



Évaluation du programme d'exercice à domicile dans Sudbury et Manitoulin

Rapport final

Une **version accessible** du présent document se trouve à l'adresse :
<https://www.sdhu.com/fr/ressources/recherche-et-statistiques/recherche-et-evaluation/rapports-et-produits-du-savoir/evaluation-du-programme-dexercice-domicile-dans-sudbury-et-manitoulin-rapport-final>

Service de santé publique de
Sudbury et du district
Mars 2013



Sudbury & District

Health Unit

Service de
santé publique

Auteurs

Michael King, Service de santé publique de Sudbury et du district
Renée St Onge, Service de santé publique de Sudbury et du district
Renée Chevrier-Lamoureux, Service de santé publique de Sudbury et du district
Laurel O’Gorman, Service de santé publique de Sudbury et du district
Stephanie Collins, Service de santé publique de Sudbury et du district

Remerciements

Les auteurs aimeraient remercier les personnes qui suivent de leur participation à la production du présent rapport :

Laurie Fraser
Jodi Maki
Jana Belanger
Natalie Aubin
Susan Snelling
Suzanne Lemieux

Personne à joindre pour en savoir plus

Centre de ressources d’information
Division des ressources, de recherche, d’évaluation et de développement
Service de santé publique de Sudbury et du district
1300, rue Paris
Sudbury ON P3E 3A3
705.522.9200, poste 350
resourcecentre@sdhu.com

Citation recommandée

Service de santé publique de Sudbury et du district. (2013). *Évaluation du programme d’exercice à domicile dans Sudbury et Manitoulin : rapport final*. Sudbury ON : auteur.

Droit d’auteur

La présente ressource pourra être reproduite à des fins pédagogiques, à condition que tout le mérite revienne au Service de santé publique de Sudbury et du district. Elle ne pourra être reproduite ou utilisée pour générer des recettes.

Traduit par un traducteur agréé. This report is available in English.

Une **version accessible** du présent document se trouve à l’adresse :

Table des matières

Sommaire	v
Résultats : évaluation du processus	vi
Résultats : évaluation des effets du programme	vi
Conclusion et répercussions sur la pratique	vii
Contexte	1
Le programme d'exercice à domicile	3
Description du programme	3
Mise en œuvre du programme dans les districts de Sudbury et de Manitoulin	4
Évaluation du programme dans les districts de Sudbury et de Manitoulin	5
Évaluation des résultats	5
Évaluation du processus	6
Résultats : évaluation du processus	7
Entrevues avec des intervenants clés	7
Prestation du programme	7
Mise en œuvre du programme	7
Motifs de non-achèvement du programme	8
Future mise en œuvre du programme	8
Sondages auprès des participants	8
Échantillon	8
Expérience des participants	9
Facteurs ayant fait obstacle au programme ou l'ayant favorisé	11
Cote accordée au programme par les participants	11
Recommandations des participants	12
Résumé des résultats de l'évaluation du processus	13
Résultats : évaluation des effets du programme	15
Données de départ	15
Résultats post-intervention	19

Modélisation par régression des résultats à l'épreuve <i>TUG</i>	24
Résumé des résultats d'évaluation des effets du programme	27
Limites	28
Conclusion et répercussions sur la pratique	29
Références	31
Annexe A : description des outils d'évaluation des résultats	33
Annexe B : programme d'exercice à domicile—questions d'entrevue pour les informateurs clés	35
Annexe C : évaluation du programme d'exercice à domicile (PED)—Sondage téléphonique auprès des participants clients	37

Sommaire

À la fin de 2009, les nouvelles initiatives communautaires et complètes qui étaient lancées dans Sudbury et les districts pour prévenir les chutes étaient financées par l'entremise du Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) du Nord-Est, dans le cadre de la stratégie Vieillir chez soi. Ce projet de renforcement des capacités procure l'occasion de coordonner les services de prévention des chutes qui sont offerts dans la ville du Grand Sudbury et les districts de Sudbury et de Manitoulin. À l'intérieur de cette initiative, huit fournisseurs de services de soutien à domicile des districts de Sudbury et de Manitoulin ont reçu des fonds pour appliquer le programme d'exercice à domicile (PED) à leurs clients.

Le PED est une intervention par l'activité physique fondée sur des données probantes qui est exécutée par l'entremise d'organismes de soutien à domicile. Il cible les personnes âgées difficiles à toucher qui vivent dans la collectivité et qui risquent fort de perdre leur indépendance fonctionnelle. Le programme comprend « 10 exercices simples, mais progressifs » qui sont conçus pour améliorer et maintenir la condition physique fonctionnelle, la mobilité, l'équilibre et l'indépendance des aînés.

Le Service de santé publique de Sudbury et du district a mené l'évaluation de la mise en place du PED dans les districts de Sudbury et de Manitoulin. L'évaluation du PED consistait à évaluer tant le processus que les résultats. Elle avait pour objet de définir les facilitateurs et les obstacles en ce qui touche la mise en œuvre du programme, afin de déterminer si les activités prévues ont eu l'effet souhaité sur les populations cibles, de mesurer les progrès réalisés et d'influencer les planificateurs en ce qui touche l'élaboration et la mise en place de plans de travail pour la stratégie de prévention des chutes.

Les données d'évaluation des résultats ont été recueillies en deux vagues. La première comptait 154 clients de huit organismes où le PED a été instauré. La seconde en comptait 93 de cinq organismes, dont deux ne faisaient pas partie de la première vague. Les résultats intermédiaires du PED ont été évalués par comparaison des données obtenues de clients tant avant qu'après le programme de huit semaines, à l'aide de deux outils différents : la *Falls Efficacy Scale (FES)*, une mesure de la peur qu'a la personne de tomber pendant les activités quotidiennes essentielles et non dangereuses, et l'épreuve *TUG*, une mesure de la mobilité de la personne.

Après la première vague de collecte et d'analyse des résultats obtenus chez les clients, il a été déterminé qu'une évaluation des facteurs influençant ces mêmes résultats, y compris la manière dont les clients perçoivent le programme, l'environnement, le contexte et la mise en œuvre du programme, serait profitable à l'évaluation du programme. Une évaluation du processus, qui consistait à interroger des intervenants clés représentant huit organismes fournisseurs et à effectuer un suivi post-intervention auprès de 44 clients, a aussi eu lieu.

Résultats : évaluation du processus

Les entrevues auprès d'intervenants clés des organismes fournisseurs ont révélé que le PED a été fourni de deux manières : individuellement à domicile, soit de la façon dont la prestation a été prévue, et en groupe. Les intervenants clés ont indiqué les difficultés que présente le fait de trouver les personnes qui conviennent au PED, mais aussi la formation des préposés aux services de soutien à la personne.

D'après ce qui est ressorti des entrevues et des sondages auprès des clients, nous pouvons conclure que le personnel qui fournit le programme est essentiel à son fonctionnement. L'encouragement et le soutien constant de la personne préposée aux services de soutien à la personne ou du chef d'équipe constituent un élément important pour favoriser une participation continue au programme. Lorsque les clients sentaient que le soutien ou le suivi était insuffisant, les taux d'achèvement étaient bien inférieurs. La motivation que procurent une augmentation de la mobilité, un équilibre accru et un meilleur fonctionnement est aussi un facilitateur très important, et elle devrait servir à « faire valoir » le programme aux participants potentiels.

Un certain nombre de motifs de non-achèvement ont été soulevés. Certains clients étaient incapables de faire les exercices pour des raisons physiques, dont la douleur ou une blessure. D'autres sont tombés malades ou sont allés à l'hôpital. Un faible nombre a reçu son congé du Centre d'accès aux soins communautaires (CASC), et le suivi s'est donc avéré impossible. D'autres n'ont pas souhaité participer après la démonstration initiale et ont donc choisi de ne pas terminer le programme.

Le programme est très bien reçu par les organismes, et la plupart souhaitent continuer de l'offrir. Les clients aussi le reçoivent bien. Il est également encourageant de noter que près de la moitié des participants continuaient à faire les exercices même une fois le programme terminé. Les organismes apprécient le fait que le PED soit fondé sur des données probantes, que les exercices soient faciles à faire et que le programme soit bien structuré.

Résultats : évaluation des effets du programme

Les données de base ont été recueillies en deux vagues auprès d'un échantillon de 247 personnes. Les données post-intervention l'ont été auprès de 160 (64,8 %) des 247 clients pris en compte à l'origine. Les clients provenaient de 10 organismes participants différents. Une forte majorité (84,8 %) était considérée comme risquant fort de tomber.

Les résultats semblent démontrer qu'après la mise en œuvre du programme, les clients ont affiché une amélioration faible, mais significative de leur situation. En moyenne, les clients qui ont terminé le programme ont amélioré leurs résultats à l'épreuve *TUG* de 2,1 secondes, ce qui est statistiquement significatif. Plus de la moitié des clients qui ont terminé le programme ont vu leurs résultats à cette épreuve augmenter, de 1 à 10 secondes dans la plupart des cas. De plus, la confiance globale des clients a semblé augmenter pour les dix composantes de l'échelle *Falls Efficacy Scale (FES)*, bien que cette amélioration n'ait été statistiquement significative que pour quatre d'entre elles.

L'augmentation de la mobilité s'est avérée plus nette chez les clients dont les résultats à l'épreuve *TUG* étaient plus faibles au départ. Le degré d'amélioration de la mobilité a varié d'un organisme participant à l'autre, et ces écarts se sont maintenus après le redressement compte tenu des autres caractéristiques des clients. Les différences pourront être reliées à la manière dont le programme a été fourni, ou à d'autres facteurs explicatifs non pris en compte dans l'analyse. Les différences ne semblent pas reliées à la prestation individuelle ou collective du programme.

Les clients qui risquaient de tomber ont affiché une plus grande amélioration de leur mobilité en moyenne, bien que cet effet semble s'expliquer par d'autres facteurs. L'analyse par régression linéaire a révélé une interaction considérable entre la vague de collecte de données et le résultat de départ à l'épreuve *TUG*. Même si un résultat plus faible à cette épreuve a augmenté l'amélioration des résultats qu'un client y a obtenus en moyenne, cet effet était nettement plus prononcé dans la seconde vague de collecte de données. Cela est peut-être dû aux changements apportés à la mise en œuvre entre les deux vagues. Des efforts accrus ont été déployés dans la seconde vague pour obtenir un taux élevé d'achèvement des tests post-intervention, qui étaient probablement axés sur les clients à plus haut risque ou à plus faible mobilité (chez qui le taux d'abandon pendant la première vague était plus élevé).

L'absence de groupe témoin limite notre capacité d'attribuer les résultats améliorés que la mise en œuvre du programme a permis d'obtenir. Au mieux de nos connaissances, aucun changement dans l'environnement des clients n'aurait pu autrement justifier l'amélioration de leurs résultats si l'intervention n'avait pas eu lieu, bien qu'aucune donnée n'ait été recueillie sur ce facteur. Il est raisonnable de conclure qu'au moins une partie de l'amélioration observée est attribuable au programme d'exercice.

Conclusion et répercussions sur la pratique

Les conclusions de l'évaluation démontrent que la participation au PED est associée à une amélioration faible, mais statistiquement significative de la confiance et de la mobilité chez les clients. Le programme semble particulièrement efficace chez les personnes à plus haut risque, soit celles dont la mobilité était plus faible au départ.

Les conclusions procurent l'appui nécessaire pour justifier une mise en œuvre plus large du PED auprès des aînés à l'échelle locale, comme moyen de les aider à conserver leur santé et leur indépendance fonctionnelle, et de réduire leur risque de chute et de blessures connexes.

Il faut prendre en compte un certain nombre d'éléments, mais en élargissant la mise en œuvre du PED. Il s'agit notamment de processus appropriés pour bien définir les clients qui conviennent au programme, d'un encouragement constant et du soutien à la poursuite des exercices. Ces stratégies pourraient atténuer certaines des limites physiques représentant un obstacle majeur à l'achèvement du programme, et elles permettraient d'augmenter l'intérêt des clients à l'égard du programme. Garantir la constance de la personne préposée aux services de soutien importe aussi, car celle-ci contribue tellement à la poursuite du programme chez les clients. La personne préposée aux services

de soutien à la personne et les autres qui sont affectés aux services de soutien et qui travaillent au programme auront peut-être intérêt à échanger les leçons tirées et les approches qui se sont avérées fructueuses.

Il sera peut-être valable aussi d'étudier plus à fond les cas où le programme est offert collectivement. À l'origine, le PED devait être fourni individuellement à domicile. Il existe un autre programme, *Stand Up!*, qui est destiné à des groupes formés de personnes âgées plus mobiles. Il serait important de déterminer en quoi, le cas échéant, il y a chevauchement entre le PED offert collectivement et *Stand Up!*

Dans l'ensemble, les résultats de l'évaluation favorisent la poursuite du PED dans les districts de Sudbury et de Manitoulin. Le programme a été bien reçu par la population, et les organismes qui travaillent auprès des aînés sur le territoire du SSPSD continuent d'offrir cet important programme à leurs clients.

Contexte

À la fin de 2009, les nouvelles initiatives communautaires et complètes qui étaient lancées dans Sudbury et les districts pour prévenir les chutes étaient financées par l'entremise du Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) du Nord-Est, dans le cadre de la stratégie Vieillir chez soi. Ce projet de renforcement des capacités procure l'occasion de coordonner les services de prévention des chutes qui sont offerts dans la ville du Grand Sudbury et les districts de Sudbury et de Manitoulin. Le Service de santé publique de Sudbury et du district (SSPSD) agit comme principal coordonnateur du projet, mais il collabore étroitement avec un comité directeur formé d'organismes partenaires clés, soit le Centre de santé communautaire du Grand Sudbury, la Croix-Rouge canadienne, Horizon Santé-Nord, le Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) du Nord-Est et les Services gériatriques spécialisés du Nord-Est, afin de concevoir et d'appliquer le plan de travail annuel.

Un plan d'évaluation des principales activités mises en œuvre dans le cadre de la Stratégie de prévention des chutes 2010-2012 du SSPSD a été dressé. L'évaluation a pour objet de mieux orienter la planification et l'élaboration des prochains plans de travail sur la Stratégie de prévention des chutes.

Le présent rapport expose les conclusions de l'évaluation du programme d'exercice à domicile (PED), qui est l'un des éléments de la Stratégie de prévention des chutes. Cette évaluation avait pour but d'évaluer le processus de mise en œuvre du programme et d'établir si ce dernier permettait d'améliorer les résultats pour les clients. Les résultats contribueront à définir les éléments à prendre en compte lorsqu'il s'agira d'améliorer les prochaines interventions.

Le programme d'exercice à domicile

Description du programme

En 1996, le Canadian Centre for Activity and Aging (CCAA) a créé le programme d'exercice à domicile (PED), une intervention en activité physique fondée sur des données probantes qui est offerte par des organismes de soutien à domicile. Il cible les aînés difficiles à toucher qui risquent fort de perdre leur indépendance fonctionnelle. Le programme comprend « 10 exercices simples, mais progressifs » conçus pour améliorer et maintenir le conditionnement physique fonctionnel, la mobilité, l'équilibre et l'indépendance des personnes âgées. Il est destiné à être offert à domicile. Les résultats portent à croire qu'il est efficace et permet d'améliorer le bien-être physique et psychosocial des personnes âgées fragiles confinées chez elles (Johnson et coll. 2003; Tudor-Locke et coll., 2000).

Les 10 exercices sont destinés à aider les gens à conserver ou améliorer leur endurance, leur équilibre, leur force et leur souplesse. Les participants au programme passent environ une heure avec un instructeur qui leur enseigne les exercices et leur montre des schémas les décrivant. Ces exercices se font généralement debout et incluent de la marche sur place ou d'une pièce à l'autre, des tractions au mur, des redressements sur les orteils, taper du pied, de la marche assise, se lever d'une chaise, le soulèvement des jambes vers l'avant, l'arrière et le côté, l'étirement des bras et d'autres activités d'étirement.

Les participants doivent faire les exercices sur une période de huit semaines et sont encouragés à les faire chaque jour, dans la mesure où ils peuvent tolérer le niveau d'activité. Ils doivent augmenter la fréquence et l'intensité des exercices d'après leur capacité.

Selon Johnson et coll. (2003), le PED est le premier programme d'exercice à domicile où le cadre de soins à domicile représente le moyen de recrutement et de prestation. Jusqu'à présent, la plupart des interventions d'exercice à domicile examinées de manière empirique étaient axées sur des personnes âgées en santé (Atienza, 2001). Le PED diffère des interventions antérieures sur plusieurs points importants : il n'exige pas de stratégies de recrutement supplémentaires, de transport ou d'équipement, de visites supplémentaires de professionnels de la santé spécialisés, de mécanismes intégrés de surveillance et de soutien continu par des visites régulières de soins à domicile (Tudor-Locke et coll., 2000).

Le PED est un programme fondé sur des données probantes. Il a été évalué dans le passé par différentes méthodes reliées à divers résultats souhaités. Par exemple, l'Alberta Centre for Active Living s'est associé au CCAA pour répandre le programme en Alberta (Alberta Centre for Active Living, 2006). Un projet pilote reposant sur des enquêtes comme outil principal de collecte de données a permis de définir les forces et les faiblesses de la mise en œuvre du programme (Alberta

Le programme d'exercice à domicile

Centre for Active Living, 2006). Le projet Falls Intervention Team (FIT) (2005–2006), une stratégie interdisciplinaire et communautaire de prévention des chutes à facettes multiples pour les personnes âgées fragiles vivant dans la collectivité, a permis d'instaurer le PED dans le cadre du protocole normalisé FIT (soit, cinq visites à domicile et un appel téléphonique sur une période de trois mois). Dans une étude menée par Sipe (2009), le processus d'évaluation reposait sur une approche par étude de cas, où des entrevues et des discussions en groupe avaient lieu pour obtenir des réactions à tous les aspects du programme (entraînement, prestation, respect des exercices, évaluation). Parmi les autres méthodes employées pour évaluer les réussites réalisées et les difficultés rencontrées pendant le programme figurent l'analyse des notes obtenues avant et après l'intervention sur la *Falls Efficacy Scale* (Tinetti, Richman et Powell, 1990) et à l'épreuve *TUG* (Alberta Centre for Active Living, 2006; Johnson, 2003), la dernière ayant été analysée d'après le risque, la démographie et l'état de santé (Johnson, 2003).

Mise en œuvre du programme dans les districts de Sudbury et de Manitoulin

En 2009, des fonds ont été prévus pour que huit fournisseurs de services de soutien à domicile puissent instaurer le PED auprès de leurs clients dans les districts de Sudbury et de Manitoulin. Les organismes participants étaient la Société Alzheimer Sudbury-Manitoulin, Soins à domicile Bayshore, le Centre de santé communautaire du Grand Sudbury, Comcare Health Services, la Croix-Rouge canadienne, Retire at Home Services, Aide aux séniors de Sudbury Est et l'Ukrainian Seniors Centre. Le SSPSD a fourni des occasions de formation aux aides-soignants des organismes participants afin qu'ils puissent intégrer le PED dans leurs services de soutien à domicile. Le SSPSD a aussi dirigé l'évaluation de la mise en œuvre du PED dans les districts de Sudbury et de Manitoulin, et les conclusions sont exposées dans le présent rapport.

Évaluation du programme dans les districts de Sudbury et de Manitoulin

L'évaluation du PED a porté à la fois sur le processus et les résultats. Elle avait pour objet de déterminer ce qui a facilité l'instauration du programme et lui a nui, d'établir si les activités prévues ont eu l'effet souhaité sur les populations cibles, de mesurer les progrès réalisés et d'influencer les planificateurs quant à l'élaboration et la mise en œuvre de futurs plans de travail dans le cadre de la stratégie de prévention des chutes. L'évaluation des résultats du PED était axée sur les résultats intermédiaires de la stratégie.

Évaluation des résultats

Les données de l'évaluation des résultats ont été recueillies en deux vagues. La première englobait 154 clients de huit organismes où le PED a été instauré. La période de collecte allait de la mi-novembre 2010 au 31 mars 2011. Chez chaque client, le délai moyen entre les mesures préalable et postérieure était de 8,6 semaines. La deuxième vague englobait 93 clients de cinq organismes, dont deux ne faisait pas partie de la première vague. La période de collecte allait de septembre 2011 à mai 2012, et le délai moyen entre les mesures préalable et postérieure était de 8,7 semaines.

L'effet intermédiaire du PED a été évalué par comparaison des données provenant des clients avant et après la période de huit semaines sur laquelle s'étendait le programme, à l'aide de deux outils distincts :

1. la *Falls Efficacy Scale* (FES), une mesure de la peur de tomber du client pendant les activités quotidiennes essentielles et non dangereuses (Tinetti, Richman and Powell, 1990)
2. l'épreuve *TUG*, une mesure de la mobilité du client (Alberta Centre for Active Living, 2006; Johnson, 2003)

**Veuillez vous reporter à la description de ces outils d'évaluation à l'annexe A.*

Parmi les autres données recueillies figuraient l'âge et le sexe du client, l'organisme participant et l'évaluation du risque de chute au départ (Tudor-Locke et coll., 2000).

Les données ont été analysées d'après des statistiques descriptives, des tests statistiques non paramétriques et la régression linéaire multiple. Quelques clients ont été exclus de l'analyse des résultats postérieurs à l'intervention parce que les résultats étaient peu plausibles (une erreur de mesure) ou en raison de valeurs extrêmes qui dépassaient largement les observations courantes (valeurs aberrantes)¹.

Évaluation du processus

Après la première phase de collecte et d'analyse de données pour l'évaluation des résultats du PED, il a été établi qu'évaluer les facteurs influençant les résultats, y compris les perceptions des clients, l'environnement, le contexte et la mise en œuvre du programme, serait profitable à ce dernier. Une évaluation du processus a donc été entreprise. Il s'est agi d'entrevues avec des intervenants clés des organismes fournisseurs et de suivis postérieurs à l'intervention auprès des clients.

Les entrevues ont été menées auprès de huit représentants d'organismes fournisseurs en mars 2012. Elles ont eu lieu par téléphone et ont duré environ 30 minutes. Les intervenants devaient donner leur avis sur le processus que leur organisme a suivi pour instaurer le programme et sur la raison pour laquelle les participants pouvaient ou non avoir terminé le programme. Les données recueillies ont été résumées et analysées thématiquement. Veuillez vous reporter au guide d'entrevue à l'annexe B.

De plus, les clients ont dû répondre à un questionnaire ouvert par téléphone pour que soient mieux comprises les variables concernant les résultats obtenus, l'achèvement du programme et la collecte des données. Tous les clients qui étaient inscrits à la deuxième phase de collecte de données du PED (dès septembre 2011) ont été invités à répondre au questionnaire téléphonique de suivi de mars à juin 2012. Les résultats ont été compilés et analysés à l'aide de statistiques descriptives afin que les résultats obtenus soient mieux compris. Le questionnaire se trouve à l'annexe C.

¹ Les données ont été analysées par des statistiques descriptives concernant les variables numériques et les fréquences touchant les variables catégoriques. Comme la plupart des variables numériques (soit, l'âge, le risque, l'échelle *FES* et l'épreuve *TUG*) variaient grandement (écarts-types élevés par rapport à la moyenne), leur répartition a été analysée plus à fond par regroupement en catégories.

Des tests statistiques non paramétriques ont servi à vérifier les écarts significatifs entre les groupes ou les variables, selon ce qui convenait à la variable étudiée. Il s'agissait notamment du test du chi carré et du test exact de Fisher pour l'analyse catégorique des données, du test de Mann-Whitney pour les données numériques sans correspondance (deux groupes), de l'analyse de variance à un critère de classification de Kruskal-Wallis pour les données numériques sans correspondance (groupes multiples), du test de Wilcoxon pour observations appariées concernant les données numériques appariées (avant-après) et du coefficient de corrélation de rang de Spearman pour la corrélation linéaire entre deux variables numériques.

La régression linéaire multiple a servi à modéliser l'effet d'un certain nombre de caractéristiques de départ des clients (soit, l'âge, le sexe, l'organisme participant, le risque et le résultat de départ à l'épreuve *TUG*) sur l'évolution du résultat obtenu à l'épreuve *TUG*.

Résultats : évaluation du processus

L'évaluation du processus consistait en deux formes de collecte de données : des entrevues avec des intervenants clés, soit des représentants des organismes fournisseurs, et des entrevues téléphoniques avec des participants au programme.

Entrevues avec des intervenants clés

Les entrevues avec des intervenants clés ont fourni des renseignements sur le mode de prestation, la mise en œuvre et les motifs de non-achèvement du programme. Les participants ont aussi formulé des recommandations sur la prestation future.

Prestation du programme

D'après les entrevues, nous pouvons déterminer que le PED a été fourni de deux manières différentes selon l'organisme. La plupart des organismes l'ont fourni comme prévu : les personnes se sont fait montrer comment faire les exercices par un préposé aux services de soutien à la personne, puis ils les ont faits individuellement sur une période de huit semaines. Le fournisseur a ensuite effectué un suivi à la fin du programme. Dans certains cas, le préposé rappelait au client de faire les exercices, mais cela ne s'est pas produit constamment. Trois organismes, soit la Société Alzheimer, Aide aux séniors et l'Ukrainian Seniors Centre, ont choisi de fournir le programme en groupe. Il a été défini que ce cadre social était valable et que les clients se sentaient plus à l'aise de faire les exercices ainsi. Cependant, il importe de noter que le PED n'a pas été conçu de cette manière; il devait être fourni individuellement à domicile.

Mise en œuvre du programme

Les intervenants clés devaient parler de la mise en œuvre du programme au sein de leur organisme. Ils ont relevé certaines difficultés sur les plans du recrutement des clients et de la formation des préposés aux services de soutien à la personne. Il a été noté que trouver les clients qui conviennent au CASC présente certains défis; toutefois, le centre a bien souligné qu'il envisageait d'inclure l'évaluation du PED dans l'application globale, alors cela réglerait bon nombre des problèmes soulevés. Certains organismes considéraient que former des préposés aux services de soutien à la personne pour qu'ils fournissent le programme était problématique. Selon leur perception, le temps de formation et les coûts connexes ne sont pas pris en compte, bien que la mise en œuvre du programme dans les districts de Sudbury et des districts prévoyait des fonds à cet égard.

L'enthousiasme du préposé aux services de soutien à la personne ou du chef de programme était perçu comme essentiel au fonctionnement du PED. Par ailleurs, lorsque le préposé qui forme le client à exécuter le programme n'est pas son préposé régulier, il semble moins probable que l'encouragement à suivre le programme et les rappels en ce sens seront continus, ce qui influera sur les taux d'achèvement. Selon certains participants aux entrevues, il pourrait être valable de favoriser

une certaine forme d'échange entre organismes, afin que les préposés aux services de soutien à la personne ou les autres chefs de programme puissent partager leur point de vue sur ce qui fonctionne et la meilleure manière d'encourager les clients à terminer le programme.

Motifs de non-achèvement du programme

Les représentants des organismes fournisseurs ont fourni un certain nombre de raisons pour lesquelles des clients n'ont pas terminé le programme. Certains clients étaient incapables de faire les exercices pour des raisons physiques. D'autres sont tombés malades ou sont allés à l'hôpital. Un faible nombre a reçu son congé du CASC, et le suivi s'est donc avéré impossible. D'autres n'ont pas souhaité participer après la démonstration initiale et ont donc choisi de ne pas terminer le programme.

Future mise en œuvre du programme

En général, tous les intervenants clés ont jugé que le programme était solide, qu'il répondait à un besoin important et que la responsabilité revenait au client, ce qui est essentiel au concept. Ils apprécient le fait que le programme soit fondé sur des données probantes, que les exercices soient faciles à faire et que la structure soit bonne. Bien des organismes prévoient poursuivre le programme même une fois l'évaluation terminée. L'intégration de l'accueil au programme dans le processus global d'accueil au CASC aidera à mieux choisir les clients.

Les groupes semblent mieux réussir à maintenir la motivation. Dans ce cadre, les taux d'abandon sont très faibles. Dans certains cas, les clients suivent le programme chaque jour. Cependant, les séances sont différentes de celles qui étaient prévues; les données probantes relatives au PED concernent un programme autodirigé, suivi de manière indépendante. On ignore au juste dans quelle mesure les séances en groupe sont conformes à la conception du programme. Les participants qui ont suivi les programmes en groupe ont eu tendance à être plus physiquement capables, et bon nombre d'entre eux sont aussi plus autonomes. Par conséquent, exécuter le programme en groupe permettra peut-être de présélectionner les participants qui présentent de meilleures aptitudes physiques. Également, le client n'a pas à se rappeler de faire les exercices, ce qui augmente le respect du programme, mais la mise en œuvre supervisée exige plus de temps et des coûts supplémentaires. Les groupes ont semblé mieux réussir à garder les clients motivés, mais, à bien des égards, le programme est différent.

Sondages auprès des participants

Échantillon

En tout, 44 clients de la deuxième vague de collecte de données ont répondu au sondage téléphonique, ce qui représente un taux de réponse de 51 % (tableau 1).

Tableau 1. Taux de réponse

Taux de réponse	Compte
Nombre de répondants	44
Consentements manquants	21
Refus	8
Mauvais numéro	6
N'a pas compris ou avait du mal à entendre	3
Était mort (e) ou avait déménagé	2
Numéro manquant	1
Impossible à joindre	2
Total	87

La plupart des participants qui ont répondu au sondage étaient des femmes (82 %) et la moyenne d'âge était de 79,2 ans (IC à 95 % : 75,7, 82,5). Les participants devaient indiquer le nombre de personnes qui composent leur ménage, et plus des deux tiers (68 %) ont mentionné vivre seuls, alors que tout juste un peu plus du quart (27 %) a indiqué vivre avec quelqu'un. Parmi les personnes ayant indiqué vivre avec quelqu'un, 69 % vivaient avec leur conjoint (e) ou partenaire, 31 % vivaient avec leur (s) enfant (s), et 16 % n'ont pas précisé avec qui ils vivaient (une personne a précisé vivre avec son conjoint [sa conjointe] ou partenaire et ses enfants).

Les participants devaient mentionner s'ils étaient tombés ou l'avaient presque fait depuis le début du programme d'exercice. La plupart d'entre eux (68 %) ont indiqué ne pas l'avoir fait, alors que bon nombre d'entre eux (30 %) ont souligné qu'ils étaient bel et bien tombés et qu'une personne a répondu avoir failli tomber (tableau 2).

Tableau 2. Chutes depuis le début du PED, SSPSD, 2012

Chute	Compte (n=44)	Proportion
Oui, j'ai fait une chute	13	29,5 %
Oui, j'ai presque fait une chute	1	2,3 %
Non	30	68,2 %
Ne sait pas ou ne s'en rappelle pas	0	0
Total	44	100 %

Expérience des participants

Presque tous les clients (98 %) ont suivi le PED seuls chez eux, alors qu'un répondant a fait les exercices à la fois au sein d'un groupe et seul.

Lorsque les participants devaient indiquer s'ils avaient terminé le PED, la moitié a répondu avoir terminé le programme de huit semaines, alors que 32 % ne l'avaient pas fait, et 18 % ne savaient pas ou ne se rappelaient pas s'ils l'avaient terminé ou non (tableau 3).

Tableau 3. Achèvement du PED, SSPSD, 2012

Terminé	Compte (n=44)	Proportion
Oui	22	50 %
Non	14	31,8 %
Ne sait pas ou ne s'en rappelle pas	8	18,2 %
Total	44	100 %

Les participants devaient indiquer combien de jours par semaine ils faisaient les exercices. Presque les deux tiers (63,6 %) du groupe qui a terminé le programme ont fait les exercices sept jours sur sept, alors que la proportion était de moins de la moitié (45,5 %) chez ceux qui n'ont pas terminé le programme (tableau 4). Les participants devaient aussi indiquer combien de minutes il leur fallait pour faire les exercices. Près du quart (22,7 %) de ceux qui ont terminé le programme ont consacré 30 minutes aux exercices, alors qu'un seul participant l'a fait parmi ceux qui n'ont pas terminé le programme (tableau 5). Ceux qui n'ont pas terminé le programme étaient deux fois plus susceptibles de ne pas se rappeler le nombre de jours par semaine (18,2 % parmi ceux qui ont terminé le programme, comparativement à 9,1 % chez les autres) ou du temps qu'il a fallu pour terminer les exercices (41 % parmi ceux qui ont terminé le programme, comparativement à 22,7 % chez les autres).

Tableau 4. Nombre de jours par semaine consacrés au PED selon les personnes qui l'ont achevé, SSPSD, 2012

Nombre de jours	Achevé		Inachevé	
	Compte (n=22)	Proportion	Compte (n=22)	Proportion
Chaque jour (sept jours sur sept)	14	63,6 %	10	45,5 %
6 jours	0	0,0 %	2	9,1 %
5 jours	2	9,1 %	1	4,5 %
4 jours	1	4,5 %	2	9,1 %
3 jours	1	4,5 %	1	4,5 %
2 jours	2	9,1 %	2	9,1 %
Ne s'en rappelle pas	2	9,1 %	4	18,2 %
Total	22	100 %	22	100 %

* Note : ceux qui ont mentionné qu'ils ne savaient pas ou ne se rappelaient pas s'ils avaient terminé ou non le programme ont été comptés comme si leur programme avait été « inachevé ».

Tableau 5. Minutes consacrées au PED selon les personnes qui l'ont achevé, SSPSD, 2012

Nombre de minutes	Achevé		Inachevé	
	Compte (n=22)	Proportion	Compte (n=22)	Proportion
30 minutes	5	22,7 %	1	4,5 %
25 minutes	1	4,5 %	1	4,5 %
20 minutes	3	13,6 %	3	13,6 %
15 minutes	4	18,2 %	4	18,2 %
10 minutes	2	9,1 %	3	13,6 %
5 minutes ou moins	2	9,1 %	1	4,5 %
Ne s'en rappelle pas	5	22,7 %	9	41,0 %
Total	22	100 %	22	100 %

Les participants qui n'ont pas terminé le programme de huit semaines ont dû indiquer pendant combien de semaines ils l'ont suivi ainsi que le nombre de jours par semaine et les minutes par jour qu'ils ont consacrés aux exercices. Bien des participants (36 %) ne pouvaient se rappeler pendant combien de semaines ils ont participé au PED, alors que ceux qui le pouvaient, près de la moitié (45 %), ont déclaré l'avoir suivi pendant quatre à six semaines.

Tableau 6. Non-achèvement du PED, selon le nombre de semaines, SSPSD, 2012

Nombre de semaines	Compte (n=22)	Proportion
2 semaines	1	4,5 %
3 semaines	2	9,1 %
4 semaines	5	22,7 %
5 semaines	1	4,5 %
6 semaines	5	22,7 %
Ne se rappelle pas	8	36,4 %
Total	22	100 %

Facteurs ayant fait obstacle au programme ou l'ayant favorisé

Les participants qui n'ont pas terminé le PED devaient indiquer les raisons pour lesquelles ils ne l'avaient pas fait. Parmi ceux qui ont fourni un motif de non-achèvement, la réponse la plus courante était la douleur ressentie ou une blessure subie en faisant les exercices (40 %), suivie d'un manque d'encouragement (15 %) et d'une maladie (15 %). Parmi les autres raisons figurait le manque d'énergie (14 %); un participant a aussi mentionné l'incapacité à faire les exercices sans aide.

Lorsque les participants devaient indiquer ce qui les avait aidés à terminer le PED, bon nombre d'entre eux ont mentionné que le principal facteur avait été l'amélioration de leur mobilité, de leur équilibre et de leur fonctionnement (41 %). D'autres ont souligné les instructions fournies par un préposé aux services de soutien à la personne, le soutien d'un professionnel de la santé et celui de la famille. Les participants devaient aussi faire état des difficultés rencontrées pendant le programme. Plus de la moitié (55 %) a signalé une blessure subie et que certains des exercices étaient trop douloureux, alors que quelques autres ont précisé que les exercices étaient trop fatigants (10 %) ou difficiles (29 %). D'autres facteurs qui ont rendu le programme difficile ont été le manque de soutien, de suivi ou d'ambition, et la trop grande simplicité des exercices.

Cote accordée au programme par les participants

Les participants devaient coter la mesure dans laquelle le PED a répondu à leurs besoins et à leurs attentes. La plupart d'entre eux ont souligné qu'il y a essentiellement ou quelque peu répondu (30 % et 32 %, respectivement) (tableau 7).

Tableau 7. Mesure dans laquelle le PED a répondu aux besoins et aux attentes, SSPSD, 2012

Échelle	Compte (n=44)	Proportion
5 = Complètement	3	6,8 %
4 = Essentiellement	13	29,5 %
3 = Quelque peu	14	31,8 %
2 = Très peu	5	11,4 %
1 = Pas du tout	3	6,8 %
Ne sait pas	2	4,5 %
Aucune réponse	4	9 %
Total	44	100 %

Les participants devaient fournir les raisons sous-tendant la cote accordée. Ceux pour qui le programme a complètement répondu à leurs besoins ont déclaré que quelqu'un était toujours présent au besoin et se sont sentis motivés pendant toute sa durée. Parmi ceux qui étaient essentiellement satisfaits, les raisons incluaient l'amélioration du fonctionnement et de la mobilité et l'augmentation de la force. Ceux qui étaient seulement quelque peu satisfaits ont fait état d'une douleur constante, de la difficulté des exercices et de l'interruption du programme en raison du manque de progrès. Enfin, ceux qui se sont jugés très peu satisfaits ou qui ont considéré ne pas l'être du tout ont déclaré que le suivi et le changement étaient insuffisants et que les exercices étaient difficiles.

Les participants ont ensuite dû déterminer les éléments les plus utiles à propos du PED. Bon nombre d'entre eux ont mentionné que le programme les avait aidés à réduire leur douleur, ce qui leur avait permis de se sentir mieux (48 %). Nombreux étaient ceux pour qui le soutien reçu avait été l'élément le plus utile à propos du programme (30 %), alors que d'autres ont souligné que le format de ce dernier l'avait rendu facile à suivre (23 %).

Quand les participants ont dû indiquer les éléments qui, selon eux, avaient été les moins utiles, quelques-uns (13 %) en ont profité pour mentionner le manque de soutien et de suivi tout au long du programme. Bon nombre d'entre eux (33 %) estimaient que certains des exercices n'avaient pas été utiles, car ils étaient incapables de les faire, parce qu'ils étaient trop douloureux ou trop fatigants. Plus de la moitié des participants (55 %) n'ont pas répondu, étaient incertains ou ont indiqué n'avoir rien à mentionner.

Recommandations des participants

Enfin, les clients devaient indiquer s'ils avaient des recommandations à formuler sur la manière d'améliorer le PED. Certains (23 %) en ont profité pour exprimer la nécessité qu'un professionnel rende plus souvent visite aux participants pour les soutenir ou les suivre afin de mieux les encourager à continuer de faire les exercices et de mieux les motiver et s'assurer que les exercices sont faits convenablement. Plus des deux tiers des participants (67 %) n'avaient pas de recommandations à formuler pour améliorer le programme, et quelques-uns (9 %) en avaient d'autres (p. ex., plus d'exercices pour les bras et la poursuite du programme).

Les participants ont exprimé à quel point ils ont aimé les différents exercices, et l'amélioration de leur mobilité est ce qui les a aidés à continuer à les faire. Ils ont également suggéré que le programme offre des types d'exercices plus variés.

Quand les participants ont dû préciser s'ils suivaient toujours le programme, près de la moitié des participants (48 %) ont répondu qu'ils continuaient à faire les exercices, et parmi eux, la plupart (63 %) les faisaient chaque jour.

Résumé des résultats de l'évaluation du processus

D'après les entrevues, nous pouvons déterminer que le PED a été fourni de deux manières différentes selon l'organisme. Même si, dans la plupart des cas, le programme a été fourni comme prévu, soit individuellement à domicile, certains organismes ont choisi de le faire en groupe.

Fournir le programme présente un certain nombre de difficultés, dont celle de trouver les clients qui conviennent et de former le personnel nécessaire à la prestation. Du point de vue des clients, les limites physiques, la douleur ressentie pendant les exercices et le manque d'intérêt des clients sont des obstacles importants à la participation au programme.

Le personnel qui fournit le programme est essentiel à son fonctionnement. Les organismes fournisseurs et les participants ont noté que l'encouragement et le soutien constant de la personne préposée aux services de soutien à la personne ou du chef d'équipe constituent un élément important pour favoriser une participation continue au programme. Lorsque les clients sentaient que le soutien ou le suivi était insuffisant, les taux d'achèvement étaient bien inférieurs. La motivation que procurent une augmentation de la mobilité, un équilibre accru et un meilleur fonctionnement est aussi un facilitateur très important, et elle devrait servir à « faire valoir » le programme aux participants potentiels.

Le programme est très bien reçu par les organismes, et la plupart souhaitent continuer de l'offrir. Les clients aussi le reçoivent bien. La plupart d'entre eux estiment qu'il répond à leurs besoins, à tout le moins quelque peu. Il est également encourageant de noter que près de la moitié des participants continuaient à faire les exercices même une fois le programme terminé.

Résultats : évaluation des effets du programme

Données de départ

Les données de départ ont été recueillies en deux vagues auprès de 154 et 93 participants, respectivement, ce qui a donné un échantillon total de 247 personnes. Les participants des deux vagues ne différaient pas nettement du point de vue de l'âge, du sexe, de la cote de risque (mesurée au moyen de l'outil d'évaluation du risque de chute du Canadian Centre for Activity and Aging) ou des notes à l'épreuve *TUG*, au départ (résultats non montrés). Les deux vagues ne différaient pas sur les aspects suivants :

- Les organismes participants différaient. Neuf d'entre eux ont participé à la première vague, cinq à la deuxième, et seulement trois aux deux.
- Les participants de la deuxième vague avaient moins confiance en leur capacité à exécuter plusieurs tâches quotidiennes sans tomber, au départ, comme a permis de le mesurer l'échelle *Falls Efficacy Scale (FES)*. Ces tâches incluaient : prendre un bain ou une douche, atteindre des objets dans les armoires ou les garde-robes, se lever d'une chaise ou y prendre place, s'habiller ou se déshabiller et exécuter de légers travaux d'entretien ménager (tableau 8). Aucune différence nette de confiance n'a été observée entre les vagues pour ce qui est des autres tâches de l'échelle *FES*.

Tableau 8. Statistiques récapitulatives, notes sur l'échelle *Falls Efficacy Scale (FES)* au départ, selon la vague

Activité	1 ^{re} vague				2 ^e vague				Valeur p de l'écart †
	n	Moy.	É-T	Échelle	n	Moy.	É-T	Échelle	
Prendre un bain ou une douche	154	52,0	37,3	0-100	93	40,2	35,3	0-100	p=0,011***
Atteindre des objets dans les armoires ou les garde-robes	152	66,7	31,5	0-100	93	54,8	30,4	0-100	p=0,002***
Préparer des repas	142	67,4	35,3	0-100	88	60,9	36,9	0-100	p=0,181
Circuler dans la maison	153	74,2	28,1	0-100	93	73,5	26,7	0-100	p=0,664
Sortir du lit ou s'y mettre	154	80,2	24,7	0-100	93	74,3	27,2	0-100	p=0,073
Répondre à la porte ou au téléphone	154	79,1	28	0-100	93	77,7	27,5	0-100	p=0,420
Se lever d'une chaise ou y prendre place	154	80,8	22,1	0-100	93	73,1	27,0	0-100	p=0,047***
S'habiller ou se déshabiller	154	80,5	25,3	0-100	93	73,4	25,9	0-100	p=0,011***
Exécuter de légers travaux d'entretien ménager	148	62,6	33,9	0-100	90	47,8	35,1	0-100	p=0,001***
Faire du magasinage simple	147	52,2	38,9	0-100	89	54,1	36,6	0-100	p=0,758

† Test de Mann-Whitney; ***indique des écarts statistiquement significatifs

- Les participants de la deuxième vague de collecte de données étaient plus susceptibles de passer à la fois les épreuves *FES* et *TUG* avant et après l'intervention (77,4 %), comparativement à ceux de la première (57,1 %).

Résultats : évaluation des effets du programme

Étant donné les écarts, les données des deux vagues ont été combinées et analysées comme si elles provenaient d'un échantillon de participants, dont les caractéristiques de départ sont exposées au tableau 9.

Tableau 9. Profil des participants, au départ, selon les personnes ayant achevé ou non le programme (n=247)

	Total	Achevé	Inachevé	Valeur p de l'écart
Nombre de participants	247	160	87	
Organisme participant				p=0,014†***
Aide aux séniors de Sudbury Est	7 (2,8 %)	5 (3,1 %)	2 (2,3 %)	
Société Alzheimer	35 (14,2 %)	21 (13,1 %)	14 (16,1 %)	
Soins à domicile Bayshore	99 (40,1 %)	68 (42,5 %)	31 (35,6 %)	
Centre de santé communautaire	13 (5,3 %)	11 (6,9 %)	2 (2,3 %)	
Comcare Health Services	19 (7,7 %)	15 (9,4 %)	4 (4,6 %)	
Cabinet du D ^r Cox	5 (2 %)	1 (0,6 %)	4 (4,6 %)	
Croix-Rouge canadienne	40 (16,2 %)	17 (10,6 %)	23 (26,4 %)	
Retire At Home Services	2 (0,8 %)	1 (0,6 %)	1 (1,1 %)	
Revera	17 (6,9 %)	13 (8,1 %)	4 (4,6 %)	
Ukrainian Seniors Centre	10 (4 %)	8 (5 %)	2 (2,3 %)	
Âge (ans)				p=0,150 ‡
n	243	158	84	
Moyenne	80	80,7	78,8	
Écart-type	9,0	8,3	10,0	
Échelle	41–96	53–96	41–96	
Tranches d'âge				p=0,783Ω
< 70 ans	27 (11,2 %)	17 (10,8 %)	10 (11,9 %)	
De 70 à 74 ans	25 (10,3 %)	16 (10,1 %)	9 (10,7 %)	
De 75 à 79 ans	41 (16,9 %)	23 (14,6 %)	18 (21,4 %)	
De 80 à 84 ans	66 (27,3 %)	44 (27,8 %)	22 (26,2 %)	
De 85 à 89 ans	54 (22,3 %)	38 (24,1 %)	16 (19 %)	
> 90 ans	29 (12 %)	20 (12,7 %)	9 (10,7 %)	
Sexe				p=0,675†
Masculin	67 (27,1 %)	42 (26,3 %)	25 (28,7 %)	
Féminin	180 (72,9 %)	118 (73,8 %)	62 (71,3 %)	
Risque*				p=0,306‡
n	243	158	85	
Moyenne	5,4	5,3	5,6	
Écart-type	1,9	1,9	1,9	
Échelle	0–10	0–10	2–10	
Groupe à risque*				p=0,724†
Pas à risque de chute	37 (15,2 %)	25 (15,8 %)	12 (14,1 %)	
À risque de chute	206 (84,8 %)	133 (84,2 %)	73 (85,9 %)	

† Test exact de Fischer; ‡ test de Mann-Whitney; Ω test du chi carré, valeurs manquantes exclues
***Indique un écart statistiquement significatif

* Les notes de risque reposent sur l'évaluation du risque du Canadian Centre for Activity and Aging
† Test du chi carré, valeurs manquantes exclues; ‡ test de Mann-Whitney.
Les proportions indiquées sont des pourcentages en colonne.

Les clients provenant de 10 organismes participants différents. Les organismes qui comptaient le plus de clients participants étaient Bayshore (n=99), la Croix-Rouge (n=40) et la Société Alzheimer (n=35). L'âge des clients allait de 41 à 96 ans, et la moyenne était de 80 ans. Plus des deux tiers (72,9 %) des clients étaient des femmes. Une forte majorité (84,8 %) était classée comme étant à risque de chute, car ces personnes correspondaient à au moins quatre des éléments principaux de l'évaluation du risque de chute du Canadian Centre for Activity and Aging.

Les données postérieures à l'intervention ont été obtenues auprès de 160 (64,8 %) des 247 clients retenus au départ. Deux clients qui avaient figuré parmi les fournisseurs de ces données ont été exclus parce que les mesures de départ étaient inexistantes.

Les clients ayant fourni à la fois des données préalables et postérieures (programme achevé) ne différaient pas nettement de ceux chez qui seules les données de départ existaient (programme inachevé), sauf en ce qui concerne l'organisme participant d'où ils venaient.

Comme le montrent les tableaux 3 et 4, les clients ont indiqué une très large échelle de confiance pour ce qui était de leur capacité à exécuter différentes tâches quotidiennes sans tomber, depuis une confiance complète (soit, une note de 100) jusqu'à une absence totale de confiance (soit, une note de 0). Le niveau de confiance était le plus élevé pour la capacité des clients à sortir du lit ou s'y mettre, à répondre à la porte ou au téléphone, à se lever d'une chaise ou y prendre place et à s'habiller ou se déshabiller, et il était le moins élevé pour leur capacité à faire du magasinage simple, à prendre un bain ou une douche et à exécuter de légers travaux d'entretien ménager.

Dans l'ensemble, les clients chez qui les données étaient complètes semblent avoir eu légèrement plus confiance en leur capacité à exécuter des tâches sans tomber que ceux chez qui seules les données de départ existaient (tableaux 10 et 11), mais ces écarts n'étaient pas statistiquement significatifs.

Tableau 10. Statistiques récapitulatives, notes à l'échelle *Falls Efficacy Scale (FES)*, au départ, programme achevé c. programme inachevé

Activité	Achevé				Inachevé				Valeur p de l'écart †
	n	Moy.	É-T	Échelle	n	Moy.	É-T	Échelle	
Prendre un bain ou une douche	160	47,2	37,5	0-100	87	48,3	36,1	0-100	p=0,854
Atteindre des objets dans les armoires ou les garde-robes	160	62,2	30,7	0-100	85	62	33,3	0-100	p=0,988
Préparer des repas	153	68,1	34,9	0-100	77	58,6	37,4	0-100	p=0,070
Circuler dans la maison	160	76,7	25	0-100	86	68,7	31,1	0-100	p=0,091
Sortir du lit ou s'y mettre	160	79,3	25,3	0-100	87	75,5	26,6	0-100	p=0,152
Répondre à la porte ou au téléphone	160	79,8	27,1	0-100	87	76,3	28,8	0-100	p=0,400
Se lever d'une chaise ou y prendre place	160	79,3	24,2	0-100	87	75,2	24,4	0-100	p=0,148
S'habiller ou se déshabiller	160	79,5	24,9	0-100	87	74,7	26,9	0-100	p=0,190
Exécuter de légers travaux d'entretien ménager	156	57,9	34,5	0-100	82	55,4	36,4	0-100	p=0,694
Faire du magasinage simple	155	55,8	37,8	0-100	81	47,5	38	0-100	p=0,090

† Test de Mann-Whitney; ***indique des écarts statistiquement significatifs.

Tableau 11. Fréquence, notes sur l'échelle *Falls Efficacy Scale (FES)*, au départ, programme achevé c. programme inachevé

Activité	Groupe	n	Fréquence de note sur l'échelle <i>Falls Efficacy Scale (FES)</i>				
			De 0 à 19	De 20 à 39	De 40 à 59	De 60 à 79	De 80 à 100
Prendre un bain ou une douche	Achevé	160	48 (30,0 %)	20 (12,5 %)	30 (18,8 %)	14 (8,8 %)	48 (30,0 %)
	Inachevé	87	24 (27,6 %)	10 (11,5 %)	15 (17,2 %)	11 (12,6 %)	27 (31,0 %)
Atteindre des objets dans les armoires ou les garde-robes	Achevé	160	16 (10,0 %)	18 (11,3 %)	37 (23,1 %)	26 (16,3 %)	63 (39,4 %)
	Inachevé	85	9 (10,6 %)	12 (14,1 %)	20 (23,5 %)	7 (8,2 %)	37 (43,5 %)
Préparer des repas	Achevé	153	19 (12,4 %)	17 (11,1 %)	13 (8,5 %)	17 (11,1 %)	87 (56,9 %)
	Inachevé	77	14 (18,1 %)	9 (11,7 %)	11 (14,3 %)	10 (13,0 %)	33 (42,9 %)
Ciruler dans la maison	Achevé	160	7 (4,4 %)	2 (1,3 %)	22 (13,8 %)	33 (20,6 %)	96 (60,0 %)
	Inachevé	86	8 (9,3 %)	5 (5,8 %)	13 (15,1 %)	15 (17,4 %)	45 (52,3 %)
Sortir du lit ou s'y mettre	Achevé	160	6 (3,8 %)	8 (5,0 %)	16 (10,0 %)	24 (15,0 %)	106 (66,3 %)
	Inachevé	87	4 (4,6 %)	4 (4,6 %)	12 (13,8 %)	9 (10,3 %)	58 (67,7 %)
Répondre à la porte ou au téléphone	Achevé	160	9 (5,7 %)	8 (5,0 %)	8 (5,0 %)	24 (15,0 %)	111 (69,4 %)
	Inachevé	87	5 (5,8 %)	3 (3,5 %)	14 (16,1 %)	8 (9,2 %)	57 (65,5 %)
Se lever d'une chaise ou y prendre place	Achevé	160	4 (2,5 %)	7 (4,4 %)	16 (10,0 %)	31 (19,4 %)	102 (63,8 %)
	Inachevé	87	1 (1,2 %)	4 (4,6 %)	19 (21,8 %)	10 (11,5 %)	53 (60,9 %)
S'habiller ou se déshabiller	Achevé	160	7 (4,4 %)	7 (4,4 %)	11 (6,9 %)	21 (13,1 %)	114 (71,2 %)
	Inachevé	87	4 (4,6 %)	5 (5,8 %)	11 (12,6 %)	13 (14,9 %)	54 (62,1 %)
Exécuter de légers travaux d'entretien ménager	Achevé	156	33 (21,2 %)	11 (7,1 %)	26 (16,7 %)	28 (18,0 %)	58 (37,2 %)
	Inachevé	82	20 (24,4 %)	10 (12,2 %)	13 (15,9 %)	9 (11,0 %)	30 (36,6 %)
Faire du magasinage simple	Achevé	155	40 (25,8 %)	11 (7,1 %)	21 (13,6 %)	24 (15,5 %)	59 (38,1 %)
	Inachevé	81	28 (34,6 %)	3 (3,7 %)	17 (21,0 %)	10 (12,4 %)	23 (28,4 %)

Les proportions indiquées sont des pourcentages en ligne.

Des résultats à l'épreuve *TUG* ont été obtenus dans le cas de 148 clients chez qui existaient des données préalables et postérieures à l'intervention (92,5 %) et de 77 clients (88,5 %) pour qui il y a avait seulement des données de départ (tableau 12). Les clients avec des données complètes ont pu passer l'épreuve en 20,7 secondes, en moyenne, bien que cette mesure ait varié énormément d'un client à l'autre (échelle de 5 à 75, écart-type =13,7 secondes). La plupart des clients (60,2 %) ont pu passer l'épreuve en moins de 20 secondes, ce qui signifie un certain degré d'indépendance. Il y a lieu de noter qu'une note finale de 10 secondes ou moins porte à croire que la personne est indépendante, qu'une note de 11 à 19 secondes porte à croire qu'elle est semi-dépendante, et qu'une note finale de 20 secondes ou plus porte à croire qu'elle est dépendante (Johnson, 2003).

Les clients chez qui les données étaient incomplètes ont pris légèrement plus de temps, en moyenne, pour passer l'épreuve *TUG* (moyenne=25,8 secondes), mais l'écart n'est pas statistiquement significatif. Dans leur cas, l'échelle de temps d'achèvement était plus large (soit, de 5 à 98,5 secondes; écart-type : 19,0 secondes). Une plus faible proportion (48,1 %) a pu passer l'épreuve en moins de 20 secondes.

Tableau 12. Statistiques récapitulatives et fréquences, résultats à l'épreuve TUG, au départ, programme achevé c. programme inachevé

Groupe	n	Moy.	É-T	Échelle	Degré de dépendance*		
					Indépendants	Semi-dépendants	Dépendants
Achevé	148	20,7	13,7	De 5 à 75	22 (14,9 %)	67 (45,3 %)	59 (39,9 %)
Inachevé	77	25,8	19	De 5 à 98,5	9 (11,7 %)	28 (36,4 %)	40 (52,0 %)
Valeur p de l'écart				p=0,072†			

Quatre valeurs aberrantes ont été exclues.

* Indépendants = de 0 à 9 secondes; semi-dépendants = de 10 à 19 secondes; dépendants = 20 secondes ou plus
Les proportions indiquées sont des pourcentages en ligne.

† Test de Mann-Whitney; ***indique des écarts statistiquement significatifs.

Résultats post-intervention

Dans l'ensemble, des données existaient pour 160 clients chez qui des notes préalables et postérieures avaient été obtenues à l'échelle *Falls Efficacy Scale*. L'écart de degré et d'orientation du changement dans la confiance des clients en leur capacité d'exécuter des tâches quotidiennes sans tomber était grand. De fortes augmentations et diminutions de confiance ont été déclarées après l'intervention (tableaux 13 et 14).

Dans l'ensemble, les résultats semblent indiquer une faible augmentation de la confiance après l'intervention. L'écart moyen entre les notes à l'échelle *FES* avant et après l'intervention était positif pour les 10 éléments de l'échelle (tableau 13). Des écarts positifs significatifs ont été observés dans la confiance des clients en leur capacité de prendre un bain ou une douche, de circuler dans la maison, de sortir du lit ou de s'y mettre et de répondre à la porte ou au téléphone. De 20 à 30 % des clients ont déclaré se sentir plus certains de pouvoir exécuter chacune des tâches qui composaient l'épreuve *FES*, alors que 12 à 21 % ont déclaré le contraire (tableau 13). Notez qu'une majorité (soit, de 50 à 63 %) de clients n'a déclaré aucun changement de son niveau de confiance.

Tableau 13. Statistiques récapitulatives, évolution des notes à l'échelle Falls Efficacy Scale (FES), avant et après l'intervention (n=160)

Activité	n	Moy.	É-T	Échelle	Valeur p de l'écart†
Prendre un bain ou une douche	156	6,5	26,4	De -70 à 100	p=0,005***
Atteindre des objets dans les armoires ou les garde-robes	157	1,2	21,8	De -60 à 70	p=0,270
Préparer des repas	149	2,7	20,8	De -80 à 90	p=0,149
Circuler dans la maison	156	3,7	19	De -70 à 80	p=0,002***
Sortir du lit ou s'y mettre	157	3,3	16,8	De -40 à 80	p=0,003***
Répondre à la porte ou au téléphone	157	2,4	17,6	De -40 à 90	p=0,018***
Se lever d'une chaise ou y prendre place	157	1,1	20,3	De -100 à 70	p=0,114
S'habiller ou se déshabiller	157	0,6	17,8	De -60 à 70	p=0,064
Exécuter de légers travaux d'entretien ménager	153	2,4	22,9	De -70 à 100	p=0,279
Faire du magasinage simple	150	0,3	22,1	De -100 à 80	p=0,496

Quatre valeurs aberrantes ont été exclues.

† Test de Wilcoxon

***Indique des écarts statistiquement significatifs.

Tableau 14. Fréquence, degré d'évolution des notes à l'échelle Falls Efficacy Scale (FES), avant et après l'intervention (n=160)

Résultats : évaluation des effets du programme

Activité	n	Évolution négative *			Aucune évolution	Évolution positive *		
		Forte	Moyenne	Faible		Faible	Moyenne	Forte
Prendre un bain ou une douche	156	11 (7,1 %)	9 (5,8 %)	1 (0,6 %)	90 (57,7 %)	4 (2,6 %)	16 (10,3 %)	25 (16 %)
Atteindre des objets dans les armoires ou les garde-robes	157	23 (14,6 %)	7 (4,5 %)	3 (1,9 %)	79 (50,3 %)	6 (3,8 %)	16 (10,2 %)	23 (14,6 %)
Préparer des repas	149	13 (8,7 %)	10 (6,7 %)	2 (1,3 %)	88 (59,1 %)	3 (2 %)	10 (6,7 %)	23 (15,4 %)
Circuler dans la maison	156	12 (7,7 %)	9 (5,8 %)	0 (0,0 %)	89 (57,1 %)	7 (4,5 %)	10 (6,4 %)	29 (18,6 %)
Sortir du lit ou s'y mettre	157	11 (7 %)	7 (4,5 %)	1 (0,6 %)	97 (61,8 %)	3 (1,9 %)	23 (14,6 %)	15 (9,6 %)
Répondre à la porte ou au téléphone	157	15 (9,6 %)	4 (2,5 %)	1 (0,6 %)	99 (63,1 %)	5 (3,2 %)	13 (8,3 %)	20 (12,7 %)
Se lever d'une chaise ou y prendre place	157	20 (12,7 %)	9 (5,7 %)	1 (0,6 %)	82 (52,2 %)	5 (3,2 %)	19 (12,1 %)	21 (13,4 %)
S'habiller ou se déshabiller	157	17 (10,8 %)	8 (5,1 %)	0 (0,0 %)	90 (57,3 %)	7 (4,5 %)	22 (14 %)	13 (8,3 %)
Exécuter de légers travaux d'entretien ménager	153	15 (9,8 %)	11 (7,2 %)	3 (2,0 %)	88 (57,5 %)	2 (1,3 %)	12 (7,8 %)	22 (14,4 %)
Faire du magasinage simple	150	15 (10 %)	10 (6,7 %)	1 (0,7 %)	90 (60 %)	5 (3,3 %)	14 (9,3 %)	15 (10 %)

Quatre valeurs aberrantes ont été exclues.

** Une évolution positive indique une augmentation de la confiance de la personne en sa capacité d'exécuter la tâche en question.*

*Faible évolution = Écart de 1 à 9 points; évolution moyenne = écart de 10 à 19 points; forte évolution >= écart de 20 points
Les proportions indiquées sont des pourcentages en ligne.*

Comme pour la confiance, les changements observés dans les résultats à l'épreuve *TUG* variaient grandement d'un client à l'autre, mais les résultats globaux semblent étayer un résultat positif, dans l'ensemble (tableau 15 et figure 1). Le temps requis pour passer l'épreuve a diminué de 2,1 secondes, en moyenne, un écart qui est statistiquement significatif. Une majorité (58,4 %) de clients a pris moins de temps à passer l'épreuve après l'intervention, alors que 22,8 % en ont pris plus.

Tableau 15. Statistiques récapitulatives et fréquences, évolution des résultats à l'épreuve TUG, avant et après l'intervention (n=142)

Mesure	Résultat	
n	141	
Moyenne	-2,1	
É-T	9,2	
Échelle	De -56 à 33	
Valeur p de l'écart †	p< 0,001***	
Fréquence, niveau d'évolution		
Évolution positive *	Grande	6 (4,3 %)
	Moyenne	3 (2,1 %)
	Faible	74 (51,8 %)
Aucune évolution		26 (18,4 %)
Évolution négative *	Faible	29 (20,6 %)
	Moyenne	1 (0,7 %)
	Grande	3 (2,1 %)

Cinq valeurs aberrantes ont été exclues.

*† Test de Wilcoxon; ***indique un écart statistiquement significatif.*

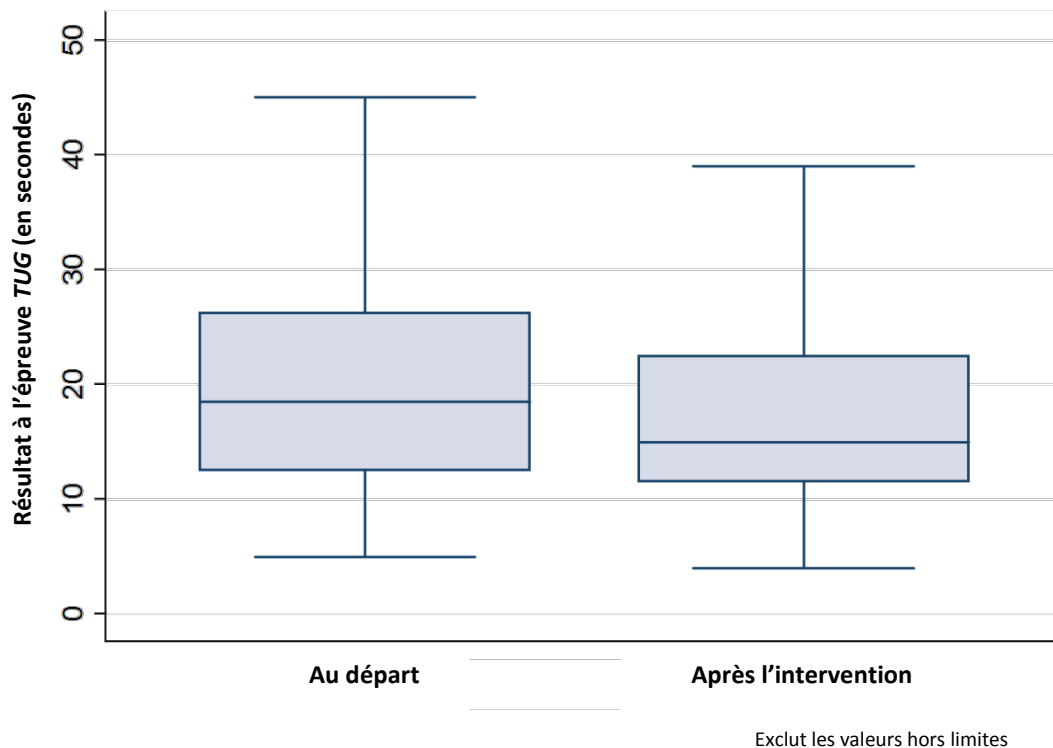
** Une évolution positive indique une diminution du temps pris pour passer l'épreuve.*

Faible évolution =écart de 1 à 9 secondes

Évolution moyenne =écart de 10 à 19 secondes

Forte évolution >=écart de 20 secondes

Figure 1. Diagrammes de quartiles, résultats à l'épreuve TUG, au départ c. après l'intervention



Résultats : évaluation des effets du programme

Le degré d'amélioration des résultats à l'épreuve *TUG* n'était pas nettement associé à l'âge ou au sexe, pas plus qu'à la vague de collecte de données (tableau 16).

Les résultats ne variaient pas en fonction du risque de chute que le client courait au départ, et le coefficient de coordination de Spearman (ρ) était de $-0,255$, ce qui signifie que les résultats à l'épreuve *TUG* se sont améliorés faiblement, mais significativement à mesure que le niveau de risque augmentait. Les clients classés comme risquant de tomber ont vu leurs résultats à l'épreuve *TUG* diminuer en moyenne de 2,3 secondes après l'intervention, alors que ceux qui n'étaient pas à risque l'ont vu diminuer en moyenne de 1,1 seconde. Notez que cet écart n'est pas statistiquement significatif.

Les clients qui ont pris plus de temps à passer l'épreuve *TUG* au départ ont enregistré une plus grande amélioration en moyenne que ceux dont les notes à cette épreuve étaient plus élevées au départ, et le ρ était de $-0,403$, ce qui signifie une corrélation négative moyenne, mais significative. L'amélioration parmi les clients qui ont passé l'épreuve *TUG* au départ en 20 secondes ou plus (soit les clients « dépendants ») était de 6 secondes en moyenne, ce qui est nettement mieux que les clients qui l'ont passée plus vite au départ (figure 2).

Les résultats variaient d'un organisme participant à l'autre. Les clients de Soins à domicile Bayshore, du Centre de santé communautaire, de la Croix-Rouge canadienne et de l'Ukrainian Seniors Centre ont enregistré une amélioration nettement plus grande que ceux des autres organismes, avec une diminution moyenne de 3,1 à 3,6 secondes.

Tableau 16. Analyse par sous-groupe, évolution des résultats à l'épreuve TUG, avant et après l'intervention

Groupe	n	Moyenne	É-T	Échelle	Corrélation	Écart de la valeur p
Vague de collecte de données						p=0,848 γ
1 ^e vague	80	-2,3	9,0	De -56 à 33		
2 ^e vague	31	-3,0	7,5	De -36,5 à 30		
Organisme participant						p=0,006 \dagger ***
				De -1,5 à 3,5		
Aide aux séniors de Sudbury Est	5	1,0	1,9			
Société Alzheimer	21	-0,1	1,6	De -3 à 4		
Soins à domicile Bayshore	59	-3,4	12,4	De -56 à 30		
Centre de santé communautaire	11	-3,5	5,1	De -16 à 1		
Comcare Health Services	13	0,2	12,2	De -23 à 33		
				De -8,5 à 0,5		
Croix-Rouge canadienne	13	-3,4	3,4			
Revera	11	0,4	2,3	De -2 à 6		
Ukrainian Seniors Centre	8	-3,1	1,9	De -6 à -1		
Âge (ans)	140	-	-	-	rho=0,141	p=0,099 \ddagger
Tranches d'âge						
< 70 ans	13	-1,0	3,9	De -8,5 à 5		p=0,257 \dagger
De 70 à 74 ans	15	-3,2	13,6	-36,5-33		
De 75 à 79 ans	21	-5,1	7,4	De -22,5 à 0,5		
De 80 à 84 ans	39	-2,3	9,7	De -56 à 14		
De 85 à 89 ans	34	0,3	9,1	De -23 à 30		
> 90 ans	17	-2,5	8,6	De -34 à 4		
Sexe						
Masculin	37	-1,6	4	De -15,5 à 7		p=0,991 γ
Féminin	104	-2,3	10,4	De -56 à 33		
Risque	141	-	-	-	rho= -0,252	p=0,003 \ddagger ***
Catégorie de risque						p=0,294 γ
Ne risque pas de tomber	23	-1,1	2,7	De -8,5 à 4		
Risque de tomber	117	-2,3	10,0	De -56 à 33		
Manquante	1					
Notes à l'épreuve TUG au départ	142	-	-	-	rho=-0,422	p< 0,001 \ddagger ***
Indépendants (de 0 à 9 s)	19	1,6	7,7	De -2 à 33		p=0,009 \dagger ***
Semi-dépendants (de 10 à 19 s)	67	0,1	6,3	De -9 à 30		
Dépendants (20 s ou plus)	55	-6,0	11,1	De -56 à 5		

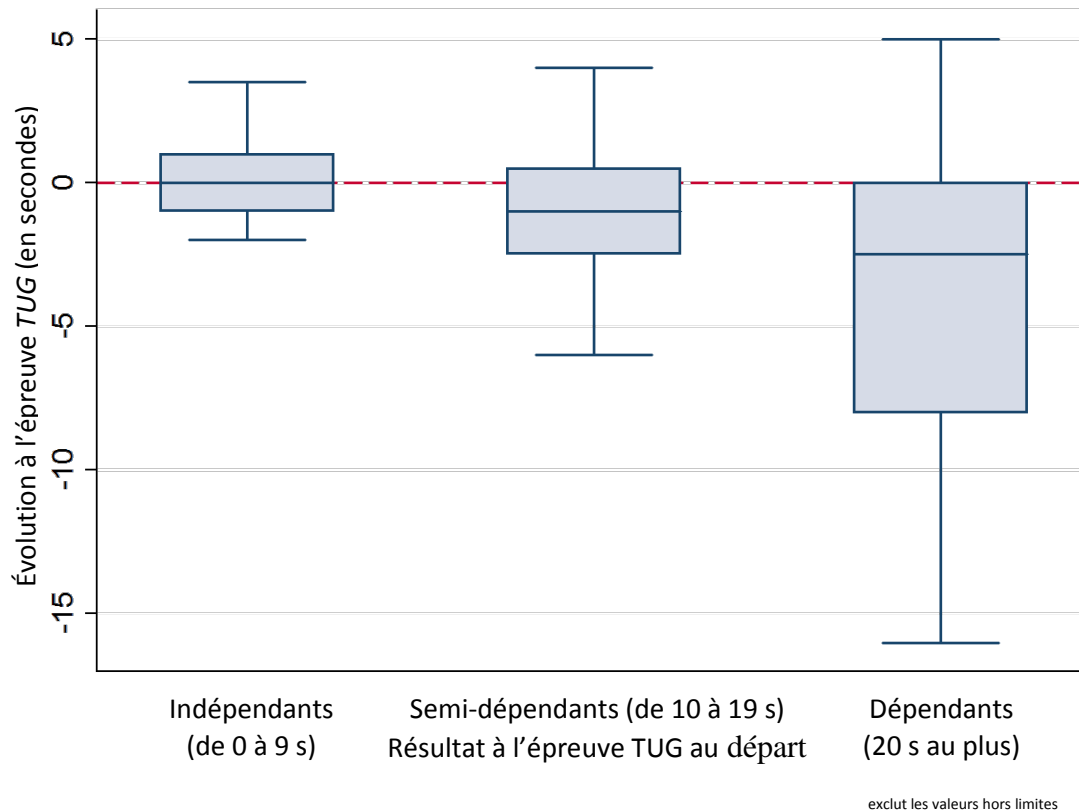
Quatre valeurs aberrantes ont été exclues.

* Les notes de risque reposent sur l'évaluation du risque de chute du Canadian Centre for Activity and Aging

\dagger Test de Kruskal-Wallis Test; \ddagger coefficient de coordination de Spearman; γ test de Mann-Whitney

***Indique un écart statistiquement significatif.

Figure 2. Diagrammes de quartiles, résultats à l'épreuve TUG, selon le résultat à l'épreuve TUG au départ



Modélisation par régression des résultats à l'épreuve TUG

Un modèle de régression linéaire multiple a été adapté aux données dans le but d'examiner les effets concurrents de l'âge, du sexe, du résultat à l'épreuve TUG au départ, du risque au départ, de l'organisme et de la vague de collecte de données sur l'évolution du résultat à l'épreuve TUG après l'intervention. Autrement dit, quel effet chaque facteur a-t-il sur le résultat lorsque les effets de chacun des autres facteurs sont pris en compte?

Selon les résultats (tableau 17), le modèle de régression final prédit nettement le résultat, et les variables incluses dans le modèle expliquent en bonne partie (64 %) la variation du résultat.

Tableau 17. Résultats, régression linéaire multiple, évolution à l'épreuve TUG

Facteur	B	É-T	t	p> t	IC à 95 % (B)	
Âge	0,01	0,04	0,21	0,837	-0,08	0,10
Sexe (féminin)	-1,35	0,86	-1,56	0,122	-3,05	0,36
Risque	-0,18	0,22	-0,82	0,414	-0,62	0,26
Organisme participant						
Comcare (référence)						
Aide aux séniors de Sudbury Est	-3,84	2,47	-1,56	0,123	-8,73	1,05
Société Alzheimer	-4,61	1,89	-2,44	0,016***	-8,36	-0,87
Soins à domicile Bayshore	-4,41	1,59	-2,77	0,006***	-7,55	-1,26
Centre de santé communautaire	-7,51	2,05	-3,66	0,000***	-11,57	-3,45
Croix-Rouge canadienne	-5,48	1,77	-3,09	0,003***	-9,00	-1,97
Revera	-2,38	2,03	-1,17	0,244	-6,40	1,64
Ukrainian Seniors Centre	-7,25	2,14	-3,39	0,001***	-11,49	-3,01
Résultat à l'épreuve TUG au départ	-0,13	0,11	-1,23	0,222	-0,35	0,08
Vague	2,83	1,91	1,48	0,142	-0,96	6,61
Résultat à l'épreuve TUG au départ X vague	-0,19	0,07	-2,75	0,007***	-0,32	-0,05
Constante	9,71	4,40	2,21	0,029	0,99	18,42

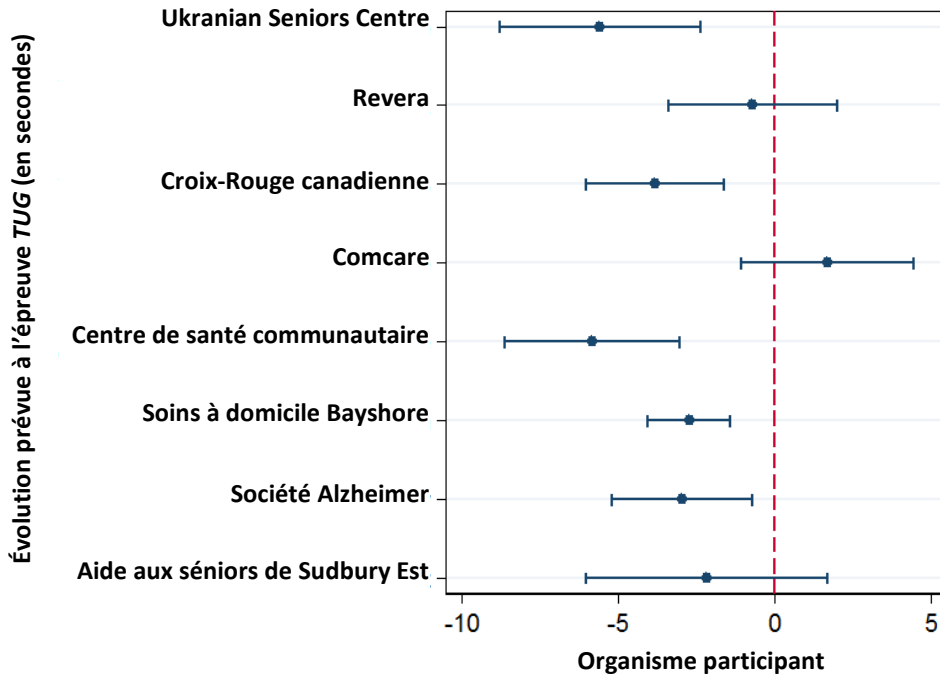
Statistiques rajustées selon le modèle de régression : n=132; F (13,118)=15,8; prob. >= 0,000; R²=0,635

***Indique des paramètres de modèle statistiquement significatifs.

Comme pour les résultats indiqués précédemment, après rajustement en fonction des autres facteurs, l'âge et le sexe ne prédisaient pas nettement l'évolution du résultat à l'épreuve TUG. Pas plus que le niveau de risque au départ du client, mesuré par l'évaluation du risque de chute du Canadian Centre for Activity and Aging, ce qui diffère des résultats antérieurs.

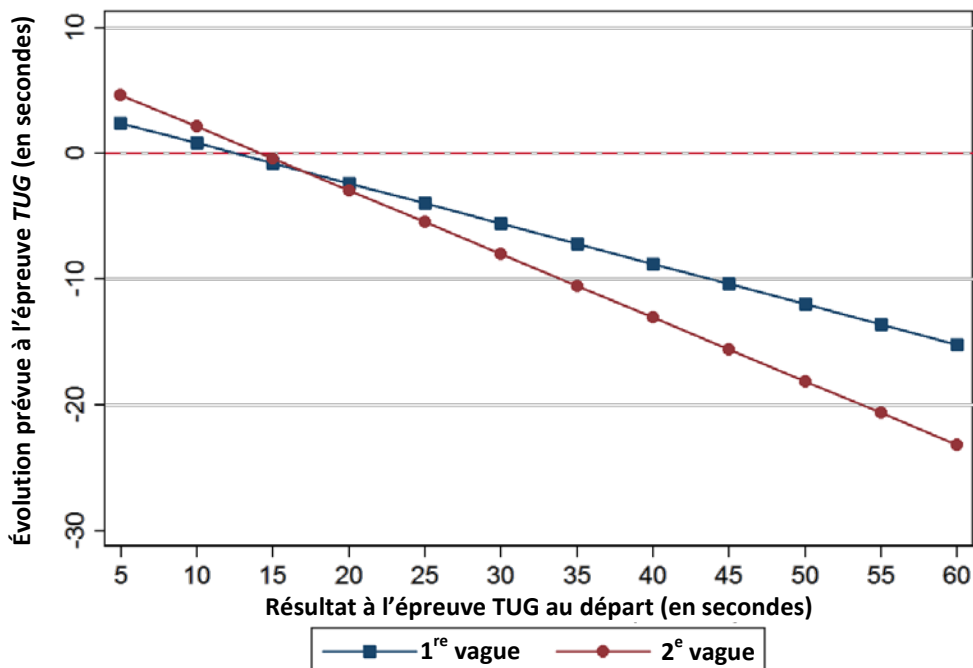
Selon le modèle de régression, être client de la Société Alzheimer, de Soins à domicile Bayshore, du Centre de santé communautaire, de la Croix-Rouge canadienne ou de l'Ukrainian Seniors Centre était associé à une amélioration prévue statistiquement significative à l'épreuve TUG après rajustement en fonction des autres facteurs. L'effet n'a pas varié nettement d'un organisme à l'autre. L'évolution prévue des résultats à l'épreuve TUG pour les autres organismes n'a pas été nettement différente de zéro (soit, aucune évolution), lorsque les autres facteurs étaient pris en compte dans le modèle.

Figure 3. Marges prévisionnelles, évolution à l'épreuve TUG, selon l'organisme participant



L'analyse par régression linéaire a confirmé que les clients dont les résultats à l'épreuve TUG étaient plus faibles au départ ont enregistré une plus grande amélioration en moyenne après l'intervention que les autres. Fait intéressant, cet effet n'était pas nettement meilleur chez les clients de la deuxième vague que chez ceux de la première (figure 4).

Figure 4. Marges prévisionnelles, évolution à l'épreuve TUG, selon le résultat à l'épreuve TUG au départ et la vague de collecte de données



Résumé des résultats d'évaluation des effets du programme

Les résultats présentés dans la section précédente semblent démontrer que les clients ont affiché une amélioration faible, mais significative de leur situation. En moyenne, les clients qui ont terminé le programme ont amélioré leurs résultats à l'épreuve *TUG* de 2,1 secondes, ce qui est statistiquement significatif (tableau 10). Plus de la moitié (58,4 %) des clients qui ont terminé le programme ont vu leurs résultats à cette épreuve augmenter, de 1 à 10 secondes dans la plupart des cas (52,1 %). De plus, la confiance globale des clients a semblé augmenter pour toutes les composantes de l'échelle *Falls Efficacy Scale (FES)*, bien que cette amélioration n'ait été statistiquement significative que pour quatre d'entre elles (tableaux 6 et 7).

L'augmentation de la mobilité (à l'épreuve *TUG*) s'est avérée plus nette chez les clients dont les résultats à l'épreuve *TUG* étaient plus faibles au départ (figures 2 et 4). Cette conclusion confirme ce qui est connu de l'effet positif qu'a l'activité physique sur le maintien de l'état de santé et de l'indépendance fonctionnelle chez les personnes âgées, et de sa capacité à réduire les risques de chute et de blessures connexes et à rétablir le fonctionnement à un niveau permettant d'augmenter l'autonomie au chapitre des activités quotidiennes (Freedman et coll., 2006; Rose, 2006).

Le degré d'amélioration de la mobilité a varié d'un organisme participant à l'autre (figure 3), et ces écarts se sont maintenus après le redressement compte tenu des autres caractéristiques des clients. Les différences pourront être reliées à la manière dont le programme a été fourni, ou à d'autres facteurs explicatifs non pris en compte dans l'analyse. Les différences ne semblent pas reliées à la prestation individuelle ou collective du programme.

Les clients qui risquaient de tomber (selon l'évaluation du risque de chute du Canadian Centre for Activity and Aging) ont affiché une plus grande amélioration de leur mobilité en moyenne, bien que cet effet semble s'expliquer par d'autres facteurs. L'effet du risque couru au départ n'est pas statistiquement significatif une fois les autres facteurs rajustés selon la régression linéaire.

L'analyse par régression linéaire a révélé une interaction considérable entre la vague de collecte de données et le résultat de départ à l'épreuve *TUG*. Même si un résultat plus faible à cette épreuve a augmenté l'amélioration des résultats qu'un client y a obtenus en moyenne, cet effet était nettement plus prononcé dans la seconde vague de collecte de données (figure 4). Cela est peut-être dû aux changements apportés à la mise en œuvre entre les deux vagues. Des efforts accrus ont été déployés dans la seconde vague pour obtenir un taux élevé de clients qui ont passé les tests post-intervention, qui étaient probablement axés sur les clients à plus haut risque ou à plus faible mobilité (chez qui le taux d'abandon pendant la première vague était plus élevé).

Limites

En raison de l'absence de groupe témoin (non soumis à l'intervention), nous ne pouvons pas totalement attribuer l'amélioration des résultats à la mise en œuvre du programme. Cependant, au meilleur de nos connaissances, aucun changement dans l'environnement des clients n'aurait pu, sinon, avoir fait augmenter les résultats en l'absence de l'intervention (même si aucune donnée n'a été recueillie sur l'environnement). De plus, bien que le fait de simplement prendre des mesures répétées pourra avoir mené à une certaine augmentation de ces mesures au fil du temps, il est peu probable que cela aurait eu un effet notable sur la mise en œuvre d'un programme d'exercice de huit semaines. Par conséquent, il est raisonnable de conclure qu'au moins une partie de l'amélioration observée était attribuable à ce programme.

Des données post-intervention étaient disponibles seulement pour 160 des 247 clients pris en compte à l'origine et chez qui des mesures de départ avaient été prises, et le taux d'achèvement était plus élevé durant la deuxième vague. L'exclusion des personnes qui n'avaient pas achevé le programme de l'analyse avant-après risque d'avoir biaisé les résultats, si jamais ils diffèrent nettement de ceux obtenus chez les personnes qui ont achevé le programme d'une manière qui pourrait avoir influé sur leur niveau d'amélioration. L'analyse exposée au tableau 2 révèle que les deux groupes n'étaient pas si différents du point de vue de l'une ou l'autre des variables mesurées pendant l'étude, sauf pour l'organisme d'où ils provenaient. Il se peut que des différences pour ce qui est de facteurs non mesurés ici aient créé un biais.

Conclusion et répercussions sur la pratique

Les conclusions de l'évaluation démontrent que la participation au PED est associée à une amélioration faible, mais statistiquement significative de la confiance et de la mobilité chez les clients. Le programme semble particulièrement efficace chez les personnes à plus haut risque, soit celles dont la mobilité était plus faible au départ. Il est perçu comme étant bénéfique, car il est simple et cohérent et il permet aux participants de bouger et de se sentir mieux. Il sert de point de départ aux personnes qui risquent sérieusement de tomber afin qu'elles puissent ensuite passer à d'autres programmes. Son élaboration et sa mise en œuvre ont permis aux organismes fournisseurs d'apprendre énormément.

Les conclusions procurent l'appui nécessaire pour justifier une mise en œuvre plus large du PED auprès des aînés de Sudbury comme moyen de les aider à conserver leur santé, leur équilibre et leur indépendance fonctionnelle, et de réduire leur risque de chute et de blessures connexes.

Toutefois, il faut prendre en compte un certain nombre d'éléments en élargissant la mise en œuvre du PED.

Il y a lieu de mettre en place des processus appropriés afin de bien identifier les clients qui conviendraient au programme. Dès leur recrutement, il faudrait mettre en évidence les avantages fondés sur des données probantes du PED. Cela permettrait d'augmenter leur intérêt à l'égard du programme.

Les résultats de l'évaluation du processus soulignent l'importance d'encourager et de soutenir constamment les clients pour qu'ils continuent les exercices. Comme l'enthousiasme des préposés aux services de soutien à la personne ou du chef de programme est jugé essentiel au fonctionnement du PED, il faudrait, pendant la formation, insister sur une meilleure compréhension de la valeur de cet appui et des avantages du PED pour les clients.

Apporter un soutien constant pour encourager les clients permettrait probablement d'atténuer certaines des limites physiques qui nuisent grandement à l'achèvement du programme. Les clients doivent pouvoir persévérer malgré la douleur ressentie au départ, car dès qu'ils remarquent une amélioration de leur mobilité, cela facilite grandement la poursuite du programme.

Garantir l'affectation du même préposé (que ce soit un préposé aux services de soutien à la personne ou une autre personne de soutien) importe aussi, car cette personne joue un si grand rôle dans la poursuite du programme. Il serait très utile que toutes les personnes de soutien reçoivent une formation uniforme et systématique. Il serait utile également que tous les préposés qui appuient les clients dans le cadre du PED puissent partager les leçons tirées et les approches qui se sont avérées fructueuses.

Conclusion et répercussions sur la pratique

Il faut aussi examiner davantage les cas où le programme est offert en groupe. Comme indiqué, le PED ne devait pas être fourni ainsi, car il est destiné à l'être individuellement. Il existe d'autres programmes semblables, comme *Stand Up!*, qui est conçu pour des groupes formés de personnes âgées plus mobiles. Il serait important de déterminer en quoi, le cas échéant, il y a chevauchement entre le PED offert collectivement et *Stand Up!*

Dans l'ensemble, les résultats de l'évaluation favorisent la poursuite du PED dans les districts de Sudbury et de Manitoulin.

Depuis que l'évaluation du PED a été entreprise, un certain nombre d'occasions de formation sur le PED se sont ajoutées. Plusieurs nouveaux organismes sont venus offrir le programme, y compris le programme de réadaptation cardiaque d'Horizon Santé-Nord. Le personnel de Chapleau Home Care souhaite aussi intégrer le PED dans ses services; il a été formé et a reçu les ressources nécessaires, et il collaborera avec le chef du PED au CASC du Nord-Est. Une collaboration s'est également établie entre le SSPSD et la Manitoulin Central Family Health Team, qui a offert plusieurs fois de former le personnel de première ligne intéressé des organismes communautaires partenaires sur l'île Manitoulin. De plus, le Collège Boréal forme maintenant ses étudiants au programme d'assistant du physiothérapeute et aux autres programmes d'activité physique, et l'Everest College espère mettre à l'essai le PED auprès de tous ses étudiants du programme de préposé aux services de soutien à la personne pendant la prochaine année.

Par ailleurs, le CASC du Nord-Est a évalué l'effet du PED sur ses propres clients. Il a conclu que le programme réduit nettement le nombre de chutes, ce que confirment d'autres études sur le PED. Depuis, il a commencé à offrir le programme à tous les clients qui reçoivent un soutien personnel par son entremise et qui peuvent cognitivement le terminer seuls ou avec l'aide de la personne qui les soigne.

En conclusion, il semblerait que la population a bien reçu le programme, et que les organismes qui œuvrent auprès des personnes âgées sur le territoire du SSPSD continuent d'offrir cet important programme à leurs clients.

Références

- Alberta Centre for Active Living (2006). *Home Support Exercise Program (PED) in Alberta: Chinook Health Region and Calgary Health Region Pilot-Test Evaluation Results*.
- Atienza, A.A. (2001). Home-based physical activity programs for middle-aged and older Adults: Summary. *Journal of Aging and Physical Activity*, 9, S38–S58.
- Bosscher RJ, Raymakers, ER, Trompe, EA, Smit, JH (2005). Fear of falling: psychometric aspects of Tinetti's Falls Efficacy Scale. *Tijdschr Gerontol Geriatr*, 36, 5–10.
- Campbell, A.J., Robertson, M.C., Gardner, M.M., Norton, R.N., Tilyard, M.W. et Buchner, D.M. (1997). Randomised controlled trial of a general practice programme of home based exercise to prevent falls in elderly women. *British Medical Journal*, 315, 1065–1069.
- Johnson, C.S.J., Myers, A.M., Scholey, L.M., Cyarto, E.V. et Ecclestone, N.A. (2003). Outcome Evaluation of the Canadian Centre for Activity and Aging's Home Support Exercise Program for Frail Older Adults. *JAPA*, 11, 408–424.
- Freedman VA, Hodgson N, Lynn J, Spillman BC, Waidmann T, Wilkinson AM et coll. (2006). Promoting declines in the prevalence of late-life disability: Comparisons of three potentially high-impact interventions. *Millbank Quarterly*, 84, 493–520.
- Mak, M. et Pang, M (2009) Balance confidence and functional mobility are independently associated with falls in people with Parkinson's disease. *Neurol*, 256, 742–749.
- Rose, D. The Role of Physical Activity in the Prevention of Falls in Older Adults.
- Rand, D., Miller, W., Yiu, J. et Eng, J. (2011). Interventions for Addressing Low Balance Confidence in Older Adults A Systematic Review and Meta-Analysis. *Age and Ageing*, 40, 297–306.
- Rolland, Y. et coll. (2007). Exercise program for nursing home residents with Alzheimer's disease: a 1-year randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc.*, 55, 158–65.
- Sipe, C. Reaching Frail Home-Bound Elderly Effectively and Efficiently with the Home Support Exercise Program (extrait). University of North Carolina at Greensboro. Repéré à : <http://www.humankinetics.com/aaccprograms/aacc-programs/reaching-frail-home-bound-elderly-effectively-and-efficiently-with-the-home-support-exercise-program-excerpt>.
- Tinetti, M.E., Richman, D. et Powell, L. (1990). Falls efficacy as a measure of fear of falling. *J. Gerontol*, 45, P239–243.
- Tudor-Locke, C., Myers, A.M., Jacob, C.S., Jones, G., Lazowski, D.A. et Ecclestone, N.A. (2000). Development and Formative Evaluation of the Centre for Activity and Ageing's Home Support Exercise Program for Frail Older Adults. *JAPA*, 8, 59–75.

Annexe A : description des outils d'évaluation des résultats

L'échelle *Falls Efficacy Scale (FES)* sert à mesurer la peur de tomber, qui repose sur la définition opérationnelle de cette peur, soit « la faible capacité perçue à éviter les chutes pendant des activités quotidiennes essentielles et non dangereuses ». Après une série de questions touchant des activités domestiques simples, les sujets qui avaient déclaré éviter ces activités parce qu'elles avaient peur de tomber ont obtenu un résultat plus élevé sur l'échelle *FES* (auto-efficacité ou confiance moindre) que les autres (Tinetti, Richman and Powell, 1990). Les liens prévus avec l'âge, le sexe, l'activité physique, les maladies chroniques et les antécédents de chutes ont été confirmés par Bosscher (2005). Par conséquent, l'échelle *FES* semble un moyen fiable et valable de mesurer la peur de tomber pendant les activités quotidiennes et pourra s'avérer utile pour évaluer l'effet de cette peur sur la baisse de capacité fonctionnelle des personnes âgées (Tinetti, Richman and Powell, 1990).

L'épreuve *TUG* est une méthode simple, sécuritaire et adaptée pour mesurer l'évolution de l'activité. Elle peut fournir un « instantané » de la capacité fonctionnelle d'une personne âgée. Elle exige que le participant s'assoit dans un fauteuil standard (d'une hauteur d'environ 46 cm au siège et d'environ 65 cm aux accotoirs) en s'adossant, les bras sur les accotoirs. Au signal de départ, le participant se lève et marche à un rythme confortable et sécuritaire jusqu'à une ligne au sol située à trois mètres de distance, puis se retourne, revient au fauteuil et se rassoit. Un résultat final de 10 secondes ou moins porte à croire que le participant est indépendant; un de 11 à 19 secondes porte à croire qu'il est semi-dépendant; et un de plus de 20 secondes porte à croire qu'il est dépendant (Alberta Centre for Active Living, 2006; Johnson, 2003).

Annexe B : programme d'exercice à domicile—questions d'entrevue pour les informateurs clés

Programme d'exercice à domicile
Questions d'entrevue pour les informateurs clés
Mars 2012

- Nom
 - Organisme
 - Rôle
 - Votre participation au PED (durée, nature de l'intervention, degré de connaissance du programme)
1. Quand votre organisme a-t-il commencé à faire participer des clients au PED?
 2. Quels sont les critères de recrutement des clients? Quel genre de clients est exclu (le cas échéant)? Ces critères ont-ils changé depuis le début?
 3. Par quel processus vous adressez-vous aux clients à propos de leur participation?
 4. Comment votre organisme fournit-il le programme (p. ex., par une formation individuelle à domicile ou en groupe)? La méthode de prestation a-t-elle changé au fil du temps?
 5. Qui fournit le programme?
 6. Comment surveillez-vous la prestation du programme?
 7. Que savez-vous des raisons pour lesquelles les clients ne terminent pas le programme (p. ex., choisissent-ils de cesser de participer? Si c'est le cas, pourquoi? Ils continuent de participer, mais la surveillance est interrompue ou n'est pas suivie)? Avez-vous une idée de la manière dont le taux d'achèvement pourrait être augmenté?
 8. Dans quelle mesure votre organisme a-t-il réussi à recruter des clients pour qu'ils participent? Pour quelles raisons, selon vous?
 9. Quelles difficultés avez-vous dû surmonter pendant le recrutement pour le PED?
 10. Dans quelle mesure votre organisme a-t-il réussi à mettre en œuvre le programme? Pour quelles raisons, selon vous?
 11. Quelles difficultés avez-vous dû surmonter pendant la mise en œuvre du PED?
 12. Dans l'ensemble, quels sont les points forts du programme, selon vous? Considérez-vous que le PED soit un ajout précieux à vos programmes?

Annexe B

13. Prévoyez-vous continuer à mettre en œuvre le PED? Pourquoi? Prévoyez-vous modifier votre manière de vous y prendre?
14. Selon vous, en ce qui touche le PED, qu'est-ce que votre organisme fait d'unique ou qui pourrait faire en sorte qu'il connaisse plus ou moins de succès?
15. À propos du PED, quel conseil donneriez-vous pour peut-être améliorer le processus de recrutement et de mise en œuvre au sein de votre organisme?
16. Y a-t-il un autre point dont vous aimeriez discuter et que nous n'avons pas abordé?

Annexe C : évaluation du programme d'exercice à domicile (PED) — Sondage téléphonique auprès des participants clients

Bonjour. Je m'appelle _____ et je vous appelle au nom du Service de santé publique de Sudbury et du district. Pourrais-je parler à _____?

Bonjour, _____ (nom de la personne qui répond, qu'il s'agisse du client ou du soignant).

Nous évaluons le programme d'exercice à domicile qui est fourni par l'entremise des organismes de soutien à domicile. Il s'agit de l'étude à laquelle vous avez accepté de participer. Dans le cadre du sondage, je vais vous poser des questions sur votre niveau de participation au programme. Je vais aussi vous poser certaines questions pour savoir si des éléments vous ont aidé à le suivre, et s'il y en a qui vous ont rendu la tâche plus difficile. Souhaitez-vous toujours participer à cette évaluation?

Le présent sondage durera au moins 10 à 15 minutes. Votre participation est confidentielle et volontaire. Votre refus de participer n'aura aucune influence sur les services que vous recevez de [nom de l'organisme]. Cependant, votre participation nous **IMPORTE**, car elle nous permettra d'évaluer le programme d'exercice à domicile.

Le moment est-il bien choisi?

Si oui, continuez.

Sinon : À quel moment pourrions-nous vous rappeler?

Annexe C

Avant de commencer, j'aimerais vous aviser que je ne suis pas une infirmière-hygiéniste. Toutefois, tout ce que vous me direz restera confidentiel. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, et vous pouvez refuser de répondre à l'une ou l'autre des questions ou mettre fin au sondage en tout temps. Si vous avez des questions ou des préoccupations sur votre santé ou sur toute chute, vous pouvez appeler la coalition pour la prévention des chutes Avancez de pied ferme Sudbury Manitoulin au (705) 674-4330 ou, sans frais, au 855-674-4330. J'aimerais aussi souligner que cet appel pourra être surveillé aux fins d'assurance de la qualité.

1. De quel sexe êtes-vous?
 - Féminin
 - Masculin

2. Quel âge avez-vous? _____ (ans)

3. **Combien de personnes votre ménage compte-t-il, vous Y COMPRIS?** (guide pour l'intervieweuse : par ménage, je veux dire les personnes qui vivent ensemble et partagent les frais de subsistance. Veuillez vous inclure dans le compte.)
 - Inscrivez la réponse : _____

4. **(Si la réponse à la question 3 est supérieure à un) Avec qui vivez-vous?**
(CHOISISSEZ TOUTES LES RÉPONSES APPLICABLES.)
 - Conjointe (e) ou partenaire
 - Enfant ou enfants
 - Autres parents
 - Personnes extérieures à la famille

5. Avez-vous fait ou failli faire une chute depuis que vous avez commencé le programme d'exercice à domicile?
 - Oui, j'en ai fait une. Fréquence : _____
 - Oui, j'ai failli en faire une. Fréquence : _____
 - Non
 - Ne sait pas ou ne s'en rappelle pas

6. Lorsque vous avez suivi le programme d'exercice à domicile, l'avez-vous fait par vous-même chez vous ou en groupe?
 - Par moi-même chez moi
 - En groupe
 - Les deux

7. Avez-vous terminé le programme d'exercice à domicile et fait les exercices pendant huit semaines, notamment?
- Oui
 - Non
 - Ne sait pas ou ne s'en rappelle pas

(Si la réponse à la question 7 est « Non ou ne sais pas », posez les questions 8 à 11.)

8. Pendant combien de semaines avez-vous suivi le programme d'exercice à domicile?
- Inscrivez la réponse : _____ semaines
 - Ne s'en rappelle pas
9. Combien de jours par semaine environ avez-vous fait les exercices prévus au programme?
- Inscrivez la réponse : _____ jours
 - Ne s'en rappelle pas
10. Combien de minutes par jour vous a-t-il fallu, en moyenne, pour faire les exercices prévus au programme?
- Inscrivez la réponse : _____ minutes
 - Ne s'en rappelle pas
11. Vous avez répondu ne pas avoir terminé le programme d'exercice à domicile. Pouvez-vous me donner les raisons pour lesquelles vous ne l'avez pas fait?

(Si la réponse à la question 7 est « Oui », posez les questions 12 et 13.)

12. Combien de jours par semaine environ avez-vous fait les exercices prévus au programme?
- Inscrivez la réponse : _____ jours
 - Ne s'en rappelle pas
13. Combien de minutes par jour vous a-t-il fallu, en moyenne, pour faire les exercices prévus au programme?
- Inscrivez la réponse : _____ minutes
 - Ne s'en rappelle pas

(Pour tous)

Annexe C

14. Quels genres de choses ou de personnes vous ont permis de suivre le programme d'exercice à domicile? (*Guides pour l'intervieweuse : souhaiter améliorer la mobilité, parent, préposé aux services de soutien à la personne et ainsi de suite*).

15. Pour quelles raisons vous a-t-il été difficile de suivre le programme d'exercice à domicile? Quelles difficultés avez-vous rencontrées? (*Guides pour l'intervieweuse : ne se sentait pas bien, temps trop difficile à trouver, exercices trop douloureux ou fatigants et ainsi de suite*)

16. Dans quelle mesure le programme d'exercice à domicile a-t-il répondu à vos besoins et à vos attentes?

5	4	3	2	1
Complètement	Essentiellement	Quelque peu	Très peu	Pas du tout

Pour quelles raisons accordez-vous cette cote?

17. Qu'avez-vous trouvé le plus utile en ce qui touche le programme d'exercice à domicile?

18. Qu'avez-vous trouvé le moins utile en ce qui touche le programme d'exercice à domicile?

19. Que faudrait-il faire pour améliorer le programme d'exercice à domicile?

20. Continuez-vous à suivre le programme?

Oui

- Non

(Si la réponse à la question 20 est « Oui », posez la question 21.)

21. Combien de fois par semaine environ faites-vous les exercices?

- Inscrivez la réponse : _____ jours
- Ne sait pas

Merci!



Sudbury & District

Health Unit

Service de
santé publique

705.522.9200 | 1.866.522.9200
www.sdhu.com