

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

PROJET D'INTÉGRATION PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M. Sc.)

PAR
KARINE HAMON

ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION DU PROGRAMME INTÉGRÉ D'ÉQUILIBRE
DYNAMIQUE EN CONTEXTE RURAL

JUILLET 2013

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

RÉSUMÉ

Le vieillissement de la population n'épargne aucune région de la province et est même légèrement plus accentué en région rurale, entre autres en raison de l'exode des jeunes vers les grands centres. Les régions rurales peuvent donc observer une augmentation plus accentuée de la clientèle âgée dans le système de santé comparativement aux grands centres. Afin de favoriser l'autonomie et la santé des aînés, différents programmes de prévention et de promotion de la santé sont instaurés. Le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) est un bon exemple de programme de prévention des chutes qui est implanté dans diverses régions urbaines et rurales du Québec. La présente étude vise à explorer l'implantation du PIED dans un contexte rural, plus précisément sur le territoire du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de La Côte-de-Gaspé. **Objectifs:** La principale question ayant guidé la recherche est la suivante: de quelle façon le contexte rural influence l'implantation du PIED et les retombées de ce programme auprès de la clientèle cible? **Méthode:** Une enquête descriptive qualitative visant les professionnels de la santé qui sont responsables du programme ainsi que des clients ayant participé au programme a été menée. Cette enquête poursuivait deux objectifs principaux: évaluer l'implantation du PIED dans le secteur du CSSS de La Côte-de-Gaspé et évaluer les effets de ce programme chez les participants. Il s'agit d'une démarche de recherche évaluative visant principalement à analyser les relations entre le contexte et l'intervention, dans ce cas-ci, le PIED. **Résultats:** Différents obstacles à l'implantation du PIED ont été identifiés. Certains obstacles sont spécifiques au contexte de la région (biculturalisme de la population, étendue du territoire et faible densité de la population) alors que d'autres peuvent également être perçus comme des obstacles en contexte urbain (ressources humaines, partenariats, locaux et publicité). Certains facilitateurs à l'implantation ont également été identifiés tels que le bouche à oreille pour publiciser le programme, la présence d'une travailleuse communautaire pour aider l'animatrice ainsi qu'une collaboration plus facile avec la communauté anglophone. Bien que les effets positifs du PIED soient démontrés chez les participants sur le plan physique et social, plusieurs conséquences négatives du PIED sur les intervenants ont été constatées. Par exemple, l'épuisement des intervenants et la liste d'attente du soutien à domicile qui augmente chaque fois que le programme est donné sont des conséquences directes de la structure organisationnelle du PIED dans le secteur du CSSS de La Côte-de-Gaspé. **Conclusion:** L'implantation et la structure organisationnelle du PIED dans le secteur du CSSS de La Côte-de-Gaspé sont influencées par quelques éléments propres à la région. Toutefois, plusieurs changements réalistes permettraient d'optimiser le fonctionnement du PIED, de favoriser la viabilité de ce programme à long terme et de diminuer l'impact négatif perçu par les intervenants principaux. Tel que démontré dans cette étude, l'évaluation de programme est un outil pertinent pour l'amélioration de la qualité des services de santé car ce processus permet de cibler les principaux éléments influençant le fonctionnement du programme ou de l'intervention évaluée et d'identifier des pistes de solution potentielles.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	i
TABLE DES MATIÈRES	ii
LISTE DES TABLEAUX	v
LISTE DES ABRÉVIATIONS	vi
REMERCIEMENTS	vii
1. Introduction	1
2. Problématique.....	2
2.1 Contexte de soins de santé	2
2.2 Contexte rural	4
2.3 Maintien à domicile et prévention des chutes.....	6
2.4 Rôle de l'ergothérapie	6
2.5 Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED)	7
3. Cadre conceptuel	10
4. Méthode.....	13
4.1 Devis	13
4.2 Population et échantillon	13
4.3 Sources de données et outils de collecte.....	14
4.3.1 Sources de données.....	14
4.3.2 Outil de collecte de données.....	14
4.3.2.1 Données qualitatives.....	14
4.3.2.2 Données quantitatives.....	16
4.4 Analyse des données	16
4.4.1 Analyses qualitatives	16
4.4.2 Analyses quantitatives.....	18
4.5 Considérations éthiques	19
5. Résultats	20

5.1 Résultats des entrevues	20
5.1.1 Participants	20
5.1.2 Thèmes abordés	21
5.1.2.1 Comparaison rural-urbain	21
5.1.2.2 Clientèle ayant participé au PIED	22
5.1.2.3 Le rôle de la direction de la santé publique dans l'implantation du PIED.....	23
5.1.2.4 Le PIED: organisation, recrutement des participants, commentaires et suggestions	23
Organisation du PIED.....	23
Recrutement des participants au PIED	24
Commentaires et suggestions	24
5.1.2.5 L'implantation du PIED dans la région	25
Budget.....	26
Partenariats	27
Publicité et recrutement	27
Population desservie	27
5.1.2.6 Obstacles et facilitateurs à l'implantation	27
Accessibilité temporelle	28
Accessibilité culturelle	29
Accessibilité géographique.....	29
Faciliteurs à l'implantation.....	30
5.1.2.7 Retombées	30
Santé physique	30
Santé psychologique	31
Environnement, occupations et habitudes de vie.....	32
5.1.2.8 Conséquences de l'implantation sur le plan de l'organisation des services.....	32
Épuisement des professionnels.....	32
Augmentation de la liste d'attente.....	33
5.2 Résultats de deux groupes ayant participé au PIED dans le territoire du C SSS de La Côte-de-Gaspé	33
5.2.1 Participants	33
5.2.2 Impact de la participation au PIED sur la condition physique	33
5.3 Synthèse des résultats	36
6. Discussion.....	37

6.1 Particularités de la région	37
6.1.1 Étendue du territoire et faible densité de population.....	37
6.1.2 Biculturalisme.....	39
6.2 Autres obstacles et solutions.....	39
6.2.1 Ressources humaines.....	40
6.2.2 Partenariats	40
6.2.3 Locaux	41
6.2.4 Publicité.....	41
6.3 Retombées et recommandations pour l'amélioration de la qualité des services	42
6.3.1 Formation d'animateurs	42
6.3.2 Partenariats avec les organismes	43
6.3.3 Publicité.....	43
6.3.4 Développer d'autres modalités de prévention des chutes	43
6.4 Forces et limites de l'étude.....	45
6.4.1 Limites.....	45
6.4.2 Forces	45
7. Conclusion.....	47
Références	48
ANNEXE A CANEVAS: ENTREVUE AVEC LES RESPONSABLES DU PIED.....	52
ANNEXE B CANEVAS: ENTREVUE AVEC LES PARTICIPANTS DU PIED	54
ANNEXE C CERTIFICAT D'ÉTHIQUE	55
ANNEXE D CONSENTEMENT POUR LES PARTICIPANTS AU PIED.....	56
ANNEXE E CONSENTEMENT POUR LES INTERVENANTS.....	60

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Exemple de codification des données avec NVivo©.....	18
Tableau 2	Intervenants interrogés	21
Tableau 3	Thèmes émergeant des entrevues.....	24
Tableau 4	Thèmes liés à l'implantation du PIED.....	26
Tableau 5	Résultats aux tests physiques pour deux groupes ayant participé au PIED	35

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
IMP	Intervention multifactorielle personnalisée
LSSS	Loi sur la santé et les services sociaux
MCREO	Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel
MRC	Municipalité régionale de comté
OEQ	Ordre des ergothérapeutes du Québec
PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
SPSS	<i>Statistical Package of the Social Science</i>
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à ce projet. Je pense d'abord aux professionnels de la santé qui ont permis la réalisation de l'étude sur le territoire de CSSS de La Côte-de-Gaspé et qui ont grandement contribué à la cueillette d'information pertinente au projet de recherche. Je remercie également les participants pour leur accueil et leur ouverture face à l'étude.

À ma directrice de projet, Mme Claire Dumont, enseignante chercheuse à l'université du Québec à Trois-Rivières, un merci spécial pour m'avoir guidé et conseillé à travers les différentes étapes de l'élaboration et de la réalisation du projet ainsi que lors de la rédaction finale. Je dois également remercier Mme Marie-Josée Drolet, enseignante chercheuse à l'université du Québec à Trois-Rivières pour ses enseignements pertinents sur la recherche et la rédaction lors des séminaires de maîtrise.

Je veux encore exprimer ma reconnaissance à mes collègues étudiants à la maîtrise qui, par leurs conseils, ont permis d'apporter une richesse supplémentaire à la réalisation du projet. Un merci spécial à Mme Andréanne Bédard qui, par ces commentaires constructifs en cours de rédaction, a contribué à l'amélioration du projet final.

Enfin, je voudrais souligner les encouragements de ma famille et de mes proches à toutes les étapes du projet. Leur support a grandement contribué à l'aboutissement de ce projet.

1. INTRODUCTION

Dans le contexte actuel de vieillissement de la population, les besoins auxquels doit répondre le système de santé québécois sont de plus en plus grands et complexes (Gouvernement du Québec, 2012f). La grande diversité du territoire et la répartition de la population sur celui-ci ajoute d'ailleurs au défi du gouvernement quant à l'organisation des services de santé de manière équitable et efficace (Solidarité Rurale du Québec, 2012). Comme en témoigne la politique «Vivre et vieillir ensemble» (Gouvernement du Québec), le maintien à domicile est un volet sur lequel le gouvernement du Québec met de plus en plus l'accent. Toutefois, le contexte rural semble présenter un défi supplémentaire en regard des orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux car le vieillissement de la population y est encore plus marqué (Atlas du Canada, 2012). Il importe donc de se questionner sur les interventions se rapportant au maintien de la santé des personnes âgées demeurant à domicile dans un contexte rural. De quelle façon le contexte rural influence-t-il la mise sur pied des interventions auprès de cette clientèle? Au nombre d'interventions proposées se trouvent les programmes de prévention des chutes tels que le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED). La présente étude correspond donc à l'exploration de l'implantation de ce programme dans un contexte rural, c'est-à-dire au Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de La Côte-de-Gaspé. D'abord, une problématique étayée fait état de la situation et des éléments clé en lien avec l'étude, suivie du but et des objectifs de l'étude. Ensuite, le cadre conceptuel encadrant l'étude est expliqué, suivi de la méthode qui est détaillée en regard de la population à l'étude, du devis retenu, de la collecte et de l'analyse de données. Puis, une présentation des résultats en regard de la question de recherche est réalisée. Finalement, la discussion présente une analyse des résultats, des recommandations pour la pratique ainsi que les limites et les forces de l'étude. Elle est suivie d'une brève conclusion apportant une réflexion sur l'apport potentiel de l'évaluation des programmes pour améliorer la qualité des services.

2. PROBLÉMATIQUE

Cette section présente d'abord le contexte actuel des soins de santé au Québec. Puis les spécificités du contexte rural sont abordées ainsi que les interventions en maintien à domicile. Ensuite, il est question du rôle de l'ergothérapeute et du programme de prévention des chutes, soit le PIED.

2.1 Contexte de soins de santé

Depuis plusieurs années, la situation d'engorgement du réseau de la santé au Québec est bien connue de tous (Hébert, 2007). Par exemple, les gens sont soumis à une longue attente pour accéder à des soins d'urgence et cette attente se poursuit lorsqu'ils cheminent à travers les services de première ligne (Institut canadien d'information sur la santé, 2012). Selon Hébert, parmi les causes pouvant expliquer l'engorgement des soins de santé se retrouve le nombre grandissant de personnes âgées. Différentes solutions ont été mises sur pied au fil des années par le gouvernement afin de diminuer l'engorgement du réseau de la santé. Par exemple, le virage ambulatoire, effectué en 1995, avait pour objectif de diminuer l'impact des problèmes d'engorgement engendrés, entre autres, par les personnes âgées (Hébert). Donc, en réduisant la durée des séjours et en favorisant le retour à la maison plus rapidement après une hospitalisation, le gouvernement espérait augmenter la disponibilité des lits (Hébert). Toutefois, le virage ambulatoire a eu certaines conséquences telles que favoriser un transfert de responsabilités vers les patients, leurs proches et la communauté (Gagnon, Guberman, Côté, Gilbert, Thivierge et Tremblay, 2001). Par exemple, selon Statistiques Canada (2008), 70 à 80% des soins dispensés aux personnes âgées habitant à domicile proviennent de soignants non-professionnels. Le nombre de proches aidants s'élèverait d'ailleurs actuellement à environ 19% de la population âgée de plus de 15 ans (Gouvernement du Québec, 2012f). Selon une étude de Ducharme, Pérodeau, Paquet, Legault et Trudeau (2004), le système de santé a de trop grandes exigences envers les proches aidants. Ces auteurs rapportent que la prise en charge est rapidement imposée aux familles et qu'il y a peu de respect pour la disponibilité, les ressources et les capacités des proches aidants.

De plus, le virage ambulatoire a fait rapidement place à l'augmentation des soins à domicile (Hébert, 2007). Selon une étude de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (Gagnon et al., 2001), l'augmentation des soins à domicile a des répercussions importantes chez les malades et leurs proches aidants que ce soit sur le plan de leur vie personnelle, sociale, familiale, professionnelle ou encore sur le plan de leur santé physique et de leur santé mentale. C'est donc dire que la majeure partie du travail des professionnels de la santé en contexte de maintien à domicile doit servir à outiller les patients et les proches aidants. Toutefois, selon Gagnon et ses collaborateurs, certaines conditions favorisent la réussite du maintien à domicile de la clientèle âgée: la motivation des malades et la présence d'un proche aidant à la maison, l'attention portée à la préparation et au suivi offert aux malades et à leurs familles, la permanence du soutien offert ainsi que le temps accordé aux malades et à leurs proches pour leur transmettre l'information, les écouter et les consulter. Donc, la réussite de la politique de maintien à domicile serait tributaire de la présence de la majorité des conditions énumérées ci-haut alors que l'absence de plusieurs de ces modalités pourrait faire surgir des difficultés dans le processus de maintien à domicile.

Actuellement, environ 43% du budget provincial est accordé à la santé (Gouvernement du Québec, 2012a; Hébert, 2007) à chaque année et selon la publication Budget 2013-2014 en un coup d'œil (Gouvernement du Québec, 2012a), il est estimé que le budget en soins de santé continuera de croître d'au moins 4 à 5% par année. Considérant le vieillissement de la population auquel la province fait face (Gouvernement du Québec, 2012f) ainsi que les coûts associés aux soins de santé, il devient indispensable, voire urgent, d'adopter des interventions aussi efficaces qu'économiques. De ce fait, le budget 2013-2014 proposé par le ministre des Finances et de l'Économie tient compte de ces deux aspects en augmentant de 110 millions de dollars le montant alloué aux soins à domicile. Toutefois, il y a lieu de se demander quelle est la meilleure façon d'investir cet argent pour optimiser l'état de santé de la population bénéficiant des soins de santé à domicile tout en considérant la contribution déjà élevée des proches aidants. Ainsi, la politique «Vieillir et vivre ensemble», annoncée en 2011 par le Gouvernement du Québec, propose un plan d'action détaillé pour les années 2012 à 2017 afin de faire face à la réalité du vieillissement de la population et de permettre aux aînés de demeurer à domicile en santé le plus longtemps possible (Gouvernement du Québec, 2012f).

Ce plan d'action vise à agir en amont des problèmes de santé. Il intègre entre autres des objectifs de promotion des saines habitudes de vie et de prévention de la perte d'autonomie. Ces objectifs sont par exemple mis de l'avant par les services de première ligne dans la communauté et les programmes de prévention des chutes tels que le PIED (Gouvernement du Québec, 2012f).

2.2 Contexte rural

Présentement, sur le territoire québécois, plus de 26% de la population habite en région rurale, soit sur 90% du territoire de la province (Solidarité Rurale du Québec, 2012). Selon Statistiques Canada, la ruralité réfère aux régions rurales et petites villes de moins de 10 000 habitants, c'est-à-dire tous les endroits situés à l'extérieur des régions métropolitaines de recensement (Statistiques Canada, 2012). En principe, les territoires ruraux doivent bénéficier des mêmes ressources que le reste de la province car le gouvernement, par le biais de la Loi sur la santé et les services sociaux (LSSS), s'engage à organiser ses services de façon à prendre en considération les caractéristiques géographiques et socio-économiques des territoires (Gouvernement du Québec, 2012d). Toutefois, le vieillissement de la population ayant une dimension territoriale, le portrait diffère selon qu'il s'agit d'un territoire urbain ou rural (Gouvernement du Québec, 2004). Par exemple, les régions de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et de la Mauricie sont celles qui ont le plus important nombre d'aînés proportionnellement à la population (Gouvernement du Québec, 2012f). Par ailleurs, les régions rurales du Québec connaissent deux problèmes principaux s'ajoutant au nombre de défis rencontrés par les agences de santé (Atlas du Canada, 2012). Premièrement, les régions rurales ne font pas exception au phénomène du vieillissement de la population et sont même davantage touchées, entre autres en raison de l'exode des jeunes adultes vers les grandes villes (Atlas du Canada). Deuxièmement, la répartition de la population sur un grand territoire rend parfois difficile l'accès aux services de santé et augmente les coûts liés aux soins de santé à domicile (Atlas du Canada). De plus, selon Ducharme, Pérodeau, Paquet, Legault et Trudeau (2004), les difficultés d'accès aux soins en milieu rural seraient principalement liées aux problèmes de transport et aux distances géographiques qui limitent l'accès aux soins spécialisés et aux services. Ainsi, les intervenants chargés d'offrir des services de maintien à domicile en milieu rural doivent composer avec une réalité bien différente du milieu urbain. Il

y a donc lieu de penser que les procédures et interventions ne peuvent être calquées sur le modèle urbain et doivent tenir compte des particularités de la région.

La région ciblée par cette étude est la municipalité régionale de comté (MRC) de La Côte-de-Gaspé, située dans la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Les particularités de cette MRC peuvent influencer la façon d'organiser les services. Par exemple, l'étendue du territoire est de 4085,2 km² (Municipalité régionale de comté de La-Côte-de-Gaspé, 2012), ce qui place La Côte-de-Gaspé au 27^e rang (sur 104 MRC) des MRC pour ce qui est de la plus grande superficie (Gouvernement du Québec, 2012b). La population totale est de 17 985 habitants, ce qui correspond au 25^e rang des MRC ayant la plus faible densité sur 104 MRC du Québec répertoriées en 2012 (Gouvernement du Québec, 2012b). En effet, La Côte-de-Gaspé compte en moyenne 4,4 habitants par km² alors que la moyenne provinciale est de 6 habitants par km² et qu'il y a environ 400 habitants par km² dans les grands centres (Gouvernement du Québec, 2012c). Parmi la population de la MRC de La Côte-de-Gaspé, 19,7% sont âgées de plus de 65 ans, comparativement à un ratio de 15,8% pour la province (Gouvernement du Québec, 2011). Le revenu moyen est de 28 865\$ comparativement à 33 333\$ pour la province (Gouvernement du Québec, 2011). La population compte des francophones, des anglophones ainsi qu'une communauté Micmac (CSSS de La Côte-de-Gaspé, 2012). Afin de rejoindre l'ensemble de la population, peu nombreuse et répartie sur un grand territoire, le CSSS de La Côte-de-Gaspé offre des services dans cinq centres locaux de services communautaires (CLSC), un centre hospitalier, un centre d'hébergement et une unité de médecine familiale (CSSS de La Côte-de-Gaspé).

En 2006, 19,7% de la population de la région Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine avait plus de 65 ans et il est estimé que cette proportion sera d'environ 36% en 2031, ce qui est plus élevé que les estimations provinciales de 25,6% en 2031 (Gouvernement du Québec, 2011). Quelques différences avec les données provinciales sont actuellement observables chez les aînées de la région: moins de personnes âgées habitent seules, le taux d'obésité est plus élevé leur situation économique est plus défavorable que les aînés du Québec (Gouvernement du Québec). Toutefois, la prévalence des blessures causées par des chutes dans la région n'est pas différente des données à l'échelle de la province (Gouvernement du Québec).

2.3 Maintien à domicile et prévention des chutes

En contexte de maintien à domicile, les interventions s'adressant aux personnes âgées sont très variées, allant des technologies aux programmes d'exercices. Lorsqu'il est question de prévention des chutes, les programmes d'exercices sont souvent préconisés (Kobayashi, Nakadaira, Ishigami, Muto, Anesaki et Yamamoto, 2006; Weber, White et McIlvried, 2008) car les personnes âgées actives ont de meilleures capacités physiques que celles qui ne font pas d'exercice. Par ailleurs, la gestion de la médication peut permettre de diminuer le risque de chute lorsqu'un médecin donne des conseils personnalisés en lien avec la médication, ses effets secondaires et les impacts possibles sur la santé (Weber et al.). De plus, l'adaptation de l'environnement peut avoir une influence significative sur la santé des personnes âgées vivant à domicile selon Iwarsson et Isacson (1997). D'après ces auteurs, le fait d'apporter des modifications à l'environnement physique de la personne peut augmenter son autonomie dans ses activités, ce qui a un impact sur le bien-être de la personne âgée. Les auteurs font également ressortir qu'un environnement mal adapté aux besoins de la personne diminue sa participation, ce qui influence négativement sa santé.

2.4 Rôle de l'ergothérapie

L'ergothérapeute est un acteur important des services de santé relatifs au maintien à domicile. Dans un système de santé où l'on souhaite que les gens demeurent à domicile en santé le plus longtemps possible, l'objectif principal est de rendre la personne et son entourage le plus autonome possible dans le maintien de leur santé. Cela rejoint donc bien l'ergothérapie, car, de par sa profession, l'ergothérapeute a pour mission de favoriser l'autonomie des gens, d'augmenter leur satisfaction en lien avec leur qualité de vie ainsi que de favoriser le maintien dans leur milieu de vie et leur communauté (Ordre des ergothérapeutes du Québec [OEQ], 2012). Dans l'optique de maintenir la personne à domicile en santé le plus longtemps possible, l'ergothérapeute favorisera l'engagement de la personne dans des occupations qui lui sont significatives (Curtin, Molineux et Supyk, 2010). Le maintien à domicile sollicite toutefois un aussi grand éventail de professionnels que d'interventions. C'est pourquoi il est pertinent de se questionner sur les interventions qui répondent le mieux aux besoins de la clientèle en maintien à domicile. Tel que mentionné précédemment, la prévention peut être un bon moyen

pour favoriser le maintien de la santé chez les personnes âgées et ainsi retarder le recours aux soins curatifs (Gouvernement du Québec 2012f).

2.5 Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED)

Dans l'optique d'optimiser l'état de santé des aînés et pour les outiller afin qu'ils augmentent leur autonomie en lien avec le maintien de leur santé, le PIED est tout indiqué. En effet, celui-ci s'inscrit dans une démarche de prévention et de promotion de la santé ciblant principalement la clientèle âgée vivant à domicile (Trickey, Parisien, Laforest, Genest et Robitaille, 2002). Il s'adresse aux personnes âgées autonomes ayant déjà chuté ou étant préoccupées par les chutes, mais n'ayant pas de trouble de mobilité. Le PIED présente trois volets différents: exercices en groupe, exercices à domicile et capsules de prévention. Un des objectifs poursuivis par le programme est d'abord l'amélioration et le maintien de la condition physique en augmentant l'équilibre et la force des membres inférieurs ainsi qu'en contribuant à maintenir la densité et la masse osseuse aux sites les plus vulnérables. Le PIED tente donc d'inculquer des habitudes liées à l'exercice physique chez la clientèle âgée afin que ceux-ci maintiennent la force, l'équilibre et la mobilité nécessaires à la poursuite de leurs occupations. Tel que mentionné à la section 2,3, il y a une différence significative sur le plan de la santé et de la réduction des chutes chez les personnes âgées qui font de l'exercice régulièrement (Kobayashi et al., 2006).

Le PIED vise également la modification des comportements en favorisant l'adoption de saines habitudes de vie. Par exemple, par le biais du programme, les aînés sont sensibilisés à l'impact de la médication et de l'alimentation sur leur santé et sur leur condition physique. De plus, ils apprennent à reconnaître les comportements qui augmentent le risque de chute et sont invités à échanger des stratégies pour adapter leurs habitudes de vie de façon à diminuer le risque de chute.

Le programme a comme troisième objectif la modification de l'environnement en développant chez le participant la capacité à aménager le domicile de façon à limiter les risques de chute. Certaines capsules informatives incluses dans le PIED sensibilisent donc la

personne âgée aux éléments de l'environnement augmentant les risques de chutes à domicile: éclairage, encombrement, tapis, fils, etc.

Afin de répondre à tous ces objectifs, le PIED s'échelonne sur 12 semaines, à raison de deux séances de 60 minutes par semaine et est donné à des groupes d'environ 10 personnes. Un seul animateur est nécessaire. La taille des groupes peut être diminuée si les participants présentent plus d'incapacités physiques, comme c'est souvent le cas lorsque le groupe est donné dans une résidence pour personnes âgées (Gouvernement du Québec, 2012e). Les séances sont structurées par des activités de groupe et, une fois par semaine, du temps est accordé à une capsule de sensibilisation sur des sujets en lien avec le maintien de la santé et la prévention des chutes (alimentation, ostéoporose, troubles visuels, gestion de la médication, etc.). Lors des séances, les participants, en plus de faire de l'exercice, apprennent à se relever du sol et à réagir en cas de chute.

De plus, des exercices leurs sont enseignés et remis sous forme d'affiche pour qu'ils puissent poursuivre leur entraînement à la maison. Le matériel requis pour les séances du PIED comprend, entre autres, des balles de tennis, des tapis antidérapants, des ballons d'exercices, des poches de fèves ou de sable, des bandes élastiques, etc. Le coût total s'élève à environ 600\$ de matériel pour démarrer un groupe de personnes, mais la plupart du matériel peut être réutilisé pour les groupes suivants (Direction de la santé publique de Montréal, 2012b). Les séances doivent être données dans de grands locaux éclairés, dans lesquels les participants peuvent prendre beaucoup d'espace pour bouger et disposer le matériel. Il s'agit souvent de salles communautaires trouvées avec l'aide de partenariats (Direction de la santé publique de Montréal, 2012a). Les participants doivent donc se déplacer pour se rendre aux séances du PIED.

L'implantation d'un programme aussi structuré que le PIED nécessite des ressources importantes, que ce soit en termes de matériel, de locaux ou de personnel. Il y a donc lieu de se questionner sur l'implantation de ce programme dans un contexte rural, sachant que les particularités du territoire, entre autres sur les plans géographique et du vieillissement de la population, constituent un défi de taille pour les professionnels de la santé (Gouvernement du

Québec 2012f). La question principale qui guide la recherche est donc la suivante: De quelle façon le contexte rural influence l'implantation du PIED et les retombées de ce programme auprès de la clientèle cible? À partir de cette question, deux objectifs principaux orientent la collecte de données:

- 1- Évaluer l'implantation du PIED dans le secteur du CSSS de La Côte-de-Gaspé.
- 2- Explorer les effets du PIED sur les participants.

3. CADRE CONCEPTUEL

Le cadre conceptuel est présenté en deux volets: le modèle qui sert d'assise aux réflexions relatives aux interventions et le modèle relatif aux fondements méthodologiques en évaluation de programme.

Dans le but de structurer l'étude, le Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel (MCREO) de Townsend, Polatjko et Craik, (2007) est utilisé. Ce modèle, développé en ergothérapie, est centré sur le client et sous-tend que le rendement occupationnel est influencé par l'interaction entre les caractéristiques de la personne, de l'occupation et de l'environnement. C'est donc cette interaction même qui aurait un impact sur la santé, ou plutôt sur les comportements qui s'y rattachent. Dans la présente étude, ce modèle est préconisé afin de s'assurer que l'information recueillie permette d'approfondir toutes les composantes qui peuvent influencer le rendement et l'engagement occupationnels de la personne et ainsi de fournir une vision globale des éléments influençant l'implantation du PIED et ses retombées. L'utilisation de ce modèle permet donc de dresser un portrait étayé de la situation. Ainsi, le MCREO identifie quatre domaines de l'environnement, soit social, physique, culturel et institutionnel. Ces domaines peuvent, à divers égards, influencer l'accès au PIED dans la région ciblée, la disponibilité des ressources ou encore la faisabilité des différentes étapes du PIED. Pour ce qui est de l'occupation, le modèle identifie trois grandes catégories : les soins personnels, les loisirs et les occupations liées à la productivité. Dans le cadre de la cueillette d'information, il s'agit d'explorer d'une part quelles sont les occupations qui sont le plus visées par le PIED et d'autre part, quelles sont celles qui sont modifiées par la participation au programme. Ainsi, l'utilisation du cadre de référence MCREO peut mettre en lumière la façon dont la participation au PIED influence le rendement et l'engagement occupationnels de la personne dans les trois catégories d'occupations. Toutefois, le PIED réfère, dans ses capsules et son contenu, aux habitudes de vie plutôt qu'aux occupations. Les deux termes seront donc utilisés dans le texte. Finalement, il est intéressant et même nécessaire de faire le lien entre le PIED et les dimensions de la personne. Le MCREO identifie quatre dimensions principales de la personne: physique, cognitive, affective et spirituelle. Bien que le programme ait surtout des objectifs se rattachant à la dimension physique, l'utilisation du cadre de référence permettra

faire ressortir, s'il y a lieu, l'impact de la participation au programme sur les autres dimensions de la personne (spirituelle, cognitive et affective) ou encore l'influence de ces dimensions sur l'implantation du programme ou sur la participation au programme.

Un des objectifs de l'étude étant d'explorer l'implantation du PIED en contexte rural, il importe de définir les bases conceptuelles liées à l'évaluation de programme. Dans cette optique, Brousselle, Champagne, Contandriopoulos et Hartz (2011) proposent un modèle d'évaluation de programme intégrant des méthodes variées et complémentaires. Dans la présente étude, l'objectif est d'explorer l'impact du contexte rural sur l'implantation du programme. Il s'agit donc d'une évaluation de l'implantation du PIED. Cette étude permettra de mieux comprendre les défis que rencontre la mise sur pied de ce programme et d'établir un lien, si tel est le cas, entre ces défis et les caractéristiques du territoire rural étudié. Tel que proposé par les auteurs, la recherche évaluative est le modèle le plus approprié à l'étude actuelle, en terme d'évaluation de programme. En effet, la recherche évaluative vise à examiner l'efficacité d'une intervention ainsi que la relation existant entre celle-ci et son contexte (Brousselle et al.), ce qui rejoint les deux objectifs principaux de l'étude. Ultiment, l'amélioration des pratiques est visée car, en faisant ressortir les éléments qui influencent l'implantation du PIED, il sera possible de mieux les contrôler ou d'en tenir compte pour une meilleure adéquation entre le programme et le milieu. Ces auteurs proposent également de nombreux concepts qui permettent d'analyser une situation sous l'angle de l'évaluation de programme et de l'amélioration de la qualité des services. Par exemple, la notion d'accessibilité porte sur les différents obstacles entre les besoins et les services. Ainsi, les concepts d'accessibilité géographique, temporelle, culturelle et financière sont des éléments à considérer pour l'analyse de l'impact du contexte sur le PIED. L'accessibilité géographique (distance) peut être influencée par la répartition des services sur le territoire ou par les ressources, augmentant ainsi la distance à parcourir pour avoir accès aux services. L'accessibilité temporelle réfère aux délais pour avoir accès aux services. Tous les facteurs liés aux besoins de la population, aux ressources disponibles et aux processus (organisation des services) sont susceptibles d'influencer l'offre de service et donc le délai pour y avoir accès. Pour ce qui est de l'accessibilité financière, elle est directement liée aux coûts relatifs aux services offerts. L'accessibilité culturelle réfère quant à elle aux caractéristiques de la clientèle

cible: la religion, les classes économiques, les coutumes, la langue, etc. Celle-ci dépend surtout de l'adéquation entre les caractéristiques des ressources humaines et celle de la clientèle. En ce sens, elle est influencée par les caractéristiques du personnel sur le plan linguistique, religieux, ethnique, etc.

4. MÉTHODE

Cette section présente le devis, la population à l'étude, les principaux thèmes abordés, la méthode de collecte de données ainsi que la méthode d'analyse des données. Pour terminer, les considérations éthiques sont également précisées.

4.1 Devis

Le devis retenu est un devis descriptif mixte (qualitatif et quantitatif). Les données sont tirées d'une enquête ainsi que de résultats à des tests standardisés administrés à des participants au PIED. La recherche est dite descriptive car elle vise à faire un portrait de la situation actuelle en regard de la population cible (Fortin, 2010), plus précisément de connaître les particularités du contexte qui influencent l'implantation et l'organisation du PIED. Elle vise également à documenter les effets du programme auprès de la population ciblée.

4.2 Population et échantillon

La population à l'étude est constituée des aînés du secteur du CSSS de La Côte-de-Gaspé demeurant à domicile et ayant bénéficié du PIED. Le CSSS de La Côte-de-Gaspé est le milieu ciblé pour l'étude car il s'agit d'une région rurale et ce milieu est bien connu de l'étudiante chercheuse sur le plan des ressources en santé et services sociaux étant donné qu'elle habite cette région. Ce choix répondait donc à des critères de faisabilité de l'étude.

Afin de recueillir l'information pertinente à la recherche concernant l'implantation et les retombées du PIED, des professionnels concernés par l'implantation du programme sont sollicités ainsi que des aînés qui ont participé au PIED. Les professionnels choisis sont les experts ou informateurs clé qui peuvent fournir l'information souhaitée (choix raisonné). Quant aux aînés, il s'agit d'un échantillon de convenance car les participants sont identifiés par un animateur du PIED selon les critères de sélection identifiés.

Les critères de sélection des professionnels sont d'avoir participé à l'implantation du PIED, de la phase embryonnaire jusqu'au premier groupe de participants, dans le secteur du CSSS de La Côte-de-Gaspé, soit entre 2009 et 2012.

Les critères d'inclusion des participants au PIED sont:

- avoir participé au PIED au cours des deux dernières années.
- avoir participé au moins à la moitié des séances proposées par les intervenants du programme.
- habiter dans un périmètre de 20 km de la ville de Gaspé.

4.3 Sources de données et outils de collecte

4.3.1 Sources de données

Les principales sources de données de l'étude sont les suivantes: les entrevues avec des participants du PIED, les entrevues avec des professionnels de la santé responsables du programme ainsi que les résultats aux tests standardisés administrés lors de la participation au PIED.

4.3.2 Outil de collecte de données

4.3.2.1 Données qualitatives

Les principaux informateurs sont les professionnels de la santé impliqués dans le PIED ainsi que les clients qui en ont bénéficié. Les professionnels peuvent expliquer et justifier clairement les variations existant entre la structure originale du programme et sa mise sur pied dans la région ciblée alors que les clients peuvent témoigner de l'impact, positif ou négatif, de leur participation au PIED. La méthode de collecte de données choisie est l'entrevue semi-dirigée car elle permet de recueillir l'information souhaitée en ciblant des thématiques précises tout en laissant au sujet une liberté d'expression de son opinion et de son expérience, ce qui peut faire émerger de l'information qui n'était pas nécessairement prévue au départ. Afin de rencontrer les objectifs de l'étude, un canevas d'entrevue tenant compte des concepts et du cadre conceptuel a été bâti. Voici un exemple de questions se retrouvant dans les canevas d'entrevue (annexe A et B):

*Canevas: Entrevue aux **responsables** du PIED*

-Qu'est-ce qui a justifié l'implantation du PIED dans la région?

Caractéristiques de la région

-Territoire (étendue) qui en bénéficie?

- Nombre d'animateurs? Nombre de bénévoles (s'il y a lieu)?
- Année d'implantation du programme?
- Nombre de personnes qui en ont bénéficié?
- Objectifs visés par le programme? Mesure des objectifs?

Organisation

- Parlez-moi de l'organisation du programme?
- Nombre d'animateurs? Leur poste (emploi, titre)? Leur formation pour pouvoir donner le PIED?
- Recrutement des participants (1^{er} contact, critères d'admissibilité et d'exclusion, etc.)
- Partenariat avec des centres communautaire ou autre?
- Durée (semaines, nombre de séances/sem.)?

*Canevas: Entrevue aux **participants** au PIED*

- Comment avez-vous été inscrit au PIED? (qui vous en a parlé?)
- Avant de participer, que saviez-vous de l'objectif de ce programme?
- À quel moment avez-vous participé au programme? (débuté le ?, terminé le ?)
- Expliquer comment se sont déroulées les activités du programme? (en général, puis comment se déroulait une séance?)
- Avez-vous assisté à toutes les séances du programme?
- Si non, pour quelles raisons? Cela a-t-il eu un impact sur les résultats selon vous?

Retombées

- Quel est l'impact du programme sur votre santé physique (force, équilibre, mouvement?)
- Comment expliquez-vous ces résultats ?
- Sont-ils attribuables à autre chose qu'au programme?

Les entrevues sont d'une durée d'une heure au maximum pour les participants et d'une heure et demie pour les professionnels. Elles sont enregistrées avec l'accord des personnes. Les participants sont rencontrés dans leur milieu de vie alors que les professionnels sont rencontrés dans leurs bureaux respectifs, dans leur milieu de travail.

4.3.2.2 Données quantitatives

Les données quantitatives proviennent des résultats de participants au PIED à des tests standardisés. Quatre tests sont effectués au début du programme et à la toute fin afin de mesurer l'équilibre et la force aux membres inférieurs: *Functional Reach* (Duncan, Weiner, Chandler et Studenski, 1990), appui unipodal (Vellas, Wayne, Romero, Baumgartner, Rubenstein et Garry, 1997), épreuve tandem (Briggs, Gossman, Birch, Drews et Shaddeau, 1989) et *Sit-to-stand* (Csuka et McCarty, 1985). Le *Functional Reach*, élaboré par Duncan et ses collaborateurs (1990) consiste à se pencher vers l'avant, bras parallèles au plancher, tout en conservant son équilibre afin de mesurer les limites de la stabilité lors d'un mouvement volontaire (Gouvernement du Québec, 2007). Le résultat recueilli pour ce test correspond à la différence entre les mesures d'arrivée et de départ en centimètres. L'appui unipodal (Vellas et al.) est une épreuve qui consiste à se tenir en équilibre sur une jambe le plus longtemps possible, mains appuyées sur les hanches. La mesure obtenue est le temps en secondes pendant lequel la personne a tenu sans déposer l'autre jambe au sol (Gouvernement du Québec). Le test est effectué sur la même jambe après la participation au programme. L'épreuve tandem (Briggs et al.) est une mesure d'équilibre avec une base de support étroite. Cette épreuve consiste à se tenir en équilibre le plus longtemps possible avec un pied devant l'autre, le talon collé aux orteils de l'autre pied et les mains sur les hanches (Gouvernement du Québec). Le test est effectué avec les yeux ouverts et avec les yeux fermés. Le résultat obtenu est une mesure en secondes. Finalement, le *Sit-to-stand* (Csuka et McCarty) est une mesure de la force des membres inférieurs. Le test consiste à se relever et à s'asseoir cinq fois de suite, le plus rapidement possible en gardant les bras croisés sur la poitrine (Gouvernement du Québec). Le résultat obtenu est le temps, en secondes, utilisé pour effectuer le test. Les tests sont effectués dans les mêmes conditions (matériel, consignes) avant et après la participation au PIED.

4.4 Analyse des données

4.4.1 Analyses qualitatives

Comme la recherche qualitative amène souvent le chercheur à accumuler une grande quantité de données, l'objectif de l'analyse est de faire ressortir la signification de toute cette information. Cela commence nécessairement par une organisation sensée des données. La méthode choisie pour analyser l'information est la stratégie d'immersion et de cristallisation de

données, c'est-à-dire qu'en lisant les verbatim d'entrevues, les catégories sont induites. Le modèle de Miles et Huberman (2003) est utilisé afin de faire ressortir les résultats de la collecte de données. Le processus est donc le suivant: condensation des données, présentation des données, élaboration et vérification des conclusions.

La première phase, celle de la condensation, vise à réduire les données (Fortin, 2010). Pour se faire, il y a d'abord une codification des données en attribuant des mots-clés à des thèmes récurrents. Sur la base de la question de recherche et de la problématique énoncée précédemment, les principaux thèmes documentés lors des entrevues sont les suivants: contexte rural, maintien à domicile, autonomie et prévention des chutes. Certains thèmes sont ajoutés au besoin, selon l'information recueillie, comme par exemple les notions d'accessibilité (géographique, culturelle, financière et temporelle) qui sont liées à certaines caractéristiques du contexte (Brouselle et al., 2011). La codification est faite à l'aide du logiciel NVivo®, permettant d'analyser facilement le contenu qualitatif. Des catégories sont élaborées en se basant sur les groupes de codes qui ressortent. Puis, des thèmes sont extraits des catégories (codification thématique). Il est possible qu'un modèle émerge de l'analyse, celui-ci démontrant de quelle façon les thèmes sont liés entre eux. Un exemple de la condensation de l'information relative au sujet est présenté ci-dessous. Les termes «nœuds libres» et «nœuds hiérarchisés» réfèrent à la méthode utilisée dans le logiciel NVivo®.

Tableau 1
Exemple de codification des données avec NVivo©

Thème (Noeuds hiérarchisés)	Catégories de codes (Noeuds libres)	Texte (références dans les verbatim)
Étendue du territoire	Ressources financières insuffisantes Ressources professionnelles insuffisantes	-Nombre de programme par an limité. -Demandes de subvention pour le maintien du programme -Épuisement des professionnels -Difficulté à faire un groupe plus d'une fois par an

Après la condensation vient l'étape de présentation des données qui consiste à rassembler l'information de façon à montrer les liens entre les thèmes. À la dernière étape de l'analyse, les conclusions sont vérifiées en triangulant l'information avec d'autres sources de données, par exemple, les documents fournis par les professionnels responsables du programme.

4.4.2 Analyses quantitatives

Les données quantitatives recueillies sont analysées à l'aide du logiciel *Statistical Package of the Social Science* (SPSS) (2013). Des analyses descriptives sont effectuées incluant les mesures de tendance centrales (moyenne et écart type). De plus, un test t pour échantillons appariés est effectué afin de vérifier l'effet du PIED sur les participants et de faire ressortir si la différence entre les résultats avant et après le programme est significative ou simplement due au hasard. L'intervalle de confiance des gains est également calculé. L'intervalle doit exclure la valeur nulle (0) pour que le gain soit considéré statistiquement significatif. Les résultats attendus sont que les participants auront amélioré leur performance aux différents tests. Le seuil de signification établi est de 0,05.

4.5 Considérations éthiques

En plus d'être approuvé par le comité d'éthique de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) (annexe C), la recherche est approuvée par le milieu participant. Ce dernier n'ayant pas de comité d'éthique, l'autorisation a été donnée par la direction des services concernés par le projet. Chaque participant a signé un formulaire de consentement approuvé par le comité d'éthique de l'UQTR (annexes D et E).

5. RÉSULTATS

Les résultats sont présentés en deux sections: les résultats aux entrevues (intervenants-experts et usagers) et les résultats aux tests de deux groupes de personnes ayant participé au PIED dans la région du CSSS de La Côte-de-Gaspé. Les résultats des entrevues sont issus d'une analyse qualitative permettant de mettre en lumière certains thèmes en lien avec l'étude alors que la deuxième partie des résultats découle d'une analyse quantitative faisant ressortir l'amélioration de la santé physique de deux groupes ayant participé au PIED.

5.1 Résultats des entrevues

Cette section comprend la description des participants aux entrevues, une présentation des thèmes les plus abordés lors des entrevues ainsi que certains extraits de verbatim en lien avec les thèmes abordés.

5.1.1 Participants

Dans le cadre de l'étude, des entrevues ont été menées auprès de deux intervenants (voir tableau 2) impliqués dans l'implantation et le maintien du PIED dans la région du CSSS de La Côte-de-Gaspé. La première intervenante est l'animatrice principale du PIED dans le secteur concerné par l'étude. Elle est technicienne en réadaptation physique au soutien à domicile et donne les séances du programme depuis son implantation sur le territoire de La Côte-de-Gaspé en 2008. Le deuxième intervenant travaille à la direction de la santé publique pour le secteur Gaspésie-Îles-de-la-madeleine depuis 1991. Il est responsable de la prévention des blessures et son rôle en lien avec le PIED est d'en faciliter l'implantation dans la région ainsi que d'organiser les services.

Deux personnes ayant participé au PIED ont également été rencontrées en entrevue. Les deux participants sont résidents de la ville de Gaspé et ont participé au programme au printemps 2012.

Tableau 2
Intervenants interrogés

	Sexe	Poste	Rôle en lien avec le PIED
Intervenant 1	F	Technicienne en réadaptation physique Soutien à domicile	-Animatrice des séances du PIED depuis son implantation en 2008 -Recrutement des participants -Planification des séances (matériel et locaux)
Intervenant 2	H	Responsable de la prévention des blessures Direction de la santé publique	-Faciliter l'implantation du PIED au niveau régional (Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine)

5.1.2 Thèmes abordés

Différents thèmes émergent de l'analyse des entrevues. La liste complète se retrouve dans le tableau 3. Certains thèmes relevés concernent la description du territoire du CSSS de La Côte-de-Gaspé. Ces éléments étant décrits précédemment, ils ne sont pas rapportés dans le texte des résultats, sauf pour ceux qui n'ont pas été abordés dans la problématique, soit la comparaison rural-urbain ainsi que la clientèle ayant participé au PIED dans la région. Les autres thèmes qui ont émergé de l'analyse des entrevues sont: le rôle de la direction de la santé publique dans l'implantation du PIED, certaines caractéristiques du PIED dans la région (accessibilité et critique) et l'implantation de ce programme dans la région (processus, facilitateurs, obstacles et conséquences).

5.1.2.1 Comparaison rural-urbain

La description du territoire a soulevé un thème se rapportant à la différence entre le milieu rural et le milieu urbain. Par exemple, il est question des problèmes auxquels font face les professionnels de la région du CSSS de La Côte-de-Gaspé lorsqu'ils voient leur liste d'attente s'allonger en maintien à domicile lorsque du temps est accordé aux séances du PIED. Selon un des intervenants interviewé, ce problème est spécifique aux régions: «C'est un problème dans plusieurs régions. Dans certaines régions comme Montréal et les grands centres, ils ont délégué le PIED aux organismes communautaires et aux municipalités.» Toujours selon cet intervenant, c'est la densité de la population qui permet, dans les grands centres, d'avoir des professionnels exclusifs au PIED:

À Québec et à Montréal, dans les quartiers de 15000-20000 personnes, vous allez toujours ramasser un groupe de 10-15 personnes, tandis qu'ici [...] il y en a peut-être 10-15 qui pourraient participer au programme, mais ces personnes-là ne sont pas nécessairement intéressées [...], dans les petits endroits, c'est plus difficile de rejoindre le monde que dans les grandes villes.

Cet intervenant rapporte par ailleurs que le vieillissement de la population étant autant présent dans les grands centres que dans les régions, la nécessité d'implanter un programme de prévention des chutes s'est imposée d'elle-même au CSSS de La Côte-de-Gaspé:

C'était une commande du ministère, ça répondait à un besoin à cause du vieillissement de la population et du nombre important de chutes. Ils l'ont implanté au niveau de la province. Quand on avait des difficultés, on se référait au provincial.

Un autre élément rapporté par le même intervenant concerne les déplacements qui sont plus nombreux en région et l'accès au transport en commun qui est moins développé:

Comme ça prend plus de déplacements pour rejoindre les gens, ça prend plus de déplacements pour offrir le programme, [...] ça se passe bien en milieu urbain quand les gens peuvent prendre le taxi ou le transport en commun, mais 24 fois en milieu rural, par exemple en hiver, quand il fait tempête et que les gens doivent faire 5-10 miles pour se rendre au programme, c'est difficile.

Ainsi, les déplacements sont perçus comme un obstacle à la fois pour les intervenants et les participants. Toujours selon cet intervenant, «une autre chose qui est particulière à la région, c'est qu'il n'y a pas beaucoup de locaux pour ce type de groupe, un grand local éclairé et propre.»

5.1.2.2 Clientèle ayant participé au PIED

Selon les intervenants interviewés, il y a «un tiers de la population anglophone et deux tiers francophone.» «Sur la Côte-de-Gaspé, [c'est] presque un facilitateur, car les gens anglophones, [...] c'est eux-mêmes qui ont poussé dans le dos du CSSS pour qu'il offre le programme». Il y a eu un groupe anglophone depuis l'implantation du PIED. Si l'on considère la population entière du CSSS de La Côte-de-Gaspé, il s'agit de «70% des personnes admissibles qui participent.» Parmi cette clientèle, un intervenant souligne que «90% des participants sont des femmes.»

5.1.2.3 Le rôle de la direction de la santé publique dans l'implantation du PIED

Un des intervenants interviewés a précisé le rôle de la direction de la santé publique dans l'implantation du PIED en indiquant qu'en lien avec la mission de prévention des blessures, cette direction fait «des activités de prévention et de promotion de la santé» parmi lesquelles se retrouve le PIED: «le programme PIED, c'est un programme de type communautaire, par opposition à un programme, comme l'intervention multifactorielle personnalisée (IMP) par exemple, qui est plutôt au niveau du soutien à domicile alors que les pratiques cliniques préventives sont plus au niveau des médecins.» Cet intervenant rapporte que la santé publique joue un rôle dans la formation des animateurs du PIED: «on l'offrait [la formation aux animateurs] au territoire d'un C SSS et les chefs de services envoyaient les noms des gens intéressés.» Par ailleurs, «tout le matériel, le recrutement, la formation, c'est puisé à même le budget de la santé publique.» Toujours selon l'intervenant interrogé, «les fonds de santé publique viennent du ministère.» Il indique qu'il aimerait «qu'il y ait plus de budget, parce que seulement une session, ça peut coûter 6000-7000\$ par groupe.»

5.1.2.4 Le PIED: organisation, recrutement des participants, commentaires et suggestions *Organisation du PIED*

Les intervenants et les participants interrogés ont rapporté plusieurs éléments organisationnels liés au PIED (voir le tableau 3). Certains éléments sont spécifiques à la région. Par exemple, dans le secteur du C SSS de La Côte-de-Gaspé, deux animatrices du PIED couvrent l'ensemble du territoire. Il s'agit d'une des intervenantes interrogées et d'une physiothérapeute formée depuis peu pour donner le programme dans un des cinq points de services, les quatre autres étant couverts par l'intervenante rencontrée en entrevue. Cette intervenante indique qu'elle est accompagnée d'une travailleuse communautaire pour l'aider dans l'organisation des séances. Elle rapporte que «le programme se fait à même [les] heures de travail.» Il n'y a donc pas de remplacement des professionnels lorsqu'ils donnent le PIED.

Tableau 3
Thèmes émergeant des entrevues

CSSS de La Côte-de-Gaspé		
Territoire	N	
	1	Caractéristiques du territoire
	1	Points de service
Clientèle du CSSS de La Côte-de-Gaspé	1	Comparaison rural-urbain
	2	Clientèle participant au PIED
	2	Biculturalisme
Santé publique		
Direction régionale de la santé publique	1	Mission
	1	Prévention des blessures
	1	Prévention des chutes
Le PIED		
Organisation du PIED	2	Organisation du programme (animation)
	1	Objectifs du programme
	2	Structure des groupes et des séances
Accessibilité	1	Délai d'attente
	4	Recrutement des participants
	4	Référence des participants
Participants au PIED interviewés	2	Caractéristiques
	2	Connaissances antérieures en lien avec le PIED
Critique du PIED	1	Adaptabilité du programme
	4	Appréciation
	1	Intensité, suivi et maintien à long terme des acquis
	1	Lacunes

N: Nombre de participants ayant abordé ce thème.

Recrutement des participants au PIED

Les participants interrogés ont abordé l'accessibilité au PIED. Un participant affirme qu'entre le moment de son inscription et celui où il s'est joint à un groupe, il n'a «pas eu le temps d'attendre beaucoup. Peut-être 3-4 jours.» Les deux participants interrogés ont identifié la même personne comme celle les ayant dirigés vers le PIED, soit l'animatrice interrogée. L'animatrice s'est prononcée quant aux professionnels qui dirigent des clients au PIED: «En grande partie moi. Des clients du maintien à domicile.»

Commentaires et suggestions

Par ailleurs, certains commentaires et suggestions en rapport avec le PIED émergent de l'analyse. Par exemple, un des participants interrogés rapporte que le programme peut être adaptable: «je ne crois pas que c'est quelque chose qui pourrait pas être adapté à à peu près tout le monde.» Pour ce qui est de l'appréciation du PIED, selon une intervenante interrogée,

«les gens adorent ça. Ils doivent remplir un questionnaire à la fin du programme concernant leur satisfaction. Habituellement, ils sont toujours très satisfaits.» Celle-ci rapporte que «les commentaires sont assez formidables. Ils apprécient l'animation. Ils développent un sentiment d'appartenance. Les gens arrivent de bonne humeur, certains presque qu'une demi-heure avant.» Les participants indiquent également leur appréciation du PIED. «C'était le fun, j'ai bien aimé ça», indique l'un d'eux alors qu'une participante affirme que «c'était une belle ambiance. Tout le monde était content de faire quelque chose tout le monde ensemble.» Pour un des intervenants interrogés, «un des problèmes du programme PIED, c'est le suivi. Les personnes aiment beaucoup faire de l'exercice en groupe, mais quand le programme est fini, ils retournent à la maison et ils sont démoralisés. Ils aimeraient avoir des rencontres toujours.» Selon cet intervenant, «du moment que le programme est fini, ça ne se maintient pas dans le temps.» Un participant se prononce d'ailleurs à ce sujet: «Mais quand ça a fini, j'ai continué un peu *molo*, mais ça a diminué. C'est pour ça que j'aimerais bien avoir quelque chose qui durerait 8 à 10 mois par année.»

5.1.2.5 L'implantation du PIED dans la région

L'implantation est un thème ayant été abordé sous divers angles lors des entrevues (voir le tableau 4). Son processus a été détaillé par les intervenants interrogés. Ceux-ci rapportent que c'est une approche de la santé publique ainsi qu'un intérêt des professionnels pour être formés comme animateurs qui a conduit à l'implantation du PIED dans le secteur de La Côte-de-Gaspé. Un des intervenants rapporte que «la santé publique a débloqué un budget et on est parti avec eux-autres, en faisant un peu de pression quand-même sur le CSSS pour le monter.» Ainsi, «la première cohorte a eu lieu en 2009.»

Tableau 4
Thèmes liés à l'implantation du PIED

Implantation		
	N	
Implantation	2	Budget
	1	Formation des animateurs
	2	Partenariats
	2	Processus
	4	Publicité
	2	Population desservie
	2	Implantation par point de service
	1	Amélioration/changements apportés au PIED
Obstacles et facilitateurs à l'implantation	2	Budget
	1	Biculturalisme
	1	Matériel et locaux
	2	Étendue du territoire
	4	Transport et déplacements
	2	Partenariats
	1	Recrutement-références
	1	Saison
	2	Ressources humaines (manque d'animateurs)
	2	Facilitateurs à l'implantation
Retombées	3	Évaluation des retombées
	3	Retombées psychologiques et sociales
	1	Prévention des chutes
	4	Santé physique
	4	Environnement physique
	4	Comportements et habitudes de vie
Conséquences sur le plan de l'organisation des services	3	Épuisement des intervenants
	1	Insatisfaction des intervenants envers le CSSS
	1	Retard de la liste d'attente du CLSC

N: Nombre de participants ayant abordé ce thème.

Budget

Sur le plan des «ressources financières, [ce n']était que santé publique jusqu'à maintenant [...] et le budget du soutien à domicile.» Un intervenant affirme que la direction régionale de la santé publique a financé «tout le matériel, les cartes, les formations, les guides [...]. Chaque CSSS a reçu environ 7000\$ en matériel depuis le début.» Cet intervenant indique que «pour les budgets, c'est un minimum. Il y a peut-être des endroits où la santé publique va décider d'accorder plus d'argent, mais en général il n'y a pas beaucoup de budget accordé à la prévention des chutes.»

Partenariats

Sur le plan des partenaires, un organisme s'est impliqué jusqu'à présent dans le projet. Selon un intervenant, «l'organisme *Vision Gaspé* a été un bon partenaire et l'est encore actuellement pour le groupe qu'on va former. Ils ont fait des démarches, ont rencontré des personnes et ont donné des noms.» Un intervenant indique qu'il «a fait des approches auprès de l'âge d'or de Rivière-au-Renard et de Gaspé. Ils n'ont pas collaboré en termes de nous rencontrer pour faire la promotion du programme.»

Publicité et recrutement

Sur le plan de la publicité du programme, différents moyens sont rapportés par les intervenants: affiches dans les CLSC et les pharmacies, dépliants et articles de journaux. Un des participants indique «que les gens ne sont pas assez au courant de ce qui se passe et de comment c'est fait» et qu'il n'a vu «aucune publicité ailleurs.» Une autre participante affirme qu'« il n'y a pas de publicité.»

Selon une intervenante interrogée, «les professionnels de l'hôpital ont de plus en plus de connaissance et d'ouverture face au programme. Les médecins commencent à référer aussi». Le second intervenant affirme «qu'au fur et à mesure que les médecins ont été mis au courant du programme, les demandes ont augmenté.»

Population desservie

Depuis l'implantation du PIED dans le secteur du C SSS de La Côte-de-Gaspé, 73 personnes en ont bénéficié.» Un des intervenants mentionne que parmi «87 aînés admissibles, il y en a 58 qui ont complété le programme.» Selon cet intervenant, trois des cinq points de service ont été couverts, soit «à Gaspé, deux [groupes], Rivière-au-Renard, il y a eu deux groupes, après ça Douglstown, il y en a eu un.»

5.1.2.6 Obstacles et facilitateurs à l'implantation

Plusieurs obstacles à l'implantation du P IED sont identifiés par les personnes interrogées. Le budget est nommé par deux personnes comme pouvant être un obstacle à la pérennité du P IED. La difficulté à trouver des locaux adéquats est mentionnée par un

intervenants et le manque de ressources professionnelles est abordé par les deux intervenants interrogés: «Le manque de ressources pouvant donner le programme PIED, par rapport aux points de services.» Une intervenante indique que le fait de n'avoir personne pour la remplacer si elle est malade alors qu'elle doit donner des séances du PIED peut être un facteur anxiogène. Elle indique que «ça prend quand-même des mois former un groupe et d'arriver avec un arrêt de travail après la deuxième semaine, c'est impensable.» Un autre intervenant rapporte, relativement aux animateurs du PIED dans les régions, que «souvent ils sont seuls dans leur domaine pour un point de service. Ça en fait beaucoup. Ça arrive souvent.»

Accessibilité temporelle

Selon une intervenante, le manque de ressource a un impact sur l'accessibilité au PIED dans les différents points de service:

Le manque de ressources pouvant donner le programme PIED, par rapport aux points de services. Le fait qu'il faut cibler tous les points de services avant de revenir à un point de service. On peut calculer que si on rejoint tous les points de services et qu'on le donne à la clientèle anglophone, on peut revenir dans un point de service aux quatre ans pour pouvoir couvrir tout le monde.

L'étendue du territoire est également identifiée comme obstacle. Par exemple, un des intervenants affirme que le fait que la population soit répartie sur un grand territoire augmente la difficulté à donner le PIED de façon régulière dans chaque point de service: «C'est un problème car si par exemple, des gens donnent leur nom pour le programme et qu'on leur dit qu'on va revenir dans quatre ans, c'est pas certain que les personnes pourront encore participer au programme dans quatre ans.» Selon cette intervenante, «la distance, l'étendue du territoire, est l'enjeu majeur.» Le deuxième intervenant interrogé aborde la problématique de l'étendue du territoire en ce sens également: «La seule chose par contre, c'est qu'avec une personne (un animateur), la première fois que ça a été donné à Gaspé c'était en 2009 et ça a pris environ deux ans si c'est pas trois avant de revenir ici.»

Accessibilité culturelle

Une intervenante identifie le biculturalisme comme un obstacle: «[...] de faire un groupe bilingue, c'est une sur-tâche et ça déconcentre les gens dans le groupe aussi.» Cette intervenante indique par exemple qu'il est plus long de préparer des séances pour des groupes bilingues car elle doit prévoir les documents dans les deux langues. Par ailleurs, le recrutement des participants rencontre plusieurs défis énoncés par les intervenants. Une intervenante rapporte une «difficulté à regrouper les gens» propre au point de service de Gaspé en raison du «bouche à oreille qui fonctionne moins bien.» Selon celle-ci, la publicité ne fonctionne pas bien: «Il y en a certains qui ont vu les affiches et qui m'ont contactée, mais c'est une minorité.» Elle rapporte également des difficultés à établir des partenariats: «L'âge d'or, on est pas capable de les approcher. Ils se sentent menacés. C'est leur clientèle.»

Accessibilité géographique

Un obstacle abordé par toutes les personnes interrogées concerne les déplacements sur le territoire. Les intervenants rapportent certains défis liés aux déplacements comme «la population, la distance à parcourir, une clientèle qui est peut-être moins proactive par rapport à ça.» ou encore que «ça prend plus de déplacements pour rejoindre les gens, [...] plus de déplacements pour offrir le programme.» Une intervenante affirme qu'il est ardu de rejoindre tous les points de service comme ce fut le cas pour Murdochville: «Là encore, on perdait une grande partie de la journée, mais la chef de service en place désirait qu'avant de revenir à un secteur pour une deuxième fois, on ait touché à tous les secteurs.» Cette intervenante indique que la distance a été un motif de refus pour donner le PIED dans un des points de service: «Grande-Vallée pour ma part, ça a été un refus à cause de la distance à parcourir.» Elle mentionne de plus que la distance à parcourir affecte la clientèle:

Pour les gens, de se déplacer 15-20 minutes pour se rendre au programme deux fois par semaine, c'est lourd. [...] Des fois ils n'ont pas de voiture ou ne conduisent plus, les femmes entre autres. Ça leur prend du covoiturage, ou quelqu'un qui vient les porter deux fois par semaine. C'est problématique.

Les deux intervenants interrogés mentionnent que la distance empêche certaines personnes de participer au PIED. L'obstacle de la distance à parcourir est cependant perçu

différemment par les participants interrogés. Un des participants mentionne que la distance ne l'aurait pas empêché de participer au PIED alors que l'autre affirme qu'elle n'y serait pas allée seule si le programme avait été plus loin de chez-elle. Selon un intervenant interrogé, c'est une réalité propre aux régions:

C'est un de s problèmes dans un e ndroit comme la Gaspésie. C'est que la population est dispersée et il faut le donner à plusieurs points de service. Il y en a de la clientèle, mais elle est dispersée et, de rassembler la même clientèle dans un même moment au même endroit, des fois, dans un petit village, c'est plus difficile.

Facilitateurs à l'implantation

Certains facilitateurs à l'implantation sont identifiés par les personnes interrogées. Par exemple, selon un des intervenants «il y a beaucoup de bouche à oreille» car il s'agit d'un petit milieu. De plus, la présence d'une travailleuse communautaire est identifiée par une intervenante comme un élément facilitant le maintien du programme: «si elle n'était pas là, je ne pourrais pas continuer toute seule. [...] je l'ai déjà fait seule, mais c'est extrêmement fatigant.» La question du bi culturalisme est également perçue positivement par un des intervenants qui mentionne que «les organismes anglophones sont très impliqués, ils vont aider beaucoup, ils vont participer au recrutement [...]. Les groupes anglophones, ça marche très bien, il y en a ici et aux Îles-de-la-Madeleine.»

5.1.2.7 Retombées

Outre les obstacles et les facilitateurs présentés précédemment, les personnes interrogées ont rapporté certaines retombées de la participation au PIED sur plusieurs plans.

Santé physique

Sur le plan physique, les résultats suivants sont rapportés par une intervenante interrogée:

Augmentation de la force musculaire de façon assez importante. Au niveau du *Sit to stand*, c'est assez frappant. Au niveau de l'équilibre, on arrive à avoir des résultats comparatifs chez la plupart. Pour le *Functional Reach*, on a habituellement une bonne amélioration. *L'appui unipodal*, ça varie. La majeure

est vraiment au niveau de la force musculaire. Chez tous les participants, on a un impact important.

Cette intervenante explique qu'en plus des résultats observables par le biais des tests physiques, les gens remarquent des changements dans leurs activités:

En termes d'équilibre, de crainte de tomber, on a des *feedback* des clients. Les escaliers, les clients nous disent: avant j'avais peur de tomber, maintenant je les monte comme vous, une marche après l'autre. Ils le remarquent en termes d'endurance à la marche quand ils vont faire leurs achats, il y a des gens qui me font des remarques à ce niveau-là, au niveau de l'endurance. À partir de mi-programme, ils commencent à rapporter des effets du programme.

Un des participants interrogés rapporte qu'il a commencé à ressentir des bienfaits sur le plan physique au bout de six semaines. Selon ce participant, «au bout de plusieurs semaines, [il faisait de] l'exercice avec beaucoup plus de force. [Les] bras, [les] jambes reprennent de la force [de l'équilibre.» Il rapporte également une augmentation de la qualité du sommeil pendant la durée du programme. L'autre participante interrogée a également vu une amélioration sur le plan physique: «Plus de souplesse. Monter les escaliers, maintenant ça monte plus [...]». L'intervenante interrogée explique par contre que les gens ne poursuivent pas toujours leurs exercices à la maison après les 12 semaines du PIED:

Il y a des gens qui ont continué, des gens que je revois et qui me disent qu'ils font encore leurs exercices à la maison, mais pour la majorité, ils ne poursuivent pas après le programme. C'est de là l'insécurité et la perte des gains.

Santé psychologique

Les retombées mentionnées ne sont pas que physiques. Par exemple, l'intervenante interrogée rapporte qu'il y a rapidement un sentiment d'appartenance envers le groupe qui se développe aux premières séances. Selon elle, «ça répond beaucoup à un côté social. Il y a des gens qui sortent peu et qui viennent au groupe. [...] À la motivation de venir [...] vient aussi le côté amical.» Les participants expliquent que c'est différent et plus motivant de faire de l'exercice en groupe et expliquent qu'il s'est créé un lien d'amitié entre les personnes du

groupe. Un des participants rapporte que ça lui a fait «du bien physiquement, mentalement et moralement.»

Environnement, occupations et habitudes de vie

Outre les bienfaits physiques et psychologiques, l'intervenante interrogée indique que les changements dans l'environnement et dans les habitudes de vie ne sont pas mesurés mais qu'il est possible de percevoir des changements sur ce plan dans le discours des participants: «Souvent ils vont nous dire: je n'ai pas de barre dans mon bain, je vais m'en faire mettre une. Ils rapportent des choses qu'ils ont faites.» L'intervenante explique qu'il existe un questionnaire qu'il est possible de faire passer aux participants trois mois après la fin du PIED afin d'avoir de l'information sur les retombées et le maintien des gains, mais que ce questionnaire n'est pas utilisé jusqu'à présent. Globalement, les résultats rapportés sur les habitudes de vie et l'environnement sont rapportés verbalement par les participants. Par exemple, une participante interrogée indique qu'elle utilise maintenant des «bâtons de marche pour être plus sûre.» Elle explique également qu'elle fait plus attention à ses déplacements dans la cuisine et qu'elle utilise des souliers avec des semelles antidérapantes. L'autre participant mentionne que le programme ne l'a pas amené à faire des changements dans la maison, mais qu'il est plus à l'affût des risques comme par exemple, la présence des tapis dans la salle de bain et dans la cuisine.

5.1.2.8 Conséquences de l'implantation sur le plan de l'organisation des services

Plusieurs conséquences de l'implantation du PIED sur le plan de l'organisation des services ont également été identifiées lors des entrevues. Par exemple, l'épuisement des professionnels qui l'animent ainsi que la liste d'attente qui s'allonge sont deux conséquences rapportées par les intervenants relativement au fonctionnement du PIED dans la région.

Épuisement des professionnels

Une intervenante interrogée indique que le manque de ressources apporte beaucoup de fatigue, ce qui pourrait compromettre le maintien du PIED dans le temps:

On commence peut-être à être essoufflé après trois ans. Est-ce que dans deux ans, ça va être encore en place? Si on met de la pression, je ne crois pas que ça aura un impact sur l'établissement.

Ainsi, selon cette intervenante, le fait de signifier l'épuisement des professionnels ne risque pas de modifier la position des responsables du CSSS.

Augmentation de la liste d'attente

Une insatisfaction envers le CSSS en lien avec la gestion du PIED émerge des entrevues avec les intervenants. L'intervenante interrogée mentionne que «lors du dernier groupe, la liste d'attente a monté de façon assez importante.» Elle affirme qu'il n'y a «pas de solution pour le moment et il n'y a pas d'ouverture.» pour diminuer la surcharge des animateurs. Celle-ci ajoute que les résultats de l'implantation du PIED sont envoyés aux chefs de service concernés, mais que:

Pour l'instant, on n'a pas vu d'impact positif à la remise des résultats. Il n'y a pas eu de libération de temps, il n'y a pas eu plus de compréhension, donc on peut penser que ce rapport-là est remis quelque part, mais on continue à le faire quand-même.

5.2 Résultats de deux groupes ayant participé au PIED dans le territoire du CSSS de La Côte-de-Gaspé

Lors de l'étude, il a été possible d'avoir accès aux résultats des tests physiques de deux groupes ayant participé au PIED sur le territoire du CSSS de La Côte-de-Gaspé. Les résultats aux tests physiques de ces groupes sont comparés en regard des valeurs pré-intervention et post-intervention.

5.2.1 Participants

Les données de 23 participants au PIED dans le secteur du CSSS de La Côte-de-Gaspé entre 2010 et 2012 sont disponibles et analysées.

5.2.2 Impact de la participation au PIED sur la condition physique

Tel que présenté dans la problématique et la méthode, différents tests physiques sont utilisés à la première et la dernière séance du PIED afin de mesurer l'impact de la participation

aux séances sur la condition physique. Deux essais sont effectués pour chaque test à chaque temps de mesure. Les résultats sont analysés à l'aide d'un test t permettant de démontrer si la différence avant-après est significative ou non. L'intervalle de confiance des gains est également calculé.

Tous les tests physiques affichent des gains après le PIED, et ce, pour les deux essais de chaque test (tableau 5). Cette amélioration est significative pour les deux essais des tests suivants: *Functional Reach* (Duncan et al., 1990), épreuve tandem yeux ouverts (Briggs et al., 1989) et appui unipodal (Vellas et al., 1997), ($p < 0,05$). Pour ce qui est de l'épreuve tandem yeux fermés (Briggs et al.), le premier essai ne démontre pas une amélioration significative sur le plan statistique. Pour le second essai, l'amélioration est considérée comme statistiquement significative ($p < 0,05$). Il en va de même pour l'épreuve *Sit-to-Stand* (Csuka et McCarty, 1985), car seulement le deuxième essai a démontré une amélioration statistiquement significative ($p < 0,05$). Il est à noter qu'un gain correspond à une augmentation du temps ou de la distance mesurée dans tous les tests sauf le *Sit-to-Stand* (Csuka et McCarty), pour lequel une diminution du temps est recherchée.

Tableau 5
 Résultats aux tests physiques pour deux groupes de participants au PIED

	Temps ₁	Écart type	Temps ₂	Écart type	Différence de Moyenne	Écart type	Intervalle de confiance à 95% de la différence entre les moyennes		t	Sig.
							Inférieure	Supérieure		
FR essai 1 (cm)	23,548	7,288	27,264	6,446	3,716	4,806	5,904	1,528	3,543	,002
FR essai 2 (cm)	24,167	7,770	28,407	6,198	4,240	4,222	6,162	2,318	4,602	,000
T(yo) essai 1 (sec)	12,626	18,073	33,05	24,498	20,421	23,537	31,135	9,707	3,976	,001
T(yo) essai 2 (sec.)	9,972	9,984	29,54	23,483	19,566	26,914	35,830	3,301	2,621	,022
T(yf) essai 1 (sec)	2,834	4,048	5,00	5,016	2,166	6,091	5,017	,685	1,590	,128
T(yf) essai 2 (sec)	2,955	2,443	7,15	6,277	4,195	6,476	7,225	1,164	2,897	,009
Uni essai 1 (sec)	5,262	7,641	11,76	15,524	6,499	9,295	10,730	2,267	3,204	,004
Uni essai 2 (sec)	5,347	7,511	11,50	12,804	6,152	7,298	9,568	2,736	3,770	,001
STSt essai 1 (sec)	35,571	13,636	31,70	5,850	-3,871	16,586	3,891	-11,634	-1,044	,310
STSt essai 2 (sec)	33,691	12,238	26,65	5,019	-7,041	11,513	-1,653	-12,429	-2,735	,013

FR: *Functional Reach*, T(yo): Épreuve tandem yeux ouverts, T(yf): épreuve tandem yeux fermés, Uni: Appui unipodal, STSt: *Sit-to-Stand*, ET: Écart type, cm: centimètre, sec: secondes

5.3 Synthèse des résultats

Globalement, les participants expriment de la satisfaction envers le programme et expliquent que les gains sont observables non seulement sur le plan physique, mais aussi sur les plans psychologique et social. Les gains physiques sont corroborés par les résultats observés aux tests physiques de deux groupes ayant participé au PIED ainsi que par les commentaires d'un intervenant. L'impact du programme est donc majoritairement positif pour les participants. Plusieurs particularités de la région sont identifiées par les personnes interrogées comme ayant un impact sur l'implantation et le maintien du programme: l'étendue du territoire, la faible densité de population, le manque de ressources pour le transport et le manque de ressources humaines (animateurs). Les caractéristiques de la région conduisent donc à des problématiques d'accessibilité (temporelle, géographique et culturelle) qui ont un impact négatif sur le maintien du PIED. Par ailleurs, d'autres obstacles, sans qu'ils ne soient exclusifs au contexte rural, risquent d'entraver le maintien du PIED: le manque de partenariats, la difficulté à trouver des locaux adéquats, la publicité, le recrutement et le budget. De plus, le programme a des conséquences sur l'organisation des services tel que rapporté par les intervenants interrogés: épuisement des animateurs et prolongement de la liste d'attente.

6. DISCUSSION

L'objectif de cette étude était d'explorer l'implantation du PIED en contexte rural, soit au CSSS de La Côte-de-Gaspé, afin d'approfondir l'impact du contexte de la région sur l'implantation et sur le maintien du programme. Pour se faire, des entrevues ont été menées auprès d'intervenants impliqués dans le PIED depuis le début de son implantation sur le territoire du CSSS et auprès de participants du PIED. Ces entretiens ont permis de faire émerger plusieurs thèmes en lien avec l'implantation du PIED, concernant entre autres, le processus d'implantation, les obstacles à l'implantation et au maintien du PIED (obstacles spécifiques à la région et obstacles généraux), les facilitateurs à l'implantation et les retombées du PIED. De plus, les résultats aux tests physiques de deux groupes ayant participé au PIED ont permis de faire ressortir l'impact positif du PIED sur la condition physique des participants.

6.1 Particularités de la région

6.1.1 Étendue du territoire et faible densité de population

Parmi les obstacles à l'implantation se retrouvent des éléments qui sont spécifiques au contexte de la région du CSSS de La Côte-de-Gaspé. Par exemple, l'étendue du territoire est un obstacle généralement propre aux milieux ruraux. Dans le cas du CSSS de La Côte-de-Gaspé, à l'étendue du territoire s'ajoute la problématique de la densité de la population. C'est cette caractéristique de répartition de la population sur un grand territoire qui rend l'accès aux services de santé difficile en contexte rural (Atlas du Canada, 2012). Cela représente un certain défi pour ce qui est de rendre le programme accessible au plus grand nombre de personnes possible tel que prévoit la LSSS pour ce qui est de l'égalité dans l'accessibilité aux services de santé (Gouvernement du Québec, 2012d). De plus, si l'on considère chacun des cinq points de service du CSSS de La Côte-de-Gaspé, on observe des différences telles que la langue parlée prédominante ainsi que des variations sur le plan des installations et parfois même une absence de local adéquat pour donner les séances du PIED. Ces variations compliquent la mise en place du PIED car elle varie d'un point de service à l'autre. Pour ce qui est du facteur de la distance à parcourir, il ne peut être ignoré lorsqu'on veut offrir un service à toute la population. Le CSSS de La Côte-de-Gaspé a donc fait le choix d'offrir le PIED à tous

les points de service afin que tout le monde puisse avoir une chance d'y participer. Ainsi, le programme revient dans un point de service environ aux quatre ans, tel que mentionné dans la section des résultats. Cette décision semble appropriée car les difficultés d'accès aux services de santé en contexte rural sont principalement liées aux distances et aux difficultés de transport (Ducharme, Pérodeau, Paquet, Legault et Trudeau, 2004). Ainsi, le fait de rendre le PIED accessible dans le plus grand nombre de points de service possible rapproche le programme des participants et limite la distance qu'ils doivent parcourir pour accéder au programme. Cependant, le délai engendré par l'offre du programme dans tous les points de service peut causer certains problèmes, par exemple sur le plan des références car il est possible que les personnes référées quatre ans plus tôt ne correspondent plus aux critères d'admissibilité du PIED lorsque le programme revient dans le point de service qui les concerne.

Bien que cette façon de faire soit valable dans le contexte rural, des solutions doivent être envisagées pour pouvoir donner le PIED à une fréquence plus élevée ou en améliorer l'accessibilité. Certains moyens pourraient permettre d'améliorer l'accessibilité géographique et temporelle au PIED sur le territoire du CSSS de La Côte-de-Gaspé. Par exemple, de faire appel à des organismes comme le centre d'action bénévole pour le transport des personnes qui n'ont pas de moyen de transport et pour lesquelles le covoiturage est impossible serait une façon de permettre à plus de gens de se rendre aux séances. De plus, il peut être envisageable de proposer à des personnes qui conduisent de se rendre à un autre point de service que le leur si le PIED n'est pas offert dans leur point de service avant un certain délai afin qu'ils attendent moins longtemps avant d'être intégrés à un groupe. Dans le même ordre d'idées, il est logique de vouloir l'offrir à tous les points de service, mais il est possible que le délai avant d'obtenir suffisamment de références soit plus long dans certains points de services. Ainsi, il faudrait considérer l'option de donner le PIED plus régulièrement à certains points de service plutôt que d'attendre que chaque territoire de CLSC soit desservi avant de revenir au premier et ce en fonction des besoins.

6.1.2 Biculturalisme

Un autre facteur particulier à la région du CSSS de La Côte-de-Gaspé concerne le fait qu'environ le tiers de la population soit anglophone et le reste francophone (CSSS de La Côte-de-Gaspé, 2012). Tel que mentionné précédemment, la communauté anglophone du village de Douglastown de même que l'organisme *Vision Gaspé* furent très impliqués dans la création de groupes pour recevoir le PIED. Toutefois, comme cette population n'est pas très nombreuse, il n'y pas toujours suffisamment de personnes anglophones pour monter un groupe complet. Ainsi, il est arrivé dans le passé que des anglophones se greffent à des groupes francophones, ce qui amène certains problèmes. Par exemple, il est plus long de préparer des séances pour des groupes bilingues car il faut prévoir la documentation dans les deux langues. La durée des séances et la fluidité de celles-ci peuvent aussi être affectées car il faut parfois expliquer dans les deux langues. Cela double donc la tâche pour l'animateur et diminue la cohésion du groupe. Afin de limiter les problèmes liés au biculturalisme, l'animatrice du PIED interrogée mentionne qu'elle ne fait plus de groupes bilingues. Bien que cette décision soit justifiée, cela limite une fois de plus l'accessibilité au PIED car il peut être long avant que suffisamment de personnes anglophones soient référées au programme. Ainsi, il pourrait être intéressant de former un autre animateur qui se concentrerait davantage sur les groupes anglophones afin de répondre aux besoins de cette clientèle dans des délais raisonnables. Cela permettrait par ailleurs de libérer l'animatrice interrogée de certains secteurs presque exclusivement anglophones tels que Douglastown et Barachois, lui laissant ainsi plus de temps pour les groupes francophones et diminuant par le fait même le délai d'attente dans les points de services.

6.2 Autres obstacles et solutions

L'étude a permis d'identifier d'autres obstacles, qui ne sont toutefois pas spécifiques au contexte rural, c'est-à-dire qu'ils pourraient également être des obstacles à l'implantation du PIED en milieu urbain. Par exemple, le manque de ressources pour donner le PIED, le manque de partenariats, les problèmes de locaux et de publicité.

6.2.1 Ressources humaines

Les résultats aux entrevues démontrent certaines lacunes sur le plan des ressources humaines. D'abord, deux animatrices du PIED sont présentes sur le territoire du CSSS de La Côte-de-Gaspé, une qui couvre quatre points de service et une autre qui couvre un point de service depuis peu, ce CLSC étant trop loin du lieu de travail de l'animatrice principale. Cependant, ce nombre d'animateurs ne semble pas suffire car l'animatrice interrogée affirme que la charge de travail est grande et qu'un certain essoufflement se fait sentir. En effet, le PIED étant un programme structuré sur 12 semaines, à raison de deux séances par semaine (Trickey, Parisien, Laforest, Genest et Robitaille, 2002), la charge de travail qu'il induit aux professionnels est non négligeable. Cet essoufflement s'explique entre autres par le fait que les professionnels ne sont pas remplacés à leur travail lorsqu'ils donnent des séances du PIED. Comme l'animatrice principale travaille au soutien à domicile, le fait qu'elle ne soit pas remplacée lorsqu'elle donne des séances du PIED contribue à l'alourdissement de la liste d'attente dans ce service. De plus, elle ne peut pas s'absenter pendant les semaines où elle doit donner le PIED car aucun professionnel formé pour donner le PIED n'est disponible pour la remplacer. En effet, la seconde animatrice qui travaille trop loin pour venir faire les groupes du PIED aux autres points de service que le sien. Cette situation a donc un impact sur l'anxiété des animateurs, d'une part parce que personne ne peut prendre en charge les séances du PIED si l'animateur est malade ou doit s'absenter et d'autre part parce que le fait de consacrer du temps au PIED augmente à la charge de travail des animateurs dans un contexte de liste d'attente. Le manque de ressources engendre donc diverses problématiques dont l'impact serait moindre s'il y avait au moins une personne de plus formée comme animateur du PIED. Ainsi, les animateurs craindraient moins de s'absenter et l'impact sur leur charge de travail pourrait être réparti si le troisième animateur prenait en charge, ne serait-ce qu'un groupe par année.

6.2.2 Partenariats

L'analyse des entrevues a démontré que peu de partenaires sont impliqués dans l'implantation du PIED. En effet, seulement un organisme, *Vision Gaspé*, s'implique dans le PIED, et ce auprès de la population anglophone. Malgré une tentative de solliciter l'aide du club de l'âge d'or de Gaspé, la réponse fut négative. Cette situation est peut-être attribuable au peu de démarches qui ont été faites en ce sens. En effet, les démarches n'ayant été faites

qu'auprès du club de l'âge d'or, il est possible que des efforts de développement de partenariats seraient fructueux auprès d'autres organismes. Par exemple, le centre d'action bénévole s'implique déjà dans le secteur de La Côte-de-Gaspé auprès des aînés. Il pourrait donc être intéressant de solliciter leur aide, que ce soit pour le transport des participants qui n'ont pas de moyen de transport ou encore pour trouver des locaux et recruter des participants. Une seconde approche pourrait également être faite auprès du club de l'âge d'or, ne serait-ce que pour solliciter leur aide dans la publicisation du programme. Par ailleurs, chaque personne participant au PIED a probablement un réseau d'aînés qui l'entoure et auprès desquels elle peut faire la promotion du PIED. Tel que rapporté précédemment, l'efficacité du bouche à oreille a fait ses preuves pour le recrutement des participants. Il serait donc intéressant de donner cette mission de promotion du programme aux participants et de mettre à leur disposition des dépliants du PIED s'ils en ont besoin pour leurs proches. Toutefois, ce moyen pourrait amener des participants potentiels qui ne correspondent pas à tous les critères d'admissibilité, ce qui demande une vigilance des animateurs sur le plan du recrutement, vigilance dont ils font déjà preuve actuellement, même si les références proviennent de professionnels.

6.2.3 Locaux

Tel que rapporté dans les résultats, il est difficile de trouver des locaux adéquats pour donner les séances du PIED. Il peut sembler difficile de trouver des solutions à ce problème dans certains secteurs. En développant davantage de partenariats avec des organismes ou des regroupements (clubs de l'âge d'or, chevaliers de Colomb, filles d'Isabelle, Centre d'action bénévole, etc.), certaines avenues de solution pourraient être dégagées. La recherche de locaux pourrait également être déléguée à certains bénévoles qui souhaitent s'impliquer auprès du PIED. Cela permettrait de diminuer la tâche des intervenants, qui sentent déjà les répercussions de la charge de travail liée au programme. De plus, il est peut-être possible d'établir des liens avec les écoles, les paroisses, les municipalités ou les centres communautaires pour emprunter les locaux ou les louer à prix modique.

6.2.4 Publicité

Bien que des sommes soient investies dans la publicité et que divers moyens soient déjà employés (dépliants, affiches, bouche à oreille), il semble qu'elle ne soit pas très visible

auprès de la clientèle cible. En effet les participants interrogés ont rapporté qu'ils n'avaient jamais vu de publicité. Même si les endroits choisis pour diffuser la publicité semblent bien ciblés (pharmacie, CLSC), il y a lieu de se poser des questions sur le manque de visibilité de ces méthodes. Il est possible que ce type de publicité rejoigne moins les aînés. De plus, il y a lieu de se poser la question suivante: comment aller chercher la clientèle aînée autonome non médicamentée (ne fréquentant donc pas nécessairement les pharmacies) et qui ne va pas au CLSC? Il est possible que beaucoup de gens qui sont à la maison et qui correspondent aux critères d'admissibilité du PIED ne soient pas en contact avec la publicité. Ainsi, il serait bénéfique de varier les moyens publicitaires afin d'optimiser le recrutement de la clientèle cible. Par exemple, des articles dans les journaux locaux avec des photos des participants à chaque fin de programme pourraient favoriser le bouche à oreille puisque que les gens qui lisent le journal risquent de reconnaître une personne parmi les participants et de prendre de l'information sur le PIED auprès de cette personne par la suite. Cela ajoute une tâche supplémentaire pour les intervenants, mais la rédaction des articles pourrait éventuellement être déléguée à des bénévoles. Il est également possible de faire appel aux médias locaux.

6.3 Retombées et recommandations pour l'amélioration de la qualité des services

Cette étude permet tout d'abord de dresser un portrait du fonctionnement du PIED dans le secteur du CSSS de La Côte-de-Gaspé. C'est l'exploration des obstacles, des facilitateurs et des lacunes du PIED, tel qu'expliqué précédemment, qui conduit à l'élaboration des recommandations suivantes. En effet, certains éléments pourraient être modifiés afin de favoriser le maintien de ce programme dans le temps.

6.3.1 Formation d'animateurs

La formation d'autres animateurs pourrait permettre de diviser la charge de travail reliée au PIED entre plusieurs personnes et ainsi, diminuer l'épuisement des professionnels. Cela pourrait également diminuer l'impact sur la liste d'attente du soutien à domicile de même qu'offrir une solution au fait qu'il n'y a personne pour remplacer les animateurs lorsqu'ils ne sont pas en mesure de donner une séance du PIED. Cette mesure n'augmenterait pas les coûts pour le CSSS puisque le temps accordé au PIED ne serait pas augmenté, mais seulement réparti entre plusieurs animateurs. Cette solution apparaît réaliste, d'autant plus que selon

l'animatrice interrogée, plusieurs personnes ont suivi la formation pour animer le PIED, mais sans s'en servir par la suite.

6.3.2 Partenariats avec les organismes

Il serait bénéfique d'accorder du temps à la création de partenariats avec les organismes du secteur de La Côte-de-Gaspé, même si cela peut paraître un ajout à la tâche des intervenants. La création de partenariats pourrait être avantageuse pour les animateurs à long terme car certaines tâches pourraient être déléguées à des bénévoles: publiciser le PIED, trouver des locaux, appeler les participants si nécessaire et autres. Cela pourrait même pallier au problème du transport si par un exemple un partenariat est établi avec un organisme tel que le centre d'action bénévole. Effectivement, comme ceux-ci organisent déjà du transport bénévole pour des aînés qui ne peuvent se rendre à leurs rendez-vous médicaux ou à leurs commissions, il serait intéressant de bénéficier de leurs services pour les personnes qui aimeraient participer au PIED mais qui n'ont pas de moyen de transport.

6.3.3 Publicité

Comme la publicité ne semble pas rejoindre la clientèle cible autant que prévu, il serait intéressant de changer les stratégies de publicisation du PIED, par exemple en publiant des articles dans les journaux locaux avec des photos ou même en visant des endroits publics tel que l'épicerie car il est possible que des personnes ne correspondant pas aux critères reconnaissent l'utilité du PIED pour un aîné de leur entourage. De plus, il y a lieu de se demander si la publicisation du PIED pourrait être déléguée davantage à des bénévoles afin de diminuer la charge de travail des intervenants. Cela renforce par ailleurs l'idée de développer des partenariats avec des organismes et de recruter des bénévoles par le fait même.

6.3.4 Développer d'autres modalités de prévention des chutes

L'évaluation du PIED dans le secteur du CSSS de La Côte-de-Gaspé a permis de constater que le programme peut apporter des bienfaits non seulement sur le plan de la santé physique, mais aussi sur les occupations, les habitudes de vie et la santé psychologique des participants. Différentes études ont d'ailleurs démontré l'impact des programmes d'exercices et de sensibilisation aux habitudes de vie sur la prévention des chutes (Iwarsson et Isacson,

1997; Kobayashi et al., 2006; Weber, White et McIlvried, 2008). Dans cet ordre d'idée, le PIED semble être un programme tout indiqué pour prévenir les chutes dans un contexte de maintien à domicile. Toutefois, sa formule, bien qu'elle soit appréciée des participants, est structurée et requiert un engagement et un effort soutenu de douze semaines de la part des participants. Cela peut donc être perçu comme très demandant par certains aînés, surtout en regard des déplacements bihebdomadaires pour se rendre aux séances. Il serait donc intéressant d'ajouter une formule plus courte de programme de prévention des chutes sur le territoire. Il existe déjà, en plus du PIED, l'IMP qui est plus personnalisée et individualisée (Gouvernement du Québec, 2012f). De plus, un autre programme de groupe, mais moins long que PIED, permettrait de répondre aux besoins liés à la prévention des chutes, tout en favorisant les bienfaits liés aux exercices en groupe que les participants interrogés ont mentionnés. Il pourrait donc être intéressant d'intégrer aux pratiques de prévention un programme tel que le programme *Debout* qui a été intégré en Mauricie (Fédération de l'Âge d'or du Québec, [Fadoq], Mauricie, 2012). En effet, ce programme propose des séances indépendantes les unes des autres permettant aux gens de se familiariser avec la prévention des chutes et les saines habitudes de vie. Les gens qui, pour des raisons personnelles ne pourraient choisir le PIED, auraient la possibilité d'assister à des séances du programme *Debout* si cela leur convient mieux. Les séances du programme *Debout* étant données par des bénévoles en Mauricie, il serait intéressant que d'anciens participants de PIED s'en chargent. Démarrer un programme tel que *Debout* sur le territoire du CSSS de La Côte-de-Gaspé nécessiterait plusieurs heures au début, mais la charge de travail associée à ce programme diminuerait à long terme, avec l'aide de bénévoles, et serait sans doute moins lourde que la charge de travail associée au PIED. Pour les anciens participants de PIED, des rencontres biannuelles pourraient également être organisées pour favoriser le maintien des bienfaits liés au PIED. Ces rencontres pourraient en effet servir de lieu d'échange sur des stratégies concernant le maintien de leur santé physique et la prévention des chutes. L'association de ces rencontres de suivi avec les activités du programme *Debout* pourrait être également explorée. Suite à leur implantation, ces rencontres pourraient aussi être prises en charge par des bénévoles intéressés à le faire.

De plus, le fait d'utiliser le questionnaire de suivi prévu à cet effet par le PIED pourrait à la fois encourager les gens à maintenir leurs saines habitudes de vie plus longtemps et

favoriser un meilleur suivi des bénéficiaires à long terme. Ce questionnaire n'est pas utilisé actuellement. Cette stratégie permet de mesurer les effets à long terme sur le plan de la santé physique et des habitudes de vie, mais il ne faut pas négliger l'impact sur la santé psychologique. Il serait donc intéressant d'aborder cette question de façon directe avec les participants à la fin du programme de 12 semaines et de l'investir à nouveau par le biais du questionnaire de suivi après trois mois afin de connaître l'impact de la cessation des activités de groupe, si tel est le cas, sur le maintien de leur santé physique et psychologique.

6.4 Forces et limites de l'étude

L'étude comporte certaines forces et limites liées à sa méthode et à sa réalisation. Il est pertinent de les exposer afin de relativiser les résultats de l'étude et ce qui en ressort.

6.4.1 Limites

L'échantillon des participants au programme étant petit (deux personnes), les résultats ne sont pas généralisables au sens qu'ils n'auraient peut-être pas été identifiés dans un autre contexte rural ou si des personnes différentes avaient été interrogées. Cela ne signifie pas que les obstacles et facilitateurs à l'implantation du PIED identifiés ne sont pas valables ou sont moins significatifs pour le milieu. Au contraire, s'ils ont été nommés par les personnes interrogées, c'est qu'elles perçoivent réellement un impact significatif de ces facteurs. Toutefois, il y a lieu de se questionner sur l'importance des obstacles identifiés: sont-ils perçus de la même manière par tous les participants du PIED par exemple?

Par ailleurs, l'étude présente un biais de sélection des participants. En effet, l'animatrice principale a déterminé les participants pour les entrevues d'après les critères d'inclusion fournis par l'étudiante chercheuse. Il est donc possible qu'elle ait communiqué avec des gens qui étaient satisfaits du PIED et qui n'avaient pas ou peu de critiques négatives à formuler à l'égard du fonctionnement du programme.

6.4.2 Forces

Même s'il n'est pas possible de généraliser les résultats aux autres régions rurales, les résultats de l'étude demeurent près de la réalité en ce qui concerne les obstacles identifiés par

les intervenants. En effet, les deux intervenants interrogés sont impliqués de près dans le processus d'implantation du PIED depuis le début et en ont une connaissance approfondie, ce qui permet de dresser un portrait spécifique au secteur du CSSS de La Côte-de-Gaspé. Ils peuvent donc être considérés des experts dont la crédibilité est forte. Ainsi, les recommandations formulées sont personnalisées à ce CSSS et donc plus susceptibles de fonctionner si elles sont mises en place. De plus, le fait que l'étudiante chercheuse connaisse bien la région et les ressources amène plus de réalisme dans l'analyse de la situation et dans les recommandations suggérées pour améliorer la qualité des services.

Sur le plan des données quantitatives, le nombre de participants pour lesquels les données ont été obtenues (23 participants) représente 39,65% du nombre total de participants au PIED dans la région (58), ce qui est intéressant comme proportion. Ces données peuvent donc être considérées représentatives des personnes ayant participé au PIED dans le secteur de La Côte-de-Gaspé.

7. CONCLUSION

L'objectif principal de cette étude était d'explorer l'influence du contexte rural sur l'implantation du PIED et sur les retombées chez les participants. Globalement, les résultats de l'étude ont permis de faire ressortir qu'il y a effectivement une influence du contexte rural sur l'implantation et le maintien du PIED dans le secteur du CSSS de La Côte-de-Gaspé. Par exemple, certains obstacles à l'implantation ont été identifiés comme éléments propres au contexte rural alors que d'autres obstacles sont plus généraux. De plus, le contexte présente certains facilitateurs à l'implantation.

En plus d'explorer l'impact du contexte rural sur l'implantation du PIED, l'étude a permis de mettre en évidence les retombées du programme. Du point de vue des participants, il n'y a que des retombées positives qui ont été identifiées, à la fois sur le plan physique et sur le plan psychologique et social. Pour ce qui est des intervenants, l'impact négatif de l'implantation du PIED a été rapporté (épuisement des professionnels et liste d'attente du soutien à domicile). Toutefois, la plupart des facteurs liés à la structure du programme qui sont à l'origine de ces conséquences sont remédiables, tel que décrit dans les recommandations pour l'amélioration de la qualité des services.

Les limites de l'étude ne permettent pas de généraliser les résultats à tous les contextes ruraux de la province. Toutefois, cette étude a permis d'identifier des éléments clé influençant l'implantation du PIED dans le secteur du CSSS de La Côte-de-Gaspé, ce qui a mené à l'élaboration de recommandations spécifiques au territoire dans l'optique de favoriser le maintien du programme à long terme.

En somme, l'évaluation de programme, tel que démontré dans la présente étude, a mené à des recommandations concrètes et personnalisées au milieu. Ce processus, permettant de porter un regard sur certaines composantes d'un programme ou sur sa structure complète peut donc être utile lorsqu'il est question de décider de l'avenir d'une intervention. Donc, l'évaluation de programme s'est avérée un outil efficace comme soutien à la gestion et pour l'amélioration des programmes et interventions en santé.

RÉFÉRENCES

- Atlas du Canada (2012). *Santé rurale*. Repéré à <http://atlas.nrcan.gc.ca/site/francais/maps/health/ruralhealth/agingpop/1>
- Briggs, R.C., Gossman, M.R., Birch, R., Drews, J.E., & Shaddeau, S.A. (1989). Balance performance among noninstitutionalized elderly women. *Physical Therapy*, 69(9): 748-756.
- Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A.P., et Hartz, Z. (2011). *L'évaluation. Concepts et méthodes*. Montréal: Presses de l'université de Montréal.
- Centre de santé et de services sociaux de La Côte-de-Gaspé (2012). *Nos points de services*. Repéré à http://www.csscotedegaspe.ca/?id=286&titre=Nos_points_de_services&em=249
- Csuka, M., & McCarty, D.J. (1985). Simple method for measurement of lower extremity muscle strength. *The American Journal of Medicine*, 78(1): 77-81.
- Curtin, M., Molineux, M., & Supyk, J. (2010). *Occupational therapy and physical dysfunction: Enabling occupation*. Edinburg, N-Y: Churchill-Livingstone, Elsevier.
- Direction de la santé publique de Montréal (2012a). *Les principales étapes d'implantation du programme PIED*. Repéré à http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/dossiers_thematiques/Autres_thematiques/Programme_PIED/8_pied_cartable.pdf
- Direction de la santé publique de Montréal (2012b). *Matériel requis pour les exercices du PIED*. Repéré à http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/dossiers_thematiques/Autres_thematiques/Programme_PIED/01_Materiel_requis_pour_les_exercices.pdf
- Ducharme, F., Pérodeau, G., Paquet, M., Legault, A., & Trudeau, D. (2004). Ambulatory turning point and family home care: a gamble in public health. *Canadian Journal of Public Health*. 95(1), 64-68.
- Duncan, P., Weiner, D., Chandler, J., & Studenski, S. (1990). Functional reach: a new clinical measure of balance. *Journal of Gerontology*, 45(6), 192-197.
- Fédération de l'âge d'or du Québec [Fadoq], Mauricie (2012). *Prévention des chutes. Programme Debout!* Repéré à <http://www.fadoq-mauricie.com/fr/Activites-et-loisirs/Prevention-des-chutes/Programme-Debout/>
- Fortin, M.F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal : Les Éditions de la Chenelière.

- Gagnon, E., Guberman, N., Côté, D., Gilbert, C., Thivierge, N., et Tremblay, M. (2001). *Les impacts du virage ambulatoire: Responsabilités et encadrement dans la dispensation des soins à domicile*. Québec: QC. Repéré à http://www.chsrf.ca/migrated/pdf/researchreports/ogc/gagnon_final.pdf
- Gouvernement du Québec (2004). *Les effets du vieillissement de la population québécoise sur la gestion des affaires et des services municipaux*. Repéré à http://www.mamrot.gouv.qc.ca/pub/observatoire_municipal/etudes_donnees_statistiques/effets_vieillissement_complet.pdf. Ministère des Affaires municipales, du Sport et du Loisir
- Gouvernement du Québec (2007). *Instruments de mesure utilisés dans le cadre d'une étude sur le programme PIED*. Repéré à http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89494-605-3.pdf
- Gouvernement du Québec (2011). *L'état de santé et de bien-être de la population de La Côte-de-Gaspé*. Direction de la santé publique Gaspésie -îles-de-la-Madeleine.
- Gouvernement du Québec (2012a). *Budget 2013-2014 en un coup d'oeil: Un Québec pour tous*. Repéré à <http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/Budget/2013-2014/fr/documents/CoupOeil.pdf>
- Gouvernement du Québec (2012b). *Institut de la statistique du Québec*. Repéré à http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/referenc/quebec_stat/ter_ter/ter_ter_8.htm
- Gouvernement du Québec (2012c). *Institut de la statistique du Québec*. Repéré à http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/referenc/quebec_stat/ter_ter/ter_ter_9.htm
- Gouvernement du Québec (2012d). *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Repéré à http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html
- Gouvernement du Québec (2012e). *Recommandations pour optimiser la sécurité du PIED*. Repéré à http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/dossiers_thematiques/Autres_thematiques/Programme_PIED/Recom_optimiser_securite_PIED.pdf
- Gouvernement du Québec (2012f). *Vivre et vieillir ensemble. Chez soi, dans sa communauté, au Québec*. Repéré à <http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/politique-veillir-et-vivre-ensemble.pdf>
- Hébert, J. (2007). *Étude de gestion intégrée des processus de l'unité d'urgence dans un hôpital*. Repéré à <http://www.archipel.uqam.ca/883/1/M10135.pdf>

- Institut canadien d'information sur la santé (2012). *Les canadiens continuent d'attendre pour des soins. L'attente persiste dans tout le système de santé malgré les améliorations.* Repéré à <http://www.newswire.ca/en/story/1080915/les-canadiens-continuent-d-attendre-pour-des-soins-l-attente-persiste-dans-tout-le-systeme-de-sante-malgre-des-ameliorations>
- Iwarsson, S., & Isacson, A. (1997). Quality of life in the elderly population: An example exploring interrelationships among subjective well-being, ADL dependence, and housing accessibility. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 26(1), 71-83.
- Kobayashi, R., Nakadaira, H., Ishigami, K., Muto, K., Anesaki, S., & Yamamoto, M. (2006). Effects of physical exercise on fall risk factors in elderly at home in intervention trial. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 11(5), 250-255.
- Miles, M.B., et Huberman, A.M. (2003). *Analyse des données qualitatives: recueil de nouvelles méthodes* (2^e éd). Paris: De Boeck Université.
- Municipalité régionale de comté de La Côte-de-Gaspé (2012). *Description du territoire.* Repéré à http://mrc.cotedegaspe.ca/?id=41&titre=Description_du_territoire&em=9
- Ordre des Ergothérapeutes du Québec (2012). *Exercer la profession.* Repéré à <http://www.oeq.org/profession/profession.fr.html>
- Solidarité Rurale du Québec (2012). *Territoire et démographie.* Repéré à <http://www.ruralite.qc.ca/fr/Ruralite/Territoire-et-demographie>
- Statistical Package for the Social Science (SPSS) (version 21.0) [Computer Software]. Armonk, NY: IBM Corp.
- Statistiques Canada (2008). *Documents démographiques: Projection de la disponibilité future du réseau de soutien informel des personnes âgées et évaluation de son incidence sur les services de maintien à domicile.* Ottawa: ON. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/91f0015m/91f0015m2008009-fra.pdf>
- Statistiques Canada (2012). *Qu'est-ce qu'une région rurale?* Repéré à http://www41.statcan.gc.ca/2006/3119/ceb3119_002-fra.htm
- Townsend, E.A., & Polatajko, H.J. (2007). *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation.* Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Trickey, F., Parisien, M., Laforest, S., Genest, C., et Robitaille, Y. (2002) *Programme Intégré d'équilibre Dynamique.* Montréal: Direction de la santé publique.

- Vellas, B., Wayne, S., Romero, L., Baumgartner, R., Rubenstein, L., & Garry, P. (1997). One-leg balance is an important predictor of injurious falls in older persons. *Journal of The American Geriatrics Society*, 45(6), 735-738.
- Weber, V., White, A., & McIlvried, R. (2008). An electronic medical record (EMR)-based intervention to reduce polypharmacy and falls in an ambulatory rural elderly population. *Journal of General Internal Medicine*, 23(4), 399-404.

ANNEXE A

CANEVAS: ENTREVUE AVEC LES RESPONSABLES DU PIED

-Qu'est-ce qui a justifié l'implantation du Programme PIED dans la région?

Caractéristiques

-Caractéristiques de la région touchée

- Territoire (étendue) qui en bénéficie?
- Nombre d'animateurs? de bénévoles (s'il y a lieu)
- Année d'implantation du programme?
- Nombre de personnes qui en ont bénéficié?
- Objectifs visés par le programme? Mesure des objectifs?

Organisation

-Parlez-moi de l'organisation du programme?

-Nombre d'animateurs? Leur poste (emploi, titre)? Leur formation pour pouvoir donner le Programme PIED?

-Recrutement des participants (1^{er} contact, critères d'admissibilité et d'exclusion)

-Partenariat avec des centres communautaires ou autres?

-Durée (semaines, nombre de séances par semaine)?

-Y a-t-il des variations entre la version initiale du programme et la version pratique à laquelle vous participez? Qu'est-ce qui justifie ces variations?

-De quelle façon le contexte rural du territoire influence l'implantation du programme selon vous? (exemples)

-Y a-t-il des changements qui ont été apportés à la structure du programme depuis sa mise sur pied dans la région?

-Quelles ressources financières permettent l'achat de matériel, les déplacements, la rémunération des animateurs?

Retombées

-Quels sont les résultats que vous avez mesurés ou observés? De quelle façon? Ces résultats sont-ils utilisés pour bonifier le programme?

-Quels résultats avez-vous obtenus sur le plan de la satisfaction que vous avez mesurés ou observés? Expliquez de quelle façon

-L'impact du programme sur les trois objectifs visés (santé physique, changement de comportements et changements dans l'environnement physique) sont-ils mesurés? De quelle façon?

-Le temps consacré par les animateurs au programme PIED est-il du temps enlevé à un autre programme/service offert par les professionnels? Quel est l'impact de ce choix ?

ANNEXE B

CANEVAS: ENTREVUE AVEC LES PARTICIPANTS DU PIED

- Comment avez-vous été inscrit au Programme PIED? (qui vous en a parlé?)
- Avant de participer, que saviez-vous de l'objectif de ce programme?
- À quel moment avez-vous participé au programme? (débuté le ?, terminé le ?)
- Expliquer comment se sont déroulées les activités du programme? (en général, puis comment se déroulait une séance?)
- Avez-vous assisté à toutes les séances du programme? Si non, pour quelle raison? Cela a-t-il eu un impact sur les résultats selon vous?

Retombées

- Quel est l'impact du programme sur votre condition physique (force, équilibre, mouvement)? Comment expliquez-vous ces résultats ? Sont-ils attribuables, selon vous, à autre chose qu'au programme?
- Quel est l'impact de votre participation au programme sur vos habitudes de vie (alimentation, exercice, sommeil, etc.) ? Comment expliquez-vous ces changements? Sont-ils attribuables, selon vous, à autre chose qu'au Programme?
- Quel est l'impact de votre participation au programme sur votre milieu de vie et sur votre environnement à domicile? (avez-vous fait des changements dans la maison? Éclairage, fils ou objets qui traînent sur le plancher, tapis, main courante?) Ces changements sont-ils attribuables, selon vous, à autre chose qu'au programme?
- Est-ce que le programme vous a apporté autre chose?
- Est-ce que vous avez apprécié participer au programme? Pourquoi?
- Est-ce qu'il y a des éléments que vous avez moins aimés? Pourquoi?

ANNEXE C

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE


Université du Québec à Trois-Rivières
CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE
RAPPORT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE :

Le comité d'éthique de la recherche, mandaté à cette fin par l'Université, certifie avoir étudié le protocole de recherche :

Titre du projet : Essai critique : Évaluation de l'implantation du Programme Intégré d'Équilibre Dynamique (PIED) en contexte rural

Chercheurs :
 Hamon Karine
 Département d'ergothérapie

Organismes : Aucun

et a convenu que la proposition de cette recherche avec des êtres humains est conforme aux normes éthiques.

PÉRIODE DE VALIDITÉ DU PRÉSENT CERTIFICAT :

Date de début : 01 octobre 2012

Date de fin : 01 octobre 2013

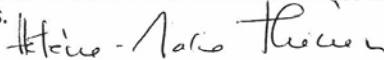
COMPOSITION DU COMITÉ :

Le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières est composé des catégories de personnes suivantes, nommées par le conseil d'administration :

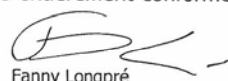
- six professeurs actifs ou ayant été actifs en recherche, dont le président et le vice-président;
- une personne membre ou non de la communauté universitaire, possédant une expertise dans le domaine de l'éthique
- un(e) étudiant(e) de deuxième ou de troisième cycle;
- un technicien de laboratoire;
- une personne ayant une formation en droit et appelée à siéger lorsque les dossiers le requièrent;
- une personne extérieure à l'Université;
- un secrétaire provenant du Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche ou un substitut suggéré par le doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche.

SIGNATURES :

L'Université du Québec à Trois-Rivières confirme, par la présente, que le comité d'éthique de la recherche a déclaré la recherche ci-dessus mentionnée entièrement conforme aux normes éthiques.



Hélène-Marie Thérien
 Présidente du comité



Fanny Longpré
 Secrétaire du comité

Date d'émission : 01 octobre 2012

N° du certificat : CER-12-183-06.03

DECSR

ANNEXE D

CONSENTEMENT POUR LES PARTICIPANTS AU PIED



LETTRE D'INFORMATION

Invitation à participer au projet de recherche Implantation du programme PIED en contexte rural

Chercheur: Karine Hamon, Étudiante à la maîtrise en ergothérapie

Département d'ergothérapie

Directeur de recherche: Mme Claire Dumont

Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre l'impact du contexte rural sur l'implantation du Programme Intégré d'Équilibre Dynamique (PIED), serait grandement appréciée.

Objectifs

Les objectifs de ce projet de recherche sont d'évaluer l'implantation du programme PIED dans le secteur du CSSS de La-Côte-de-Gaspé et d'évaluer les effets du programme PIED sur les participants. Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire le formulaire de consentement attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.

Tâche

Votre participation à ce projet de recherche consiste à participer à une entrevue d'une durée approximative d'une heure concernant le programme PIED dans le secteur du CSSS de La-Côte-de-Gaspé. L'entrevue se fera à votre domicile ou à tout autre endroit qui vous conviendra à un moment et

un endroit déterminés en avec l'étudiante chercheuse durant le mois d'octobre. Les échanges seront enregistrés pour permettre une retranscription et une analyse de l'information.

Risques, inconvénients, inconforts

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet, soit environ une heure, demeure le seul inconvénient.

Bénéfices

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'implantation et les effets du programme PIED en contexte rural sont les seuls bénéfices directs prévus à votre participation. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. La confidentialité sera assurée en attribuant un numéro aux entrevues ainsi qu'un mot de passe aux documents enregistrés sur l'ordinateur contenant les données. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'essai critique, ne permettront pas d'identifier les participants.

Les données recueillies seront conservées sous clé sur un ordinateur portable dont l'ouverture nécessite un mot de passe que seule l'étudiante chercheuse connaît et les seules personnes qui y auront accès seront l'étudiante chercheuse et la directrice du projet. Elles seront détruites en août 2013 et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications. Le refus de participer au projet de recherche n'aura aucun effet sur les services qui vous sont offerts par le CSSS.

La chercheuse se réserve aussi la possibilité de retirer un participant en lui fournissant des explications sur cette décision.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Mme Karine Hamon à l'adresse électronique suivante: karine.hamon@uqtr.ca ou au numéro de téléphone suivant: 819-699-5719.

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER 12-183-06.03a été émis le 1^{er} octobre 2012.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, au Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Engagement de la chercheuse

Moi, Karine Hamon m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, _____, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet *Implantation du Programme PIED en contexte rural*. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participante ou participant :	Chercheuse : Karine Hamon
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

ANNEXE E

CONSENTEMENT POUR LES INTERVENANTS



LETTRE D'INFORMATION

Invitation à participer au projet de recherche Implantation du PIED en contexte rural

Chercheur: Karine Hamon, Étudiante à la maîtrise en ergothérapie

Département d'ergothérapie

Directeur de recherche: Mme Claire Dumont

Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre l'impact du contexte rural sur l'implantation du Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED), serait grandement appréciée.

Objectifs

Les objectifs de ce projet de recherche sont d'évaluer l'implantation du PIED dans le secteur du CSSS de La-Côte-de-Gaspé et d'évaluer les effets du PIED sur les participants. Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire le formulaire de consentement attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.

Tâche

Votre participation à ce projet de recherche consiste à participer à une entrevue d'une durée approximative d'une heure et demie concernant l'implantation du PIED dans le secteur du CSSS de La-

Côte-de-Gaspé. L'entrevue se fera sur votre lieu de travail à un moment et un endroit qui vous conviendra durant le mois d'octobre. Les échanges seront enregistrés pour permettre une retranscription et une analyse de l'information.

Risques, inconvénients, inconforts

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet, soit environ une heure et demie, demeure le seul inconvénient.

Bénéfices

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'implantation et des effets du PIED en contexte rural sont les seuls bénéfices directs prévus à votre participation. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont confidentielles. Votre confidentialité sera assurée en attribuant un numéro aux entrevues ainsi qu'un mot de passe aux documents enregistrés sur l'ordinateur contenant les données. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'essai critique, pourront toutefois permettre de vous identifier en raison de votre statut unique dans votre milieu de travail.

Les données recueillies seront conservées sous clé sur un ordinateur portable dont l'ouverture nécessite un mot de passe que seule l'étudiante chercheur connaît et les seules personnes qui y auront accès seront l'étudiante chercheuse et la directrice du projet. Elles seront détruites en août 2013 et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications. Le refus de participer au projet de recherche n'aura aucun impact sur votre travail.

La chercheuse se réserve aussi la possibilité de retirer un participant en lui fournissant des explications sur cette décision.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Mme Karine Hamon à l'adresse électronique suivante: karine.hamon@uqtr.ca ou au numéro de téléphone suivant: 819-699-5719.

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-12-183-06.03a été émis le 1^{er} octobre 2012.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, au Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Engagement de la chercheuse

Moi, Karine Hamon m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, _____, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet *Implantation du PIED en contexte rural*. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participante ou participant :	Chercheuse : Karine Hamon
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :