

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

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

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAITRISE EN ERGOTHÉRAPIE

PAR
MARILYNE LEBLANC

RECOMMANDATIONS ISSUES DES DONNÉES PROBANTES POUR
L'AMÉNAGEMENT DES RÉSIDENCES PRIVÉES D'HÉBERGEMENT POUR LES
PERSONNES ÂGÉES AUTONOMES ET SEMI-AUTONOMES DE 65 ANS ET PLUS EN
PRÉVENTION DES CHUTES

4 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

La proportion de personnes âgées au Québec a atteint le seuil de 15,7 % de la population depuis 2011 (Statistique Canada, 2011). Selon l'Institut de la statistique du Québec (2004), ce pourcentage devrait augmenter à 30 % de la population du Québec d'ici 2051. Le vieillissement de la population amène à penser qu'il y aura une augmentation des problèmes de santé reliés à cette population. L'un de ces problèmes est l'augmentation des risques de chutes. Selon Armutlu & al. (2010), plus de la moitié des personnes âgées qui sont hospitalisées le sont à la suite d'une chute à domicile. Plusieurs facteurs de risques peuvent entraîner une chute, dont l'environnement de la personne âgée (Leclerc, 2010; (Institut de la statistique du Québec, 2010; Trickey, Parisien, Laforest, Genest & Robitaille, 2002). L'environnement doit donc être adapté par les personnes âgées si elles vivent à domicile, et par les propriétaires de résidences privées pour personnes âgées si elles vivent en résidence. Cependant, les outils pour réaliser ces adaptations sont difficiles à trouver. Ce projet a donc pour objectif de ressortir les recommandations rapportées dans les écrits en ce qui concerne les adaptations domiciliaires afin de prévenir les chutes pour les personnes âgées qui habitent en résidence privée. Les recommandations pourraient éventuellement être utilisées par les propriétaires des résidences. L'étude de document réalisée a permis de trouver que peu de textes font mention d'adaptation domiciliaire dans les résidences privées pour personnes âgées, mais que les résultats trouvés pour l'adaptation domiciliaire peuvent être généralisés pour les résidences privées. De plus, les textes font ressortir que l'adaptation domiciliaire permet de diminuer les chutes lorsqu'elle fait partie d'interventions multifactorielles et qu'elle est mise en action plus souvent si elle est faite en collaboration avec un organisme soutenant la personne âgée, comme une résidence privée pour personnes âgées. Finalement, les résultats ressortis, mis en lien avec les occupations, ont pu permettre d'avoir une meilleure compréhension de la prévention des chutes chez la personne âgée.

Mots clés : Résidence privée, personnes âgées, adaptation domiciliaire, prévention des chutes, *nursing home, elderly, home modification, fall prevention*

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	ii
Table des matières	iii
Listes des tableaux.....	v
Liste des figures.....	vi
Liste des abréviations	vii
Remerciements	viii
1. Introduction	1
2. Problématique.....	2
3. Cadre conceptuel	6
3.1. L'importance des occupations pour les personnes âgées en résidence	6
3.2. Perspectives pour un vieillissement en santé.....	7
3.3. Résidences privées : milieu de vie sécuritaire.....	10
4. Méthode.....	13
4.1. Devis de recherche.....	13
4.2. Collecte de données.....	13
4.3. Échantillon.....	14
4.4. Extraction des données	16
4.5. Analyse	17
4.6. Rigueur scientifique.....	17
5. Résultats	18
5.1 Directives gouvernementales.....	18
5.1.1. Thèmes communs aux quatre documents.....	18
5.1.2. Thèmes communs aux textes du Centre de santé et de services sociaux de Drummond (2007), Société d'habitation du Québec (1999) et Maltais & Trickey (2012)	19

5.1.3. Thèmes communs aux textes Centre de santé et de services sociaux de Drummond (2007), de la Commission de la Sécurité des Consommateurs & Agence nationale des Services à la personne (2012) et Maltais & Trickey (2012).....	21
5.2. Les résultats probants	22
5.2.1. Données probantes sur l'efficacité de l'adaptation domiciliaire	22
5.2.2. Résultats probants sur certains types d'adaptation	27
5.2.3. Conclusion des résultats probants	30
6. Discussion.....	31
6.1. Constats ressortis des divers textes.....	31
6.2. Constats des adaptations domiciliaires à la lumière des occupations des personnes âgées en résidences privées	33
6.3. Constats des adaptations domiciliaires en lien avec le vieillissement en santé	35
6.4. Limites et forces	36
6.5. Implication pour la pratique	37
7. Conclusion	38
Références	39
Annexe A – Autorisation de reproduction.....	46
Annexe B – Bases de données et mots clés	48
Annexe C – Schéma	49
Annexe D – Les cinq niveaux d'évidence	50
Annexe E – Évaluation du guide de pratique	51
Annexe F – Extraction des données	53
Annexe G – Extraction des données globales	58

LISTES DES TABLEAUX

<i>Tableau 1</i> - Extraction dans les données probantes des textes sur l'adaptation domiciliaire....	24
<i>Tableau 2</i> – Extraction des données probantes sur certains types d'adaptation.....	29
<i>Tableau 3</i> – Activités du quotidien réalisées par les personnes âgées	34
<i>Tableau 4</i> – Bases de données et mots clés utilisés lors de la recherche documentaire.....	48
<i>Tableau 5</i> – Les cinq niveaux d'évidence de Law & MacDermid.....	50
<i>Tableau 6</i> – Évaluation du guide de pratique de l'American Geriatric Society (2010) à l'aide de la grille AGREE II	51
<i>Tableau 7</i> – Extraction dans les données probantes	53
<i>Tableau 8</i> – Extraction des données dans les directives gouvernementales et les données probantes.....	58

LISTE DES FIGURES

<i>Figure 1.</i> – Perspective d’un vieillissement en santé : proposition d’un modèle conceptuel (Cardinal, Langlois, Gagné, D. & Tourigny, 2008).....	8
<i>Figure 2.</i> – Schéma de la sélection des articles.....	49

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
AVQ	Activités de la vie quotidienne
CCOC	Configuration courante d'Ottawa-Carleton
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
INCA	Institut national canadien des aveugles
LAAA	Logement adapté pour aînés autonomes
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MCREO	Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel
OMS	Organisation mondiale de la santé
RPC	Recommandations pour la pratique clinique
SCHL	Société canadienne d'hypothèque et de logement
SHQ	Société d'habitation du Québec

REMERCIEMENTS

Réaliser un travail d'intégration ne se fait pas sans aide. Il faut plusieurs personnes pour nous supporter et nous conseiller lors de l'élaboration de ce projet. Ce travail n'aurait pas été possible sans les judicieux conseils, la disponibilité et l'infinie patience de ma directrice de projet, Madame Martine Brousseau. Merci pour les bons conseils et tout le temps passé à relire cette étude!

Je tiens également à remercier Madame Noémi Cantin pour ses corrections justes lors des cours de séminaires, ainsi que Madame Chantal Pinard ses suggestions et les textes fournis au début de ma recherche. Finalement, je veux à remercier les auteurs de *Perspectives pour un vieillissement en santé* (Cardinal, Langlois, Gagné, & Tourigny, 2008) pour m'avoir permis d'utiliser leur cadre conceptuel dans ma recherche de document.

1. INTRODUCTION

Depuis deux ans, la proportion de personnes âgées dans la société québécoise a atteint le seuil de 15,7 % de la population (Statistique Canada, 2011). Ce pourcentage devrait augmenter d'ici 2051 pour aller jusqu'à 30 % (Institut de la statistique du Québec, 2004). Avec le vieillissement de la population, l'augmentation des problèmes de santé reliés à cette tranche d'âge est anticipée. L'un des problèmes qui pourraient accroître avec cette population vieillissante est l'augmentation des risques de chutes. En effet, selon Armutlu & al. (2010), plus de la moitié des hospitalisations chez les personnes âgées vivant à domicile sont dues à une chute dans leur domicile.

Plusieurs facteurs peuvent amener un risque de chute (Leclerc, 2010). Il est possible d'agir en prévention sur trois fronts, soit sur la santé des personnes, sur leur comportement ou sur leur environnement (Trickey, Parisien, Laforest, Genest & Robitaille, 2002). Ce dernier peut être adapté ou modifié par les personnes âgées elles-mêmes, surtout dans la situation où les aînés vivent à domicile. Très souvent, les suggestions de modifications ont été émises à la suite d'une évaluation en ergothérapie (Polatajko & al., 2008a). Pour les aînés qui vivent en résidences pour personnes âgées ou pour les propriétaires qui désirent une accréditation ce type de résidence, l'adaptation de l'environnement bâti relève des différentes normes et réglementations gouvernementales en ce qui a trait aux nouvelles constructions. En ce qui concerne les résidences privées pour personnes âgées déjà existantes, déjà accréditées, l'adaptation de l'environnement relève de la bonne volonté des propriétaires. Donc les modifications doivent être faites par le propriétaire de la résidence pour personnes âgées. Cependant, les propriétaires ne sont pas outillés pour réaliser ces adaptations, puisque l'information est difficile à trouver parmi les sites gouvernementaux.

Ce projet d'intégration vise à trouver les recommandations les plus efficaces rapportées dans la littérature sur de l'adaptation de l'environnement pour prévenir les chutes en résidences privées chez les personnes âgées. Pour ce faire, la problématique de ce sujet sera présentée, suivie du cadre conceptuel et de la méthode. Par la suite, les résultats de la recherche ainsi qu'une discussion de ces résultats seront présentés.

2. PROBLÉMATIQUE

En 2011, au Québec, 15,7 % de la population sont des personnes âgées, c'est-à-dire des gens qui ont 65 ans et plus (Statistique Canada, 2011). Il est estimé que ce pourcentage devrait atteindre 27 % en 2031, et 30 % d'ici 2051 (Institut de la statistique du Québec, 2004).

Devant ce constat du vieillissement de la population, plusieurs anticipent un nombre grandissant de problèmes de santé rattachés à ce groupe d'âge. Par exemple, vers 2016, le nombre approximatif de personnes âgées inscrites à l'Institut national canadien des aveugles (INCA) serait de 50 054, alors qu'il devrait dépasser les 65 000 inscrits en 2026 (Gresset, 2004). Entre autres, l'altération des capacités physiques qui accompagne le vieillissement place les personnes âgées devant de plus grands risques de chutes, qui peuvent entraîner des blessures légères à sévères, ainsi que des dommages psychologiques (Hébert & Roy, 2007). Par exemple, en 2001, il y avait près de 7,4 % des personnes de 65 ans et plus qui habitaient dans un centre de soins (Agence de la santé publique du Canada, 2009). Or, toujours selon cette source, il y a près de 50 % des personnes âgées habitant ces établissements de soins longue durée qui tombent au courant de l'année. De ce nombre, 40 % tombent plus de deux fois et 10 % des chutes au total peuvent entraîner de sérieuses blessures. Les blessures occasionnées par une chute représentent la principale source d'hospitalisation. En effet, plus de la moitié des hospitalisations, autant chez les hommes que chez les femmes, sont dues à une chute à domicile (Armutlu & al., 2010). L'âge moyen des personnes âgées en résidence privée pour personnes âgées est de 83 ans (Société canadienne d'hypothèque et de logement, 2013). Lors de cette recherche, aucune statistique faisant mention des chutes en résidence privée pour personnes âgées n'a été trouvée. Cependant, les chutes chez les personnes âgées peuvent entraîner des problèmes occupationnels. En effet, dans la situation où les chutes entraînent des blessures, cela peut perturber leurs occupations et même mener à une privation occupationnelle, c'est-à-dire privation de stimulation adéquate, de défis et de sens pour les occupations (Wilcock, 1998). Une personne âgée ayant déjà tombée peut également avoir peur de tomber de nouveau et ainsi s'empêcher de réaliser des occupations qu'elle trouvait autrefois significatives. Un état de privation occupationnelle est souvent relié à une mauvaise santé et peut même amener la personne à se retirer de la société peu à peu (Polatajko & al., 2008c). Si

la personne est de moins en moins active, elle peut par la suite souffrir du syndrome d'immobilisation, ce qui amène par le fait même un risque accru de chutes dû au déconditionnement de la personne âgée (Hébert & Roy, 2007).

Les principaux facteurs de risques de chutes se rattachent à la santé de la personne, au comportement de celle-ci ou à l'environnement dans lequel elle évolue. Dans sa recherche en lien avec l'intervention multifactorielle personnalisée qui s'adresse aux personnes de 65 ans et plus vivant à domicile, Leclerc (2010) identifie les facteurs de risques principaux de chutes comme étant, entre autres : être de sexe masculin, être dans les tranches inférieures en ce qui a trait à l'âge, avoir déjà chuté auparavant, avoir un bas pointage à l'échelle d'équilibre de Berg, avoir un faible indice de masse corporelle, prendre des médicaments, avoir un environnement dangereux à domicile ou habiter dans une résidence privée pour personnes âgées.

Dans leur recherche sur l'intervention multifactorielle qui s'adresse à des personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile inquiètes de leur équilibre ou qui ont fait une chute dans l'année, Trickey, Parisien, Laforest, Genest, & Robitaille (2002) ont montré qu'il est possible de prévenir les chutes, notamment en agissant à la fois sur la santé des personnes, sur leur comportement et sur leur environnement. Pour ce qui est de la santé, la prévention est de mise. Pour le comportement, il est important de conscientiser les personnes âgées que certaines habitudes de vie, telles que grimper sur les chaises ou encore porter des souliers inappropriés, peuvent augmenter les risques de chutes. L'environnement, contrairement aux deux autres facteurs, peut être adapté, modifié ou aménagé par quelqu'un d'autre que la personne âgée elle-même. En effet, comme 69 % des chutes occasionnant une blessure se produisent à l'intérieur de la résidence de la personne, il est important que la résidence pour personne âgée soit sécuritaire (Institut de la statistique du Québec, 2010). À ce titre, comme bon nombre de personnes, pour diverses raisons, ne peuvent « vieillir chez elle », la vie en résidence privée pour personnes âgées devient alors une alternative possible. La définition d'une résidence privée pour personnes âgées, selon l'article 346.0.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) (2012), est un bâtiment occupé par des personnes ayant 65 ans et plus, dans lequel l'exploitant offre divers services. La personne âgée doit payer

pour y habiter. Ainsi, qu'en est-il de la prévention des chutes en résidence privée? Et qu'en est-il de l'aménagement de milieux de vie sécuritaires dans ces résidences? Est-ce que les propriétaires sont outillés pour pouvoir aménager leur résidence?

Le Manuel d'application du Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité de résidence pour personnes âgées (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2007) explique comment gérer une résidence privée pour personne âgée et mentionne, à l'article 24, que l'environnement doit être sécuritaire en respectant les normes municipales pour l'hygiène, la salubrité, la sécurité ou la construction. Le propriétaire doit ainsi aller chercher par lui-même des informations au sujet de l'aménagement des milieux de vie. Quelques informations sont disponibles auprès de programmes tels que le Programme du logement adapté pour aînés autonomes (LAAA) (Société d'habitation du Québec, 2010), mais ces informations renseignent surtout les professionnels de la santé puisqu'elles sont écrites dans un langage utilisé par ceux-ci. D'autres guides pour adapter le domicile sont aussi disponibles pour les professionnels, par exemple le guide produit par la Société canadienne d'hypothèque et de logement (SCHL) (Maltais & Trickey, 2012). Cependant, les propriétaires de résidences privées doivent trouver par eux-mêmes les informations nécessaires pour rendre les résidences sécuritaires et ainsi prévenir les chutes. Il n'existe pas, à notre connaissance, un guide pour l'adaptation domiciliaire en résidence s'adressant spécifiquement aux propriétaires de résidence privée (Pinard, 2012).

Jusqu'à ce jour, la recension des écrits concernant l'adaptation domiciliaire en lien avec la prévention des chutes chez les personnes âgées concerne spécifiquement la maison privée ou les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) (Tse, 2005; Currin & al., 2012; Gillespie, Robertson, Gillespie, Sherrington, Gates, Clemson, & Lamb, 2012). Qu'en est-il des résidences privées d'hébergement pour personnes âgées autonomes et semi-autonomes? Selon plusieurs auteurs, les adaptations du milieu de vie sont un des éléments qui contribuent à diminuer les risques de chutes (Tse, 2005; Di Monaco & al., 2008; Johnston & al., 2010; Pighills & al., 2011; Gillespie, Robertson, Gillespie, Sherrington, Gates, Clemson, & Lamb, 2012). Plusieurs conditions doivent être présentes pour que la prévention des chutes et les modifications de l'environnement soient un succès. Une étude récente a montré que les

personnes âgées doivent adhérer aux conseils émis par les professionnels de la santé, sinon, le risque de chutes demeure inchangé (Currin & al., 2012). De la même façon, l'aménagement sécuritaire des résidences privées pour personnes âgées par les propriétaires est aussi un facteur important pour la prévention des chutes et le maintien de la santé. La question de recherche face à ces constatations est donc : *quelles sont les recommandations les plus rapportées dans la littérature au niveau de l'adaptation de l'environnement pour prévenir les chutes en résidence privée chez les personnes âgées autonomes et semi-autonomes de 65 ans et plus?*

L'adaptation domiciliaire en lien avec la prévention des chutes est un domaine d'intérêt pour les ergothérapeutes. À cet égard, ceux-ci proposent souvent des moyens pour éliminer les dangers dans les milieux de vie. Di Monaco & al. (2008), Johnston & al. (2010) et Pighills & al. (2011), ont soutenu que par leur approche de résolution de problèmes, les ergothérapeutes contribuent à la prévention des risques de chute en proposant des modifications ou des réaménagements des milieux de vie, que ce soit la maison, l'appartement, le condo, la résidence privée, le CHSLD ou la chambre d'hôpital. Par ailleurs, des études récentes mettent en lumière le lien entre le travail de l'ergothérapeute et l'habilitation aux occupations (Néron, 2013) ainsi que la collaboration avec divers partenaires, ce que sont les propriétaires de résidences privées (Christiaen, 2004).

Le but de la présente recension des écrits est de préparer un document contenant les informations sur les principales adaptations à apporter aux résidences privées et qui pourraient éventuellement aider les propriétaires de ces résidences. Cette recension des écrits permettra ainsi de regrouper dans un même document les informations concernant l'aménagement des résidences privées dans le but de prévenir les chutes et de faciliter le transfert d'informations aux propriétaires d'établissement privé et, par le fait même, contribuer à un vieillissement en santé.

3. CADRE CONCEPTUEL

La présente section vise à définir les principaux concepts à considérer dans une situation d'aménagement domiciliaire des résidences privées pour personnes âgées. Dans un premier temps, l'importance des occupations pour les personnes âgées est abordée. Ensuite, le modèle *Perspectives pour un vieillissement en santé* (Cardinal, Langlois, Gagné, & Tourigny, 2008) est décrit pour justifier le cadre conceptuel utilisé dans la présente étude.

3.1. L'importance des occupations pour les personnes âgées en résidence

L'objectif poursuivi par les ergothérapeutes lorsqu'ils font des recommandations ou des interventions en termes d'aménagement domiciliaire est d'habiliter les occupations des personnes, c'est-à-dire donner des outils aux personnes pour leur permettre par la suite de réaliser leurs occupations par eux-mêmes (Townsend, Polatajko & Craik, 2008). L'aménagement sécuritaire des résidences privées vise ainsi à ce que les personnes âgées continuent de participer à une variété d'occupations ayant lieu à l'intérieur de leur résidence, aux environs de celle-ci et, si possible, dans la communauté. Lorsqu'il est question d'occupations, cela correspond à ce à quoi une personne occupe son temps et son énergie (Bateson, 1996; Clark, Larson Ennevor & Richardson, 1996).

Le lien entre les occupations et la santé peut être observé dans les travaux de Wilcock (2007). Lorsque la personne réalise des occupations qui sont significatives pour elle, elle donne un sens à sa vie et améliore ainsi sa qualité de vie (Reitz, 1992; Wilcock, 2006; Wilcock, 2007). Selon le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel (MCREO) (Townsend, Polatajko & Craik, 2008), l'interaction entre les occupations, les dimensions de la personne et l'environnement permet un rendement occupationnel optimal. De plus, plusieurs études montrent un lien entre les occupations et la santé (Reitz, 1992; Wilcock, 2006; Wilcock, 2007). Wilcock (2006) explique aussi que les occupations sont essentielles à la vie humaine. Chaque individu s'implique dans des occupations qui lui sont importantes, qui lui sont propres (Polatajko & al., 2008b).

Ces occupations varient au cours d'une vie, se modifient. Certaines demeurent essentielles au fil des ans, telles les occupations de base comme : se laver, s'habiller, manger, dormir, s'occuper de soi, avoir des interactions sociales, faire les courses, faire des activités physiques (Hägglom-Kronlöf, Hultberg, Eriksson & Sonn, 2007; Hovbrandt, Fridlund & Carlsson, 2007; Öhman & Nygård, 2005; Svidén & Borell, 1998). Elles répondent à des besoins de maintien de l'intégrité physique (Brousseau, 2001). D'autres sont le reflet de divers besoins comme ceux de savoir, de chercher, de réfléchir, de se surpasser, de se réaliser, de surmonter des défis, de rechercher du sens, de refaire son énergie, d'exercer son contrôle personnel (Aubrion, 1971 cité dans Brousseau, 2001; Hägglom-Kronlöf, Hultberg, Eriksson & Sonn, 2007; Hovbrandt, Fridlund & Carlsson, 2007; Öhman & Nygård, 2005; Svidén & Borell, 1998).

Les occupations, pour les personnes âgées en résidences privées, répondent aussi à des besoins variés : maintien de l'intégrité physique, besoin de base de manger, de se laver, de dormir, besoin de se divertir, besoin de circuler librement en toute sécurité, besoin de réfléchir, besoin d'échanger avec les autres, besoin d'être seul, besoin de refaire son énergie (Brousseau, 2001). Pour que la participation à des occupations soit possible en résidence privée, le milieu se doit d'être le plus sécuritaire possible. Selon les documents de l'ACE, les occupations peuvent être variées, allant des loisirs, à la productivité ou encore aux soins de base (ACE, 2007).

Si une personne cesse de vaquer à ses occupations en raison des conséquences néfastes d'une chute et de l'immobilisation y étant reliée, celle-ci risque d'être déconditionnée, ce qui peut entraîner une perte d'autonomie et une altération importante de la santé (Hébert & Roy, 2007). Il y a donc lieu de croire que la réalisation des occupations par les personnes âgées dans les résidences privées contribue aussi à la santé de ceux-ci (Manuel, 2003).

3.2. Perspectives pour un vieillissement en santé

Sur quel cadre conceptuel s'appuyer pour proposer des aménagements spécifiques dans des résidences privées pour personnes âgées qui permettraient à celles-ci de participer à leurs occupations importantes tout en prévenant les chutes, et ce, en permettant en autant que

possible un vieillissement en santé? Le modèle conceptuel¹ *Perspectives pour un vieillissement en santé* (Cardinal, Langlois, Gagné, & Tourigny, 2008), est un modèle de vieillissement en santé élaboré à la suite d'une synthèse des modèles du vieillissement réussi. La personne âgée se retrouve au centre du modèle, et gravitent autour d'elle différents niveaux, dont la famille, la communauté, le gouvernement, l'organisation et la société (Cardinal, Langlois, Gagné, & Tourigny, 2008). Le modèle est présenté à la figure 1, et l'autorisation de reproduction du modèle se retrouve à l'annexe A. Ce modèle propose des axes d'intervention s'adressant à plusieurs acteurs et est décrit dans les paragraphes qui suivent.

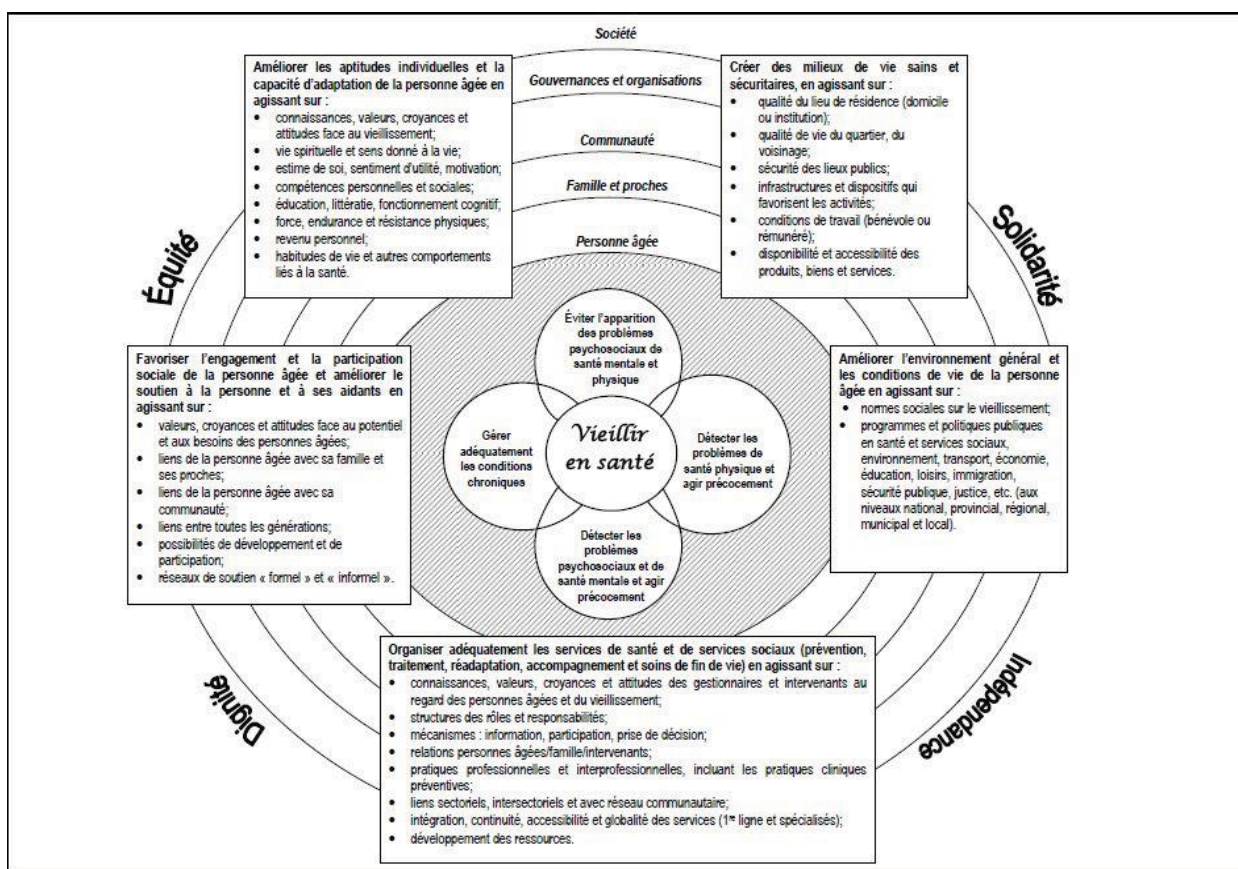


Figure 1. – Perspective d'un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel (Cardinal, Langlois, Gagné, D. & Tourigny, 2008)

¹ Ainsi appelé par les auteurs

Le modèle de Cardinal, Langlois, Gagné, & Tourigny (2008) s'appuie sur la notion de la santé selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (OMS, 1986, p.1), comme étant un état d'équilibre au niveau du bien-être « physique, mental et social » qui est réalisé lorsque la personne a pu « identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter ». Selon Santé Canada (2002, p.1), le vieillissement en santé est « un processus permanent d'optimisation des possibilités » pendant lequel des moyens sont mis en place afin d'améliorer ou de conserver la santé, le bien-être, l'autonomie et la qualité de vie de la personne, tant au niveau physique, social que mental.

Le modèle *Perspectives pour un vieillissement en santé* (Cardinal, Langlois, Gagné, & Tourigny, 2008) propose neuf axes d'intervention pour soutenir le vieillissement en santé des personnes âgées, et ce, peu importe le milieu de vie. Les axes sont les suivants :

- 1) Améliorer les aptitudes individuelles et la capacité d'adaptation de la personne âgée;
- 2) Créer des milieux de vie sains et sécuritaires;
- 3) Améliorer l'environnement général et les conditions de vie de la personne âgée;
- 4) Organiser adéquatement les services de santé et de services sociaux (prévention, traitement, réadaptation, accompagnement et soins de fin de vie);
- 5) Favoriser l'engagement et la participation sociale de la personne âgée et améliorer le soutien à la personne et à ses aidants;
- 6) Éviter l'apparition des problèmes psychosociaux et des problèmes de santé physique et mentale par la réduction des facteurs de risques;
- 7) Détecter les problèmes de santé physique et agir précocement;
- 8) Détecter les problèmes psychosociaux et de santé mentale, et agir précocement;
- 9) Gérer adéquatement les conditions chroniques (Cardinal, Langlois, Gagné, & Tourigny, 2008, p. 48).

Parmi les neuf axes d'intervention énumérés, les cinq premiers permettent d'agir sur les déterminants de la santé des aînés, alors que les quatre derniers visent à prévenir les problèmes qui pourraient survenir chez ceux-ci et à optimiser les capacités résiduelles des personnes qui voient leur autonomie diminuer.

Bien vieillir en santé s'applique aussi aux personnes vivant en résidences privées. Pour ce, le modèle suggère des actions au niveau communautaire, au niveau des milieux de vie ou au niveau gouvernemental. Ainsi, les exploitants (tel que dénommé par le Ministère de la

Santé et des Services sociaux du Québec [2007]) ont un rôle à jouer. Ceux-ci appartiennent à la « Communauté » des personnes âgées et en sont des acteurs importants.

Les propriétaires ou exploitants des résidences privées pour personnes âgées peuvent jouer un rôle afin de permettre à ces personnes d'améliorer leur chance d'avoir un vieillissement en santé. Quatre des cinq axes du modèle donnent des renseignements à ce sujet. Celui de « Créer des milieux de vie sains et sécuritaires » en est un important. Aménager un milieu de vie où les risques de chutes créés par l'environnement sont moindres est une façon de soutenir le vieillissement en santé, en améliorant la qualité de vie des résidents. Le deuxième et le troisième axes pertinents sont « Améliorer l'environnement général et les conditions de vie de la personne âgée » et « Favoriser l'engagement et la participation sociale de la personne âgée et améliorer le soutien à la personne et à ses aidants ». Donc, un exploitant de résidence privée se soucie d'améliorer la condition de vie des personnes qui habitent dans ses résidences, leur procure un milieu de vie qui répond à leurs besoins afin de faciliter les occupations significatives chez les personnes âgées (Association canadienne d'ergothérapie, 2007; Polatajko & al., 2008a) et encourage leur participation sociale en diminuant les risques de chute qui peuvent empêcher la participation à certaines activités (Raymond, Gagné, Sévigny & Tourigny, 2008). Finalement, le dernier axe d'intervention du modèle qui est pertinent est « Organiser adéquatement les services de santé et les services sociaux nécessaires », puisque l'aménagement d'une résidence ou d'un milieu de vie sécuritaire repose sur des informations en lien avec la prévention des chutes.

3.3. Résidences privées : milieu de vie sécuritaire

Mais quels sont, de façon concrète, les aménagements sécuritaires devant être réalisés dans les résidences privées pour que les personnes âgées puissent vieillir en santé? Dans un premier temps, les résidences privées pour aînés doivent être un lieu où les personnes âgées ont la possibilité de participer à des occupations qui leur sont significatives, tout en tenant compte des besoins particuliers qui sont associés à l'âge des personnes. Les résidences pour personnes âgées privées nécessitent d'être adaptées afin de diminuer le plus possible les risques de chutes chez les personnes qui l'habitent. Ainsi, ces personnes pourront réaliser leurs occupations significatives dans un environnement sécuritaire.

Dans un deuxième temps, les propriétaires doivent se conformer aux critères du certificat de conformité de résidence pour personnes âgées du ministère de la Santé et des Services sociaux (2007, 2013). Cette certification a été créée d'après l'article 346.0.6. de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (2012), qui stipule que le gouvernement peut déterminer, grâce à un règlement, les exigences que doivent remplir les exploitants des résidences privées pour personnes âgées pour avoir une résidence. Donc, le règlement découlant de cette loi, en fonction depuis le 1^{er} février 2007, oblige toutes les résidences privées à se conformer à certaines normes afin de pouvoir améliorer les services dans les établissements d'hébergement privés. L'exploitant doit, s'il veut obtenir le certificat, respecter les éléments suivants en ce qui a trait aux normes municipales : 1) l'hygiène; 2) la salubrité; 3) la sécurité; 4) la construction (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2007, 2013). Toutefois, on peut constater qu'il n'est pas fait mention d'environnement sécuritaire dans les exigences du certificat, seulement que la sécurité doit respecter les normes municipales. Il n'y a donc pas mention des particularités dont les personnes âgées ont besoin lorsque leur environnement est adapté pour prévenir les chutes. Ces informations seraient très utiles pour les propriétaires puisqu'adapter l'environnement pourrait permettre la réalisation d'activités significatives et ainsi, une meilleure santé chez les personnes âgées (Wilcock, 2007).

Dans un troisième temps, un milieu de vie sécuritaire est un milieu de vie assurant la sécurité des résidents en diminuant, entre autres, les risques de chutes. Une « chute » est définie comme un événement lorsqu'une personne se retrouve de façon inattendue et contre son gré au sol ou à un niveau inférieur auquel elle était juste avant (Campbell & al., 2005; OMS, 2007). Les chutes peuvent avoir un effet important sur le fonctionnement quotidien de l'aîné, en créant des blessures ou la peur de tomber à nouveau et ainsi ralentir les occupations que la personne réalisait avant sa chute (Hébert & Roy, 2007; Agence de la santé publique du Canada, 2009; Armutlu & al., 2010; Institut de la statistique du Québec, 2010).

L'aménagement d'un milieu de vie sécuritaire implique de diminuer les dangers environnementaux, puisqu'ils peuvent occasionner des chutes. Les dangers environnementaux font référence aux « actions, événements ou déficits environnementaux qui introduisent la

possibilité d'un résultat non souhaité » (traduction libre, Mackenzie, Byle & Higginbotham, 2002, p.23). Dans le cas présent, le résultat non souhaité est la chute de la personne âgée.

Aménager un environnement sécuritaire veut dire « qui assure la sécurité », donc qui assure la personne d'être à « l'abri du danger » (Robert, 2008, p. 2339). On peut déduire qu'un environnement sécuritaire est donc un endroit où la personne est à l'abri des dangers des éléments de l'environnement physique. L'objectif de la présente étude est de proposer diverses recommandations d'aménagement des résidences privées pour personnes âgées dans un souci de prévention des chutes tout en conservant en arrière-fond que ces personnes âgées doivent vaquer à diverses occupations relatives à leur âge. Ces recommandations, issues des directives gouvernementales appuyées par des résultats récents et probants de recherche auprès des personnes âgées sur l'adaptation domiciliaire et la prévention des chutes, pourraient être utiles aux exploitants des résidences privées. La prochaine section présente la méthode qui a été utilisée pour ce travail.

4. MÉTHODE

4.1. Devis de recherche

Le devis choisi pour le présent projet est une étude de documents de type qualitatif (Paillé, 2007). Ce devis est choisi puisque, selon Paillé (2007), l'analyse des documents permet de mieux comprendre un monde particulier. Les sept étapes de ce type d'étude ont été utilisées, c'est-à-dire : « 1) L'opérationnalisation des questions de recherche; 2) Choix du corpus à examiner; 3) Collecte des documents; 4) Étude des documents; 5) Synthèse des réponses aux questions; 6) Analyse critique des résultats; 7) Mise en forme finale des résultats » (Paillé, 2007, p.135).

4.2. Collecte de données

Cette étude est réalisée en deux temps. Premièrement, une collecte de documents gouvernementaux sélectionnés a été faite et par la suite analysée, afin de déterminer quels sont les aménagements suggérés dans chaque pièce de la maison. Ces documents ont été trouvés par une recherche sur le moteur de recherche *Google*, avec les mots clés « sécurité du domicile + personnes âgées » et « adaptation domicile personnes âgées + guide ». Le dernier document a été recommandé par un expert en adaptation domiciliaire pour les personnes âgées. Cela a aussi permis de mieux cerner les mots clés nécessaires à la deuxième collecte de données. Cette dernière a par la suite été réalisée, cette fois-ci dans diverses bases de données scientifiques, pour faire une analyse de documents scientifiques qui permet d'appuyer ou d'infirmer les adaptations proposées dans les textes gouvernementaux.

Les bases de données qui ont été utilisées pour réaliser cette étude ont été *Cinahl* et *Medline* puisqu'elles répertorient, entre autres, plusieurs articles concernant les risques de chutes ainsi que les interventions pour les prévenir. *PsychInfo*, *Scopus*, *PEdro*, *PsycBite* et *OTseekers* ont aussi été utilisés pour trouver des informations sur les adaptations domiciliaires qui peuvent être réalisées par les ergothérapeutes chez les personnes âgées. Finalement, la *Cochrane Library* a été utilisée afin de trouver des revues systématiques portant sur l'adaptation domiciliaire. Cette recherche a été effectuée entre le 18 février et le 9 mars 2013 (voir l'annexe B.)

Les mots clés utilisés pour effectuer la recherche documentaire ont été séparés en quatre groupes distincts, soit un groupe pour les personnes âgées, un groupe faisant mention des mots en rapport avec les risques de chutes, un groupe incluant l'adaptation domiciliaire, et finalement, un groupe incluant les maisons de retraite. Il est à noter que le mot *dwelling* est exclu de quelques recherches pour augmenter la chance de trouver des articles faisant mention de résidences pour personnes âgées, et non des maisons privées. Voici les mots utilisés pour la recherche :

- Groupe 1 : elderly, « old people »
- Groupe 2 : « fall prevention », « fall risk »
- Groupe 3 : « home modification », « adaptation »
- Groupe 4 : « nursing home »

Quatre textes des groupes de recherche SCHL ainsi qu'un texte sur la luminosité ont aussi été proposés par un expert. Finalement, une recherche sur le moteur *Google* a été faite pour trouver des guides de pratique relatifs à la prévention des chutes chez les personnes âgées. Les mots « Guideline for prevention of falls in older people » ont été utilisés pour cette recherche.

4.3. Échantillon

Les documents constituant l'échantillon de la présente étude sont dans un premier temps ceux de la littérature grise² recensée par un moteur de recherche et recommandée par des ergothérapeutes œuvrant auprès de personnes âgées vivant en résidences privées. Ces textes, connus des ergothérapeutes, fournissent des recommandations sur des adaptations domiciliaires qui peuvent être effectuées à domicile.

Dans un deuxième temps, les documents obtenus sont ceux obtenus par la collecte de données afin d'amener des données probantes pour confirmer ou infirmer les informations relevées dans les quatre textes gouvernementaux. Une recherche dans les bases de données a été faite afin de trouver des données probantes sur les adaptations qui peuvent être réalisées

² Textes qui n'ont pas été publiés de façon formelle, telle que les directives gouvernementales (*document policy*). Cette littérature constitue 50 % de toutes les publications (Dickersin, Scherer & Lefebvre, 1994).

dans les différentes pièces de la résidence afin de combler les divers besoins occupationnels des personnes âgées.

Ces textes ont été choisis parce qu'ils servent de références lorsqu'il s'agit d'adaptation domiciliaire. Les quatre textes provenant de programmes gouvernementaux québécois, canadien et français ont été conservés afin de connaître les principes de bases de l'adaptation domiciliaire au Canada et plus particulièrement au Québec. Ces textes ont été retrouvés dans la littérature grise. Les textes choisis sont « Un logis bien pensé; j'y vis, j'y reste! » (Société d'habitation du Québec, 1999), « Mieux vivre à domicile sans chutes » (Centre de santé et de services sociaux de Drummond, 2007), la réédition 2012 de « Maintenir l'autonomie des personnes âgées » (Maltais & Trickey, 2012) et « Programme de mise en sécurité du domicile des personnes âgées » (Commission de la Sécurité des Consommateurs & Agence nationale des Services à la personne, 2012). Deux de ces textes ont été développés pour les professionnels travaillant auprès des personnes âgées (Maltais & Trickey, 2012; Commission de la Sécurité des Consommateurs & Agence nationale des Services à la personne, 2012), alors que les deux autres textes sont destinés à la population en général (Société d'habitation du Québec, 1999; Centre de santé et de services sociaux de Drummond, 2007). Les conseils donnés dans ces documents peuvent aussi servir aux exploitants pour qu'ils puissent adapter leur résidence.

4.3.1. Critères d'exclusion pour les données probantes

Les articles trouvés ont d'abord été triés selon leur année de parution. Puisqu'il y a eu beaucoup d'avancées en matière de prévention des risques de chutes au cours des dix dernières années, l'utilisation des articles datant des années 2002 à 2012 offrait une meilleure évidence scientifique puisque les résultats sont plus actuels. Le livre « Un logis bien pensé; j'y vis, j'y reste! » (Société d'habitation du Québec, 1999), a servi de point de départ de la recherche.

Les articles ont été sélectionnés selon la pertinence du titre. À ce moment, trente articles ont été retirés puisque leur titre ne montrait pas qu'ils étaient pertinents pour l'étude. Il y avait entre autres, des articles faisant mention des facteurs de risques de chutes, d'autres indiquant des moyens de prévenir les chutes autres que l'adaptation domiciliaire et plusieurs

faisaient mention de l'utilisation de l'exercice physique pour diminuer les chutes. Les articles faisant mention des conséquences des chutes et de l'éducation à faire auprès des personnes âgées n'ont pas été retenus, à moins que l'éducation concerne l'aménagement domiciliaire. Trois articles ont été exclus puisqu'ils étaient seulement disponibles dans une autre langue que le français ou l'anglais. Finalement, un article a été éliminé à la suite de l'évaluation de sa qualité, comme il sera expliqué dans la section suivante. La figure présente à l'annexe C illustre la sélection des articles de façon schématisée.

Tel que mentionné plus haut, les textes retenus ont un niveau d'évidence allant de 1 à 3. Les recherches ayant un niveau d'évidence de 4 et 5 selon Law & MacDermid (2008), telles que les histoires de cas ou les opinions d'experts, n'ont pas été conservées pour l'analyse des données. La grille de Law & MacDermid (2008) est présente à l'annexe D. Pour ce qui est du guide de pratique, c'est la grille AGREE II (The AGREE Next Steps Research Consortium, 2009), présente dans que l'on retrouve à l'annexe E, qui a été utilisée. L'échelle pour coter la grille est de 1 à 7, 1 étant de très mauvaise qualité et 7 étant d'excellente qualité. Le niveau 5 étant un bon niveau, le guide de pratique a été conservé. Ce 5 ne correspond à celui de Law & MacDermid (2008).

Finalement, l'étude de Christiaen (2004, 2013) a été retenue puisqu'aucun texte trouvé dans la recension de données probantes ne faisait pas mention des problèmes visuels de façon exhaustive, malgré le fait que cela soit une recherche qualitative ne pouvant pas être cotée par la grille de Law & MacDermid (2008). Ce texte est pertinent à cette recherche puisqu'il fait mention de résidence pour personnes âgées et des adaptations à faire afin de leur permettre de réaliser leurs activités quotidiennes. Ce texte a été recommandé par un expert dans le domaine.

4.4. Extraction des données

L'extraction des données a d'abord consisté à faire la lecture des quatre documents des différents gouvernements, afin de voir quelles étaient les modifications ou adaptations à réaliser selon les différentes pièces de la résidence. Le tout sera rattaché aux occupations qui sont réalisées dans ces pièces. Par la suite, il y a eu la deuxième recherche dans les bases de données qui a été effectuée. Les articles trouvés ont été lus et les résultats de ces articles ont

été répartis dans le tableau de l'annexe F. Ainsi, tous les résultats des recherches ont pu être mis en évidence.

4.5. Analyse

L'analyse des articles gouvernementaux a été réalisée en tenant compte des thèmes qui ressortaient de la lecture des textes, dont les adaptations réalisées selon le type de pièce dans la maison. Le tableau est en annexe G.

L'analyse des données probantes, quant à elle, a été réalisée selon la lecture des textes et son extraction des données dans le tableau de l'annexe F. Par la suite, lorsque le texte analysé correspondait à un thème trouvé dans l'analyse des textes gouvernementaux, il était intégré au tableau de l'annexe G.

4.6. Rigueur scientifique

Pour que cette recherche soit de bonne qualité, la rigueur scientifique expliquée par Fortin (2010) est utilisée. En effet, selon Fortin (2010), « la rigueur scientifique assure la valeur des résultats de la recherche ». Pour ce faire, quatre critères sont utilisés, soit la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la confirmabilité.

Lors de l'analyse, la crédibilité est assurée par la triangulation des données. En effet, les résultats sont pris dans quatre articles gouvernementaux, en plus d'être appuyés par des données probantes trouvées sur des bases de données.

La transférabilité, qui sera discutée aussi dans la discussion, permet de transférer les résultats qui seront décrits dans la prochaine section à d'autres contextes semblables.

Finalement, la fiabilité des données est vérifiée grâce à la recherche de données probantes afin de supporter les résultats retrouvés dans les textes des gouvernements. De plus, les textes gouvernementaux viennent de trois gouvernements ou paliers de gouvernements différents. Il y a deux textes provenant du Québec, un du Canada et un provenant de la France

5. RÉSULTATS

Cette section présente le résultat de la collecte de données effectuée à section précédente. À la suite la lecture des documents retenus (voir les annexes F et G), plusieurs constatations sont ressorties. Cette section débute tout d'abord avec la présentation des thèmes contenus dans les directives gouvernementales, avant d'expliquer ce qui a émergé des données probantes trouvées.

5.1 Directives gouvernementales

Après la lecture des quatre documents mentionnant les directives gouvernementales, plusieurs thèmes communs en sont ressortis (Société d'habitation du Québec, 1999; Centre de santé et de services sociaux de Drummond, 2007; Commission de la Sécurité des Consommateurs & Agence nationale des Services à la personne, 2012; Maltais & Trickey, 2012). Certains thèmes sont présents dans trois des quatre textes, alors que d'autres ont été mentionnés dans les quatre documents. La section suivante présente ces thèmes. Bien qu'il y ait une bibliographie à la fin des textes, le lecteur ne peut se référer précisément à quels textes, voir quelles données probantes spécifiques, ont été utilisés pour soutenir les recommandations. C'est l'intérêt de la présente étude de faire ce pont entre les recommandations et les données des recherches y contribuant.

5.1.1. Thèmes communs aux quatre documents

Afin de réaliser des adaptations domiciliaires adéquates dans le but de prévenir les chutes, les quatre documents proposent les mêmes aménagements dans trois endroits dans le domicile, dont les escaliers, la salle de bain et la cuisine.

D'abord, pour ce qui est des escaliers, les quatre textes expliquent que l'éclairage doit être adéquat. Pour ce faire, des interrupteurs doivent être placés en bas et en haut de l'escalier, afin d'éviter à la personne d'avoir à monter ou descendre les marches dans le noir. La Commission de la Sécurité des Consommateurs & Agence nationale des Services à la personne (2012) propose aussi d'utiliser un détecteur de mouvement afin d'éclairer les marches lorsque quelqu'un les utilise. Ces mêmes textes suggèrent aussi qu'il faut s'assurer

que les marches soient de la même grandeur ou stables, afin d'éviter une perte d'équilibre dans l'escalier. La présence de mains courantes bilatérales tout le long de l'escalier est aussi recommandée. Celle-ci doit se prolonger de 300 mm après la fin de l'escalier pour assurer une prise solide jusqu'à la dernière marche (Société d'habitation du Québec, 1999).

Ensuite, en ce qui concerne la salle de bain, il est ressorti de ces quatre textes qu'il doit y avoir une surface antidérapante à l'entrée et à la sortie du bain. Il est donc proposé soit d'avoir un plancher antidérapant (Société d'habitation du Québec, 1999), d'avoir une surface antidérapante au fond du bain (Maltais & Trickey, 2012) ou encore d'avoir un tapis de bain et/ou des bandes antidérapantes (Centre de santé et de services sociaux de Drummond, 2007; Commission de la Sécurité des Consommateurs & Agence nationale des Services à la personne, 2012). Les quatre textes mentionnent aussi que la présence de barres d'appui au bain correctement installées permet à la personne d'effectuer un transfert plus sécuritaire en lui permettant d'avoir un point d'appui pour entrer et sortir du bain.

Finalement, toutes les directives gouvernementales retenues pour cette recherche font mention du fait que les objets doivent être accessibles dans la cuisine. Il y est suggéré d'installer des tablettes permettant d'abaisser la hauteur des objets, d'ajouter des crochets ou encore faire installer un plateau rotatif (lazy-susan) afin d'éviter de se pencher pour aller chercher les objets dans le fond de l'armoire.

5.1.2. Thèmes communs aux textes du Centre de santé et de services sociaux de Drummond (2007), Société d'habitation du Québec (1999) et Maltais & Trickey (2012)

La présente section montre les adaptations qu'ont en commun ces trois textes. Il n'y avait pas mention de ceux-ci dans le texte de la Commission de la Sécurité des Consommateurs & Agence nationale des Services à la personne (2012). Les adaptations font mention de recommandations pour la salle de bains, la salle de lavage, la cuisine ainsi que des recommandations générales pour l'habitation.

Pour la salle de bain, l'adaptation commune à ces trois textes était la mise en place d'une douche téléphone ou d'un boyau flexible afin de faciliter l'activité de se laver/rincer le

corps (Maltais & Trickey, 2012). Ce même texte propose de mettre en place des crochets ou d'installer la douche téléphone sur une barre verticale afin de pouvoir ajuster la hauteur du jet, ce qui est appuyé par le Centre de santé et de services sociaux de Drummond (2007) qui spécifie que la hauteur de la douche téléphone doit être ajustable, alors que la Société d'habitation du Québec (1999) propose de mettre en place une pomme de douche coulissante avec un tuyau flexible de 1800 mm de longueur.

Pour ce qui est de la salle de lavage, les trois textes mentionnent qu'il faut avoir du rangement à portée de main. Pour ce faire, des tablettes peuvent être installées à une hauteur variant entre 400 mm à 1200 mm. Les barres³ pour placer les cintres peuvent être mises à une hauteur variant de 1200 mm à 1500 mm (Société d'habitation du Québec, 1999).

Ensuite, pour la cuisine, les textes mentionnent que les prises de courant doivent être faciles d'accès pour la personne. Selon la Société d'habitation du Québec (1999), ces prises de courant devraient être installées à une hauteur de 1050 mm du plancher, en tenant compte qu'il peut y avoir un comptoir dans cet espace.

Les trois textes font aussi mention de certaines adaptations plus générales qui peuvent être réalisées dans la maison afin de diminuer les risques de chutes. Par exemple, l'éclairage adéquat dans chacune des pièces en est une et éliminer les obstacles présents au plancher en est une autre. Ces obstacles sont les seuils de porte, qu'il faut éliminer ou leur donner une hauteur maximale de 13 mm (Société d'habitation du Québec, 1999). Il est aussi mentionné que d'autres obstacles sont les tapis, qu'il faut alors bien les fixer, ou tout simplement enlever. Il est aussi important de réparer toutes les surfaces endommagées dans le domicile.

³ Aussi appelé pôles de garde-robe

5.1.3. Thèmes communs aux textes Centre de santé et de services sociaux de Drummond (2007), de la Commission de la Sécurité des Consommateurs & Agence nationale des Services à la personne (2012) et Maltais & Trickey (2012)

Cette section montre les adaptations communes qu'ont fait ressortir ces trois textes. Les adaptations sont présentes dans les pièces suivantes : la chambre, la salle de bain, le salon et la cuisine.

Dans la chambre, deux recommandations sont mises en évidence dans ces trois textes. Premièrement, le lit de la personne doit être ajusté à celle-ci. Pour ce faire, le lit peut être relevé par des blocs si nécessaire (Commission de la Sécurité des Consommateurs & Agence nationale des Services à la personne, 2012; Maltais & Trickey, 2012). Deuxièmement, pour permettre à la personne de se lever plus facilement de son lit, la présence d'un matelas ferme est à considérer. Maltais & Trickey (2012) propose aussi de mettre une planche sous le matelas.

Pour la salle de bain, les trois textes sont d'accord sur le fait que l'éclairage doit être adéquat. Par contre, il n'est pas défini ce qu'est un éclairage adéquat. De plus, la Commission de la Sécurité des Consommateurs & Agence nationale des Services à la personne (2012) propose d'installer des détecteurs de mouvement ou de changer les abat-jours afin d'avoir une lumière qui est suffisante sans pour autant éblouir la personne âgée.

En ce qui a trait au salon, les textes font mention que le fauteuil utilisé par la personne doit être adapté à la hauteur de la personne. Pour relever le fauteuil, des blocs peuvent être utilisés (Commission de la Sécurité des Consommateurs & Agence nationale des Services à la personne, 2012; Maltais & Trickey, 2012). Aussi, le fauteuil doit, en plus d'offrir un point d'appui stable pendant les déplacements, fournir un appui à la personne pour qu'elle puisse aussi utiliser ses membres supérieurs lorsqu'elle veut se lever.

Finalement, les trois textes font mention qu'il faut libérer le plancher dans la cuisine. Alors que Maltais & Trickey (2012) mentionnent que le plancher doit être libre d'obstacles,

les deux autres textes expliquent que les tapis présents doivent être enlevés ou bien fixés afin d'éviter les chutes.

5.2. Les résultats probants

Tel que mentionné dans la section « Critères d'exclusion pour les données probantes » de la méthode, qui traite du niveau de scientificité des données probantes, seules les recherches ayant un niveau de 1 à 3 ont été retenues (Law & MacDermid, 2008). Le niveau *1a* réfère à une revue systématique (avec homogénéité) d'études cliniques randomisées, le niveau *1b* fait référence à une étude clinique randomisée individuelle, le niveau *2a* fait référence à une revue systématique homogène d'études de cohorte et, finalement, le niveau *2b* réfère à une étude de cohorte individuelle ou une étude clinique randomisée de faible qualité. Toutes les études retenues ont soit le niveau *1a*, *1b*, *2a* ou *2b*. Le guide de pratique retenue a une cote de 5 qui, selon la grille AGREE, est d'un bon niveau (The AGREE Next Steps Research Consortium, 2009). Les résultats trouvés se séparent en deux parties, la première expliquant en général l'efficacité de l'adaptation domiciliaire chez les personnes âgées (à domicile ou dans une résidence pour personnes âgées semblable à un CHLSD), la deuxième fournissant des résultats probants sur l'utilisation de certaines adaptations domiciliaires. Aucun texte ne faisait mention de résidences privées pour personnes âgées, excepté l'étude de Christiaen (2004, 2013).

5.2.1. Données probantes sur l'efficacité de l'adaptation domiciliaire

Sur les dix-sept textes retenus à la suite de la collecte de données, onze font mention de l'adaptation domiciliaire en général, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de recommandations précises sur les adaptations à faire (Chase, Mann, Wasek & Arbesman, 2012; Cumming, 2002; Currin, Commans, Heathcote & Haines, 2012; Gillespie & al., 2012; Lord, Menz & Sherrington, 2006; McClure & al., 2005; Neyens & al., 2011; Nikolaus & Bach, 2003; Rapp & al., 2008; American Geriatric Society, 2010; Vu, Weintraub & Rubenstein, 2006). Cependant, l'utilité ou non de l'adaptation domiciliaire comme intervention pour prévenir les chutes y est discutée. Ces onze textes sont présentés dans le tableau 1 ci-dessous et inclus dans la compilation de l'annexe F.

Parmi ces onze textes, un seul démontre qu'il n'y a pas de différence significative au niveau des chutes lorsque l'adaptation domiciliaire est utilisée comme seul moyen d'intervention pour la prévention des chutes. Chase, Man, Wasek & Arbesman (2012) expliquent que les résultats obtenus lors de l'utilisation de l'adaptation domiciliaire sont modérés. De plus, Lord, Menz & Sherrington (2006) montrent qu'il n'y a pas vraiment de consensus sur l'efficacité de l'adaptation domiciliaire comme intervention seule, les résultats variant grandement d'un texte à l'autre.

Cependant, la plupart des textes expriment que l'adaptation domiciliaire montre de bons résultats lorsqu'il fait partie d'un plan d'intervention multifactoriel. Ainsi, Cumming (2002) explique dans sa revue systématique que la méthode multifactorielle montre souvent des résultats statistiques significatifs, ce qui est supporté par Gillespie & al. (2012). Ceux-ci montrent dans leur revue systématique que les chutes diminuent lorsque l'adaptation domiciliaire est combinée avec de l'exercice physique et/ou la diminution des problèmes de vision (ex. : le port de lunettes), avec un intervalle de confiance de 0,61 à 0,98. Neyens & al. (2011) font aussi mention que les évaluations et interventions multifactorielles permettent de diminuer de façon significative les chutes (de 27 à 49 %), dont fait partie l'adaptation domiciliaire. Le guide de pratique de l'*American Geriatric Society* (2010) donne quant à lui une cote de *A* à l'adaptation et à la modification domiciliaire lorsqu'elle fait partie d'une intervention multifactorielle. Finalement Vu, Weintraub & Rubenstein (2006) expliquent que les interventions les plus efficaces sont les interventions multifactorielles pour diminuer les chutes. L'adaptation domiciliaire est l'une des parties de l'intervention multifactorielle.

Parmi les onze textes, cinq montrent que l'adaptation domiciliaire diminue les risques de chutes chez certains groupes de personnes âgées, tels que ceux ayant chuté à plusieurs reprises ou étant plus à risque de chuter (Gillespie & al., 2012; Lord, Menz & Sherrington, 2006; Nikolaus & Bach, 2003; American Geriatric Society, 2010), ceux ayant des problèmes d'incontinence urinaire ou encore ceux ayant des troubles cognitifs (Rapp & al., 2008), sans préciser de quelles adaptations il s'agit.

Enfin, Currin, Commans, Heathcote & Haines (2012) mentionnent que les recommandations suggérées par des ergothérapeutes australiennes étant les plus suivies par les personnes âgées sont celles reliées aux : barres d'appui, tapis antidérapants, barres de lit et mains courantes. À l'opposé, les moins appliquées par les personnes sont : utiliser les cadres de sécurités, enlever les tapis ainsi que de refaire le plancher. Quand les recommandations pour les adaptations domiciliaires sont données par l'ergothérapeute directement aux personnes âgées elles-mêmes, elles sont appliquées 41 % du temps. Cependant, lorsque les recommandations sont émises en incluant un organisme extérieur (outside agency), elles sont suivies 71 % du temps. Toutefois, seulement 27 % de l'ensemble de toutes les recommandations intègrent un organisme extérieur.

Tableau 1 - Extraction dans les données probantes des textes sur l'adaptation domiciliaire

Articles	But de la recherche	Type d'articles (Niveau d'évidence)	Résultats
American Geriatric Society (2010)	Optimiser les évaluations et les interventions possibles pour prévenir les chutes chez les personnes âgées.	Guide de pratique (5 selon la grille AGREE II)	<p>À domicile :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans les recommandations multifactorielles, l'adaptation et les modifications domiciliaires ont une cote de « A », c'est-à-dire que les professionnels pourraient la recommander et que les évidences scientifiques sont fortes. - L'utilisation d'évaluation et d'intervention basées sur l'adaptation domiciliaire devraient être incluses dans les évaluations multifactorielles. - Les adaptations domiciliaires sont plus utiles auprès des personnes ayant déjà chuté qu'auprès des personnes n'ayant jamais chuté. <p>Dans un centre pour personnes âgées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faire des évaluations et des interventions multifactorielles, incluant de l'adaptation domiciliaire.
Chase, Mann, Wasek & Arbesman (2012)	Déterminer les preuves de l'efficacité de l'adaptation domiciliaire et des programmes de préventions des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile.	Revue systématique (1a selon Law & MacDermid (2008))	<ul style="list-style-type: none"> - L'approche multifactorielle est celle donnant de meilleurs résultats (inclus l'adaptation domiciliaire, l'éducation sur la santé et sécurité, la gestion de médicament, la gestion de la vision, l'entraînement à l'équilibre et l'exercice). - L'exercice physique a des résultats mixtes, mais positifs. - L'adaptation domiciliaire seule a des résultats mitigés.

Cumming (2002)	Déterminer quelles sont les méthodes de prévention des chutes efficaces et sur quels groupes de personnes elles agissent.	Revue de systématique (1a selon Law & MacDermid (2008))	<p>- La méthode la plus efficace pour diminuer les risques de chutes est la méthode multifactorielle (toujours statistiquement significative dans les textes)</p> <p>- L'adaptation domiciliaire, sous supervision d'un ergothérapeute, peut être efficace, mais c'est peu étudié.</p> <p>- Les interventions sont plus efficaces auprès des personnes à haut risque de chuter qui habitent dans la communauté.</p>
Currin, Comans, Heathcote & Haines (2012)	<p>- Identifier les modifications d'environnement proposées par les ergothérapeutes pour réduire les risques de chutes</p> <p>- Identifier les facteurs intrinsèques et extrinsèques qui prédisent l'adhérence à ces recommandations.</p>	Étude de cohorte (2 b selon Law & MacDermid (2008))	<p>-50 % des recommandations étaient suivies, surtout les barres d'appui à la douche et la toilette, les tapis antidérapants, les barres de lit ou les rampes d'escalier.</p> <p>- Les recommandations les moins suivies étaient les chaises d'aisance, les cadres de sécurité, changer la surface du sol et enlever les tapis.</p> <p>- 41 % des recommandations étaient réalisées quand c'était la responsabilité du client versus, 71 % lorsque c'était la responsabilité d'une agence extérieure.</p>
Gillespie & al. (2012)	Évaluer les effets des interventions destinées à réduire les chutes chez les personnes âgées vivant dans la communauté.	Revue systématique (1a selon Law & MacDermid (2008))	<p>Résultats trouvés pour : Exercice, vitamine D, problème de vision, pacemaker, médication, crampons, interventions comportementales, éducation, économie.</p> <p>Résultats concernant l'adaptation domiciliaire et les interventions multifactorielles (comprend l'adaptation domiciliaire) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'adaptation domiciliaire diminue les risques de chutes (Coefficient de régression 0.88, Intervalle de confiance : 0.8 à 0.96). • Les adaptations sont plus efficaces sur le groupe de personnes âgées à haut risque de chute (P=0.0009). • Diminution du risque de chute lorsque c'est implanté par un ergothérapeute (Coefficient de régression : 0.79, 95 % , intervalle de confiance : 0.70 à 0.91). • Lorsque combinés avec d'autres interventions, les risques de chutes sont diminués chez les personnes âgées (ex : exercice physique et diminution des problèmes de vision : Taux (rate ratio): 0.72, 95 % , Intervalle de confiance 0.61 à 0.98)

Lord, Menz & Sherrington (2006)	Examiner le rôle des dangers environnementaux dans l'augmentation des risques de chutes ainsi que de l'efficacité de l'adaptation domiciliaire dans les risques de chutes.	Revue systématique (1a selon Law & MacDermid (2008))	<ul style="list-style-type: none"> - Les chutes surviennent lors d'une interaction entre l'environnement et la personne. - Les données probantes sur l'efficacité de l'adaptation domiciliaire varient. - La réduction des dangers liés à l'environnement est plus efficace lorsque c'est fait auprès de personnes ayant une histoire de chutes ou avec diminution de la mobilité.
McClure & al. (2005)	Évaluer l'efficacité des interventions populationnelles avec des interventions multistratégiques afin de prévenir les blessures dues aux chutes chez les personnes âgées.	Revue systématique (2a selon Law & MacDermid (2008))	Les six études conservées lors de cette recherche ont vu une diminution des blessures liées aux chutes, même si certains résultats ne sont pas significatifs (de 6 % à 33 %).
Neyens & al. (2011)	Rapporter l'effcience et les aspects de l'implantation des interventions prévues pour diminuer les chutes.	Revue de systématique (1a selon Law & MacDermid (2008))	Quatre études cliniques randomisées ayant des évaluations et des interventions multifactorielles (évaluation personnelle et environnementale, éducation, adaptation environnementale, exercices d'équilibre et de résistance, protecteur de hanches) et trois études randomisées ayant des interventions monofactorielles (vitamine D, calcium et vitamine D, révision de la médication) ont montré une diminution significative des chutes (27 % à 49 %).
Nikolaus & Bach (2003)	Examiner l'efficacité des évaluations de domicile et des programmes de prévention des chutes auprès des personnes âgées frêles vivant dans la communauté.	Étude clinique randomisée (1b selon Law & MacDermid (2008))	<ul style="list-style-type: none"> - 31 % moins de chutes dans le groupe ayant reçu les interventions que dans le groupe contrôle - Aucune différence significative chez le groupe des personnes ayant des chutes fréquentes (deux et plus). - Les clients réalisant au moins une modification réduisent leur nombre de chutes. Cependant, il n'y a pas de différence significative entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle lorsqu'il n'y a pas de modifications.
Rapp & al. (2008)	Étudier les effets d'interventions tels que l'adaptation environnementale, l'éducation sur la prévention des chutes, les recommandations de protecteur de hanche et les exercices d'équilibre sur différents sous-groupes.	Étude clinique randomisée (1a selon Law & MacDermid (2008))	Les interventions ont plus d'effet chez les gens ayant des troubles cognitifs (Intervalle de confiance = 0,35 à 0,69), les gens ayant une histoire de chutes (Intervalle de confiance = 0,33 à 0,67) et les gens ayant des problèmes d'incontinence urinaire (Intervalle de confiance = 0,45 à 0,77).

Vu, Weintraub, Rubenstein (2006)	Trouver des preuves de l'efficacité de la prévention des chutes dans une résidence pour personnes âgées	Revue systématique (I b selon Law & MacDermid (2008))	<ul style="list-style-type: none"> - Les interventions multifactorielles sont les interventions les plus efficaces dans les résidences pour personnes âgées. - La diminution des contentions diminue les chutes. - L'exercice augmente l'équilibre, mais plus de recherches à ce sujet devraient être faites pour trouver plus précisément quels exercices améliorent l'équilibre. - L'utilisation des protecteurs de hanches ne diminue pas les chutes, mais diminue les blessures associées aux chutes. - Il est important de connaître les médicaments qui peuvent causer des chutes.
---	---	---	---

5.2.2. Résultats probants sur certains types d'adaptation

Lors de la recherche dans les données probantes, six textes seulement faisaient état de recherches réalisées sur différents types d'adaptation possibles d'effectuer chez soi (Christiaen 2004, 2013; Guitard, Sveistrup, Edward & Lockett, 2007; Lemaire, 2010; Paul & Liu, 2012; Sveistrup, 2013; Sveistrup, Lockett, Edwards & Aminzadeh, 2003). Des données probantes ont été trouvées pour les barres d'appui dans les salles de bain, les rampes d'accès extérieures et l'éclairage. L'extraction de ces données est présentée dans le tableau ci-dessous et inclus à annexe F, à l'exception de l'étude de Christiaen (2004, 2013), qui se retrouve seulement à l'annexe G, puisqu'il s'agit d'une étude qualitative.

Pour ce qui est des barres d'appui dans la salle de bain, selon Guitard, Sveistrup, Edward & Lockett (2007), en cas de pertes d'équilibre, les personnes âgées utilisent les barres d'appui pour retrouver leur équilibre, si ces barres sont présentes. Elles sont utilisées dans 49,7 % des cas. La barre la plus utilisée est la barre verticale, ce qui est corroboré dans le texte de Sveistrup, Lockett, Edwards & Aminzadeh (2003), qui montre que les personnes âgées utilisent la barre verticale pour entrer et sortir du bain. La barre oblique est, quant à elle, utilisée pour s'asseoir et se relever du bain. Les deux textes mentionnent que la configuration courante d'Ottawa-Carleton (CCOC) est appréciée et recommandée pour les personnes âgées qui souhaitent avoir des barres d'appui au bain. Cette configuration consiste à une barre verticale à l'entrée du bain ainsi que d'une barre oblique au mur du fond. De plus, il est mentionné que 78,3 % des personnes âgées ayant réalisé l'étude se sentaient plus en sécurité

lorsqu'il y avait des barres d'appui au bain (Guitard, Sveistrup, Edward & Lockett, 2007), alors que la majorité des participants de l'étude de Sveistrup, Lockett, Edwards & Aminzadeh (2003) a jugé que l'utilisation des barres d'appui dans le bain était pertinente dans le quotidien. Sveistrup (2013) mentionne finalement que la barre horizontale est généralement la moins appréciée des barres d'appui.

Une autre étude portant sur l'adaptation domiciliaire retient l'attention, cette fois-ci sur les rampes d'accès extérieures (Lemaire, 2010). Cette étude réalisée dans des conditions hivernales a permis aux chercheurs de déterminer qu'une pente de 1 :16 est plus facile à franchir l'hiver, alors qu'une pente de 1 :10 s'avère difficile à monter sans aide lorsqu'il y a de la neige.

Finalement, l'étude de Paul & Liu (2012) tentait de déterminer, pour sa part, le rôle de la luminosité dans l'environnement de la personne âgée. Cette recherche en vient à la conclusion que le niveau de luminosité influence la performance, la productivité, le bien-être, la vision et l'équilibre de la personne âgée, ce qui peut entraîner des risques de chutes. Les auteurs mentionnent donc l'importance de s'assurer que la luminosité est adéquate pour la personne. Cette conclusion est aussi supportée par l'étude de Christiaen (2004, 2013). Son étude explique les impacts qu'a l'environnement et la luminosité sur les personnes ayant des déficits visuels dus au vieillissement. Cette recherche suggère divers moyens pour améliorer l'environnement des personnes aux prises avec des problèmes visuels, tels que cacher les touches des appareils ménagés qui ne sont pas utilisés ou encore utiliser des contrastes pour faciliter le repérage de certains objets. De plus, la luminosité des pièces est aussi abordée dans ce texte, précisant que le niveau doit être ajusté à la personne et qu'il est important d'éviter les éblouissements. Pour ce faire, des interrupteurs avec gradateur intégré peuvent être installés pour modifier le niveau de luminosité, et des rideaux peuvent être installés dans les couloirs pour éviter les changements de luminosité.

Tableau 2– Extraction des données probantes sur certains types d'adaptation

Articles	But de la recherche	Type d'articles (Niveau d'évidence)	Résultats
Guitard, Sveistrup, Edward & Lockett (2007)	<ul style="list-style-type: none"> - Examiner la façon dont les personnes qui avaient perdu l'équilibre utilisaient les quatre configurations de barres d'appui. - Examiner l'efficacité avec laquelle les configurations de barres d'appui préviennent les chutes - Déterminer les facteurs qui empêchent les personnes âgées d'utiliser les barres d'appui 	Étude de cohorte (2 b selon Law & MacDermid (2008))	<ul style="list-style-type: none"> - En cas de perte d'équilibre sans barres d'appui, les personnes âgées utilisent les éléments du pourtour du bain. Avec les barres d'appui, ils utilisent la barre verticale du mur latéral. Les personnes âgées ont utilisé les barres d'appui dans 49,7 % des cas. - La barre la plus souvent utilisée est la barre verticale (transfert au bain). Donc les configurations CSA et CCOC sont à préconiser. - Une perte d'équilibre influence l'utilisation des barres d'appui. 78,3 % des personnes âgées se sentaient plus en sécurité avec des barres d'appui.
Lemaire (2010)	<ul style="list-style-type: none"> -Recenser les techniques biomécaniques permettant aux personnes en fauteuil roulant (F.R.) de se déplacer sûrement sur les rampes d'accès couvertes de neige ou de neige glacée. - Définir les pentes qui rendent difficile ou impossible le déplacement dans la neige ou la neige glacée. - Avoir la perception des personnes en F.R. sur l'utilisation des rampes d'accès en hiver. 	Enquête (2 b selon Law & MacDermid (2008))	<ul style="list-style-type: none"> -Tous les participants ont pu utiliser toutes les pentes glacées lorsqu'il y avait du sable antidérapant rajouté. - Difficulté pour l'ascension avec une pente de 1 :10 et 1 :12 glacé avec sable. Les participants utilisaient les deux mains courantes pour se tirer. - Impossibilité pour plusieurs participants de monter la pente 1 :10 avec neige. - Difficulté à monter la pente lorsque la neige est molle dans les zones de transition. - Pente de 1 :16 plus facile à franchir l'hiver.
Paul & Liu (2012)	Mettre en lumière le rôle de la luminosité intérieure et son effet sur les chutes et le fonctionnement au quotidien des personnes âgées.	Revue intégrative (1a selon Law & MacDermid (2008))	<ul style="list-style-type: none"> - Le niveau de luminosité influence la performance des personnes âgées - Le niveau de luminosité influence la productivité et le bien-être. - Le niveau de luminosité influence la vision, la posture et l'équilibre. - Une combinaison de plusieurs facteurs, incluant la luminosité, peut entraîner des risques de chutes.
Sveistrup (2013)	Évaluer les habitudes d'utilisation et la perception qu'ont les personnes âgées de l'utilité et de la sécurité des configurations des barres d'appui dans les salles de bain.	Étude de cohorte (2 b selon Law & MacDermid (2008))	<ul style="list-style-type: none"> - Les personnes âgées utilisent plus longtemps la barre diagonale pendant le transfert que les jeunes et appliquent plus de pression sur les barres verticales. - Les personnes âgées ayant eu un AVC ont préféré la configuration à deux barres verticales, alors que les personnes âgées ayant eu un remplacement de la hanche ont aimé plusieurs configurations. - La barre horizontale est moins appréciée.

Sveistrup, Lockett, Edwards & Aminzadeh (2003)	Déterminer l'utilité, la sécurité et les modes d'utilisation perçus et réels de cinq configurations différentes de barre d'appui au bain.	Étude de cohorte (2 b selon Law & MacDermid (2008))	<p>- Les participants ont préféré, dans l'ordre, ce type de configuration des barres d'appui : Toutes les barres, CCOC, UFAS, ACN, et CBO.</p> <p>- La majorité des participants ont jugé que l'utilisation des barres d'appui était pertinente.</p> <p>- 68 % ont utilisé la configuration CCOC pour entrer dans le bain et 86 % la configuration UFAS pour se lever.</p> <p>- Lorsqu'ils avaient le choix, les barres d'appui suivantes étaient utilisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrer : Verticale (32,3 %) • S'asseoir : Oblique (43,1 %) • Lever : Oblique (54,9 %) • Sortir : Verticale (32,3 %)
--	---	---	--

5.2.3. Conclusion des résultats probants

Bien que l'adaptation domiciliaire soit importante, tous les textes trouvés mentionnent que celle-ci fait partie d'une approche multifactorielle dans laquelle elle s'inscrit pour en maximiser les effets positifs visant à diminuer les risques de chutes chez les personnes âgées. Il est cependant important de spécifier que chaque personne est unique, et que certaines des adaptations proposées peuvent ne pas leur convenir.

6. DISCUSSION

L'objectif de cette étude de documents était de faire ressortir les recommandations les plus efficaces rapportées dans les écrits en ce qui a trait à l'adaptation domiciliaire à des fins de prévention des chutes pour les personnes âgées vivant en résidence privée. Ces recommandations pourraient éventuellement servir à des exploitants de résidences privées. Dans la section à venir, les résultats des directives gouvernementales ainsi que des données probantes seront discutés afin de voir les constats généraux ressortis de ces textes. Les adaptations possibles à réaliser dans les résidences pour personnes âgées en fonction des occupations qu'elles ont seront aussi explorées. Les forces et limites de ce projet ainsi que les implications pour la pratique de l'ergothérapeute suivront par la suite.

6.1. Constats ressortis des divers textes

Bien qu'aucun texte trouvé lors de la recension des écrits ne discute spécifiquement des adaptations domiciliaires dans les résidences privées pour personnes âgées, à l'exception de l'écrit de Christiaen (2004, 2013), les résultats trouvés peuvent toutefois être généralisés à ce milieu de vie. Une résidence privée pour personnes âgées est définie par l'article 346.0.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2012) comme un bâtiment qui est occupé par des personnes ayant 65 ans et plus et dans lequel l'exploitant offre divers services, tels que les repas, les soins infirmiers ou encore de l'aide domestique. Les personnes âgées habitent dans une chambre ou un logement qu'ils louent. De plus, ces personnes participent à un certain nombre d'occupations répondant à des besoins de maintien de l'intégrité physique, telles que se laver, se déplacer, manger, prendre son bain, tout comme doivent le faire les personnes vivant dans leur propre domicile.

Les résultats trouvés font émerger deux constats principaux. Tout d'abord, l'utilisation de l'adaptation domiciliaire, en elle-même, ne diminue pas les chutes chez les personnes âgées vivant à domicile. Cependant, lorsqu'elle fait partie d'une intervention multifactorielle, le risque de chutes chez les personnes âgées en est diminué (Cumming, 2002; Gillespie & al., 2012; Neyens & al., 2011; American Geriatric Society, 2010; Vu, Weintraub & Rubenstein,

2006). Tel qu'expliqué dans la problématique, les chutes sont des événements multifactoriels, influencés par plusieurs éléments; les attributs de la personne, les comportements de celle-ci et l'environnement. Pour prévenir les chutes, il ne faut donc pas seulement investir dans l'adaptation de l'environnement de la personne âgée. Il faut incorporer cette intervention dans un ensemble d'interventions (Cardinal, Langlois, Gagné, & Tourigny, 2008). Cependant, il ne faut pas négliger que les exploitants des résidences privées, par l'adaptation de l'environnement, peuvent contribuer à réduire les chutes. D'autant plus que ceux-ci peuvent être vigilants en permettant l'accès en leur lieu à d'autres activités de prévention des chutes (exemple : enseignement, visite de professionnels, ...).

Le deuxième constat ressorti des textes est que l'aménagement domiciliaire est plus efficace auprès des personnes âgées aux prises avec des problèmes de santé, comme de l'incontinence urinaire ou des problèmes cognitifs, ainsi qu'auprès de ceux qui ont déjà chuté. Les écrits montrent que les personnes âgées en bonne santé utilisent peu les adaptations mises à leur disposition ou donnent peu suite aux recommandations qui leur sont faites (Gillespie & al., 2012; Lord, Menz & Sherrington, 2006; Nikolaus & Bach, 2003; Rapp & al., 2008; American Geriatric Society, 2010). Les personnes considérées comme vulnérables vont utiliser davantage les adaptations pour prévenir une chute éventuelle. De plus, Currin & al. (2012) apportent une nuance importante en stipulant que lorsque les recommandations d'adaptation domiciliaire passent par un organisme extérieur en accompagnement à la personne, ces recommandations sont plus suivies. Il est plausible de penser que les personnes âgées vivant en résidence privée pour personnes âgées et étant âgés de plus de 83 ans sont à risque de présenter plusieurs limitations fonctionnelles justifiant des interventions multifactorielles. Par conséquent, les exploitants des résidences pour personnes âgées auraient un rôle important auprès de celles-ci en mettant en place plusieurs adaptations domiciliaires ou en encourageant la personne à adapter son environnement. Il est plausible de penser que les exploitants doivent donc être au fait des adaptations possibles afin de rendre le milieu de vie sécuritaire.

6.2. Constats des adaptations domiciliaires à la lumière des occupations des personnes âgées en résidences privées

Les suggestions d'adaptation domiciliaire à la suite de l'analyse des écrits (directives gouvernementales, données probantes) se rattachent principalement à des occupations reliées au maintien de l'intégrité physique (aux soins personnels de base) qui ont lieu à l'intérieur des résidences. En particulier, les suggestions de Maltais & Trickey (2012) se rattachent aux activités suivantes et constituent une partie des activités retrouvées dans le tableau 3 :

- 1) Accessibilité générale (se déplacer dans chaque pièce de la maison); 2) Se lever/s'habiller/ranger sa chambre; 3) Soins corporels/hygiène personnelle au lavabo; 4) Prendre une douche; 5) Prendre un bain; 6) Utiliser les toilettes; 7) Préparation des repas; 8) Faire la lessive; 9) Entretien ménager; 10) Utiliser un téléphone; 11) Détente/affaires; 12) Prise de médicament.

Toutefois, la personne âgée vivant en résidence a des besoins d'occupations de plus que celles listées ci-haut. Wilcock (2007) et Christiansen, Haertl & Robinson (2009) avaient identifié l'importance des occupations variées, parce qu'elles donnent un sens et améliorent la qualité de vie, permettent de préserver son identité, permettent d'avoir des relations sociales significatives et contribuent à avoir un bien-être psychologique satisfaisant. Pour ce, dans le but qu'une personne âgée en résidence privée puisse avoir des possibilités d'occupations variées, l'exploitant doit aussi être avisé d'en tenir compte pour aménager l'environnement de la résidence. L'exploitant aura un souci d'aménager des lieux sécuritaires autant à l'extérieur (dans l'environnement immédiat) qu'à l'intérieur de la résidence. Par exemple, Christiaen (2013) a suggéré des mains courantes le long des trottoirs tout autour de la résidence. Ainsi, la personne âgée peut faire des rencontres sociales, se retrouver seule ou refaire son énergie. Le tableau 3 montre donc aussi d'autres activités qui peuvent être réalisées par les personnes âgées qui n'ont pas été discutés dans les données probantes, mais qui font aussi partie du quotidien des personnes âgées (Hägglöm-Kronlöf, Hultberg, Eriksson & Sonn, 2007; Hovbrandt, Fridlund & Carlsson, 2007; Öhman & Nygård, 2005; Svidén & Borell, 1998).

Tableau 3 – Activités du quotidien réalisées par les personnes âgées

Activités du quotidien ciblées dans Maltais & Trickey (2012)	Activités importantes à réaliser au quotidien
1. Accessibilité générale (Se déplacer dans chaque pièce de la maison)	Déplacement
2. Se lever/s'habiller/ranger sa chambre	Soins personnels de base
3. Soins corporels/hygiène personnelle au lavabo	Soins personnels de base
4. Prendre une douche	Soins personnels de base
5. Prendre un bain	Soins personnels de base
6. Utiliser les toilettes	Soins personnels de base
7. Préparation des repas	Soins personnels de base
8. Faire la lessive	Réaliser des activités domestiques
9. Entretien ménager	Réaliser des activités domestiques
10. Utilise un téléphone	Loisir
11. Détente/affaires	Loisir
12. Prise de médicament	Soins personnels de base
	Interactions sociales (Hägglom-Kronlöf, Hultberg, Eriksson & Sonn, 2007; Hovbrandt, Fridlund & Carlsson, 2007; Öhman & Nygård, 2005; Svidén & Borell, 1998)
	S'impliquer dans les activités quotidiennes significatives et amusantes (Hägglom-Kronlöf, Hultberg, Eriksson & Sonn, 2007; Öhman & Nygård, 2005; Svidén & Borell, 1998)
	Avoir des défis (Hägglom-Kronlöf, Hultberg, Eriksson & Sonn, 2007; Svidén & Borell, 1998)
	Avoir une routine (Hägglom-Kronlöf, Hultberg, Eriksson & Sonn, 2007; Öhman & Nygård, 2005)
	Marcher à l'extérieur (Hovbrandt, Fridlund & Carlsson, 2007)
	Faire des activités culturelles (Hovbrandt, Fridlund & Carlsson, 2007)
	Faire les courses (Hovbrandt, Fridlund & Carlsson, 2007)
	Faire des activités physiques (Öhman & Nygård, 2005)
	Réaliser les activités seules (Öhman & Nygård, 2005)

Plusieurs adaptations peuvent être mises en place pour aider, tout d'abord, l'aîné à pouvoir accéder à la résidence, donc dans le cas présent, la résidence pour personnes âgées. En effet, des adaptations telles qu'installer un détecteur de mouvement à l'entrée (Commission de la Sécurité des Consommateurs & Agence nationale des Services à la personne, 2012), éviter les seuils de porte (Société d'habitation du Québec, 1999) ou encore avoir une rampe d'accès avec une pente de 1 :16 (Lemaire, 2010 ; Société d'habitation du Québec, 1999) permettraient de faciliter l'accès. Ces adaptations permettent à la personne âgée d'entrer et sortir de la résidence sans risque de chute, lui facilitant ainsi l'accès aux activités extérieures qu'elle

considère significantes pour elle. Cette simple adaptation contribue à réduire les possibilités d'isolement par confinement à domicile de la personne âgée. Le but est d'éviter la privation occupationnelle qui serait occasionnée par l'environnement physique inadéquat de la personne âgée (Polatajko & al., 2008c). La privation occupationnelle peut amener des problèmes au niveau physique, tel que la diminution de la santé de la personne, ou encore au niveau social, en empêchant la personne de voir ses proches et ses amis (Polatajko & al., 2008c).

Lorsque la personne âgée vit dans une résidence privée, il est important qu'elle puisse y réaliser les occupations qui sont significantes pour elle en toute sécurité, et ce, en diminuant le plus possible les risques de chutes, puisque les chutes peuvent créer des blessures ou entraîner la peur de tomber de nouveau et ainsi diminuer les occupations réalisées (Agence de la santé publique du Canada, 2009; Armutlu & al., 2010; Hébert & Roy, 2007; Institut de la statistique du Québec, 2010). Subséquemment, les exploitants de résidences pour personnes âgées doivent s'assurer que la présence de risques de chutes tels qu'un éclairage inadéquat, la présence d'obstacles sur le plancher ou encore l'absence de barres d'appui à la salle de bain soit corrigée le plus rapidement possible (Centre de santé et de services sociaux de Drummond, 2007; Commission de la Sécurité des Consommateurs & Agence nationale des Services à la personne, 2012; Christiaen, 2004; Guitard & al., 2007; Paul & Liu, 2012; Maltais & Trickey, 2012) pour permettre aux aînés de réaliser leurs occupations de loisirs, de productivité et de soins personnels.

6.3. Constats des adaptations domiciliaires en lien avec le vieillissement en santé

Il est toutefois important de réaliser les adaptations en fonction des occupations des personnes âgées vivant à la résidence ainsi que de favoriser une participation sociale des personnes âgées sous forme de diverses activités (Raymond, Gagné, Sévigny & Tourigny, 2008). En effet, si la résidence accueille une clientèle ayant une mobilité réduite, l'exploitant doit alors réaliser des adaptations pour permettre à ces personnes de circuler de façon autonome et en toute sécurité dans la résidence. Il devra alors porter attention à la mise en place d'un ascenseur, de rampes d'accès ainsi que de couloirs permettant le déplacement et la giration d'un fauteuil roulant (Société d'habitation du Québec, 1999). Toutes les adaptations sont réalisées dans l'optique de créer un milieu sain et sécuritaire pour l'aîné afin d'améliorer

sa condition de vie et de permettre un vieillissement en santé, tel qu'expliqué par Cardinal, Langlois, Gagné, & Tourigny (2008) dans leur modèle conceptuel *Perspectives pour un vieillissement en santé*. Avec de telles adaptations, l'exploitant vient agir au niveau de la « Communauté » de la personne vieillissante en lui offrant des opportunités de réaliser les occupations qui lui sont significatives dans un environnement adéquat (Association canadienne d'ergothérapie, 2007)

Le souci qu'auront les exploitants des résidences privées pour personnes âgées d'aménager de façon sécuritaire tous les espaces de vie des résidents (personnels et communs) aura pour effet non seulement d'assurer leur sécurité, mais aussi d'améliorer la qualité de vie des aînés. Cela permettra en effet de favoriser leur participation sociale et leur engagement dans des activités diverses, allant des habitudes de vie personnelle à l'engagement social au comité des résidents en passant par des activités sociales telles que marcher avec des amis ou encore aller au restaurant.

6.4. Limites et forces

Trois limites sont à retenir pour cette recherche. Tout d'abord, la recherche de données probantes a été effectuée dans des moteurs de recherche ciblés, donc il se peut que ce ne soit pas tous les textes traitant de ce sujet qui ont été rapportés. Ensuite, aucun texte ne faisait mention de résidence privée pour personnes âgées, à l'exception de l'étude de Christiaen (2004, 2013), donc les résultats obtenus sont le fruit de généralisation du contexte du domicile au contexte de résidence privée pour personnes âgées. Une autre limite se rattache à la façon dont sont comptabilisées les chutes dans les études recensées. Selon Cumming (2002), les personnes âgées ont tendance à minimiser le nombre de chutes rapportées. Cet élément n'a pas été pris en compte dans l'analyse des textes.

L'une des forces de cette recherche se situe au niveau des textes retenus pour les données probantes. En effet, tous les textes retenus ont une qualité sur l'échelle de Law & MacDermid (2008) allant de 1 à 3, et de 5 avec la grille AGREE (The AGREE Next Steps Research Consortium, 2009), ce qui en fait des textes ayant de bonnes qualités métrologiques. Une autre des forces de la présente recherche est que les données obtenues dans les directives

gouvernementales sont soutenues par les données probantes actuelles. Les données sont donc fiables. L'originalité de la présente recherche se situe à ce niveau. Les données probantes viennent compléter les informations des textes gouvernementaux qui sont des connaissances de base en adaptation domiciliaire.

6.5. Implication pour la pratique

Les résultats obtenus, en particulier ceux des données probantes, viennent appuyer le travail de collaboration entre les ergothérapeutes et les exploitants des résidences privées pour personnes âgées. Ces résultats donnent des arguments sur lesquels se fonder pour convaincre les exploitants que les résidences doivent être sécuritaires et qu'ils doivent prévenir les chutes chez leur clientèle. Par le fait même, les exploitants contribuent au vieillissement en santé des personnes âgées, ce qui est un rôle social louable. De plus, en aménageant des résidences permettant à des personnes âgées de s'adonner à des occupations variées, les exploitants jouent aussi un rôle important pour le vieillissement en santé, puisque les occupations contribuent à la santé (Wilcock, 2007). Lorsque les ergothérapeutes sont impliqués auprès des exploitants de résidences privées pour personnes âgées, ils agissent comme agent de changement (ACE, 2007).

Cette recherche permet aussi de montrer qu'il y a peu de données en ergothérapie au sujet des résidences privées pour personnes âgées. Puisque la population âgée s'accroîtra dans les prochaines années, on peut penser que le nombre de résidences pour personnes âgées augmentera aussi. Dans la perspective d'un vieillissement en santé qui vise le bien-être et la qualité de vie des personnes âgées, s'assurer que les résidences privées pour personnes âgées correspondent à des milieux de vie sains et sécuritaires est d'autant plus important. Par sa connaissance des personnes âgées et de l'adaptation de l'environnement, l'expertise de l'ergothérapeute doit être mise à contribution pour l'avancement des lois, des normes et des réglementations visant des milieux de vie sécuritaire pour les personnes âgées.

7. CONCLUSION

Le but de ce projet d'intégration était de déterminer les adaptations présentement pour prévenir les chutes chez les personnes âgées vivant dans une résidence privée. En effet, avec la population vieillissante, 69 % des chutes amenant des blessures se produisent à domicile (Institut de la statistique du Québec, 2010). Malgré le fait qu'aucun des textes retenus pour ce projet ne faisait mention des adaptations réalisées dans des résidences privées pour personnes âgées, à l'exception d'un seul, les résultats obtenus ont pu être généralisés aux résidences privées. L'adaptation domiciliaire chez la clientèle âgée permet de diminuer les risques de chutes lorsqu'elle est combinée à des interventions multifactorielles. Les données probantes ont montré que lorsque les recommandations passent par un organisme de soutien à la personne âgée, celles-ci sont mises en action et contribuent ainsi à un vieillissement en santé. Lorsque les données probantes sont aussi analysées avec un cadre conceptuel intégrant les occupations et la participation sociale d'une personne, elles apportent une vision élargie de la prévention des chutes.

Des recherches futures sont à envisager en ce qui a trait à l'adaptation des résidences privées pour personnes âgées. Les résultats générés par la présente étude de documents devraient être validés par un groupe d'experts sur le sujet, notamment des professionnels intéressés par l'aménagement sécuritaire des résidences privées. Spécifiquement, la validation devrait se faire auprès d'ergothérapeutes impliqués dans les services de prévention des chutes, auprès d'ergothérapeute travaillant avec des aînés en résidences pour personnes âgées et auprès d'ergothérapeutes œuvrant en santé publique dans les Agences de santé et de services sociaux. Ce serait l'étape suivante à réaliser pour poursuivre cette étude. De plus, une recherche sur la vision des exploitants de résidence pour personnes âgées pourrait être très intéressante à réaliser afin d'investiguer leur conception de l'adaptation domiciliaire. Il pourrait aussi être intéressant de rapporter les adaptations déjà mises en place par ceux-ci dans les résidences privées pour personnes âgées.

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada (2009), *Rapport sur les chutes des aînés au Canada*. Repéré à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/publications/pro/injury-blessure/falls-chutes/chap2-fra.php#cequerevelentlesdonneesd>.
- American Geriatric Society. (2010). *AGS/BGS Clinical Practice Guideline : Prevention of Falls in Older Person*. Repéré à http://www.americangeriatrics.org/health_care_professionals/clinical_practice/clinical_guidelines_recommendations/2010/.
- Armutlu, M., Bajnok, I., Ballantine, C., Currie, D., Harries, B., Iapaolo, S., ...Topping, K. (2010) *Trousse de Départ : Prévention des chutes et des blessures causées par les chutes*, 144 p. Repéré à : <http://jgh.ca/uploads/campagnequebecoise/MesureII/Marjorie%20Jeune/Chutes/Chutes%20-%20Trousse%20En%20avant.pdf>.
- Association canadienne d'ergothérapie (2007). *Profil de la pratique au Canada*. ACE, Publications CAOT, 33 p.
- Bateson, M. C. (1996). Enfolded Activity and the Concept of Occupation. Dans R. Zemke & F. Clark (Eds.). *Occupational science : The Evolving Discipline* (pp. 5-12). Philadelphie, PA : F. A. Davis Compagny.
- Brousseau, M. (2001). *Relations entre le rendement occupationnel subjectif, l'efficience cognitive et l'efficacité personnelle chez des personnes de 60 ans et plus aux prises avec des modifications abruptes des capacités physiques*. (Thèse de doctorat). Université du Québec à Montréal, Montréal.
- Campbell, A. J., Robertson, M. C., la Grow, S. J., Kerse, N. M., Sanderson, G. F., Jacobs, R. J., . . . The College of Occupational Therapists. (2005). Randomised controlled trial of prevention of falls in people aged ≥ 75 with severe visual impairment: the VIP trial [with consumer summary]. *British Medical Journal*, 331(7520):817-820.
- Cardinal, L., Langlois, M.-C., Gagné, D. & Tourigny, A. (2008). *Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel*. Québec, Qc : Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale Nationale, Direction de santé publique et Institut national de santé publique. Repéré à http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/860_PerspectiveVieillissementSante.pdf.
- Centre de santé et de services sociaux de Drummond. (2007). *Mieux vivre à domicile sans chutes*. [Brochure]
- Chase, C.A, Mann, K., Wasek, S. & Arbesman, M. (2012). Systematic Review of the Effect of Home Modification and Fall Prevention Programs on Falls and the Performance of

- Community-Dwelling Older Adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 66(3), 284-291.
- Christiaen, M. (2004). *Vivre mieux dans un environnement visuel adapté*. Suisse : ABA Genève.
- Christiaen-Colmez, M., Julien Simonet, F. & Nicolet, D. (2013). *Cartes sur table : accompagnement des résidents malvoyants en EMS*. Suisse : ABA.
- Christiansen, C.H., Haertl, K. & Robinson, L. (2009). Self-Care. Dans B.R. Bonder & V. Dal Bello-Haas (Eds). *Functional Performance in Older Adults*. (pp.267-289). Philadelphia, PA : F.A. Davis Compagny.
- Clark, F., Larson Ennevor, B. & Richardson, P. L. (1996). A Grounded Theory of Technique for Occupational Storytelling and Occupational Story Making. Dans R. Zemke & F. Clark (Eds.). *Occupational science : The Evolving Discipline* (pp. 373-392). Philadelphie, PA : F. A. Davis Compagny.
- Commission de la Sécurité des Consommateur & Agence nationale des Services à la personne. (2012). *Programme de mise en sécurité du domicile des personnes âgées. Outils de repérage des risques d'accidents domestiques*. Repéré à : http://www.servicesalapersonne.gouv.fr/Public/P/ANSP/Pro/RisqueDOM/Outil_sans%20logo.pdf.
- Cumming, R. G. (2002). Intervention strategies and risk-factor modification for falls prevention: A review of recent intervention studies. *Clinics in Geriatric Medicine*, 18(2), 175-189.
- Currin, M. L., Comans, T. A., Heathcote, K.& Haines, T. P. (2012). Staying Safe at Home. Home environmental audit recommendations and uptake in an older population at high risk of falling. *Australasian Journal on Ageing*, 31, 90-95. doi: 10.1111/j.1741-6612.2011.00545.x.
- Di Monaco, M., Vallero, F., De Toma, E., De Lauso, L., Tappero, R.& Cavanna, A. (2008). A single home visit by an occupational therapist reduces the risk of falling after hip fracture in elderly women: a quasi-randomized controlled trial. *Journal of rehabilitation medicine : official journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine*, 40, 446-450. doi: 10.2340/16501977-0206
- Dickersin K, Scherer R, Lefebvre C. (1994). Identifying relevant studies for systematic reviews. *BMJ Publishing Group*, 309 (6964), 17-36.
- Fortin, M.F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal : Les Éditions de la Chenelière.
- Gillespie, L. D., Robertson, M. C., Gillespie, W. J., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L. M. & Lamb, S. E. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the

- community (Review). *Cochrane Database of Systematic Review*, 289 p. doi: 10.1002/14651858.CD007146.pub3.
- Gresset, J. (2004). *Déficiência visuelle et cécité au Canada – Démographie présente et future*. Repéré à : <http://inlb.qc.ca/modules/pages/index.php?id=343&langue=fr>.
- Guitard, P., Sveistrup, H., Edward, N. & Lockett, D. (2007). Dans quelle mesure les barres d'appui pour les baignoires sont-elles efficaces pour prévenir une chute lors d'une perte d'équilibre?. *Série socio-économique*, 07 (16). 1-8.
- Hägglom-Kronlöf, G., Hultberg, J., Eriksson, B. G. & Sonn, U. (2007). Experiences of daily occupations at 99 years of age. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14, 192-200, doi : 10.1080/11038120601124448.
- Hébert, R. & Roy, P. (2007). Syndrome d'immobilisation. Dans M. Arcand & R. Hébert (Eds.). *Précis pratique de gériatrie* (3^e ed., pp. 477-491.). Québec, Qc : Edisem/Maloine.
- Hovbrandt, P., Fridlund, B. & Carlsson, G. (2007). Very old people's experience of occupational performance outside the home : Possibilities and limitations. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14, 77-85, doi : 10.1080/11038120600773013.
- Institut de la statistique de Québec (2004). *Si la tendance se maintient... Perspectives démographiques, Québec et ses régions, 2001-2051*, Repéré à : http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/demograp/pdf/tendance2001_2051.pdf.
- Institut de la Statistique du Québec (2010). *L'enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*. Repéré à : http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2010/Rapport_EQSP.pdf.
- Johnston, K., Barras, S. & Grimmer-Somers, K. (2010). Relationship between pre-discharge occupational therapy home assessment and prevalence of post-discharge falls. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16(6), 1333-1339.
- Law, M., & MacDermid, J. (2008). Evaluating the evidence. Dans M. Law & J. MacDermid (Eds.) *Evidence-Based Rehabilitation*. pp. 121-142. Thorofare, NJ: Slack Incorporated.
- Leclerc, B. (2010). *Facteurs de risque de chutes chez les aînés vivant dans la communauté et ayant recours aux services de soutien à domicile - Covariables dépendantes du temps et événements récurrents*. (Thèse de doctorat). Université de Montréal, Montréal.
- Lemaire, E. (2010). Effet de la neige et de la glace sur l'utilisation des rampes extérieures par les personnes en fauteuil roulant. *Série socio-économique*, 10 (008). 1-6.
- Lord, S. R., Menz, H. B. & Sherrington, C. (2006). Home environment risk factors for falls in older people and the efficacy of home modifications. *Age And Ageing*, 35(SUPPL.2), ii55-ii59.

- Mackenzie, L., Byles, J. & Higginbotham, N. (2002). Professional perceptions about home safety: cross-national validation of the Home Falls and Accidents Screening Tool (HOME FAST). *Journal of Allied Health*, 31(1), 22-28.
- Maltais & Trickey, F. (2012). *Maintenir l'autonomie des personnes âgées. Guide d'adaptation du domicile*. Repéré à <https://www03.cmhc-schl.gc.ca/catalog/productDetail.cfm?cat=17&itm=52&lang=fr&fr=1348430144296>.
- Manuel, P. M. (2003). Occupied with ponds: Exploring the meaning, beware the loss for kids and communities of nature's small spaces. *Journal of Occupational Science*, 10 (1), 31-39.
- McClure RJ, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K. (2005). Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people. Cochrane Database of Systematic reviews DOI:10.1002/14651858.CD004441.pub2.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2007). *Manuel d'application du Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité de résidence pour personnes âgées*. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-843-01.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2013). *Manuel d'application : Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés*. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-843-03W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2012). *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.
- Néron, S. (2013). *La perspective des ergothérapeutes sur les défis rencontrés dans leur pratique en adaptation domiciliaire*. (Projet d'intégration). Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières.
- Neyens, J. C., van Haastregt, J. C., Dijcks, B. P., Martens, M., van den Heuvel, W. J., de Witte, L. P. & Schols, J. M. (2011). Effectiveness and implementation aspects of interventions for preventing falls in elderly people in long-term care facilities: a systematic review of RCTs. *Journal of the American Medical Directors Association*, 12(6), 410-425. doi: 10.1016/j.jamda.2010.07.018.
- Nikolaus, T. & Bach, M. (2003). Preventing falls in community-dwelling frail older people using a home intervention team (HIT): Results from the randomized falls-HIT trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(3), 300-305.

- Öhman, A. & Nygård, L. (2005). Meanings and Motives for Engagement in Self-Chosen Daily Life Occupations Among Individuals With Alzheimer's Disease. *OTJR : Occupation, Participation and Health*, 25(3), 89-97.
- Organisation mondiale de la santé. (1986). *Promotion de la santé : Charte d'Ottawa*, Ottawa, Canada. Repéré à : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf.
- Organisation mondiale de la santé. (2007). *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age*. Repéré à : http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf.
- Paillé, P. (2007). La méthodologie de recherche dans un contexte de recherche professionnalisante : douze devis méthodologiques exemplaires. *Recherches qualitatives*, 27 (2), 133-151.
- Paul, S. & Liu, Y. (2012). Inadequate light levels and their effect on falls and daily activities of community dwelling older adults: A review of literature. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 59 (2), 39-42.
- Pighills, A. C., Torgerson, D. J., Sheldon, T. A., Drummond, A. E., Bland, J. M., Chartered Society of, P. & The College of Occupational Therapists. (2011). Environmental assessment and modification to prevent falls in older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(1), 26-33.
- Pinard, C. (2012). Communication personnelle avec Chantal Pinard, agente de planification, programmation et recherche. Agence de santé et services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.
- Polatajko, H, Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L. & Zimmerman, D. (2008 b). Préciser le domaine de préoccupation : L'occupation comme base. Dans E.A. Townsend & H.J. Polatajko (Eds.). *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation* (p. 15-42). Ottawa, ON : CAOT Publications ACE.
- Polatajko, H, Molke, D., Baptiste, S., Doble, S., Caron Santha, J., Kirsh, B., ... Stadnyk, R. (2008c). La science de l'occupation : Impératifs pour l'ergothérapie. Dans E.A. Townsend & H.J. Polatajko (Eds.). *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*. (p. 73-96). Ottawa, ON : CAOT Publications ACE.
- Polatajko, H., Backman, C., Baptiste, S., Davis, J., Eftekhari, P., Harvey, A.,... Connor-Schisler, A. (2008a). L'occupation humaine mise en contexte. Dans E.A. Townsend & H.J. Polatajko (Eds.). *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation* (pp. 43-72). Ottawa, ON : CAOT Publications ACE.

- Rapp, K., Lamb, S. E., Büchele, G., Lall, R., Lindemann, U. & Becker, C. (2008). Prevention of falls in nursing homes: subgroup analyses of a randomized fall prevention trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(6), 1092-1097. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.01739.x.
- Raymond, É., Gagné, D., Sévigny, A., Tourigny, A. (2008). *La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé. Réflexion critique appuyée sur une analyse documentaire*. Qc : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Institut national de santé publique du Québec, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec et Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval. Repéré à : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/859_RapportParticipationSociale.pdf
- Reitz, S. M. (1992). A historical review of occupational therapy's role in preventive health and wellness. *American Journal of Occupational Therapy*, 46 (1), 50-55. doi: 10.5014/ajot.46.1.50.
- Robert, P. (2008). *Le nouveau Petit Robert*. Paris : Le Robert.
- Santé Canada. (2002). *Atelier sur le vieillissement en santé du 28 au 30 novembre 2001. Partie 1 : Le vieillissement et les pratiques en santé*. Ottawa. Repéré à : <http://publications.gc.ca/collections/Collection/H39-612-2002-1F.pdf>.
- Société canadienne d'hypothèque et de logement. (2013). *Rapport sur les résidences pour personnes âgées, Québec*. Repéré à : http://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/esub/65989/65989_2013_A01.pdf?fr=1375991249041
- Société d'habitation du Québec. (1999). *Un logis bien pensé; j'y vis, j'y reste! Guide de rénovation pour rendre un logis accessible et adaptable*. Québec : Société d'habitation du Québec.
- Société d'habitation du Québec. (2010). *Programme Logements adapté pour aînés autonomes*. Repéré à : http://www.habitation.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/documents/depliant_laaa.pdf.
- Statistiques Canada. (2011). Estimation de la population du Canada : âge et sexe. Repéré à : <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/110928/dq110928a-fra.htm>.
- Sveistrup, H. (2013). Habitudes d'utilisation des différentes configurations de barres d'appui pour salle de bains dans une collectivité qui héberge des personnes âgées. *Série socio-économique*, 13 (003). 1-4.
- Sveistrup, H., Lockett, D., Edwards, N. & Aminzadeh, F. (2003). Évaluation de la position optimale d'une barre d'appui dans la baignoire pour les personnes âgées. *Série socio-économique*, 03 (10). 1-6.

Svidén, G. A. & Borell, L. (1998). Experience of Being Occupied – Some Elderly People's Positive Experiences of Occupations at Community-based Activity Centers. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 5, 133-139.

The AGREE Next Steps Research Consortium. (2009). *Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique (Grille AGREE II)*; pour l'évaluation des guides de pratique, Repéré à : <http://www.agreetrust.org>.

Townsend, E.A., Polatajko, H. J. & Craik, J. (2008). Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P). Dans E.A. Townsend & H.J. Polatajko (Eds.). *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*. (p. 15-42). Ottawa, ON : CAOT Publications ACE.

Trickey, F., Parisien, M., Laforest, S., Genest, C. et Robitaille, Y. (2002). *Guide d'animation Programme Pied (Programme intégré d'équilibre dynamique)*. Direction de santé publique de Montréal-Centre.

Tse, T. (2005). The environment and falls prevention: Do environmental modifications make a difference? *Australian Occupational Therapy Journal*, 52(4), 271-281.

Vu, M. Q., Weintraub, N. & Rubenstein, L. Z. (2006). Falls in the nursing home: are they preventable? *Journal of the American Medical Directors Association*, 7(3 Suppl), S53.

Wilcock, A. A. (1998). An occupational perspective of health. Dans C. H. Christiansen & C. M. Baum (Eds.) *Occupational Therapy: Performance, Participation and Well-Being* pp. 485-486. Thorofare, NJ: Slack Incorporated.

Wilcock, A.A. (2006). *An occupational perspective of health*. New York, NJ : Slack Incorporated.

Wilcock, A.A. (2007). Occupation and Health: Are They One and the Same? *Journal of Occupational Science*, 14 (1). 3-8.

ANNEXE A – AUTORISATION DE REPRODUCTION

Date : Thu, 13 Dec 2012 18 :34 :55 +0000[jeu, 13 déc 2012 13:34:55 EDT]

De : Droit.Auteur@cspq.gouv.qc.ca

À : Marilyne.LebLANC@UQTR.CA

Sujet : RE: Demande de droit d'auteur pour le document « Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel »

Bonjour,

Vous pouvez donc aller de l'avant.

Merci et bonne journée!

Sharell Dupras

Service de la gestion des droits d'auteur

Les Publications du Québec

Centre de services partagés du Québec

1000, route de l'église, bureau 500

Québec (Québec) G1V 3V9

Téléphone: 418-646-1000 # 2860

droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca

-----Message d'origine-----

De : Marilyne.LebLANC@UQTR.CA [mailto:Marilyne.LebLANC@UQTR.CA]

Envoyé : 12 décembre 2012 15:23

À : _Boîte Droit Auteur VPRMMC-DGSC

Objet : RE: Demande de droit d'auteur pour le document « Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel »

Bonjour Mme Dupras,

Je vous transmets la réponse reçus par l'Agence de santé et de services sociaux de la Capitale-National en ce qui concerne les droits d'auteurs du texte « Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel » (Cardinal,Langlois, Gagné et Tourigny, 2008)

:

« Bonjour Mme Leblanc,

Pour faire suite à votre demande qui m'a été transmise par Mme Sylvie Bélanger de notre centre de documentation, la présente est pour autoriser la reproduction de la figure 15 du document Cardinal, L., M.-C. Langlois, D. Gagné et A. Tourigny (2008). Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel, Québec, Agence de la santé et

des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique et Institut national de santé publique du Québec, 58 p, conditionnellement à la citation de la source de cette figure dans votre rapport de maîtrise.

J'en profite pour vous mentionner que votre essai sur l'adaptation de l'environnement pour prévenir les chutes en résidence privée représente pour nous un grand intérêt. Aussi nous vous serions gré de nous faire parvenir votre rapport lorsqu'il sera disponible en 2013. Je vous remercie pour votre attention.

Lise Cardinal
Médecin-conseil
Équipe Sécurité dans les milieux de vie/Vieillesse en santé
Direction régionale de la santé publique de la Capitale-Nationale
2 400, d'Estimauville
Beauport (Qué)
G1E 7G9
Téléphone: 418-666-7000 (poste 476)
Télécopieur: 418-666-2776 »

Je vous remercie d'avance,

Marilyne LeBlanc

Droit.Auteur@cspq.gouv.qc.ca a écrit :

[Cacher les citations]

Bonjour,

Vous devez également faire la demande à l'Agence de santé et services sociaux de la Capitale-Nationale. Nous ne gérons pas leurs droits. La figure que vous désirez reproduire a été élaborée en collaboration avec la ASSCN et l'INSPQ. Lorsque vous aurez l'autorisation de l'Agence de santé et de services sociaux, merci de me le faire savoir.

Bonne journée!

Sharell Dupras
Centre de services partagés du Québec
Les Publications du Québec
Service de la gestion des droits d'auteur
1000, route de l'église, bureau 500
Québec (Québec) G1V 3V9
Téléphone: 418-646-1000 # 2860
droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca

ANNEXE B – BASES DE DONNÉES ET MOTS CLÉS

Tableau 4 – Bases de données et mots clés utilisés lors de la recherche documentaire

Bases de données	Mots clés utilisés	Limites	Nombres d'articles
CINAHL (via Ebsco)	elderly AND "fall prevention" AND "home modification"	---	2
	elderly AND "fall prevention" AND "adaptation"	---	1
	elderly AND "fall risk" AND "adaptation"	---	3
	elderly AND "nursing home" AND "fall prevention"	Années de 2002 à 2013	14
Medline (via Ebsco)	elderly AND "fall prevention" AND "home modification"	---	1
	elderly AND "fall prevention" AND "adaptation" NOT dwelling	---	5
	elderly AND "fall risk" AND "adaptation"	Années de 2002 à 2012	6
	elderly AND "nursing home" AND "fall prevention"	Années de 2002 à 2012	20
PsychInfo	elderly AND "fall prevention" AND "home modification"	---	1
	elderly AND "fall prevention" AND "adaptation" NOT dwelling	---	2
	elderly AND "nursing home" AND "fall prevention"	---	3
Scopus	elderly AND "fall prevention" AND "home modification"	Années de 2002 à 2012	12
PEDro	"fall prevention" AND "home modification"	---	0
PsycBite	"fall prevention" AND "home modification"	---	0
OTseekers	"fall prevention" AND "home modification"	---	1
	elderly AND «fall prevention» NOT dwelling	---	17
Cochrane Library	"fall prevention" AND "home modification"	« Title, Abstract, Keywords »	5
	"fall prevention" AND "nursing home"	« Title, Abstract, Keywords »	1
Total des articles			94
Après avoir enlevé les doublons			77
Recherche manuelle			13
Total final			90
Après avoir enlevé les articles non pertinents			21

ANNEXE C – SCHÉMA

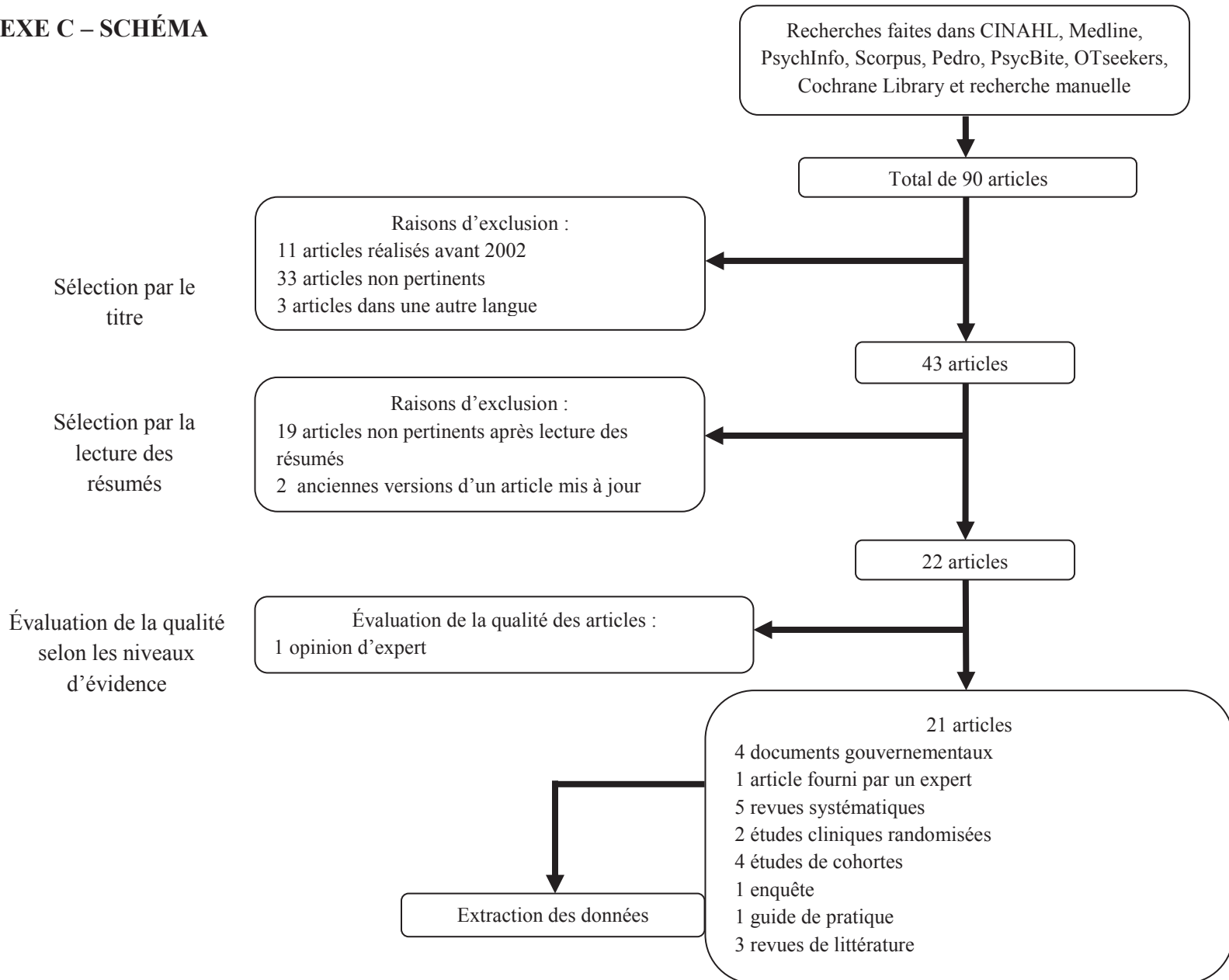


Figure 2. – Schéma de la sélection des articles

ANNEXE D – LES CINQ NIVEAUX D'ÉVIDENCE

Tableau 5 – Les cinq niveaux d'évidence de Law & MacDermid

Niveaux	Niveaux d'évidences classiques	Type additionnel d'évidences cliniques
1a	Revue systématique (avec homogénéité) d'études cliniques randomisées	Études cliniques randomisées ou revue systématique qui incluent les opinions d'experts seulement lorsqu'il n'y a pas assez d'évidences.
1b	Étude clinique randomisée individuelle (avec un intervalle de confiance étroit)	
1c	Tout ou rien	
2a	Revue systématique (avec homogénéité) d'étude de cohortes	Basé sur les informations informelles et des consensus d'expert, et peu d'études cliniques randomisées sont identifiés.
2b	Étude de cohorte individuelle et étude clinique randomisée de faible qualité	
2c	Recherche par résultats; recherche écologique	
3a	Revue systématique (avec homogénéité) d'études de cas	Basé sur une cotation qualitative et sur un consensus formel fait par des experts qualifiés.
3b	Étude de cas individuelle	
4	Étude de cas et faible qualité d'étude de cohorte	Consensus d'expert qualitatif ou quantitatif non structuré, description large des pratiques, critique d'une revue systématique et études qualitatives.
5	Opinion d'expert sans évaluation critique explicite ou basée sur la physiologie.	Ne sont pas basées sur des données probantes ou sur des données qualitatives; protocole clinique, théorie de réhabilitation, théorie comportementale, sociale ou cognitive, théorie traitement d'approche (ex. : Mackenzie, Bobath, thérapie manuelle, mouvement contraint).

(traduction libre, Law & MacDermid, 2008, p.130)

ANNEXE E – ÉVALUATION DU GUIDE DE PRATIQUE

Tableau 6 – Évaluation du guide de pratique de l’American Geriatric Society (2010) à l’aide de la grille AGREE II

DOMAINES	ÉVALUATEUR		Score par domaine
	Note*	Commentaires	
Domaine 1 : Champs et objectifs			
1. Le ou les objectifs de la recommandation pour la pratique clinique (RPC) sont décrits explicitement.	7	Les buts visés par le guide et les bénéfices attendus en fonction de la population cible sont clairement définis et facilement identifiés sur le site internet.	94,44 %
2. La ou les questions de santé couvertes par la RPC sont décrites explicitement.	6	Les questions de recherche sont sous-entendues dans le but de la recherche et se réfèrent à l’ancienne recherche.	
3. La population (patients, public, etc.) à laquelle la RPC doit s’appliquer est décrite explicitement.	7	Les critères de sélection de la population cible sont bien définis, ce qui permet de comprendre la population cible	
Domaine 2 : Participation des groupes concernés			
4. Le groupe ayant élaboré la RPC inclut des représentants de tous les groupes professionnels concernés.	7	Une liste exhaustive des membres est présentée dans les remerciements des personnes ayant participé à la recherche.	66,66 %
5. Les opinions et les préférences de la population cible (patients, public, etc.) ont été identifiées.	2	Il n’y a pas d’information sur les préférences de la population cible. Une recension des écrits a cependant été faite pour connaître l’état actuel de la situation.	
6. Les utilisateurs cibles de la RPC sont clairement définis.	6	Le guide mentionne qu’il est destiné aux professionnels de la santé.	
Domaine 3 : Rigueur de l’élaboration de la recommandation			
7. Des méthodes systématiques ont été utilisées pour rechercher les preuves scientifiques.	7	Toute la méthode de recherche est précisée dans le texte. De plus, chaque source trouvée est détaillée.	75 %
8. Les critères de sélection des preuves sont clairement décrits.	7	Les critères d’inclusions et d’exclusions sont bien définis pour chaque recherche dans les bases de données.	
9. Les forces et les limites des preuves scientifiques sont clairement définies.	7	Chaque texte est analysé et résumé avec ses forces et faiblesses, ainsi que son niveau d’évidence.	
10. Les méthodes utilisées pour formuler les recommandations sont clairement décrites.	6	Un algorithme a été utilisé pour formuler les recommandations. De plus, il est expliqué comment chaque décision est prise par un comité d’expert.	
11. Les bénéfices, les effets secondaires et les risques en termes de santé ont été pris en considération dans la formulation des recommandations.	2	Les bénéfices et les risques sont présentés de façon très brève.	
12. Il y a un lien explicite	7	Chaque recommandation est appuyée par la	

entre les recommandations et les preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent.		littérature retrouvée lors de la recension d'écrits.	
13. La RPC a été revue par des experts externes avant sa publication.	7	Plusieurs équipes ont révisé le texte pour qu'il soit évalué par les pairs.	
14. Une procédure d'actualisation de la RPC est décrite.	1	Aucune information à ce sujet.	
Domaine 4 : Clarté et présentation			
15. Les recommandations sont précises et sans ambiguïté.	7	Les recommandations présentées sont expliquées de façon simple et concise.	94,44 %
16. Les différentes options de prise en charge de l'état ou du problème de santé sont clairement présentées.	6	Les options de prise en charge sont présentées sous forme de trois sections, chacune divisée en sous-sections, expliquant les recommandations selon le problème rencontré.	
17. Les recommandations clés sont facilement identifiables.	7	Une section du site internet est dédiée au résumé des recommandations.	
Domaine 5 : Applicabilité			
18. La RPC décrit les éléments facilitant son application et les obstacles.	5	Les difficultés qui peuvent être rencontrées lorsque la recommandation est appliquée sont décrites, mais difficiles à trouver dans le texte.	66,67 %
19. La RPC offre des conseils et/ou des outils sur les façons de mettre les recommandations en pratique.	7	En plus du guide de pratique et des nombreux résumés, une application pour téléphone cellulaire est offerte pour aider les personnes âgées à obtenir de l'information sur des questions de santé.	
20. Les répercussions potentielles de l'application des recommandations sur les ressources ont été examinées.	4	Les répercussions sont discutées au début en expliquant l'utilité de prévenir les chutes chez les personnes âgées. Cependant, ce n'est pas très élaboré.	
21. La RPC propose des critères de suivi et de vérification.	6	Des conseils sur le nombre de vitamines D à prendre ou encore sur le type d'intervention à faire sont donnés.	
Domaine 6 : Indépendance éditoriale			
22. Le point de vue des organismes de financement n'a pas influencé le contenu de la RPC.	5	Les personnes ayant des liens avec diverses organisations ayant financé le projet sont nommées. Aucune mention que les organismes n'ont pas influencé la recherche.	75 %
23. Les intérêts divergents des membres du groupe ayant élaboré la RPC ont été pris en charge et documentés.	6	Idem	

*Notes données en fonction de l'échelle de mesure suivante :

1	2	3	4	5	6	7
Fortement en désaccord						Fortement en accord

Évaluation générale du guide :

Évaluez la qualité générale du guide						
1	2	3	4	5	6	7
De très mauvaise qualité				5		D'excellente qualité

ANNEXE F – EXTRACTION DES DONNÉES

Tableau 7 – Extraction dans les données probantes

Articles	But de la recherche	Type d'articles (Niveau d'évidence)	Résultats
American Geriatric Society (2010)	Optimiser les évaluations et les interventions possibles pour prévenir les chutes chez les personnes âgées.	Guide de pratique (5 selon la grille AGREE II)	<p>À domicile :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans les recommandations multifactorielles, l'adaptation et les modifications domiciliaires ont une cote de « A », c'est-à-dire que les professionnels pourraient la recommander et que les évidences scientifiques sont fortes. - L'utilisation d'évaluation et d'intervention basées sur l'adaptation domiciliaire devraient être inclus dans les évaluations multifactorielles. - Les adaptations domiciliaires sont plus utiles auprès des personnes ayant déjà chuté qu'auprès des personnes n'ayant jamais chuté. <p>Dans un centre pour personnes âgées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faire des évaluations et des interventions multifactorielles, incluant de l'adaptation domiciliaire.
Centre de santé et de services sociaux de Drummond. (2007)	Voir tableau 8	Directive gouvernementale	Voir tableau 8
Chase, Mann, Wasek & Arbesman (2012)	Déterminer les preuves de l'efficacité de l'adaptation domiciliaire et des programmes de préventions des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile.	Revue systématique (la selon Law & MacDermid (2008))	<ul style="list-style-type: none"> - L'approche multifactorielle est celle donnant de meilleurs résultats (inclus l'adaptation domiciliaire, l'éducation sur la santé et sécurité, la gestion de médicament, la gestion de la vision, l'entraînement à l'équilibre et l'exercice). - L'exercice physique a des résultats mixtes, mais positifs. - L'adaptation domiciliaire seule a des résultats mitigés.
Commission de la Sécurité des Consommateur & Agence nationale des Services à la personne	Voir tableau 8	Directive gouvernementale	Voir tableau 8
Cumming (2002)	Déterminer quelles sont les méthodes de prévention des	Revue de systématique	- La méthode la plus efficace pour diminuer les risques de chutes est la

	chutes efficaces et sur quels groupes de personnes elles agissent.	(1a selon Law & MacDermid (2008))	méthode multifactorielle (toujours statistiquement significative dans les textes) - L'adaptation domiciliaire sous supervision d'un ergothérapeute peut être efficace, mais c'est peu étudié. - Les interventions sont plus efficaces auprès des personnes à haut risque de chuter qui habitent dans la communauté.
Curran, Comans, Heathcote & Haines (2012)	- Identifier les modifications d'environnement proposées par les ergothérapeutes pour réduire les risques de chutes - Identifier les facteurs intrinsèques et extrinsèques qui prédisent l'adhérence à ces recommandations.	Étude de cohorte (2 b selon Law & MacDermid (2008))	-50 % des recommandations étaient suivies, surtout les barres d'appui à la douche et la toilette, les tapis antidérapants, les barres de lit ou les rampes d'escalier. - Les recommandations les moins suivies étaient les chaises d'aisance, les cadres de sécurité, changer la surface du sol et enlever les tapis. - 41 % des recommandations étaient réalisées quand c'était la responsabilité du client versus 71 % lorsque c'était la responsabilité d'une agence extérieure.
Gillespie & al. (2012)	Évaluer les effets des interventions destinées à réduire les chutes chez les personnes âgées vivant dans la communauté.	Revue systématique (1a selon Law & MacDermid (2008))	Résultats trouvés pour : Exercice, vitamine D, problème de vision, pacemaker, médication, crampons, interventions comportementales, éducation, économie. Résultats concernant l'adaptation domiciliaire et les interventions multifactorielles (comprend l'adaptation domiciliaire) : <ul style="list-style-type: none"> • L'adaptation domiciliaire diminue les risques de chutes (Coefficient de régression : 0.88; Intervalle de confiance : 0.8 à 0.96). • Les adaptations sont plus efficaces sur le groupe de personnes âgées à haut risque de chute (P=0.0009) • Diminution du risque de chute lorsque c'est implanté par un ergothérapeute (Coefficient de régression : 0.79, 95 %; Intervalle de confiance : 0.70 à 0.91) • Lorsque combinés avec d'autres interventions, les risques de chutes sont diminués chez les personnes âgées (ex : exercice physique et

			diminution des problèmes de vision : Taux (Rate ratio) : 0.72, 95 %; Intervalle de confiance : 0.61 à 0.98)
Guitard, Sveistrup, Edward & Lockett (2007)	<ul style="list-style-type: none"> - Examiner la façon dont les personnes qui avaient perdu l'équilibre utilisaient les quatre configurations de barres d'appui. - Examiner l'efficacité avec laquelle les configurations de barres d'appui préviennent les chutes - Déterminer les facteurs qui empêchent les personnes âgées d'utiliser les barres d'appui 	Étude de cohorte (2 b selon Law & MacDermid (2008))	<ul style="list-style-type: none"> - En cas de perte d'équilibre sans barres d'appui, les personnes âgées utilisent les éléments du pourtour du bain. Avec les barres d'appui, ils utilisent la barre verticale du mur latéral. Les personnes âgées ont utilisé les barres d'appui dans 49,7 % des cas. - La barre la plus souvent utilisée est la barre verticale (transfert au bain). Donc les configurations CSA et CCOC sont à préconiser. - Une perte d'équilibre influence l'utilisation des barres d'appui. 78,3 % des personnes âgées se sentaient plus en sécurité avec des barres d'appui.
Lemaire (2010)	<ul style="list-style-type: none"> -Recenser les techniques biomécaniques permettant aux personnes en fauteuil roulant (F.R.) de se déplacer sûrement sur les rampes d'accès couvertes de neige ou de neige glacée. - Définir les pentes qui rendent difficiles ou impossibles le déplacement dans la neige ou la neige glacée. - Avoir la perception des personnes en F.R. sur l'utilisation des rampes d'accès en hiver. 	Enquête (2 b selon Law & MacDermid (2008))	<ul style="list-style-type: none"> -Tous les participants ont pu utiliser toutes les pentes glacées lorsqu'il y avait du sable antidérapant rajouté. - Difficulté pour l'ascension avec une pente de 1 :10 et 1 :12 glacé avec sable. Les participants utilisaient les deux mains courantes pour se tirer. - Impossibilité pour plusieurs participants de monter la pente 1 :10 avec neige. - Difficulté à monter la pente lorsque la neige est molle dans les zones de transition. - Pente de 1 :16 plus facile à franchir l'hiver.
Lord, Menz & Sherrington (2006)	Examiner le rôle des dangers environnementaux dans l'augmentation des risques de chutes ainsi que de l'efficacité de l'adaptation domiciliaire dans les risques de chutes.	Revue systématique (1a selon Law & MacDermid (2008))	<ul style="list-style-type: none"> - Les chutes surviennent lors d'une interaction entre l'environnement et la personne. - Les données probantes sur l'efficacité de l'adaptation domiciliaire varient. - La réduction des dangers liés à l'environnement est plus efficace lorsque c'est fait auprès de personnes ayant une histoire de chutes ou avec diminution de la mobilité.
Maltais & Trickey (2012)	Voir tableau 8	Directive gouvernementale	Voir tableau 8
McClure & al. (2005)	Évaluer l'efficacité des interventions populationnelles avec des interventions	Revue systématique (2a selon Law &	Les six études conservées lors de cette recherche ont vu une diminution des blessures reliées aux

	multistratégiques afin de prévenir les blessures dues aux chutes chez les personnes âgées.	MacDermid (2008))	chutes, même si certains résultats ne sont pas significatifs (de 6 % à 33 %).
Neyens & al. (2011)	Rapporter l'efficacité et les aspects de l'implantation des interventions prévues pour diminuer les chutes.	Revue de systématique (1a selon Law & MacDermid (2008))	Quatre études cliniques randomisées ayant des évaluations et des interventions multifactorielles (évaluation personnelle et environnementale, éducation, adaptation environnementale, exercices d'équilibre et de résistance, protecteur de hanches) et trois études randomisées ayant des interventions monofactorielles (vitamine D, calcium et vitamine D, revue de la médication) ont montré une diminution significative des chutes (27 % à 49 %).
Nikolaus & Bach (2003)	Examiner l'efficacité des évaluations de domicile et des programmes de prévention des chutes auprès des personnes âgées frêles vivant dans la communauté.	Étude clinique randomisée (1b selon Law & MacDermid (2008))	- 31 % moins de chutes dans le groupe ayant reçu les interventions que dans le groupe contrôle - Aucune différence significative chez le groupe des personnes ayant des chutes fréquentes (deux et plus). - Les clients réalisant au moins une modification réduisent leur nombre de chutes. Cependant, il n'y a pas de différence significative entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle lorsqu'il n'y a pas de modifications.
Paul & Liu (2012)	Mettre en lumière le rôle de la luminosité intérieur et son effet sur les chutes et le fonctionnement au quotidien des personnes âgées.	Revue intégrative (1a selon Law & MacDermid (2008))	- Le niveau de luminosité influence la performance des personnes âgées - Le niveau de luminosité influence la productivité et le bien-être. - Le niveau de luminosité influence la vision, la posture et l'équilibre. - Une combinaison de plusieurs facteurs, incluant la luminosité, peut entraîner des risques de chutes.
Rapp & al. (2008)	Étudier les effets d'interventions tels que l'adaptation environnementale, l'éducation sur la prévention des chutes, les recommandations de protecteur de hanche et les exercices d'équilibre sur différents sous-groupes.	Étude clinique randomisée (1b selon Law & MacDermid (2008))	Les interventions ont plus d'effet chez les gens ayant des troubles cognitifs (Intervalle de confiance = 0,35 à 0,69), les gens ayant une histoire de chutes (Intervalle de confiance = 0,33 à 0,67) et les gens ayant des problèmes d'incontinence urinaire (Intervalle de confiance = 0,45 à 0,77).
Société d'habitation du Québec (1999)	Voir tableau 8	Directive gouvernementale	Voir tableau 8
Sveistrup (2013)	Évaluer les habitudes d'utilisation et la perception qu'ont les personnes âgées de l'utilité et de	Étude de cohorte (2b selon Law & MacDermid	- Les personnes âgées utilisent plus longtemps la barre diagonale pendant le transfert que les jeunes et

	la sécurité des configurations des barres d'appui dans les salles de bain.	(2008))	appliquent plus de pression sur les barres verticales. - Les personnes âgées ayant eu un AVC ont préféré la configuration à deux barres verticales, alors que les personnes âgées ayant eu un remplacement de la hanche ont aimé plusieurs configurations. - La barre horizontale est moins appréciée.
Sveistrup, Lockett, Edwards & Aminzadeh (2003)	Déterminer l'utilité, la sécurité et les modes d'utilisation perçus et réels de cinq configurations différentes de barre d'appui au bain.	Étude de cohorte (2 b selon Law & MacDermid (2008))	- Les participants ont préféré, dans l'ordre, ce type de configuration des barres d'appui : Toutes les barres, CCOC, UFAS, ACN, et CBO. - La majorité des participants ont jugé que l'utilisation des barres d'appui était pertinente. - 68 % ont utilisé la configuration CCOC pour entrer dans le bain et 86 % la configuration UFAS pour se lever. - Lorsqu'ils avaient le choix, les barres d'appui suivantes étaient utilisées : <ul style="list-style-type: none"> • Entrer : Verticale (32,3 %) • S'asseoir : Oblique (43,1 %) • Lever : Oblique (54,9 %) • Sortir : Verticale (32,3 %)
Vu, Weintraub, Rubenstein (2006)	Trouver des preuves de l'efficacité de la prévention des chutes dans une résidence pour personnes âgées	Revue systématique (1a selon Law & MacDermid (2008))	- Les interventions multifactorielles sont les interventions les plus efficaces dans les résidences pour personnes âgées. - La diminution des contentions diminue les chutes - L'exercice augmente l'équilibre, mais plus de recherches à ce sujet devraient être faites pour trouver plus précisément quels exercices améliorent l'équilibre. - L'utilisation des protecteurs de hanches ne diminue pas les chutes, mais diminue les blessures associées aux chutes. - Il est important de connaître les médicaments qui peuvent causer des chutes.

ANNEXE G – EXTRACTION DES DONNÉES GLOBALES

Tableau 8 – Extraction des données dans les directives gouvernementales et les données probantes

Pièces	Maltais & Trickey (2012)	CSSS de Drummond (2007)	Société d’habitation du Québec (1999)	Commission de la Sécurité des Consommateurs & Agence nationale des Services à la personne	Ce qui a été trouvé dans les données probantes.
En général	<ul style="list-style-type: none"> • Ouvrir/fermer portes <ul style="list-style-type: none"> - Poignées en bec de canne - Surface antidérapante sur les poignées - Enlever les portes non essentielles 	<ul style="list-style-type: none"> - Faire réparer les surfaces de plancher endommagées - Bien fixer les tapis ou les enlever - Éviter de cirer les meubles ou de les recouvrir de nappes - Éliminer les seuils de portes - Bon éclairage - Favoriser l’éclairage naturel - Interrupteur à l’entrée de la pièce - Prise de courant à portée de main - Fils bien fixés - Accès facile aux portes, fenêtres et garde-robes - Aires de déplacement dégagées 	<ul style="list-style-type: none"> • Portes <ul style="list-style-type: none"> - Largeur minimum de 850 mm ou 800 mm avec charnière à angle - Dégagement de 600 mm du côté de la poignée si elle pivote vers soi - Dégagement de 300 mm du côté de la poignée si elle pivote vers la direction opposée. - Poignées à levier faciles à manœuvrer et exigeant peu de forces - Seuil taillé en biseau et d’une hauteur maximale de 13 mm. 		<ul style="list-style-type: none"> - Les adaptations domiciliaires diminuent les risques de chutes, surtout chez les personnes qui sont à haut risque de chutes. Cela est plus efficace lorsque c’est fait par un ergothérapeute (Gillespie & al., 2012). - L’adaptation domiciliaire, lorsqu’elle est réalisée par un ergothérapeute, peut diminuer de façon significative les risques de chutes (Chase, Mann & Arbesman, 2012). - Les chutes surviennent lors d’une interaction entre l’environnement et la personne (Lord, Menz, & Sherrington, 2006). - Les données probantes sur l’efficacité de l’adaptation domiciliaire varient (Lord, Menz, & Sherrington, 2006). - La réduction des dangers liés à l’environnement est plus efficace lorsque c’est fait auprès de personnes avec une histoire de chutes ou avec diminution de la

Pièces	Maltais & Trickey (2012)	CSSS de Drummond (2007)	Société d'habitation du Québec (1999)	Commission de la Sécurité des Consommateurs & Agence nationale des Services à la personne	Ce qui a été trouvé dans les données probantes.
					<p>mobilité (Lord, Menz & Sherrington, 2006).</p> <p>-Les six études conservées lors de cette recherche ont montré une diminution des blessures reliées aux chutes, même si certains résultats ne sont pas significatifs (de 6 % à 33 %) (McClure & al., 2005).</p> <p>- 31 % moins de chutes dans le groupe ayant eu les interventions que dans le groupe contrôle (Nikolaus & Bach, 2003).</p> <p>- Aucune différence significative chez le groupe des personnes ayant des chutes fréquentes (deux et plus) (Nikolaus & Bach, 2003).</p> <p>- Les clients réalisant au moins une modification réduisent leur nombre de chutes. Cependant, il n'y a pas de différence significative entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle lorsqu'il n'y a pas de modifications (Nikolaus & Bach, 2003).</p> <p>- Les interventions ont plus d'effet sur les gens ayant des troubles cognitifs (CI = 0,35 à 0,69), les gens ayant une histoire de chutes (CI=0,33 à 0,67) et les gens ayant</p>

Pièces	Maltais & Trickey (2012)	CSSS de Drummond (2007)	Société d'habitation du Québec (1999)	Commission de la Sécurité des Consommateurs & Agence nationale des Services à la personne	Ce qui a été trouvé dans les données probantes.
	<ul style="list-style-type: none"> • Verrouiller/déverrouiller portes <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer l'éclairage + accessibilité à l'éclairage - Changer ou adapter le mécanisme de verrouillage - Tablettes intérieures/extérieures pour déposer les objets à une hauteur fonctionnelle - Mécanisme de fermeture par ressort 		<ul style="list-style-type: none"> • Corridors <ul style="list-style-type: none"> - Largeur d'au moins 920 mm - Mains courantes - Dégagement de 1200 mm de diamètre devant les portes donnant accès aux pièces. 		<p>des problèmes d'incontinence urinaire (CI=0,45 à 0,77) (Rapp & al., 2008).</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'adaptation domiciliaire diminue les risques de chutes (RR 0.88, CI 0.8 à 0.96) (Gillespie & al., 2012). - Les adaptations sont plus efficaces sur le groupe de personnes âgées à haut risque de chute (P=0.0009). Diminution du risque de chute lorsque c'est implanté par un ergothérapeute (RR 0.79, 95 % CI 0.70 à 0.91) (Gillespie & al., 2012). - Lorsque combiné avec d'autres interventions, les risques de chutes sont diminués chez les personnes âgées (ex : exercice physique et diminution des problèmes de vision : RAR 0.72, 95 % CI 0.61 à 0.98) (Gillespie & al., 2012); - Les interventions multifactorielles sont les interventions les plus efficaces dans les résidences pour personnes âgées (Vu, Weintraub & Rubenstein, 2006). - Rainures aux mains courantes présentes dans le couloir indiquant l'étage. Ex : 1 rainure pour le 1^{er} étage, 2 rainures pour le 2^{ème} ... (Christiaen, 2004).

Pièces	Maltais & Trickey (2012)	CSSS de Drummond (2007)	Société d'habitation du Québec (1999)	Commission de la Sécurité des Consommateurs & Agence nationale des Services à la personne	Ce qui a été trouvé dans les données probantes.
	<ul style="list-style-type: none"> • Ouvrir/fermer les interrupteurs <ul style="list-style-type: none"> - Interrupteurs placés à des endroits et hauteurs fonctionnels - Gros interrupteur - Situé à l'entrée de la pièce et près du lit - Veilleuse - Repérage lumineux sur les interrupteurs 		<ul style="list-style-type: none"> • Éclairage <ul style="list-style-type: none"> - Accentuer l'éclairage dans l'entrée extérieure, le vestibule et les corridors - Prévoir des interrupteurs raccordés à des prises de courant dans toutes les pièces. - Assurer un éclairage adéquat des surfaces de travail 		<ul style="list-style-type: none"> - Main courante dans chaque corridor qui contraste avec le mur (Christiaen, 2004). - Il est important d'avoir un éclairage adéquat pour augmenter l'équilibre des gens, diminuer les risques de dépression et améliorer leur délai de perception (Paul & Liu, 2012). - Le niveau de luminosité influence la performance des personnes âgées (Paul & Liu, 2012). - Le niveau de luminosité influence la productivité et le bien-être (Paul & Liu, 2012). - Le niveau de luminosité influence la vision, la posture et l'équilibre (Paul & Liu, 2012). - Une combinaison de plusieurs facteurs, incluant la luminosité (trop ou trop peu), peut entraîner des risques de chutes (Paul & Liu, 2012). - Éclairage d'un plan de travail est d'environ 1000 lux (Christiaen, 2004). - Interrupteur avec contour contrasté peut permettre de le repérer plus facilement (Christiaen, 2004).

Pièces	Maltais & Trickey (2012)	CSSS de Drummond (2007)	Société d'habitation du Québec (1999)	Commission de la Sécurité des Consommateurs & Agence nationale des Services à la personne	Ce qui a été trouvé dans les données probantes.
					<ul style="list-style-type: none"> - Diminuer l'alternance de luminosité grâce à l'ajout de stores ou de lampes (Christiaen, 2004). - Diminuer les reflets en évitant les surfaces brillantes (Christiaen, 2004). - Augmenter les contrastes (Christiaen, 2004).
	<ul style="list-style-type: none"> • Ouvrir/fermer rideaux/fenêtres <ul style="list-style-type: none"> - Éliminer les rideaux inutiles - Ajouter une longue tige ou une corde - Modifier la fenêtre afin de faciliter son ouverture. 		<ul style="list-style-type: none"> • Fenêtres <ul style="list-style-type: none"> - Hauteur maximale de 750 mm du plancher pour le seuil de fenêtre - Mécanisme d'ouverture entre 600 mm et 1050 mm - La personne devrait pouvoir regarder à l'extérieur de son lit 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Ajuster la température <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer l'éclairage - Abaisser le thermostat 		<ul style="list-style-type: none"> • Autres équipements domestiques <ul style="list-style-type: none"> - Interrupteurs, thermostats et interphones entre 1050 et 120 mm du sol - Prises de courant à 530 mm du plancher - Accès facile au panneau de distribution électrique 		

Pièces	Maltais & Trickey (2012)	CSSS de Drummond (2007)	Société d'habitation du Québec (1999)	Commission de la Sécurité des Consommateurs & Agence nationale des Services à la personne	Ce qui a été trouvé dans les données probantes.
	<ul style="list-style-type: none"> • Déplacement d'une pièce à l'autre <ul style="list-style-type: none"> - Interrupteurs faciles d'accès - Favoriser l'éclairage naturel - Main courante dans le corridor et escalier - Éliminer les obstacles/tapis - Éliminer les seuils de portes - Standardiser les revêtements de plancher - Réparer les surfaces endommagées - Stabiliser les meubles qui servent d'appui - Repenser la disposition des meubles - Aménagement pour FR 		<ul style="list-style-type: none"> • Planchers <ul style="list-style-type: none"> - Surface stable, ferme et antidérapante - Dénivellation taillée en biseau lorsqu'il y a une différence de plus de 13 mm - Pas de tapis, et si oui, bien le fixer et d'une épaisseur maximale de 13 mm 		<ul style="list-style-type: none"> - Sol clair et antidérapant avec une rangée de tuiles contrastées au bord des murs. Éviter les planchers brillants (Christiaen, 2004). - Éviter les murs de couleurs blancs. Privilégier les couleurs pastel, différentes d'un étage à l'autre. Faire un contraste avec les cadres de portes et le mur. Aplanir les côtés de murs (Christiaen, 2004). - Peindre le plafond en blanc pour faciliter l'éclairage (Christiaen, 2004).
	<ul style="list-style-type: none"> • Se rendre à la salle de bain <ul style="list-style-type: none"> - Interrupteur à l'entrée de la salle de bain - Interrupteur tripolaire - Veilleuse entre la chambre et la salle de bain - Éliminer les 	<ul style="list-style-type: none"> - Installer une veilleuse 			

Pièces	Maltais & Trickey (2012)	CSSS de Drummond (2007)	Société d'habitation du Québec (1999)	Commission de la Sécurité des Consommateurs & Agence nationale des Services à la personne	Ce qui a été trouvé dans les données probantes.
	<ul style="list-style-type: none"> - obstacles - Porte de toilette facile à manœuvrer - Accessibilité au fauteuil roulant - Système d'appel d'urgence 				
Entrée du domicile	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre son courrier - Modifier la hauteur et l'emplacement de la boîte aux lettres 	<ul style="list-style-type: none"> - Deux rampes fixées solidement et plus longues que l'escalier - Espace entre la rampe et le mur - Marches de la même hauteur et de la même profondeur - Fini antidérapant - S'il y a un tapis, bien le fixer - Boîte aux lettres hors de l'escalier et placée près de la porte, si possible - Faire réparer au fur et à mesure les bris - Dégager l'escalier 	<ul style="list-style-type: none"> - Accès sans marche - Rampe d'accès (largeur minimale de 900 mm entre les mains courantes, pente maximum de 1 :12, mais mieux 1 :20, palier de 1500 mm X 1500 mm en haut et en bas et à chaque changement de direction ou à tous les neuf mètres, bordure de 100 mm de chaque côté de la rampe ainsi qu' autour du palier) - Boîte à lettres installée à 1050 mm 	<ul style="list-style-type: none"> - Éclairer sans éblouir pour un déplacement facile - Déplacer ou multiplier les éclairages - Interrupteurs faciles d'accès et identifiables - Installer un détecteur de mouvement - Éclairer indirectement les coins sombres - Main courante solide dans les marches - Pour les marches glissantes, recouvrir d'un antidérapant (peut être phosphorescent) - Sol et tour de la maison dégagés des feuilles glissantes - Porte de l'immeuble facile à ouvrir 	<ul style="list-style-type: none"> - Tous les participants ont pu utiliser toutes les pentes glacées lorsqu'il y avait du sable antidérapant rajouté (Lemaire, 2010). - Difficulté pour l'ascension avec une pente de 1 :10 et 1 :12 glacé avec sable. Les participants utilisaient les deux mains courantes pour se tirer (Lemaire, 2010). - Impossibilité pour plusieurs participants de monter la pente 1 :10 avec neige (Lemaire, 2010). - Difficulté à monter la pente lorsque la neige est molle dans les zones de transition (Lemaire, 2010). - Pente de 1 :16 plus facile à franchir l'hiver (Lemaire, 2010). - Pas de marche pour faciliter le repérage (Christiaen, 2004). - Portes automatiques coulissantes avec contraste à 1600 et 800 mm du

Pièces	Maltais & Trickey (2012)	CSSS de Drummond (2007)	Société d'habitation du Québec (1999)	Commission de la Sécurité des Consommateurs & Agence nationale des Services à la personne	Ce qui a été trouvé dans les données probantes.
					<p>sol si elles sont en vitre (Christiaen, 2004).</p> <p>- Éclairage entre 500 et 1000 lux (Christiaen, 2004).</p> <p>- Contraste de couleur au sol pour indiquer les changements de direction (Christiaen, 2004).</p>
Balcon/perron	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser le balcon/perron <ul style="list-style-type: none"> - Augmenter l'intensité de l'éclairage sur les aires de circulation - Surface antidérapante pour endroit exposé aux intempéries - Poser une rampe - Réduire la pente du terrain (1 :20) - Pente des trottoirs à 1 :12 - Éviter l'exposition directe au soleil - Abris pour le vent - Ajouter/solidifier la balustrade 	<ul style="list-style-type: none"> - Bien éclairer tout le balcon et l'escalier 	<ul style="list-style-type: none"> - Aire de 1500 mm de diamètre le long du véhicule, devant la porte d'entrée et sur le patio (FR) - Une pente de 1 :20 et d'une largeur de 1100 mm - Surface ferme, régulière, antidérapante - Garde-fou pour toute dénivellation plus grande que 600 mm et à une hauteur de 920 mm autour des patios et perrons, et de 1070 mm autour des balcons - Les parties ouvertes du garde-fou ne permettent pas le passage d'une sphère de 100 mm - Conçu de manière à empêcher l'escalade 		
Vestibule			<ul style="list-style-type: none"> - Dégagement entre les portes d'au moins 1200 mm et de préférence 1500 mm, en plus de la largeur des portes qui 		<ul style="list-style-type: none"> - Présence d'un calendrier et d'une horloge, tous les deux ayant une grande dimension (Christiaen, 2004).

Pièces	Maltais & Trickey (2012)	CSSS de Drummond (2007)	Société d'habitation du Québec (1999)	Commission de la Sécurité des Consommateurs & Agence nationale des Services à la personne	Ce qui a été trouvé dans les données probantes.
			pivotent vers l'intérieur - Panneau de commande installé entre 1050 mm et 1200 mm - Banc pour déposer colis ou s'asseoir		
Escalier/ Ascenseur/ Rampe d'accès	<ul style="list-style-type: none"> • Monter/descendre les escaliers <ul style="list-style-type: none"> - Interrupteurs tripolaires - Améliorer l'éclairage - Escalier avec contremarche (au plus haut de 180 mm de hauteur) - Augmenter la largeur de la marche (max : 275mm) - Éliminer les tapis - Couleur contrastante et augmenter le nez de marche - Mains courantes bilatérales qui se prolongent après la première et la dernière marche - Rampe d'accès 1 :12 à 1 :20 - Réparer les marches 	<ul style="list-style-type: none"> - Tapis de couleur uni - Tapis bien fixé à chaque marche - Marche antidérapante - Couleur contrastante sur le rebord de la première et dernière marche - Bien éclairé avec deux interrupteurs - Deux rampes solides et plus longues que l'escalier - Dégager les murs près de l'escalier - La porte menant à l'escalier doit s'ouvrir vers l'intérieur de la pièce - Toutes les marches sont de la même hauteur et de la même profondeur - Faire réparer les bris au fur et à mesure 	<ul style="list-style-type: none"> • Escalier <ul style="list-style-type: none"> - Volée d'escaliers droite - Largeur minimale de 900 mm - Échappée minimale de 1950 mm - Un palier au bas de chaque volée de marche - Un palier en au de chaque volée de marche si une porte s'ouvre du côté de l'escalier - Palier de 900 mm de profondeur et de la largeur de la marche - Marches de dimension constante (profondeur de 250 mm) avec une surface antidérapante - Nez de marches arrondis ou en biseau - Contremarches d'une dimension constante (si possible, d'une hauteur de 180 mm) 	<ul style="list-style-type: none"> - Lumière suffisante sans éblouir pour un déplacement facile (détecteur de mouvement, changer les abat-jours) - Interrupteurs faciles d'accès et identifiables, même si la pièce est sombre (interrupteur avec du phosphorescent, interrupteur près de la porte d'accès) - Main courante présente et solide tout le long de l'escalier - Siège accessible en haut de l'escalier pour permettre à la personne de se reposer - Escaliers non encombrés par des objets - Marches stables 	<ul style="list-style-type: none"> - Éclairage minimum de 300 lux dans l'escalier (Christiaen, 2004). - Marches de hauteur et de grandeur constante (Christiaen, 2004). - Bande d'éveil à la première et dernière marche (Christiaen, 2004). - Bandes contrastantes sur chaque marche (Christiaen, 2004). - Éclairage mis sur les marches n'est pas directement visible, elle est uniforme et ne présente pas d'ombre (Christiaen, 2004).

Pièces	Maltais & Trickey (2012)	CSSS de Drummond (2007)	Société d'habitation du Québec (1999)	Commission de la Sécurité des Consommateurs & Agence nationale des Services à la personne	Ce qui a été trouvé dans les données probantes.
			<ul style="list-style-type: none"> • Main courante <ul style="list-style-type: none"> - Diamètre de 30 mm à 40 mm pour faciliter la prise - Dégagement de 40 mm entre le mur et la main courante - Qu'elle soit placée au moins d'un côté de l'escalier ou de la rampe (pente d'une dénivellation plus grande que 150 mm) - Hauteur variant entre 800 mm et 920 mm du nez des marches - Deux mains courantes si la largeur de l'escalier ou de la rampe excède 1100mm - Mains courantes à 900 mm l'une de l'autre si la rampe d'accès est destinée aux FR - Au moins une main courante doit être continue et se prolonger de 300 mm après l'escalier ou la rampe - L'extrémité doit rejoindre un poteau, le mur ou se retourner vers le sol 		<ul style="list-style-type: none"> - Main courante dépassant de 30 cm l'extrémité des escaliers, en haut et en bas (Christiaen, 2004).

Pièces	Maltais & Trickey (2012)	CSSS de Drummond (2007)	Société d'habitation du Québec (1999)	Commission de la Sécurité des Consommateurs & Agence nationale des Services à la personne	Ce qui a été trouvé dans les données probantes.
			<ul style="list-style-type: none"> • Éclairage <ul style="list-style-type: none"> - Commutateurs à trois voies en haut et en bas des escaliers - Bon éclairage - Utiliser une couleur contrastante entre les marches et les contremarches 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser l'ascenseur : <ul style="list-style-type: none"> - Modifier la hauteur des tableaux de commande - Ajout de mains courantes - Banc ou chaise dans le corridor 		<ul style="list-style-type: none"> • Rampe d'accès <ul style="list-style-type: none"> - Rampe d'accès d'une largeur minimale de 900 mm entre les mains courantes - Pente maximum de 1 :12 pour l'intérieur - Palier de 1500 mm X 1500 mm en haut, en bas, dans les paliers et devant la porte - Bordure de 100 mm de chaque côté et autour du palier - Climat québécois : ne pas excéder une pente de 1 :20 à l'extérieur 		<ul style="list-style-type: none"> - Dans l'ascenseur, boutons en grand caractère et en relief qui allument lorsqu'on appuie dessus (Christiaen, 2004).
Chambre à coucher	<ul style="list-style-type: none"> • Asseoir/relever du lit <ul style="list-style-type: none"> - Blocs de bois sous le lit - Planche sous le matelas - Matelas ferme 	<ul style="list-style-type: none"> - Placer le téléphone, la lampe et le réveil sur la table de chevet près du lit - Interrupteur à l'entrée de la pièce - Enlever les tapis ou bien les fixer 		<ul style="list-style-type: none"> • Pour les chambres 1 et 2 <ul style="list-style-type: none"> - Lumière suffisante sans éblouir pour un déplacement facile (détecteur de mouvement, changer les abat-jours) - Interrupteur de la lampe 	<ul style="list-style-type: none"> - Fenêtre avec stores ajustables ainsi qu'un gradateur pour varier la luminosité dans la pièce (Christiaen, 2004). - Éclairage amovible au chevet (Christiaen, 2004).

Pièces	Maltais & Trickey (2012)	CSSS de Drummond (2007)	Société d'habitation du Québec (1999)	Commission de la Sécurité des Consommateurs & Agence nationale des Services à la personne	Ce qui a été trouvé dans les données probantes.
		<ul style="list-style-type: none"> - Libérer l'accès à la garde-robe, aux fenêtres et à la porte - Lit de la bonne hauteur avec matelas ferme 		<p>de chevet est accessible depuis le lit (fixer l'interrupteur de la lampe de chevet)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interrupteurs faciles d'accès et identifiables même si la pièce est sombre (interrupteur avec du phosphorescent, interrupteur près de la porte d'accès) - Aménagement de la pièce permet un déplacement aisé (couloir de circulation large, fixer les fils au mur, éviter les prises multiples ou les rallonges électriques) - Mobilier stable qui offre des points d'appui pour les déplacements - Lit permet à la personne de se relever ou de s'asseoir facilement (si trop bas, ajouter des blocs de rehaussement) - Fauteuil permet à la personne de se relever ou de s'asseoir facilement (si trop bas, rajouter des blocs de rehaussement) - Objets les plus utilisés sont facilement accessibles 	<p>-S'il y a un poste de télévision dans la chambre, il est installé à la hauteur des yeux (Christiaen, 2004).</p>

Pièces	Maltais & Trickey (2012)	CSSS de Drummond (2007)	Société d'habitation du Québec (1999)	Commission de la Sécurité des Consommateurs & Agence nationale des Services à la personne	Ce qui a été trouvé dans les données probantes.
				- Tapis sont fixés au sol avec un ruban adhésif ou enlevés (éviter les tapis dans les passages les plus fréquents)	
	<ul style="list-style-type: none"> • Sortir/ranger ses vêtements/chaussures <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer l'éclairage de la pièce et du garde-robe - Ajouter une étagère pour élever les objets - Abaisser la tringle/étagère - Étagère transparente au niveau des yeux - Augmenter les aires d'entreposage 	<ul style="list-style-type: none"> - Abaisser les tringles et les tablettes - Ajouter des tablettes ou des paniers de rangements 			- Ajouter de l'éclairage à l'intérieur des armoires pour trouver facilement des vêtements (Christiaen, 2004).
	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre/enlever ses vêtements <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer l'éclairage - Banc, chaise stable - Miroir pleine longueur 				
	<ul style="list-style-type: none"> • Faire son lit, changer les draps <ul style="list-style-type: none"> - Réaménager les meubles - Au moins 460 mm autour du lit (910 mm si FR) - Matelas s'une grandeur régulière 				

Pièces	Maltais & Trickey (2012)	CSSS de Drummond (2007)	Société d'habitation du Québec (1999)	Commission de la Sécurité des Consommateurs & Agence nationale des Services à la personne	Ce qui a été trouvé dans les données probantes.
Salle de bain	<ul style="list-style-type: none"> • Ouvrir/fermer le robinet <ul style="list-style-type: none"> - Poignées de lavabo de type levier - Dégager l'espace sous l'évier - Isoler les tuyaux d'eau chaude 		<ul style="list-style-type: none"> • Localisation et dimension <ul style="list-style-type: none"> - Près de la chambre à coucher - Trajet sans marches et obstacles - Aire de 1500 mm de diamètre pour pivotement FR 	<ul style="list-style-type: none"> - Lumière suffisante sans éblouir pour un déplacement facile (détecteur de mouvement, changer les abat-jours, détecteur de mouvement) - Interrupteurs faciles d'accès et identifiables même si la pièce est sombre (interrupteur avec du phosphorescent, interrupteur près de la porte d'accès) - Installation électrique qui semble correct 	<ul style="list-style-type: none"> - 50 % des recommandations étaient suivies, surtout des barres d'appui à la douche et la toilette, des tapis antidérapants, des barres de lit ou des rampes d'escalier (Currin, Comans, Heatcote & Haines, 2012). - Les recommandations les moins suivies étaient les chaises d'aisance, les cadres de sécurité, changer la surface du sol et enlever les tapis (Currin, Comans, Heatcote & Haines, 2012). - Les salles de bains accessibles à tous sont placées aux mêmes endroits sur les différents étages. Des pictogrammes de grandes tailles pour indiquer leur emplacement sont à prévoir (Christiaen, 2004). - Robinets et accessoires de couleurs contrastantes pour être repérés plus rapidement (Christiaen, 2004).
	<ul style="list-style-type: none"> • Ajuster la température de l'eau <ul style="list-style-type: none"> - Extension pour poignées de robinet 		<ul style="list-style-type: none"> • Plancher <ul style="list-style-type: none"> - Fini antidérapant - Seuil maximal de 13 mm et taillé en biseau (1 :2), de couleur contrastante 		<ul style="list-style-type: none"> - Plancher ni trop blanc, ni trop sombre, et antidérapant (Christiaen, 2004).

Pièces	Maltais & Trickey (2012)	CSSS de Drummond (2007)	Société d'habitation du Québec (1999)	Commission de la Sécurité des Consommateurs & Agence nationale des Services à la personne	Ce qui a été trouvé dans les données probantes.
	<ul style="list-style-type: none"> • Laver les mains <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer l'éclairage - Réaménager le rangement des accessoires - Porte-savon à rebord - Abaisser/remonter le lavabo - Consolider le lavabo - Remplacer le bec verseur - Serviette facile d'accès - Dégager sous le lavabo et isoler la tuyauterie 		<ul style="list-style-type: none"> • Porte <ul style="list-style-type: none"> - Largeur minimale de 850 mm - Se verrouille de l'intérieur et une poignée à levier - Loquet installé à hauteur variant entre 900 mm et 1000 mm - Porte qui pivote vers l'extérieur 	<ul style="list-style-type: none"> - Porte des toilettes équipées d'une serrure pouvant s'ouvrir de l'extérieur - Aménagement de la pièce permet un déplacement aisé (laisser les couloirs de circulations larges, fixer les fils au mur, éviter la surcharge sur le porte-manteau pour ouvrir la porte facilement) 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Laver le corps (au lavabo) <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer l'éclairage au dessus du lavabo - Ajuster les miroirs - Abaisser/remonter le lavabo - Dégager le lavabo - Rapprocher le porte-serviette - Aménager un espace pour entreposer les vêtements • Laver ses cheveux (au lavabo) <ul style="list-style-type: none"> - Faire l'activité à l'évier ou sous la douche - Abaisser/remonter le 		<ul style="list-style-type: none"> • Toilette <ul style="list-style-type: none"> - Distance de 305 mm du mur latéral - Dégagement de 875 mm de l'autre côté si FR - Chasse d'eau manuelle facilement accessible - Distributrice de papier à 600 mm du sol et à 250 mm devant la toilette - Siège de toilette à 400 mm au lieu de 350 mm pour les personnes à mobilité réduite 	<ul style="list-style-type: none"> - Siège de toilette permet à la personne de s'asseoir et de se relever facilement (installer un rehausseur de toilettes) - Barre d'appui accessible pour pouvoir se relever 	<ul style="list-style-type: none"> - Miroir à une hauteur suffisante pour toutes les personnes (Christiaen, 2004).

Pièces	Maltais & Trickey (2012)	CSSS de Drummond (2007)	Société d'habitation du Québec (1999)	Commission de la Sécurité des Consommateurs & Agence nationale des Services à la personne	Ce qui a été trouvé dans les données probantes.
	lavabo - Boyau flexible avec tête de douche				
	<ul style="list-style-type: none"> • Peigner/coiffer les cheveux <ul style="list-style-type: none"> - Permettre l'activité en position assise, si préférée 		<ul style="list-style-type: none"> • Lavabo et comptoir <ul style="list-style-type: none"> - Le lavabo est à une distance minimale de 460 mm du mur - Dessus du comptoir et du lavabo à 865 mm du plancher (à la place de 813 mm) - Dégagement sous le lavabo (isoler les tuyaux) 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Brosser dents/dentier <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer l'éclairage - Permettre l'activité en position assise, si préférée 		<ul style="list-style-type: none"> • Armoire de rangement <ul style="list-style-type: none"> - Facilement accessible 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Raser <ul style="list-style-type: none"> - Prise à une hauteur fonctionnelle - Permettre l'activité en position assise, si préférée 				
	<ul style="list-style-type: none"> • Entrer/sortir de la douche <ul style="list-style-type: none"> - Éliminer/diminuer la marche - Barres d'appui, poignées de sécurité - Surface antidérapante au fond de la 	<ul style="list-style-type: none"> • Bandes antidérapantes dans la baignoire • Tapis antidérapant à la sortie de la baignoire • Barres d'appui • Bon éclairage • Bouchon facile à utiliser 	<ul style="list-style-type: none"> • Douche <ul style="list-style-type: none"> - Pomme de douche munie d'un tuyau flexible de 1800 mm de longueur - Pompe de douche coulissante 		

Pièces	Maltais & Trickey (2012)	CSSS de Drummond (2007)	Société d'habitation du Québec (1999)	Commission de la Sécurité des Consommateurs & Agence nationale des Services à la personne	Ce qui a été trouvé dans les données probantes.
	douche/cabine - Planche de transfert - Améliorer l'assèchement du sol		- Prévoir l'installation d'un siège de douche pour les personnes à mobilité réduite - Rideau de douche souple		
	<ul style="list-style-type: none"> • Ouvrir/fermer les robinets <ul style="list-style-type: none"> - Poignées faciles à manipuler - Robinet à commande thermostatique - Barre d'appui comme stabilisateur 				
	<ul style="list-style-type: none"> • Laver/rincer le corps (à la douche) <ul style="list-style-type: none"> - Augmenter l'éclairage - Plancher antidérapant (bandes antidérapantes, tapis à succion) - Porte savon ou tablette à une hauteur fonctionnelle - Accessoires de toilette faciles d'accès - Barres d'appui - Banc ou chaise de douche - Douche téléphone sur barre verticale ou crochets à différentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Plancher antidérapant • Douche téléphone ajustable 		<ul style="list-style-type: none"> - Surface du sol régulière, elle ne présente pas d'aspérité, elle n'est pas glissante même mouillée (prévoir un tapis antidérapant et le renouveler en cas d'usure) 	

Pièces	Maltais & Trickey (2012)	CSSS de Drummond (2007)	Société d'habitation du Québec (1999)	Commission de la Sécurité des Consommateurs & Agence nationale des Services à la personne	Ce qui a été trouvé dans les données probantes.
	<ul style="list-style-type: none"> hauteurs - Faciliter le drainage 				
	<ul style="list-style-type: none"> • Rejoindre la serviette avant de sortir <ul style="list-style-type: none"> - Porte-serviette facile d'accès - Barre d'appui supplémentaire 			<ul style="list-style-type: none"> - Objets souvent utilisés sont facilement accessibles 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Entrer/sortir de la baignoire <ul style="list-style-type: none"> - Barre d'appui solidement ancrée au mur - Surface antidérapante à la sortie et dans la baignoire 		<ul style="list-style-type: none"> • Bain et douche <ul style="list-style-type: none"> - Robinetterie placée à l'avant à une hauteur maximale de 450 mm du plancher - Porte-savon encastré facilement accessible - Mécanisme facile d'accès pour actionner le bouchon d'évacuation - Porte-serviettes et tablettes à 1200 mm de hauteur 	<ul style="list-style-type: none"> - Baignoire ou douche possède un tapis ou des bandes antidérapantes 	<ul style="list-style-type: none"> - Il est important d'avoir des surfaces antidérapantes sur les bords de la baignoire (Sveistrup, Lockett, Edwards & Aminzadeh, 2003).
	<ul style="list-style-type: none"> • Asseoir/relever du fond du bain <ul style="list-style-type: none"> - Barre d'appui à la bonne hauteur - Surface antidérapante 	<ul style="list-style-type: none"> • Barres d'appui 	<ul style="list-style-type: none"> • Barres d'appui <ul style="list-style-type: none"> - Placer les barres sur des fonds de clouage ou sur une planche de bois fixé aux montants muraux - Diamètre entre 30 mm et 40 mm - À 35-45 mm du mur - Résister à une charge 	<ul style="list-style-type: none"> - Baignoire ou douche possède une barre d'appui (installer un siège adapté à la baignoire ou la douche, ou une planche de bain ou un marchepied pour faciliter l'accès. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les participants ont préféré, dans l'ordre, ce type de configuration des barres d'appui : Toutes les barres, CCOC, UFAS, ACN, et CBO (Sveistrup, Lockett, Edwards & Aminzadeh, 2003). - La majorité des participants ont jugé que l'utilisation des barres d'appui était pertinente (Sveistrup, Lockett,

Pièces	Maltais & Trickey (2012)	CSSS de Drummond (2007)	Société d'habitation du Québec (1999)	Commission de la Sécurité des Consommateurs & Agence nationale des Services à la personne	Ce qui a été trouvé dans les données probantes.
			<p>de 300 lb latéralement et verticalement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prendre les conseils d'un ergothérapeute 		<p>Edwards & Aminzadeh, 2003).</p> <ul style="list-style-type: none"> - 68 % ont utilisé la configuration CCOC pour entrer dans le bain et 86 % la configuration UFAS pour se lever (Sveistrup, Lockett, Edwards & Aminzadeh, 2003). - Lorsqu'ils avaient le choix, les barres d'appui suivantes étaient utilisées : <ul style="list-style-type: none"> • Entrer : Verticale (32,3 %) • S'asseoir : Oblique (43,1 %) • Lever : Oblique (54,9 %) • Sortir : Verticale (32,3 %) (Sveistrup, Lockett, Edwards & Aminzadeh, 2003). - En cas de perte d'équilibre sans barres d'appui, les personnes âgées utilisent les éléments du pourtour du bain. Avec barres d'appui, ils utilisent la barre verticale du mur latéral. Les personnes âgées ont utilisé les barres d'appui dans 49,7 % des cas (Guitard, Sveistrup, Edward & Lockett, 2007). - La barre la plus souvent utilisée est la barre verticale (transfert au bain). Donc les configurations CSA et CCOC sont à préconiser (Guitard, Sveistrup, Edward & Lockett, 2007).

Pièces	Maltais & Trickey (2012)	CSSS de Drummond (2007)	Société d'habitation du Québec (1999)	Commission de la Sécurité des Consommateurs & Agence nationale des Services à la personne	Ce qui a été trouvé dans les données probantes.
					<ul style="list-style-type: none"> - Une perte d'équilibre influence l'utilisation des barres d'appui. 78,3 % des personnes âgées se sentaient plus en sécurité avec des barres d'appui (Guitard, Sveistrup, Edward & Lockett, 2007). - Les personnes âgées utilisent plus longtemps la barre diagonale pendant le transfert que les jeunes et appliquent plus de pression sur les barres verticales (Sveistrup, 2013). - Les personnes âgées ayant eu un AVC ont préféré la configuration à deux barres verticales, alors que les personnes âgées ayant eu un remplacement de la hanche ont aimé plusieurs configurations (Sveistrup, 2013). - La barre horizontale est moins appréciée (Sveistrup, 2013). - Recommandation faite la plus souvent : Mettre des barres d'appui (Currin, Comans, Heathcote & Haines, 2012).
	<ul style="list-style-type: none"> • Fermer/ouvrir le bouchon de bain <ul style="list-style-type: none"> - Mécanisme à levier - Chaîne après le bouchon 				

Pièces	Maltais & Trickey (2012)	CSSS de Drummond (2007)	Société d'habitation du Québec (1999)	Commission de la Sécurité des Consommateurs & Agence nationale des Services à la personne	Ce qui a été trouvé dans les données probantes.
	<ul style="list-style-type: none"> - Drain de couleur contrastante 				
	<ul style="list-style-type: none"> • Ouvrir/fermer les robinets <ul style="list-style-type: none"> - Mitigeur - Changer l'emplacement des robinets - Tourne-manette 				
	<ul style="list-style-type: none"> • Laver/rincer le corps assis dans le bain <ul style="list-style-type: none"> - Augmenter l'éclairage - Porte-savon encastré - Objets de toilette à une distance fonctionnelle - Barre d'appui - Douche téléphone 				
	<ul style="list-style-type: none"> • Rejoindre la serviette avant de sortir <ul style="list-style-type: none"> - Porte-serviettes faciles d'accès 				
	<ul style="list-style-type: none"> • Nettoyer la baignoire <ul style="list-style-type: none"> - Ventilation suffisante pour éviter la moisissure - Douche téléphone 				
	<ul style="list-style-type: none"> • S'asseoir/se relever du siège de toilette <ul style="list-style-type: none"> - Barres d'appui unilatérales ou 				<p>- Plusieurs types de barres d'appui peuvent être placés à la toilette. La barre verticale ou l'utilisation de deux barres est appréciée chez les</p>

Pièces	Maltais & Trickey (2012)	CSSS de Drummond (2007)	Société d'habitation du Québec (1999)	Commission de la Sécurité des Consommateurs & Agence nationale des Services à la personne	Ce qui a été trouvé dans les données probantes.
	bilatérales à la bonne hauteur, bon endroit et bonne position - Ramener la hauteur du siège à une hauteur fonctionnelle				personnes ayant eu un AVC (Sveistrup, 2013). - Les personnes âgées n'aiment pas utiliser une barre d'appui horizontale (Sveistrup, 2013). - Lunette de toilette de couleur contrastante avec la toilette (Christiaen, 2004).
	<ul style="list-style-type: none"> • Rejoindre le papier hygiénique <ul style="list-style-type: none"> - Changer l'emplacement du rouleau 				
	<ul style="list-style-type: none"> • Activé la chasse d'eau <ul style="list-style-type: none"> - Réaménager le mécanisme à un endroit facile d'accès - Barre d'appui derrière la toilette 				
	<ul style="list-style-type: none"> • Nettoyer la cuvette <ul style="list-style-type: none"> - Bon éclairage de la salle de bain 				

Pièces	Maltais & Trickey (2012)	CSSS de Drummond (2007)	Société d'habitation du Québec (1999)	Commission de la Sécurité des Consommateurs & Agence nationale des Services à la personne	Ce qui a été trouvé dans les données probantes.
Salon	<ul style="list-style-type: none"> • Asseoir/relever des sofas <ul style="list-style-type: none"> - Blocs de bois sous les sofas - Sofas avec appuis-bras faciles à saisir - Planche sous les coussins - Coussins fermes 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplanir le seuil de porte - Revêtement de plancher bien fixé entre les pièces - Éclairage naturel (enlever les tentures foncées et rideaux inutiles) - Libérer l'accès aux fenêtres - Interrupteur à l'entrée de la pièce - Prises de courant à sa portée - Fauteuil ferme, à la bonne hauteur, peu profond, appuis-bras - Fixer les fils électriques de la plinthe - Enlever les tapis ou les fixer solidement - Éviter de mettre une table au milieu du salon - Journaux dans un porte-journaux au lieu de par terre. 		<ul style="list-style-type: none"> • Inclus aussi la salle à manger - Lumière suffisante sans éblouir pour un déplacement facile (détecteur de mouvement, changer les abat-jours) - Interrupteurs faciles d'accès et identifiables même si la pièce est sombre (interrupteur avec du phosphorescent, interrupteur près de la porte d'accès) - Aménager la pièce pour permettre un déplacement aisé (couloir de circulation large, fixer les fils aux murs, éviter les prises multiples et les rallonges) - Mobilier stable qui offre des points d'appui dans les déplacements - Canapés ou fauteuils qui permettent de se relever facilement (si trop bas, ajouter des blocs de rehaussements) - Objets souvent utilisés facilement accessibles - Tapis fixés au sol ou enlevés (éviter les tapis dans les passages plus fréquents) 	

Pièces	Maltais & Trickey (2012)	CSSS de Drummond (2007)	Société d'habitation du Québec (1999)	Commission de la Sécurité des Consommateurs & Agence nationale des Services à la personne	Ce qui a été trouvé dans les données probantes.
Cuisine	<ul style="list-style-type: none"> • Ouvrir/fermer l'eau des robinets et ajuster la température <ul style="list-style-type: none"> - Boyau extensible 	<ul style="list-style-type: none"> - Plancher peu glissant et pratique (ex : prélat sans cirage) - Enlever les tapis ou les fixer solidement - Ajouter des tablettes et des crochets - Diminuer la profondeur des tablettes d'armoires plus hautes - Armoires vides au dessus du poêle - Installer les prises de courant à portée de main - Bon éclairage - Desserte - Escabeau solide 	<ul style="list-style-type: none"> • Dégagement <ul style="list-style-type: none"> - Espace libre de 750 mm par 1200 mm devant tout appareil, comptoir et armoire - Espace libre de 1500 mm dans un aménagement de cuisine en « U » - Espace libre de 1200 mm par 1200 mm devant les locaux à portes battantes 	<ul style="list-style-type: none"> - Lumière suffisante sans éblouir pour un déplacement facile (détecteur de mouvement, changer les abat-jours) - Interrupteurs faciles d'accès et identifiables même si la pièce est sombre (interrupteur avec du phosphorescent, interrupteur près de la porte d'accès) - Équipements ménagers sont stables, facilement accessibles et éclairés - Plans de travail suffisants et permettent de poser facilement les accessoires - Mobilier stable et offre des points d'appui pour les déplacements - Aménagement de la pièce permet un déplacement aisé (couloir de circulation large, fixer les fils au mur, enlever les sièges inutiles, éviter la pose de tapis surélevés) - Les produits les plus utilisés sont rangés à bonne hauteur (entre le niveau des yeux et des hanches) - La surface du sol est 	<ul style="list-style-type: none"> - Éclairage pour les repas devrait être fourni par plusieurs luminaires qui descendent jusqu'au-dessus de la table (Christiaen, 2004).

Pièces	Maltais & Trickey (2012)	CSSS de Drummond (2007)	Société d'habitation du Québec (1999)	Commission de la Sécurité des Consommateurs & Agence nationale des Services à la personne	Ce qui a été trouvé dans les données probantes.
				régulière, elle ne présente pas d'aspérités, elle n'est pas glissante même lorsque mouillée (poser un tapis antidérapant au bas de l'évier).	
			<ul style="list-style-type: none"> • Évier <ul style="list-style-type: none"> - Si FR, abaisser l'évier à 865 mm avec un dégagement de 760X685X485 mm - Robinets à levier - Robinet à bec amovible 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser les petits appareils électroménagers <ul style="list-style-type: none"> - Réaménager l'espace pour faciliter l'accès aux appareils - Laisser brancher en permanence les appareils utilisés fréquemment (si possible) - Aménager les prises de courant facile d'accès. 		<ul style="list-style-type: none"> • Cuisinière et table de cuisson <ul style="list-style-type: none"> - Boutons de commandes devant ou sur le côté de l'appareil (dispositif de sécurité) - Possibilité d'avoir un plan de cuisson encastré avec un dégagement de 760X685X485 mm dessous. - Hotte de cuisine avec des boutons facilement accessibles. 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser les commandes de la hotte, cuisinière, four, lave-vaisselle <ul style="list-style-type: none"> - Commandes à l'avant préférable 				

Pièces	Maltais & Trickey (2012)	CSSS de Drummond (2007)	Société d'habitation du Québec (1999)	Commission de la Sécurité des Consommateurs & Agence nationale des Services à la personne	Ce qui a été trouvé dans les données probantes.
	<ul style="list-style-type: none"> • Entrer/sortir plats du four <ul style="list-style-type: none"> - Tablettes amovibles sous four encastré pour déposer les plats - Four encastré avec porte ouvrant sur le côté - Four micro-onde préférable 				
	<ul style="list-style-type: none"> • Ranger/sortir aliments du réfrigérateur <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer l'éclairage - Réfrigérateur à portes verticales - Élever les petits réfrigérateurs 		<ul style="list-style-type: none"> • Réfrigérateur dont 50 % de la section congélateur est accessible à moins de 1300 mm du plancher. 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Ouvrir/fermer les tiroirs, portes d'armoires <ul style="list-style-type: none"> - Réaménager l'entreposage pour favoriser l'utilisation des armoires/tiroirs faciles d'accès - Tiroirs sur roulettes 				
	<ul style="list-style-type: none"> • Sortir des armoires et y ranger la vaisselle, casseroles, aliments non périssables <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer l'éclairage - Augmenter les aires d'entreposage (ajouter des étagères sous les armoires, 		<ul style="list-style-type: none"> • Armoires et tablettes <ul style="list-style-type: none"> - Placer les armoires à 350 mm du comptoir (au lieu de 450 mm) - Si les armoires sont déjà à 450 mm, ajouter une tablette à 1200 mm du plancher - Si FR, coup de pied de 		

Pièces	Maltais & Trickey (2012)	CSSS de Drummond (2007)	Société d'habitation du Québec (1999)	Commission de la Sécurité des Consommateurs & Agence nationale des Services à la personne	Ce qui a été trouvé dans les données probantes.
	<p>accrocher des paniers sous les tablettes existantes, abaisser la hauteur des étagères)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tablettes transparentes lorsqu'elles sont au-dessus du champ de vision - Réduire la profondeur des armoires situées au-dessus des épaules - Plateau rotatif (de type Lazy-Susan) dans les coins - Petit banc sécuritaire 		<p>150 mm par 180 mm</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tablettes coulissantes sous le comptoir et four encastré - Garde-manger avec tablettes ajustables - Plateau rotatif (de type Lazy-Susan) dans les armoires en coin 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Transporter les aliments, vaisselle sur une distance <ul style="list-style-type: none"> - Réaménager l'entreposage - Desserte - Relier les électroménagers et l'évier par un comptoir - Plancher libre d'obstacles - Réparer les tuiles brisées, le plancher 				

Pièces	Maltais & Trickey (2012)	CSSS de Drummond (2007)	Société d'habitation du Québec (1999)	Commission de la Sécurité des Consommateurs & Agence nationale des Services à la personne	Ce qui a été trouvé dans les données probantes.
	<ul style="list-style-type: none"> • Asseoir/relever d'une chaise <ul style="list-style-type: none"> - Chaise avec appui-bras confortable, facile à attraper - Coussins fermes 				
	<ul style="list-style-type: none"> • Remplir/vider les casseroles <ul style="list-style-type: none"> - Desserte - Boyau flexible ou bec verseur pour remplir les contenants 				
	<ul style="list-style-type: none"> • Laver/essuyer la vaisselle <ul style="list-style-type: none"> - Éclairage spécifique pour la tâche - Créer un espace pour les jambes pour faire l'activité en position assise/isoler les tuyaux de plomberie - Ajout d'un comptoir/tablette à côté de l'évier - Lave-vaisselle portatif 				
	<ul style="list-style-type: none"> • Laver table, comptoir, cuisinière, four, réfrigérateur <ul style="list-style-type: none"> - Hotte pour cuisinière - Four autonettoyant, congélateur ou réfrigérateur sans givre 		<ul style="list-style-type: none"> • Comptoir <ul style="list-style-type: none"> - Si FR, l'abaisser à 865 mm - Si FR, dégagement de 760X685X485 mm - Comptoir reliant en continu l'évier, le réfrigérateur et la 		

Pièces	Maltais & Trickey (2012)	CSSS de Drummond (2007)	Société d'habitation du Québec (1999)	Commission de la Sécurité des Consommateurs & Agence nationale des Services à la personne	Ce qui a été trouvé dans les données probantes.
			cuisinière pour déplacer les objets de façon sécuritaire - Ajout d'une prise de courant au dessus des comptoirs, à 1050 mm du plancher. - Prises de courant et interrupteurs sur le devant des plans ou sur une cloison latérale		
	<ul style="list-style-type: none"> • Faire/ranger les provisions d'aliments <ul style="list-style-type: none"> - Assurer suffisamment d'espace froid pour des réserves d'une semaine - Augmenter les aires d'entreposage 				
Salle de lavage	<ul style="list-style-type: none"> • Laver le linge à la main <ul style="list-style-type: none"> - Dégager l'espace sous l'évier pour permettre l'activité en position assise/isoler les conduits de plomberie 	- Rangement à sa portée	<ul style="list-style-type: none"> • Tablettes et tringles <ul style="list-style-type: none"> - Barre à cintres ajustable à 1200 mm et 1500 mm - Tablettes ajustables et coulissantes à une hauteur entre 400 mm et 1200 mm 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer l'éclairage <ul style="list-style-type: none"> - Desserte pour transporter le linge - Chute à linge - Main courante dans 				

Pièces	Maltais & Trickey (2012)	CSSS de Drummond (2007)	Société d'habitation du Québec (1999)	Commission de la Sécurité des Consommateurs & Agence nationale des Services à la personne	Ce qui a été trouvé dans les données probantes.
	les escaliers - Lessiveuse et sècheuse facile d'accès				
	<ul style="list-style-type: none"> • Remplir/vider la lessiveuse - Améliorer l'éclairage 				
	<ul style="list-style-type: none"> • Lire/manipuler les commandes de la lessiveuse - Rapprocher les commandes pour faciliter l'accès 				
	<ul style="list-style-type: none"> • Remplir/vider la sècheuse - Améliorer l'éclairage - Chargement frontal - Créer un espace pour plier le linge 				
	<ul style="list-style-type: none"> • Lire/manipuler les commandes de la sècheuse - Rapprocher les commandes pour faciliter l'accès 				
	<ul style="list-style-type: none"> • Étendre le linge - Plate-forme large et stable - Abaisser la hauteur de la corde - Séchoir à linge léger et portatif 				

Pièces	Maltais & Trickey (2012)	CSSS de Drummond (2007)	Société d'habitation du Québec (1999)	Commission de la Sécurité des Consommateurs & Agence nationale des Services à la personne	Ce qui a été trouvé dans les données probantes.
	<ul style="list-style-type: none"> • Repasser les vêtements <ul style="list-style-type: none"> - Éclairage spécifique - Planche ajustable pour faire l'activité en position assise - Planche et fer stables - Prise murale facile d'accès - Prise facile à brancher/débrancher - Accès facile leur de l'entreposage 				
Autres	<ul style="list-style-type: none"> • Épousseter <ul style="list-style-type: none"> - Éviter les encombrements 			Ce qui peut entraîner des risques de chutes : <ul style="list-style-type: none"> - Difficulté à entrer et sortir du logement - Escaliers ou terrasses sans main courante - Difficulté à ouvrir les fenêtres/portes (pas de lumière) - Franchissement difficile de la baignoire, de la douche, salle de bain exiguë - Sols glissants, dégradés - Présence de tapis mal fixés ou relevés 	Affichage (Christiaen, 2004) : <ul style="list-style-type: none"> - Choisir des lettres claires sur fond sombre pour les panneaux d'affichage - Privilégier les polices de caractères sans fioritures.
	<ul style="list-style-type: none"> • Balayer/passer l'aspirateur <ul style="list-style-type: none"> - Modifier la hauteur des prises murales - Éliminer les tapis dans la cuisine - Réaménagement des meubles 				
	<ul style="list-style-type: none"> • Essuyer/laver le plancher <ul style="list-style-type: none"> - Revêtement d'un matériau non glissant et facile d'entretien - Plancher de bois ou tapis à poils court et dense - Entreposer les 				

Pièces	Maltais & Trickey (2012)	CSSS de Drummond (2007)	Société d'habitation du Québec (1999)	Commission de la Sécurité des Consommateurs & Agence nationale des Services à la personne	Ce qui a été trouvé dans les données probantes.
	équipements d'entretien ensemble				
	<ul style="list-style-type: none"> • Laver les vitres <ul style="list-style-type: none"> - Faciliter l'ouverture des fenêtres pour mieux les nettoyer 				
	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser le téléphone <ul style="list-style-type: none"> - Prise de téléphone à plusieurs endroits - Siège près du téléphone - Téléphone sans fil 				
Ce qui n'a pas été retenu	<ul style="list-style-type: none"> • Les activités suivantes n'ont pas été retenues : #48, #49, #50, #55, #69, #71, #73⁴ 		La qualité de l'air n'a pas été retenue		

⁴ Les activités qui n'ont pas été retenues sont les suivantes : #48 Éplucher/râper/couper les légumes, les fruits, les viandes, les fromages et le pain ; #49 Ouvrir les contenants, les boîtes de conserve, les pots ; #50 Superviser la cuisson ; #55 Se débarrasser des ordures ménagères ; #69 Composer un numéro ; #71 Ouvrir/fermer la radio, la télévision et sélectionner les canaux ; #73 Prendre ses médicaments.