublique étaient suffisants. La participation des répondantes des programmes du continuum et des kinésiologues de la DSPublique a été grandement appréciée, entre autres, par les précisions apportées qui se sont avérées très utiles pour l'implantation du projet. Pour les personnes interviewées, le rôle de la facilitatrice, assumé par un médecin-conseil de la DSPublique, était clair. Ses attentes à leur égard se sont précisées en cours de projet. Les collectes de données intensives pour évaluer les patients ont été lourdes à réaliser pour les infirmières, en plus de l'ensemble de leurs tâches habituelles. En outre, elles avaient le sentiment qu'un plus grand nombre de références aux programmes du continuum était attendu de leur part.

► Soutien à la mise en œuvre ◀

L'ensemble des personnes interviewées ont souligné le soutien fourni par la DSPublique, notamment l'apport de la facilitatrice qui a été à l'écoute des commentaires et par l'évaluation qui a accompagné le projet ont fait en sorte d'apporter des modifications pour faciliter la mise en œuvre des PCP tout au long du projet. Les personnes responsables des programmes du continuum de services en prévention des chutes ont grandement apprécié rencontrer les infirmières pour bien expliquer leur rôle. Pour elles, leur ouverture à fournir l'information nécessaire pour bien orienter la personne âgée illustre bien le mode de collaboration qui s'est développée entre leurs organisations respectives (GMF, CSSS et FADOQ). Par ailleurs, afin de faciliter davantage l'implantation du projet, un des responsables des programmes a proposé qu'une seule personne soit en charge d'orienter le patient vers le programme le plus approprié à sa situation, ce qui pourrait, par exemple, prendre la forme d'un guichet unique.

► Capacités et compétences ◀

Pour les infirmières, le projet leur a donné l'occasion de développer un certain nombre de capacités et de compétences. À titre d'exemple, elles ont appris à observer la démarche de leurs patients à partir de la salle d'attente jusqu'à leur bureau, ce qu'elles pratiquent régulièrement à présent. Elles se percevaient comme étant davantage conscientisées quant aux différents risques de chutes et si cela s'avérait pertinent, la plupart d'entre elles se sentiraient à l'aise de parler des PCP en prévention des chutes à d'autres collègues.

► Réseaux d'échanges ◀

Selon les propos rapportés, il n'y a pas eu de réels échanges sur le projet entre les infirmières, le conseiller clinicien et les médecins du GMF et aucune action particulière visant la liaison entre eux n'a été réalisée. La communication entre les infirmières et les médecins était généralement très bonne sur une base individuelle, mais était toutefois un peu moins optimale dans l'ensemble de l'équipe médicale. Par ailleurs, la communication entre les infirmières et le conseiller clinicien était aisée et la participation de ce dernier aux rencontres a été appréciée. Somme toute, le fait que ce projet ait été élaboré en partenariat a été relevé comme étant un point fort. Finalement, la facilité d'approche de la personne responsable de la mise en place de la PCP (médecin-conseil de la DSPublique) a également été soulignée par toutes les personnes rencontrées.

V. DISCUSSION

Les phases documentées par Provost et autres (2013) portant sur l'accompagnement du processus de changement des pratiques permettent de comparer le déroulement du projet, tel qu'il a été élaboré et mis en place. Les dimensions du cadre d'analyse de Greenhalgh et autres (2004) fournissent, pour leur part, des pistes d'explication relativement aux constats observés.

5.1 Comment le projet PCP en prévention des chutes a-t-il été mis en place?

5.1.1 Le choix de la thématique

En comparant le déroulement du projet aux phases documentées par Provost et autres (2013), on note certaines différences quant à la séquence dans laquelle les étapes du projet ont été réalisées. Tout d'abord, le choix de la problématique des chutes chez les aînés, fait par la DSPublique, a été le point de départ du projet de PCP à soumettre à des milieux cliniques de la région. Le projet permettait, entre autres, d'élargir l'offre régionale de service et ainsi, de répondre à la cible et aux objectifs définis dans le PNPS et le PAR de la Capitale-Nationale en prévention des chutes auprès des aînés.

Le choix de développer un projet de PCP sur la problématique des chutes chez les personnes âgées de 50 ans et plus s'avérait pertinent à plusieurs égards, notamment parce qu'il s'appuyait sur des pratiques reconnues efficaces et parce qu'il offrait un volet complémentaire à l'offre de service disponible dans la région. Toutefois, la DSPublique n'a pas sollicité la participation de milieux cliniques pour cette étape. Dans ce contexte, tel qu'il a été réalisé, le projet n'a pas documenté, d'entrée de jeu, les besoins pouvant faire l'objet de pratiques cliniques préventives ni les enjeux sur les obstacles à prévoir dans la mise en œuvre du projet n'ont été documentés d'entrée de jeu. Cette situation permet d'expliquer certaines difficultés rencontrées, notamment lors de la période de démarrage. Comme ce type de projet vise à apporter des changements aux pratiques existantes ou d'en proposer de nouvelles, les chances de succès seront plus grandes si la problématique retenue permet de « résoudre » des problèmes ou de « bonifier » des pratiques considérées comme étant non optimales ou non fonctionnelles.

5.1.2 Documenter la pratique recommandée dans les guides de pratique

Pour cette étape, une recension des écrits scientifiques a été réalisée de manière à bien documenter les interventions efficaces ou celles qui s'avéraient prometteuses pour prévenir les chutes. À ce chapitre, cette étape a été réalisée dans les règles de l'art, avec toute la rigueur requise pour retenir les interventions à proposer. Selon ce qui a été défini par Provost et autres (2013), cette étape a rencontré la majorité des rôles qui y étaient associés. En effet, la recension des écrits a fourni l'occasion de documenter les interventions préventives en lien avec les principaux facteurs de risque pour retenir celles dont l'efficacité, sur le plan scientifique, avait été démontrée. Sur ce, la science et l'état des connaissances, des déterminants identifiés par Greenhalgh et autres (2004) ont joué un rôle central dans l'adoption des PCP retenues par la DSPublique. De plus, un premier niveau de simplification des pratiques a ensuite été fait par la responsable du projet pour qu'elles puissent être transposables plus facilement dans le milieu clinique. C'est ainsi qu'un début d'élaboration d'outils à proposer au futur milieu clinique a été amorcé, dont un premier répertoire d'activités physiques pour un territoire local et une ébauche d'algorithme servant à orienter la personne évaluée au bon programme du continuum de services en prévention des chutes selon son niveau de risque.

En outre, les éléments visant à décortiquer les PCP retenues ont été abordés et discutés plus tard, lors de leur mise en œuvre au GMF, en collaboration avec les infirmières. C'est également à ce moment qu'une formation a été proposée puis offerte, une fois que l'élaboration du projet a été jugée suffisamment avancée.

5.1.3 Obtenir l'accord d'un milieu : se faire ouvrir la porte par les gestionnaires du CSSS et par le GMF

La proposition d'intervenir de manière préventive auprès des personnes de 50 ans et plus pour prévenir les chutes a été bien reçue par les gestionnaires du CSSS, responsables des soins infirmiers. Leur accord a été obtenu sans difficulté. Pour Greenhalgh et autres (2004), les PCP soutenues par une directive provenant d'une instance supérieure représentent un incitatif intéressant à la participation des milieux. Il est possible que les gestionnaires aient considéré le projet comme étant une « directive politique », étant donné qu'il s'inscrivait dans le prolongement de l'offre de service du PAR de la Capitale-Nationale. D'autres éléments peuvent également expliquer leur accord, notamment la rigueur apportée à l'élaboration du projet dans lequel aucune proposition n'a été laissée au hasard. L'ensemble des éléments proposés ont fait l'objet d'une documentation soignée et très fouillée. Il est aussi permis de croire que les gestionnaires du CSSS ont été sensibles aux éléments dégagés de la littérature scientifique, entre autres pour leur pertinence, mais également pour les retombées des interventions préventives pour la clientèle visée.

Par ailleurs, si on compare les éléments clés de cette étape, tels que documentés par Provost et autres (2013), à ce qui a été fait dans le présent projet, certaines différences méritent d'être relevées. Comme mentionné plus tôt, les besoins du milieu clinique ainsi que les contraintes potentielles ou les opportunités à saisir ont été peu documentés à ce moment. Même si la pertinence du projet n'était pas remise en question, de s'assurer que les PCP proposées répondent à un besoin réel du milieu clinique demeure un élément central quant aux chances de réussite du projet. Cette étape a d'ailleurs représenté certaines difficultés puisque trois milieux cliniques ont été sollicités avant qu'un quatrième accepte. Le contexte organisationnel de ces cliniques a joué un rôle dans leur refus à participer au projet.

Bien que la responsable de la DSPublique ait fait valoir l'efficacité démontrée des interventions proposées lors de sa présentation à l'équipe médicale du GMF ayant accepté de participer, les médecins n'ont pas identifié rapidement quelle serait la valeur ajoutée à leur pratique auprès de la clientèle ciblée (celle âgée de 50 ans et plus) ni la nature de leur contribution. Des échanges et discussions ont été nécessaires pour qu'une retombée en particulier soit mise de l'avant : l'ordonnance de la vitamine D chez les hommes de 50 ans et plus qui méritait d'être systématisée davantage. Dans les faits, la problématique des chutes chez les personnes âgées n'est pas ressortie comme étant un problème pour lequel l'équipe médicale souhaitait trouver des pistes de solution. Sur cet aspect, les cadres d'analyse utilisés sont tout à fait convergents. En effet, Greenhalgh et autres (2004) font valoir *qu'une organisation sera plus encline à introduire une « innovation » dans leur milieu si celle-ci permet de résoudre une situation perçue comme étant intolérable et pour laquelle des changements sont souhaités.*

Comme le projet n'était pas défini sur le plan opérationnel, cela laissait donc une grande place à ce qu'il soit adapté au contexte de travail et de pratique. Pour cela, la DSPublique a sollicité la contribution des infirmières et des médecins, mais les attentes n'ont pas été bien comprises. En fait, les médecins ont convenu rapidement que le projet débiterait à petite échelle, avec la participation des infirmières. Ces dernières, pour leur part, n'étaient pas habituées à fournir une contribution concrète dans l'élaboration de ce type de projet et elles ne se sont pas senties très à l'aise dans ces nouvelles fonctions. Par ailleurs, la responsable de la DSPublique s'est rapidement assurée, tel que le suggèrent Greenhalgh et autres (2004), que les PCP proposées soient cohérentes avec les normes et valeurs de l'ordre professionnel des infirmières tout en correspondant à celles du GMF, ce qui était bel et bien le cas.

5.1.4 Négocier une pratique et documenter la pratique habituelle du milieu

Suivant le déroulement du projet au GMF, deux étapes ont été menées en parallèle, soit celle visant à négocier ce qui était à faire pour implanter les PCP et celle consistant à documenter la pratique courante des infirmières dans ce milieu.

Les premières rencontres de travail ont porté sur les interventions préventives suggérées par la DSPublique, d'abord pour présenter ce qu'elles contenaient et ensuite, pour les décortiquer et les rendre le plus opérationnelles possible. En effet, la DSPublique avait élaboré quelques outils servant de point de départ à la réflexion à soumettre à l'infirmière pivot, chargée de faire les liens avec ses collègues. En ce sens, la négociation a été réalisée par la responsable de la DSPublique selon ce que suggèrent Provost et autres (2013), c'est-à-dire en amorçant rapidement un processus d'échanges sur les interventions proposées pour permettre d'identifier ce qui était faisable. Plusieurs discussions ont porté sur les outils et sur les façons de les appliquer. Cette étape a aussi permis aux infirmières de proposer quelques ajustements afin de simplifier les outils pour qu'ils soient plus faciles à utiliser.

Selon les commentaires recueillis lors des entrevues, cette étape s'est avérée laborieuse pour les infirmières. Au départ, leur méconnaissance de ce qui entoure la problématique des chutes (les facteurs de risque; les interventions efficaces; les services et programmes disponibles dans la région) a nécessité un certain investissement de leur part pour bien saisir ce qui était à faire et comment le faire. Aussi, étant donné que le projet initial renfermait deux PCP (pratique de l'activité physique et ordonnance de la vitamine D), les infirmières ont dû intégrer une bonne quantité d'information pour être en mesure d'appliquer les pratiques nouvelles. Même si elles démontraient de l'intérêt pour le projet et qu'elles étaient réceptives aux suggestions qui leur étaient faites pour réaliser les interventions préventives, l'investissement demandé leur a semblé considérable à ce moment, entre autres parce qu'elles devaient trouver les façons d'insérer ces pratiques dans l'ensemble de leurs tâches.

En parallèle à la phase de négociation, les pratiques habituelles des infirmières relativement aux PCP proposées ont été documentées, tout comme le profil de leur clientèle. Différentes collectes de données ont permis de fournir un portrait objectif de la situation, ce qui constituait le point de départ des infirmières pour l'implantation de ce projet. Les résultats ont mis en lumière qu'aucune pratique systématique à l'égard de l'activité physique ou pour la prescription de la vitamine D n'avait été développée au GMF, ce qui a confirmé la pertinence de poursuivre le projet de PCP dans ce milieu clinique. De plus, les échanges avec les infirmières en lien avec l'information recueillie ont permis de mieux comprendre le cheminement habituel des patients qui les consultent.

5.1.5 Expérimenter, faire un retour et ajuster les pratiques

L'expérimentation des PCP s'est déroulée pendant près de deux ans, de septembre 2013 à mai 2015. Cette période a été l'occasion de mettre à l'essai quelques versions des outils, dont un algorithme servant à orienter les personnes évaluées vers l'un ou l'autre programme du continuum en prévention des chutes selon leur niveau de risque.

L'expérimentation, accompagnée d'une évaluation axée sur la façon même que le projet s'actualisait dans le milieu clinique, a donné lieu à différentes adaptations. Ainsi, la clientèle ciblée a été révisée à partir d'observations des infirmières qui se sentaient mal à l'aise d'aborder la problématique des chutes avec les personnes âgées de 50 à 64 ans. Une adaptation rapide a alors été faite sans modifier l'essence même du projet, telle qu'indiquée dans le cadre d'analyse de Greenhalgh et autres (2004), ce qui a rendu les infirmières plus à l'aise dans l'application des interventions à réaliser. D'autres adaptations ont suivi afin de simplifier les tâches des infirmières, dont l'utilisation

d'un acronyme pour évaluer les facteurs de risque de chute, transposé ensuite sur un tampon encreur afin de réduire la prise de notes au dossier.

L'élaboration d'un programme d'exercices maison et sa démonstration par une kinésologue de la DSPublique constituent des formes de soutien à l'intérieur de ce projet. Cette séance de travail a également été l'occasion pour les infirmières d'acquérir de nouvelles connaissances et de bonifier leurs compétences quant à l'information à transmettre aux aînés.

Par ailleurs, la connaissance acquise relativement au fonctionnement du milieu clinique a fait ressortir un certain nombre d'éléments qui n'étaient pas apparents au départ. Le contexte organisationnel du GMF s'est avéré plus ou moins favorable à la mise en œuvre d'un projet de ce genre. La disponibilité limitée des infirmières a été relevée au nombre des contraintes qui n'ont pas facilité l'implantation du projet compte tenu de l'ensemble de leur charge de travail. Il leur est arrivé de se sentir mal à l'aise de participer aux rencontres mensuelles avec la DSPublique, craignant l'incompréhension de leurs collègues médecins d'autant plus que leur participation n'était pas acquise pour les suites du projet. Des modifications à l'horaire de travail ont aussi contribué à rendre le contexte de pratique plus difficile, ce qui a entraîné le retrait d'une infirmière au projet PCP qui y participait depuis le tout début, par contre, deux autres se sont jointes au projet au cours de la dernière année.

La dernière étape visant à établir une routine dans la pratique des PCP expérimentées n'a pas été réalisée. Pour cela, les PCP doivent être suffisamment intégrées dans l'ensemble des pratiques des infirmières pour qu'elles ne nécessitent plus de soutien externe. Le GMF devient alors autonome et les pratiques cliniques font partie de l'ensemble des pratiques préventives qui ont cours à l'intérieur du milieu clinique. À ce moment, l'étape de « routinisation » ne se situe plus dans un contexte d'un projet, mais s'insère dans les pratiques courantes. Les modifications apportées à la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux ont obligé la DSPublique à cesser le soutien apporté aux infirmières du GMF dans la poursuite du projet, ce qui n'a pas permis d'apprécier la capacité du milieu à intégrer cette dernière étape au sein de leurs activités cliniques préventives.

En outre, chaque expérimentation demeure unique en raison d'un ensemble de particularités dont certaines sont propres au contexte organisationnel et d'autres, spécifiques aux interventions à déployer. Dans cet esprit, il existe plusieurs bonnes façons de réaliser des PCP dans un milieu clinique; chacune pourra compter sur un ensemble d'aspects favorables et de contraintes. Quoiqu'il en soit, malgré un certain nombre de difficultés, le présent projet a fait la démonstration qu'il est possible d'intégrer des interventions préventives à l'intérieur des pratiques courantes des infirmières œuvrant dans un milieu clinique comme un GMF. Un accompagnement soutenu est toutefois nécessaire, notamment pour la période de démarrage, afin de s'assurer de la compréhension de ce qui est à mettre en place, mais également pour la suite, soit le temps que les intervenants du milieu acquièrent une certaine autonomie à l'égard des nouvelles pratiques.

5.1.6 La PCP en prévention des chutes a-t-elle permis de rejoindre la clientèle visée et de lui offrir les services appropriés?

Selon ce qui était visé au départ, le projet, tel qu'il a été implanté dans le GMF, n'a pas rejoint la portion des personnes de 50 à 64 ans, et ce, pour les raisons décrites dans les différentes étapes du projet. Cependant, des ajustements rapides, tels que celui ciblant la clientèle âgée de 65 ans et plus, ont permis d'amorcer la mise en œuvre des interventions préventives retenues.

Au total, 260 personnes âgées ont été évaluées relativement à la présence de facteurs de risque de chutes. Parmi ces personnes, 22,2 % présentaient au moins un facteur de risque et parmi elles, près de 8 % en cumulaient deux ou plus. Selon l'avancement du projet, un certain nombre d'entre elles ont bénéficié de conseils, d'information visant à prévenir les chutes selon leur condition ou encore, du programme d'exercices maison.

Les références transmises par les infirmières du GMF aux responsables des différents programmes du continuum en prévention des chutes indiquent que ces personnes répondaient aux critères du projet. En effet, leur âge correspondait à ce qui a été convenu au cours de l'expérimentation en ciblant les personnes de 65 ans et plus. Aussi, la moitié des aînés avaient chuté au cours de la dernière année, dont trois à plusieurs reprises; cinq personnes avaient des troubles de l'équilibre et quatre avaient recours à une aide à la marche. Un certain nombre de personnes cumulaient plus d'un facteur de risque, jumelé à la présence de plusieurs problèmes de santé.

Le déroulement du projet a démontré que le réflexe d'évaluer les clients et de procéder à la référence n'avait pas été développé de façon à ce que cela devienne une pratique systématique. La quantité des tâches à accomplir auprès d'un grand nombre de patients aux profils différents a souvent été évoquée par les infirmières pour expliquer cet état de fait. Toutefois, des acquis de ce projet demeurent. En effet, les apprentissages faits sur la problématique des chutes sont là pour rester, que ce soit sur l'attention portée par l'infirmière à la démarche des personnes, à leur façon de se déplacer ou d'utiliser leur accessoire à la marche ou sur la présence d'autres facteurs de risque. Leur connaissance des critères d'inscription pour l'un ou l'autre des programmes du continuum en prévention des chutes dans la région constitue un ajout intéressant leur permettant d'orienter les aînés qui pourraient en bénéficier.

En outre, cette expérimentation met en lumière le temps requis pour qu'un projet de ce genre, qui s'appuie sur de nouvelles pratiques, prenne forme et puisse se maintenir dans le temps. En effet, il est nécessaire que les infirmières développent des compétences et des habiletés qui ne leur sont pas habituelles, ce qui demande d'y mettre une certaine intensité au départ afin de s'assurer d'un démarrage qui répond à l'essence même du projet et de maintenir ensuite, une certaine cadence pour bien intégrer les nouvelles pratiques et qu'elles deviennent des acquis. Un soutien externe est une autre condition importante de succès. Celui-ci, assumé par la facilitatrice, sert de guide aux infirmières relativement au respect des balises du projet. Finalement, il appert important de convenir que des ajustements soient apportés en cours d'implantation pour que celle-ci réponde le mieux possible au contexte et à la réalité du milieu clinique qui accepte d'intégrer de nouvelles pratiques cliniques préventives dans quelque domaine que ce soit.

5.2 Forces et limites de l'évaluation

L'évaluation de ce projet d'intégration de pratiques cliniques préventives dans un GMF de la Capitale-Nationale, portant sur la problématique des chutes, a été réalisée en tenant compte de différents points forts et de limites. Ces éléments sont brièvement exposés dans les lignes qui suivent.

Tout d'abord, le recours à différentes sources de données représente une force de l'évaluation. En effet, plusieurs types de collecte de données ont été utilisés tout au long du projet afin de documenter différents volets. Cette variété de sources a fourni une richesse et une complémentarité des données. De plus, le recours à deux cadres d'analyse s'est avéré utile. Dans un cas, la séquence des étapes a permis de fournir une balise à laquelle le déroulement du présent projet pouvait être comparé. Dans l'autre cas, le cadre identifiant des déterminants qui influencent l'adoption, la diffusion et l'implantation d'innovations a contribué à l'identification de facteurs servant à expliquer, en partie du moins, les principales difficultés rencontrées ou les succès observés. La prise en compte des résultats dégagés des

collectes de données pour la suite du projet a permis que des ajustements soient apportés au fur et à mesure de l'avancement du projet.

Parmi les différentes limites, il est important de mentionner que ce projet ne se veut aucunement représentatif de projets axés sur l'intégration de PCP pouvant être implantés dans d'autres contextes ou portant sur d'autres problématiques. Les résultats qui s'en dégagent sont propres à la présente expérimentation.

La collecte de données réalisée par les infirmières, visant l'évaluation des facteurs de risque des patients, a été perçue comme étant lourde à réaliser. Les infirmières n'ont eu que peu de temps à y consacrer malgré leur désir de bien faire et de répondre adéquatement aux attentes de la DSPublique en raison de l'ensemble des tâches qu'elles avaient à accomplir. De leur point de vue, en raison de la lourdeur engendrée, cette étape a constitué une limite.

Enfin, de ne pas avoir sollicité le médecin responsable et quelques-uns de ses collègues au terme du projet pour obtenir leur point de vue sur la façon dont celui-ci a été mis en œuvre dans le GMF constitue une autre limite. Une entrevue auprès d'eux aurait permis de documenter leurs perceptions quant aux éléments positifs ainsi qu'aux contraintes de la mise en place du projet de PCP en prévention des chutes. Ces éléments provenant de l'équipe médicale du GMF auraient apporté un éclairage complémentaire sur l'expérimentation, potentiellement utile à des projets qui requièrent une contribution soutenue des infirmières du milieu clinique.

CONCLUSION

Le projet d'expérimentation de pratiques cliniques visant à prévenir les chutes chez les personnes âgées de 50 ans et plus dans un GMF du territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale a permis de documenter comment ce type de projet se réalise concrètement. Il illustre, en fait, une démarche qui tient compte du contexte organisationnel et professionnel dans lequel il a été réalisé; plusieurs autres façons d'implanter des PCP à l'intérieur d'un milieu clinique sont possibles et peuvent différer de celle-ci. Chacune d'elles présente des avantages et des inconvénients, sachant qu'il n'y a pas de « recette » unique. En ce sens, il faut voir la séquence avec laquelle les étapes se sont réalisées à titre indicatif, bien que certaines demeurent centrales, comme l'identification de la problématique. En effet, c'est lors de cette étape que le problème à résoudre est relevé avec la participation du milieu clinique, de manière à s'assurer de l'utilité du projet qui émergera ensuite. Ainsi, les pratiques cliniques qui seront élaborées et déployées viseront à répondre, le plus souvent, à un problème rencontré dans le milieu clinique. Il est généralement plus facile d'obtenir la collaboration des membres du personnel, lorsque le projet à mettre en place porte spécifiquement sur la recherche de solutions concrètes au problème retenu. Il s'agit donc d'un point charnière de l'ensemble du processus.

Documenter les modes de fonctionnement du milieu clinique relativement aux interventions à implanter constitue une autre étape clé pour le bon déroulement du projet. Celle-ci, réalisée tôt dans le cours de la démarche, fournit de l'information essentielle à la prise en compte du contexte dans lequel le projet évoluera au fil des mois et des années. Cette étape offrira l'occasion d'identifier un certain nombre de contraintes pouvant limiter la portée du projet ou même, faire en sorte qu'il soit cessé et, selon les situations, rechercher des solutions potentielles.

Le présent rapport fournit une grande quantité d'information sur la façon que le projet a été conduit dans le GMF et comment il a évolué au fil du temps. Les adaptations apportées en cours de route ont été relevées ainsi que les raisons justifiant ces décisions. De plus, le rapport présente de manière détaillée le profil des personnes âgées ayant bénéficié d'une évaluation, ce qui illustre globalement les principaux facteurs de risque présents chez ces derniers.

En outre, le fait d'avoir dû cesser le projet, en raison des modifications reliées au mandat dévolu à la santé publique sans avoir pu compléter son cycle d'implantation, représente une déception pour la facilitatrice et les responsables de l'évaluation. Dans ce contexte particulier, les connaissances acquises ainsi que les outils développés lors de l'expérimentation, notamment l'acronyme utilisé pour évaluer les facteurs de risque de chute, n'ont pu être partagés avec d'autres milieux de la région ou des collègues d'autres régions sociosanitaires, intéressés par les pratiques visant à prévenir les chutes chez les aînés.

ANNEXES

Annexe A

Description des programmes en prévention des chutes sur le territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale

□ Programme VIACTIVE

Initié par Kino-Québec, le programme VIACTIVE consiste en la promotion de l'activité physique pour les personnes âgées de 55 ans ou plus. Des conseillers VIACTIVE offrent de la formation et des conseils, principalement aux regroupements d'aînés, afin que ceux-ci puissent intégrer des séances d'exercices à leur programmation. Plusieurs groupes VIACTIVE sont actifs dans la région de la Capitale-Nationale, soit dans Portneuf, Charlevoix et l'agglomération de Québec.

□ Programme PIED

Le programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) et le programme ÉquiLIBRE sont des interventions multifactorielles non personnalisées. Ces deux programmes consistent en douze semaines d'exercices, à raison de deux séances par semaine, supervisées par un professionnel en activité physique ou en réadaptation. Des capsules de sensibilisation aux facteurs de risque de chute pour l'adoption de comportements sécuritaires sont également offertes.

Le programme PIED s'adresse aux aînés de la communauté présentant un risque minime de chuter : peur de tomber, préoccupation quant aux chutes ou à l'équilibre. PIED est offert principalement par des organismes communautaires et des services de loisirs municipaux de la région. Le ratio animateur/participants est de 1/15.

□ Programme ÉquiLIBRE

Le programme ÉquiLIBRE cible, quant à lui, les personnes âgées aux risques modérés de chuter : une chute ou plus dans la dernière année, troubles d'équilibre ou de la marche ou déplacement avec une aide à la marche. Le programme ÉquiLIBRE est offert dans les centres de jour du CIUSSS ainsi qu'au sein de certaines résidences privées de la région. Étant donné le risque plus élevé de chute chez cette clientèle, le ratio animateur/participants est de 1/5, et les exercices en déséquilibre sont réalisés sous supervision individuelle.

□ Programme MARCHE

Le programme MARCHE (Mobilisation auprès des Aînés pour Réduire les CHutes dans l'Environnement domiciliaire) s'inscrit dans les interventions multifactorielles personnalisées. MARCHE est conçu pour des personnes âgées à haut risque de chute : deux chutes et plus dans la dernière année, troubles d'équilibre ou de la marche. Ce programme est offert aux aînés qui bénéficient des services du soutien à domicile (SAD) des CLSC. Il consiste en un dépistage de certains facteurs de risque de chute, suivi d'une évaluation plus approfondie et d'interventions spécifiques. Le programme est réalisé à domicile.

Annexe B
Outil « Journal de bord »

NOM DE LA PERSONNE OU NUMÉRO DE DOSSIER	NO	SEXE		ÂGE	DIAGNOSTIC (OU) PRINCIPAL PROBLÈME SANTÉ	RAISON DE CONSULTATION	PERTINENCE DE RÉFÉRER ACTIVITÉ PHYSIQUE			COMMENTAIRES	PERTINENCE DE RÉFÉRER VITAMINE D			COMMENTAIRES
		F	H				OUI	NON	PLUS TARD		OUI	NON	PLUS TARD	
1.	1													
2.	2													
3.	3													
4.	4													
5.	5													
6.	6													
7.	7													
8.	8													
9.	9													
10.	10													
11.	11													
12.	12													
13.	13													
14.	14													
15.	15													
16.	16													

Annexe C
Guide d'entrevue

ÉTAPES ET DIMENSIONS	QUESTIONS
1. ÉTAPE PRÉALABLE	
⇒ CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES : MOTIVATION	✓ COMMENT DÉCRIRIEZ-VOUS VOTRE MOTIVATION POUR CE PROJET?
⇒ BÉNÉFICES PERÇUS	✓ QUELS SONT LES AVANTAGES (BÉNÉFICES OBSERVABLES) D'INTÉGRER DES PCP EN PRÉVENTION DES CHUTES : <ul style="list-style-type: none"> ○ POUR VOUS, DANS VOTRE PRATIQUE? ○ POUR VOTRE CLIENTÈLE? ✓ CES AVANTAGES SONT-ILS LES MÊMES QU'AU DÉMARRAGE DU PROJET OU ILS ONT CHANGÉ AVEC LE TEMPS?
⇒ RÉCEPTIVITÉ AU CHANGEMENT	✓ POUVEZ-VOUS COMPTER SUR LE SOUTIEN DES MÉDECINS DU GMF POUR CE PROJET (EX. : EN PRENANT DU TEMPS POUR BIEN RÉALISER LES TÂCHES NÉCESSAIRES, EN COMPLÉTANT LES OUTILS PROPOSÉS PAR LA DRSP, DONT « CAPT », EN PARTICIPANT AUX RENCONTRES DE TRAVAIL AVEC LA DRSP)?
⇒ LEADERSHIP	✓ CONSIDÉREZ-VOUS QU'IL Y A UN LEADER POUR CE PROJET?

ÉTAPES ET DIMENSIONS	QUESTIONS
2. DOCUMENTER LA PRATIQUES HABITUELLE DU MILIEU SELON LA THÉMATIQUE RETENUE	
⇒ PARTICIPATION À LA PRISE DE DÉCISION	✓ AVEZ-VOUS LE SENTIMENT D'AVOIR PARTICIPÉ À LA PRISE DE DÉCISION D'IMPLANTER DES PCP EN PRÉVENTION DES CHUTES AU GMF? – COMMENTAIRES [QU'EST-CE QUI AURAIT PU SE FAIRE AUTREMENT ET POURQUOI ?]
⇒ COMPATIBILITÉ	✓ EST-CE QUE LES PCP EN PRÉVENTION DES CHUTES CORRESPONDENT À : <ul style="list-style-type: none"> ○ VOS VALEURS? ○ AUX NORMES VÉHICULÉES PAR VOTRE ORDRE PROFESSIONNEL? ○ À VOS BESOINS D'INTERVENTION (POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DE LA CLIENTÈLE)?
⇒ VALEURS DE L'ORGANISATION	✓ SELON VOUS, CE PROJET DE PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES S'INSCRIT-IL DANS : <ul style="list-style-type: none"> ○ LES VALEURS DU GMF? ○ LES NORMES DU GMF (FAÇON DE FAIRE, PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET ORGANISATIONNELLES)? ○ LES STRATÉGIES PRIVILÉGIÉES DU GMF ?
⇒ DIFFICULTÉS RENCONTRÉES DANS LA PRATIQUE) AVANT LE PROJET)	✓ AVANT LE DÉMARRAGE DU PROJET, EST-CE QUE VOUS SAVIEZ QUOI FAIRE AVEC LA CLIENTÈLE QUI CHUTAIT? <ul style="list-style-type: none"> ○ CETTE CLIENTÈLE PRÉSENTAIT-ELLE DES DIFFICULTÉS POUR VOUS DANS VOTRE PRATIQUE?
⇒ CHEMINEMENT CLINIQUE DU PATIENT AVEC DES TROUBLES D'ÉQUILIBRE ET DE MARCHÉ	✓ VERS QUELS SERVICES ORIENTIEZ-VOUS LA CLIENTÈLE QUI AVAIT DES PROBLÈMES DE MARCHÉ ET D'ÉQUILIBRE OU QUI AVAIT CHUTÉ? <ul style="list-style-type: none"> ○ UNE RÉFÉRENCE AU MÉDECIN TRAITANT? ○ VERS UN AUTRE SERVICE? LEQUEL?

ÉTAPES ET DIMENSIONS	QUESTIONS
3. DOCUMENTER LA PRATIQUE RECOMMANDÉE DANS LES GUIDES DE PRATIQUE	
⇒ CONNAISSANCES REQUISES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ AVEZ-VOUS UNE BONNE CONNAISSANCE DE LA PRÉVENTION DES CHUTES, PARTICULIÈREMENT P/R AUX TROUBLES DE LA MARCHÉ ET DE L'ÉQUILIBRE? ✓ VOUS SENTEZ-VOUS À L'AISE DE PARLER DE PRÉVENTION DES CHUTES AVEC LA CLIENTÈLE CIBLÉE? ✓ AVEZ-VOUS LES CONNAISSANCES NÉCESSAIRES POUR : <ul style="list-style-type: none"> a. BIEN ORIENTER VOS PATIENTS? b. RÉPONDRE À LEURS QUESTIONS?

ÉTAPES ET DIMENSIONS	QUESTIONS
4. NÉGOCIER UNE PRATIQUE OÙ DES ÉLÉMENTS DE PRÉVENTION SONT PRÉSENTS (PRATIQUE RETENUE)	
5. EXPÉRIMENTER LA PRATIQUE RETENUE; FAIRE UN RETOUR; AJUSTER.	
⇒ SIMPLICITÉ/CLARTÉ/FACILITÉ À UTILISER	<ul style="list-style-type: none"> ✓ LES PCP EN PRÉVENTION DES CHUTES SONT-ELLES SIMPLES ET FACILES À METTRE EN PRATIQUE? ✓ AVEZ-VOUS DES SUGGESTIONS?
⇒ ÉVALUATION DES IMPLICATIONS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ POUR VOUS, LE TEMPS QUE VOUS PRENEZ POUR RÉALISER LES PCP EST-IL ACCEPTABLE? ✓ TROUVEZ-VOUS QU'IL A ÉTÉ ESTIMÉ CORRECTEMENT? ✓ AVEZ-VOUS DES SUGGESTIONS OU DES ADAPTATIONS À CE SUJET?

Questions à poser à la fin du projet :

⇒ CAPACITÉ D'INTÉGRER DE NOUVELLES CONNAISSANCES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ LES CONNAISSANCES P/R À LA PCP SONT-ELLES BIEN INTÉGRÉES ? ✓ VOUS SENTEZ-VOUS À L'AISE (EN MESURE) DE LES APPLIQUER PLUS LARGEMENT ? <ul style="list-style-type: none"> ○ POUR LES 50 ANS ET + ? ○ EN « COACHANT » DE NOUVELLES INFIRMIÈRES ?
---	---

Annexe D
Grille pour revue de dossiers

#	SEXE	ANNÉE DE NAISSANCE	DIAGNOSTIQUE/ PROBLÈME DE SANTÉ	MÉDICAMENTS	DERNIÈRES CONSULTATIONS – RAISONS	EXERCICE PHYSIQUE	VITAMINE D
CAS #							
CAS #							
CAS #							
CAS #							

Annexe E

Outil de référence vers un programme du continuum de services en prévention des chutes

Pratiques cliniques préventives - Intervention en activité physique et en prévention des chutes
Questionnaire pour l'infirmière en GMF en vue d'une référence
Programme en prévention des chutes
CSSS de la Vieille-Capitale - GMF de l'Hétrière

Nom de l'utilisateur : _____

Adresse : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____

Nom de l'infirmière ayant complété le formulaire : _____

Numéro de téléphone : _____ Date : _____

.....
Algorithme à utiliser au verso pour orienter la référence →

- Référence programme **VIACTIVE** } Transmettre à Mariane Martel-Thibault
Coordonnatrice régionale VIACTIVE-PIED à la FADOQ-RQCA
Téléphone : 418 948-1722
 - Référence programme **PIED** } Télécopieur : 418 908-1257
Courriel : mmt@fadoq-quebec.qc.ca
 - Référence programme **ÉquiLIBRE** } Transmettre à Marie-Michèle Gagné
Intervenante-pivot locale en prévention des chutes au CSSS
Téléphone : 418 641-2572
 - Référence programme **MARCHE** } Télécopieur : 418 683-0470
Courriel : marie-michele.gagne@csssvc.qc.ca
-

Précisions sur l'activité physique souhaitée

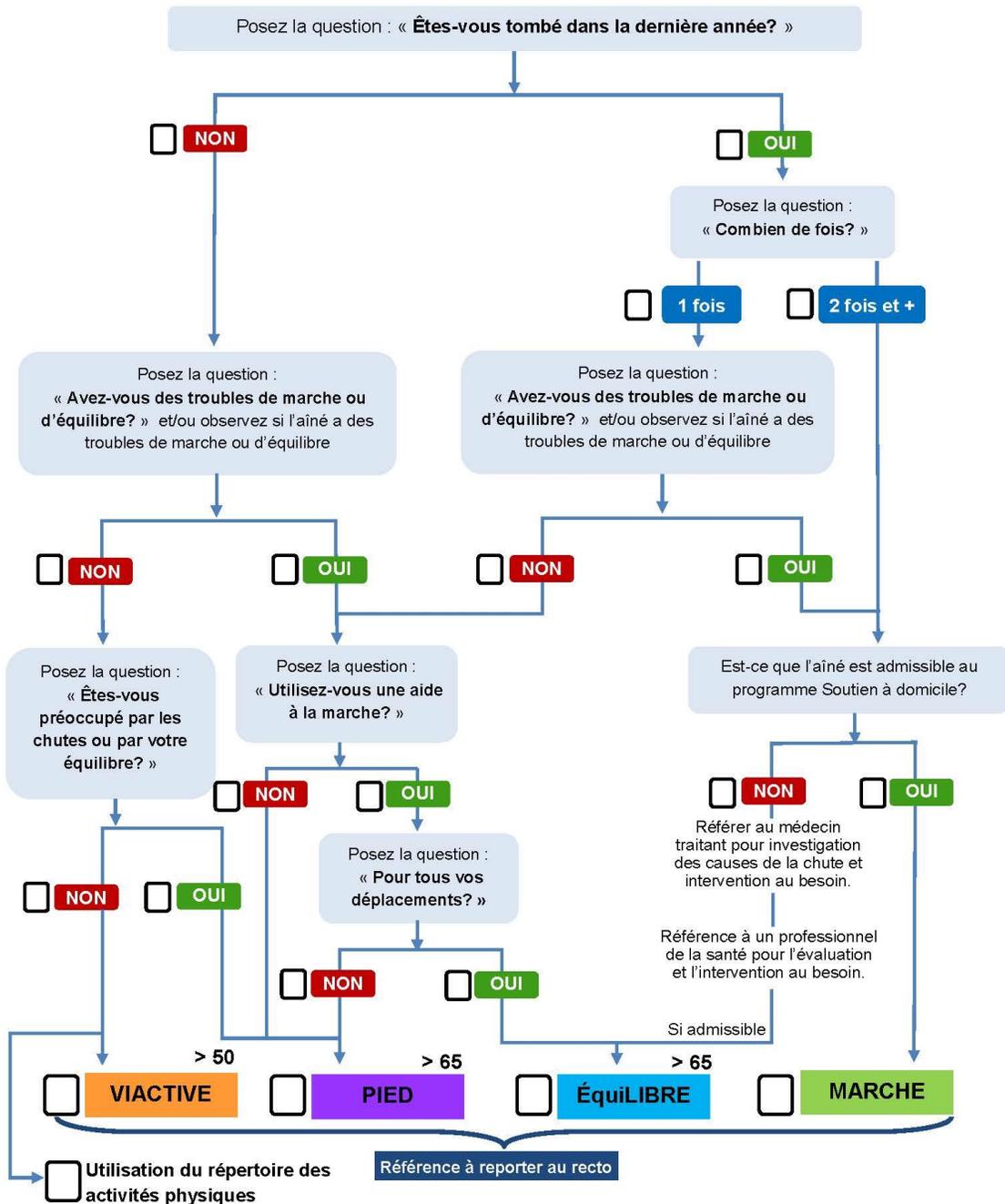
Exercices (veuillez cocher) :

- Supervisés Libres
- En groupe Individuels
- Séances d'activité physique générale Marche/plein air
- Autre (précisez) : _____

Continuum de services en prévention des chutes pour les aînés

Région de la Capitale-Nationale

Le bon programme pour la bonne personne!



Annexe F
Outil d'aide à l'analyse du milieu clinique (Montérégie)



Objectifs de l'outil

L'utilisation de cet outil a pour objectif d'effectuer une analyse du milieu clinique que l'infirmière en prévention clinique accompagnera. Plus spécifiquement, cet outil permettra de :

1. Identifier différentes informations en lien avec le milieu clinique et la population ciblée
2. Décrire les facteurs facilitant l'intégration des pratiques cliniques préventives
3. Évaluer les défis pour l'intégration des pratiques cliniques préventives
4. Planifier des solutions acceptables

Description de l'outil

- a. Grille de collecte de données pour l'analyse du milieu clinique
- b. Matrice d'intégration

Nom du GMF : _____

Date : _____

**Nom du répondant
au questionnaire :** _____

Mise à jour : mai 2010

Grille de collecte de données pour l'analyse du milieu clinique

Section A Nom du CSSS : _____ Date : _____

Description, démographie et épidémiologie du territoire du CSSS	
Population totale :	% 0-18 ans :
% 65 ans et plus :	% Hypertendus :
Principales causes d'hospitalisations soins courte durée :	% population excès poids :
% fumeurs :	% sédentaires :
% mangent moins de 5 FEL/jour :	Nombre de cas ITSS : Chlamydia : _____ Gonorrhée : _____ Syphilis : _____ Hépatite B : _____ Hépatite C : _____
% participation au PQDCS :	% couverture vaccinale influenza et pneumocoque :
Nombre de GMF sur le territoire :	Clinique jeunesse sur le territoire : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, informations pertinentes (situation, période de RV) - -
SIDEP sur le territoire : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, informations pertinentes : - - -	Présence d'une UMF sur le territoire : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, informations pertinentes : - - -
Nombre de patients orphelins sur le territoire :	Nom de l'agent de coordination du DRMG local :
Nom du médecin responsable du DRMG local :	Nom du cadre des infirmières du GMF : Nom de la DSI :
Autres partenaires jugés importants?	Informations sur la tenue de réunions CSSS/GMF (avec infirmières ou médecins) :
Autres informations/commentaires :	

Section B Nom du GMF : _____ Date : _____

Partie I

1. Données descriptives du GMF		
Nom du médecin responsable et coordonnées :		Nom du technicien administratif et coordonnées :
Noms des infirmières :		Noms des médecins
1.	1.	2.
2.	3.	4.
3.	5.	6.
4.	7.	8.
5.	9.	10.
6.	11.	12.
7.	13.	14.
8.	15.	16.
9.	17.	18.
10.	19.	20.
Noms des autres professionnels : (nutritionnistes, psychologues, etc.)		Noms des réceptionnistes et/ou secrétaires :
1.		1.
2.		2.
3.		3.
4.		4.
5.		5.
Brève description de la clientèle desservie par le GMF et autres commentaires :		
Nombre de patients inscrits :		Suivi du nourrisson : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Proportion de clientèles vulnérables :		
Suivi de grossesses : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Autres caractéristiques :

2. Environnement physique du GMF	
Points de services et adresses :	Présence d'un présentoir dans la salle d'attente ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	Personne contact :
	Brève description des bureaux et lieux physiques :
Possibilité d'installer des affiches? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Personne contact :	
Possibilité de présenter un DVD? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Personne contact :	
Présence d'une clinique radiologique : CDD <input type="checkbox"/> ou non <input type="checkbox"/>	Présence d'une pharmacie : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Autres informations/commentaires :	

3. Environnement organisationnel du GMF	
RV (brève description) :	Réunions statutaires : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui :
SRV (brève description) :	Fréquence :
SAD (brève description) :	Participation des infirmières :
Services des médecins en milieu hospitaliers (brève description) :	
Protocoles (énumérer les sujets) :	Ordonnances collectives (énumérer les sujets) :
Soutien informatique : (brève description concernant notamment) :	
• Index des patients	
• Prise de RV	
• Prescription	
• Rapports de laboratoire	
• Système de rappel	
• Dossier informatisé	
Autres informations/commentaires :	

4. Environnement organisationnel du GMF (suite)
Tâches des infirmières du GMF : (brève description concernant notamment) :
Triage
Pré-entrevue
Suivi de clientèles
Suivi des examens
Ajustement de médication
Enseignement aux patients
MAPA
Liaison
PAP test et dépistage des ITSS
Contraception
Vaccination
Habitudes de vie
Recommandation participation au PQDCS
Autres tâches (préciser) :
Autres informations/commentaires :

5. Utilisation des ressources	
CAT : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Professionnels et programmes du CSSS : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui lesquels?
Nom de l'intervenant CAT :	
Outils de référence ?	
SIDEP : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Nutritionnistes :
Nom de l'infirmière :	
Outils de référence :	Kinésologues ?
Organismes communautaires : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, lesquels?	Outils de référence?
Outils de référence?	
Nom de l'agent de promotion du PQDCS :	
Autres informations/commentaires :	

Partie II

6. Répondre aux questions suivantes selon votre connaissance et votre perception du milieu clinique et selon les contacts que vous avez eus avec les médecins et les infirmières du GMF	
Quelles PCP sont actuellement réalisées par les médecins ?	Quelles PCP sont actuellement réalisées par les infirmières ?
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.
Quels sont les moyens déjà pris par le GMF pour favoriser l'intégration des PCP ?	Un portrait des pratiques en lien avec les PCP a-t-il déjà été fait? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
ex : système de rappel,	Si oui quand ?
feuille de référence,	
protocole conjoint,	Et si non, quel est l'intérêt du milieu pour cet exercice?
ordonnance collective,	
etc.	
Quels sont les obstacles individuels par rapport à la prévention clinique ?	Quels sont les obstacles organisationnels ou dans l'environnement du GMF, par rapport à la prévention clinique ?
Autres informations/commentaires :	

Matrice d'intégration
Grille collecte de données pour l'analyse du milieu clinique

	Avant la collecte de données	Pendant la collecte de données	Après la collecte de données
DSP	<ul style="list-style-type: none"> • Présenter l'outil et ses objectifs à l'infirmière en prévention clinique • Fournir les documents et les données existantes en lien avec les données épidémiologiques et démographiques du CSSS • Soutenir pour le développement du contenu de la rencontre des infirmières des GMF • Connaître la littérature concernant les barrières et solutions favorisant l'intégration des PCP 	<ul style="list-style-type: none"> • Être disponible pour répondre aux questions de l'infirmière en prévention clinique 	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir du mentorat
Infirmière en prévention clinique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comprendre les objectifs de l'outil ▪ Rencontrer le cadre intermédiaire des infirmières des GMF et les infirmières des GMF ▪ Rencontrer le médecin responsable du GMF si possible ▪ Si possible avoir visité les lieux physiques du GMF 	<ul style="list-style-type: none"> • Compléter la grille de collecte de données 	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Identifier les principaux éléments favorables et défavorables à l'intégration des pratiques cliniques préventives propre au GMF et en lien avec : Le contexte, l'environnement clinique et les professionnels ▸ Identifier des solutions ▸ Présenter l'analyse du milieu clinique au cadre intermédiaire
Cadres intermédiaires CSSS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contacter le cadre intermédiaire des infirmières des GMF ▪ Soutenir l'organisation de la rencontre avec ce cadre et les infirmières des GMF 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Être disponible pour répondre aux questions de l'infirmière en prévention clinique 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Discuter de l'analyse du milieu clinique avec l'infirmière en prévention clinique

Annexe G

Résultats découlant de la collecte de données tirées du Journal de bord

Pertinence d'aborder la pratique d'une activité physique et de prescrire de la vitamine D

La collecte de données effectuée par deux infirmières du GMF a été réalisée auprès de 49 personnes. Parmi celles-ci, 17 sont diabétiques, 14 sont hypertendues, 4 sont à la fois diabétiques et hypertendues et finalement, 14 ont un autre diagnostic. En lien avec l'étude, il est possible de constater que sur l'ensemble des personnes recensées, il serait pertinent d'aborder l'activité physique auprès de 22 personnes et de prescrire de la vitamine D auprès de 27 d'entre elles.

DIABÈTE	Vitamine D		<i>Total</i>
Activité physique	Pertinent	En prend déjà	
Oui pertinent	5	3	8
Non pertinent	3	5	8
Plus tard		1	1
Total	8	9	17

HTA	Vitamine D		<i>Total</i>
Activité physique	Pertinent	En prend déjà	
Oui pertinent	4	3	7
Non pertinent	3	4	7
Plus tard	0	0	
Total	7	7	14

DIABÈTE + HTA	Vitamine D		<i>Total</i>
Activité physique	Pertinent	En prend déjà	
Oui pertinent	2	1	3
Non pertinent	0	1	1
Plus tard	0	0	
Total	2	2	4

AUTRES DIAGNOSTICS	Vitamine D		<i>Total</i>
Activité physique	Pertinent	En prend déjà	
Oui pertinent	3	1	4
Non pertinent	6	3	9
Plus tard	1	0	1
Total	10	4	14

Annexe H
Données tirées d'une revue de dossiers

Les tableaux suivants indiquent comment étaient réparties les mentions relatives à la pratique de l'exercice physique et la prise de la vitamine D selon les deux groupes d'âges, tant pour les hommes que pour les femmes.

		FEMMES 50-64 ans		TOTAL
		Vitamine D		
Exercice physique		Oui mention	Non mention	
	Oui mention	1	4	5
	Non mention	1	0	1
Total		2	4	6

		FEMMES 65 ans et +		TOTAL
		Vitamine D		
Exercice physique		Oui mention	Non mention	
	Oui mention	3	2	5
	Non mention	3	5	8
Total		6	7	13

Total FEMMES :

		FEMMES 50 ans et +		TOTAL
		Vitamine D		
Exercice physique		Oui mention	Non mention	
	Oui mention	4	6	10
	Non mention	4	5	9
Total		8	11	19

		HOMMES 50-64 ans		TOTAL
		Vitamine D		
Exercice physique		Oui mention	Non mention	
	Oui mention	2	5	7
	Non mention	0	1	1
Total		2	6	8

		HOMMES 65 ans et +		TOTAL
		Vitamine D		
Exercice physique		Oui mention	Non mention	
	Oui mention	1	4	5
	Non mention	0	5	5
Total		1	9	10

Total HOMMES :

		HOMMES 50 ANS ET +		TOTAL
		Vitamine D		
Exercice physique		Oui mention	Non mention	
	Oui mention	3	9	12
	Non mention	0	6	6
Total		3	15	18

Annexe I
Résultats découlant de la collecte de données faite à partir de « CAPTE »
Janvier – février 2014

Du vendredi 17 janvier au lundi 17 février 2014 (période de 22 jours, dont 4 non complétés), un total de 80 personnes ont été rencontrées parmi lesquelles 71 ont été évaluées à partir de l'acronyme. Les résultats détaillés sont les suivants :

C ₀ A ₀ P ₀ T ₀ E ₀	51 personnes évaluées n'ont fait aucune chute au cours de la dernière année, n'ont pas d'aide à la marche, ne sont pas préoccupées par les chutes et ne présentent pas de troubles de la marche ou d'équilibre.
C ₀ A ₁ P ₀ T ₀ E ₀	5 personnes évaluées ont une aide à la marche , mais n'ont fait aucune chute au cours de la dernière année, ne sont pas préoccupées par les chutes et ne présentent pas de troubles de la marche ou d'équilibre.
C ₀ A ₀ P ₁ T ₀ E ₀	3 personnes sont préoccupées par les chutes , mais n'ont fait aucune chute au cours de la dernière année, n'ont pas d'aide à la marche et ne présentent pas de troubles de la marche ou d'équilibre.
C ₀ A ₀ P ₀ T ₁ E ₀	1 personne évaluée présente des troubles de marche ou d'équilibre (personne obèse), mais n'a fait aucune chute au cours de la dernière année, n'a pas d'aide à la marche, n'est pas préoccupée par les chutes et ne présente pas de troubles de la marche ou d'équilibre.
C ₁ A ₀ P ₀ T ₀ E ₀	5 personnes évaluées ont fait 1 chute au cours de la dernière année , mais n'ont pas d'aide à la marche, ne sont pas préoccupées par les chutes et ne présentent pas de troubles de la marche ou d'équilibre.
C ₁ A ₀ P ₁ T ₀ E ₀	3 personnes évaluées ont fait 1 chute et sont préoccupées par les chutes , mais n'ont pas d'aide à la marche et ne présentent pas de troubles de la marche ou d'équilibre.
C ₁ A ₁ P ₁ T ₀ E ₀	1 personne évaluée a fait 1 chute, a une aide à la marche et qui est préoccupée par les chutes , mais ne présente pas de troubles de la marche ou d'équilibre.
C ₂ A ₀ P ₁ T ₀ E ₁	1 personne évaluée a fait 2 chutes, est préoccupée par les chutes et elle est éligible au SAD , mais ne présente pas de troubles de la marche ou d'équilibre.
C ₂ A ₁ P ₁ T ₁ E ₀	1 personne a fait 2 chutes au cours de la dernière année, a une aide à la marche, est préoccupée par les chutes et présente des troubles de la marche ou d'équilibre ; la personne est déjà prise en charge.

Annexe J
Information consignée dans les fiches de référence

N°	DATE RÉFÉRENCE	SEXE DU PATIENT	ÂGE	PRINCIPAUX DIAGNOSTICS	COMMENTAIRES	RÉSULTAT « CAPT/ER »	RAISON DE LA CHUTE	ORIENTATION DE LA RÉFÉRENCE
1.	6 mai 2014	Femme	72 ans	HTA, angine et anévrisme	Personne sédentaire; Très motivée pour automne suivant.	C ₀ A ₀ P ₀ T ₀ / <u>ER</u>	-	VIACTIVE a été proposé et la patiente s'est inscrite
2.	1 ^{er} juillet 2014	Homme	88 ans	-	-	CAPT/ER non complété	-	PIED a été proposé, le patient ne s'est pas inscrit.
3.	2 juillet 2014	Femme	70 ans	Anémie, sténose, ostéoporose, lombalgie et diabète type 2	Utilise une marchette pour se déplacer. Fait du vélo stationnaire 1h/jour et de la natation 30 min/jour. Très motivée pour automne suivant.	C ₊ A ₁ P ₁ T ₁ / <u>ER</u>	La patiente a fait + de 5 chutes au cours de l'année et elle a des troubles d'équilibre.	MARCHE a été proposé et la patiente s'est inscrite.
4.	29 août 2014	Femme	70 ans	HTA, dyslipidémie, ostéoporose, arthrose genou droit.	La patiente peut se déplacer	C ₁ A ₀ P ₁ T ₁ / <u>ER</u>	La patiente est montée dans un escabeau.	PIED a été proposé et la patiente s'est inscrite.
5.	29 août 2014	Homme	71 ans	-	Patient motivé.	C ₁ A ₀ P ₁ T ₀ / <u>ER</u>	La personne a glissé sur la glace.	Aucune évaluation n'a été faite puisque le patient n'a jamais retourné les appels.
6.	5 décembre 2014 (Éval.)	Homme	89 ans	-	Patient motivé, mais seulement pour groupe dans son secteur.	-	-	ÉquiLIBRE a été proposé et la personne est sur une liste d'attente.
7.	19 décembre 2014	Femme	84 ans	Parkinson, angine, HTA, infarctus ancien et troubles de mobilité œsophagienne.	Patiente motivée; accepte si place disponible dans son secteur.	C ₊ A ₁ P ₁ T ₁ / <u>ER</u>	La patiente a des troubles de l'équilibre en raison de son environnement.	ÉquiLIBRE a été proposé et la patiente est sur une liste d'attente.
8. ¹⁸	22 décembre 2014	Homme	87 ans	HTA, DLP, HBP, hypothyroïdie, goutte.	Le patient conduit sa voiture	CAPT/ER non complété	Le patient a des troubles récents d'équilibre.	PIED a été proposé mais le patient n'est pas inscrit parce qu'il est difficile à rejoindre.
9.	27 mai 2015	Homme	82 ans	Troubles anxieux généralisés, diabète type 2, goitre, HTA, FA, baisse de l'audition.	Le patient est autonome	C ₁ A ₁ P ₁ T ₁ / <u>ER</u>	Le patient a eu des pertes de conscience et des troubles d'équilibre.	PIED a été proposé mais le patient a refusé parce qu'il n'est pas intéressé pour le moment.

¹⁸ Le texte en italique réfère à la personne aînée ayant été orientée à 2 reprises durant la période; il s'agit donc ici de la même personne.

N°	DATE RÉFÉRENCE	SEXE DU PATIENT	ÂGE	PRINCIPAUX DIAGNOSTICS	COMMENTAIRES	RÉSULTAT « CAPT/ER »	RAISON DE LA CHUTE	ORIENTATION DE LA RÉFÉRENCE
10.	23 juin 2015	Homme	87 ans	HTA, DLP, HBP, hypothyroïdie, goutte, cataracte.	Le patient conduit sa voiture.	CAPT/ER non complété	Le patient a des troubles récents d'équilibre.	Une deuxième référence a été faite par une autre infirmière six mois plus tard, référence à la demande du médecin traitant puisque les troubles d'équilibre présents depuis quelques mois. Programme PIED envisagé.
11.	30 juin 2014	Femme	80 ans	Acouphène avec étourdissement, diabète type 2, neuropathie périphérique, goutte, chirurgie dorsale.	La patiente conduit sa voiture, elle est autonome et utilise une canne à l'occasion.	C-A1P1T _x /ER	La patiente est tombée trois fois dans les marches, probablement dues à un mauvais ajustement de lunettes. Depuis la correction, aucune chute.	PIED a été proposé.
12.	2 juillet 2015	Femme	80 ans	-	-	-	-	PIED a été proposé. Comme la patiente est aussi intéressée par le PPMC ou à un club de marche, elle rappellera au besoin.

Direction de santé publique
2400, avenue D'Estimauville
Québec (Québec) G1E 7G9
www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale**

Québec

