

Rapport de recherche

PROGRAMME ACTIONS CONCERTÉES

Reprendre confiance et mieux participer dans sa communauté : évaluation multi-sites du programme Vivre en Équilibre

Chercheuse principale

Johanne Filiatrault, Université de Montréal

Cochercheurs

Johanne Desrosiers, Université de Sherbrooke

Lise Gauvin, Université de Montréal

Sophie Laforest, Université de Montréal

Mélanie Levasseur, Université de Sherbrooke

Paula Negron Poblete, Université de Montréal

Lucie Richard, Université de Montréal

Manon Parisien, Université de Montréal

Établissement gestionnaire de la subvention

CIUSSS du CSMTL

Numéro du projet de recherche

2015-VP-181433

Titre de l'Action concertée

Vieillesse de la population au Québec et ses enjeux socioéconomiques et de santé

Partenaires de l'Action concertée

Ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale

Ministère de la Famille

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Ministère des Transports du Québec

Curateur public du Québec

Office des personnes handicapées du Québec

Société d'habitation du Québec

Fonds de recherche du Québec - Santé (FRQS)

Fonds de recherche du Québec – Nature et technologies (FRQNT)

Fonds de recherche du Québec - Société et culture (FRQSC)

avec la collaboration de

Institut de la statistique du Québec

RAPPORT DE RECHERCHE INTÉGRAL

Reprendre confiance et mieux participer dans sa communauté : Évaluation multi-sites du programme Vivre en Équilibre (2015-VP-181433)

Partie A - Contexte de recherche	1
Partie B – Pistes de solution, retombées et implications.....	5
Partie C – Méthodologie	10
Partie D – Résultats	11
Partie E – Pistes de recherche.....	18
Partie F – Bibliographie complète	19

RAPPORT DE RECHERCHE INTÉGRAL

Reprendre confiance et mieux participer dans sa communauté : Évaluation multi-sites du programme Vivre en Équilibre (2015-VP-181433)

PARTIE A – CONTEXTE DE RECHERCHE¹

Les chutes chez les aînés constituent un enjeu prioritaire de santé publique de par leur incidence, leurs conséquences sur l'autonomie, la participation sociale et la qualité de vie et les coûts qu'elles entraînent en termes de soins de santé (Peel, 2011). Les études réalisées auprès d'aînés vivant à domicile estiment que, chaque année, de 20 à 33% des personnes âgées de 65 ans et plus font au moins une chute (Peel, 2011). Les chutes constituent d'ailleurs la principale cause de blessures chez les aînés de 65 ans et plus (Canadian Institute for Health Information, 2011). Les chutes avec blessures, notamment les fractures de hanche, peuvent mener à des pertes d'autonomie substantielles et engendrer une charge importante pour les familles qui s'occupent de leurs proches (Lin et Lu, 2005). Le fardeau économique des chutes est également considérable. En effet, plus de 2 milliards de dollars sont dépensés annuellement en soins de santé directs au Canada et, selon les prédictions, ce montant grimpera à 4,4 milliards de dollars en 2031 (Scott, Wagar et Elliott, 2010).

Or, au-delà des traumatismes physiques qu'elles peuvent entraîner, les chutes génèrent souvent des conséquences psychologiques. Ainsi, la peur de tomber peut s'installer insidieusement et engendrer des effets délétères pour la personne âgée. Des études menées auprès de larges cohortes d'aînés vivant à domicile rapportent que jusqu'à 55% d'entre eux admettent avoir peur de tomber (Zijlstra et al., 2007). D'autres études indiquent que la peur de tomber s'accompagne souvent d'une restriction d'activités, qui

¹ Une recension des écrits plus détaillée et une bibliographie complète se retrouvent respectivement à l'annexe 1 et à l'annexe 8 du présent document.

peut contribuer au déclin prématuré des capacités physiques de la personne, menacer son autonomie, sa participation sociale et sa qualité de vie, voire, augmenter son risque de chutes (Cumming, Salkeld, Thomas et Szonyi, 2000; Delbaere, Crombez, Vanderstraeten, Willems et Cambier, 2004; Friedman, Munoz, West, Rubin et Fried, 2002). Pour ces raisons, un nombre croissant d'études soutiennent l'importance de mettre en place des stratégies préventives visant à agir sur la peur de tomber et ses conséquences en vue de prévenir l'installation du cercle vicieux de la peur de tomber (voir figure 1 à l'annexe 2).

En dépit de ces données, peu de programmes liés à la prévention des chutes considèrent les facteurs psychologiques dans leurs cibles d'intervention. Un programme américain (*A Matter of Balance - AMB*), développé par une équipe de Boston (Massachusetts, États-Unis), est l'une des rares interventions recensées dans les écrits ciblant la peur de tomber chez les aînés et ses conséquences sur les activités (Tennstedt et al, 1998). Ce programme comprend 8 séances de groupe offertes à raison de 2 séances par semaine pendant 4 semaines. Un essai clinique randomisé mené auprès de 434 personnes de 60 ans et plus ayant peur de tomber a révélé que le programme *AMB* était efficace pour améliorer la confiance des aînés en leur capacité d'éviter les chutes et augmenter leur niveau d'activité physique et sociale (Tennstedt et al, 1998).

Une version néerlandaise du programme américain a aussi fait l'objet d'un essai clinique randomisé et ce, auprès de 540 aînés vivant à domicile (Zijlstra et al., 2009). Les résultats de cette étude ont aussi montré que ce programme contribuait à améliorer le sentiment d'efficacité relatif aux chutes et le niveau d'activité des aînés et qu'il avait des effets bénéfiques sur les chutes (moins de chutes récurrentes) chez les participants un an après l'intervention (Zijlstra et al., 2009). De plus, une proportion substantielle des aînés ayant participé au programme a rapporté mieux connaître les stratégies pour réduire les

conséquences négatives des chutes (van Haastregt et al., 2007). Malgré l'existence de données probantes appuyant l'importance d'agir sur la peur de tomber chez les aînés, aucun programme ciblant ce facteur déterminant pour la participation sociale et la qualité de vie des aînés n'avait été développé et implanté au Québec jusqu'à ce jour. De plus, on constate que les aînés qui utilisent des aides à la mobilité (cannes, marchettes et déambulateurs) sont souvent exclus des programmes communautaires de prévention des chutes offerts aux aînés (ex. : Tai Chi, programme PIED), n'ayant pas le niveau de capacité physique requis pour pouvoir y participer.

Notre équipe de recherche a donc entrepris de développer un programme communautaire de groupe ciblant la peur de tomber et ses conséquences sur la participation sociale des aînés (le programme *Vivre en Équilibre – VEE*) pouvant être offert aux aînés préoccupés par les chutes, qui utilisent ou non une aide à la mobilité (Filiatrault, Parisien, Laforest, Lorthios-Guilledroit, & Belley, 2015). Inspiré du programme américain cité précédemment, *VEE* fait appel à des principes cognitivo-comportementaux issus de la théorie sociale cognitive (Bandura, 1986) pour atteindre ses objectifs (exploration des pensées négatives et des distorsions cognitives de la personne, expérimentation, modelage, renforcement positif par les pairs).

Le programme *VEE* aborde les thèmes suivants : les croyances erronées à l'égard des chutes et du vieillissement, les facteurs de risque intrinsèques à la personne, les comportements sécuritaires et les comportements à risque, les facteurs de risque dans l'environnement domiciliaire et communautaire, l'activité physique, l'affirmation de soi et la prévention des chutes, le réseau social et les ressources disponibles dans la communauté. Des moyens concrets pour prévenir les chutes sont abordés à chacune des séances du programme et des exercices pratiques permettent aux participants d'intégrer

les apprentissages dans leur quotidien. *VEE* comprend aussi un module d'exercices physiques simples à réaliser en groupe. L'objectif de ce volet du programme est de favoriser le maintien des capacités physiques des aînés, utilisant ou non une aide à la mobilité. Un tableau présenté à l'annexe 3 donne un aperçu du contenu de chacune des séances du programme. De la documentation simple et conviviale est fournie aux participants à chacune des séances (cahier du participant) pour leur permettre de réviser et consolider les notions acquises lors du programme.

Finalement, le programme *VEE* a pour particularité de préconiser une approche par les pairs. Ainsi, il a été conçu de la manière la plus conviviale possible (clé en main) pour que l'animation puisse être confiée à des aînés. De nombreuses études soutiennent le recours à des pairs dans les interventions de promotion de la santé (Peel et Warburton, 2009). Cette approche aurait pour avantages d'être bénéfique à la fois pour la santé des participants et des pairs (puisque tous y font des apprentissages) et de favoriser l'acceptabilité des messages de santé véhiculés par les programmes. De plus, elle permet de contribuer aux efforts de prévention et de promotion de la santé à faible coût, les pairs ayant souvent un statut de bénévoles (Peel et Warburton, 2009). Outre le guide d'animation, une formation répartie sur deux jours permet de bien préparer les personnes intéressées à animer le programme *VEE*.

Objectifs de l'étude

La présente étude avait pour but d'évaluer l'efficacité du programme *VEE* lorsqu'il est offert par des pairs. Les objectifs spécifiques de l'étude étaient: 1) d'examiner les effets du programme *VEE* sur divers facteurs psychologiques associés aux chutes, sur le niveau d'activité et de participation sociale, la mobilité communautaire et la qualité de vie des aînés et ce, immédiatement après le programme, de même que 5 mois plus tard; 2)

d'explorer les effets du programme sur les chutes; 3) d'identifier si des facteurs individuels, organisationnels et environnementaux influencent les effets du programme; et 4) d'identifier les conditions optimales d'implantation du programme.

PARTIE B – PISTES DE SOLUTION EN LIEN AVEC LES RÉSULTATS, RETOMBÉES ET IMPLICATIONS DE VOS TRAVAUX

Les résultats de l'étude montrent les effets positifs du programme *VEE* sur divers facteurs psychologiques associés aux chutes, de même que sur le niveau d'activité physique et la participation sociale des aînés. L'étude indique aussi un **haut niveau de satisfaction** à l'égard du programme par les participants, ainsi que par tous les acteurs impliqués dans l'implantation. Ces conclusions de l'étude soutiennent la **faisabilité** d'implanter un programme de prévention des chutes probant et novateur, animé par des pairs, dans les milieux de vie des aînés.

Les résultats très positifs et significatifs de la présente étude peuvent intéresser divers types d'auditoires qui sont concernés par la santé et le bien-être des aînés. Il peut s'agir : 1) des intervenants offrant des services aux aînés; 2) des gestionnaires (résidences pour aînés, organismes communautaires et autres milieux offrant des services aux aînés); et 3) des décideurs politiques (ministères impliqués auprès des aînés, directions régionales de santé publique).

Pour les intervenants auprès des aînés

Les conclusions de l'étude permettent d'informer les intervenants auprès des aînés des effets positifs du programme *VEE* sur plusieurs facteurs de risque psychologiques associés aux chutes, ainsi que sur le niveau d'activité physique et de participation sociale des aînés. En outre, de par ces effets, le programme *VEE* est un moyen d'intervention que

les intervenants pourront intégrer à leur pratique pour favoriser le bien-être de leur clientèle âgée.

Messages clés

- *Vivre en Équilibre* est **un programme probant, novateur et unique**, complémentaire à l'offre de services actuelle en prévention des chutes au Québec.
- *Vivre en Équilibre* **vise à outiller les aînés** pour les aider à réduire leurs risques de chutes, tout en restant actifs.
- Le programme **rejoint une population d'aînés souvent exclue des programmes existants**, puisqu'il est destiné aux aînés qui utilisent ou non une aide à la mobilité.
- **L'approche par les pairs** préconisée par le programme s'inscrit dans le **mouvement d'autonomisation (empowerment) des aînés** et reconnaît la place importante qu'ils peuvent occuper dans leur communauté.

Pour les gestionnaires

L'étude fournit des données probantes sur les effets positifs d'un nouveau programme visant à mieux outiller les aînés pour prévenir les chutes, tout en restant actifs et engagés dans leur communauté. Étant donné sa formule clé en main et la possibilité qu'il soit offert par des aînés, l'implantation du programme *VEE* a l'avantage de nécessiter peu de ressources et d'être relativement facile à implanter. D'ailleurs, c'est une intervention flexible qui s'adapte aux besoins des milieux. En effet, bien qu'une animation par des aînés ayant reçu une formation à cette fin soit préconisée, *VEE* peut aussi être offert par des professionnels de la santé qui interviennent en prévention des chutes (ex. : ergothérapeutes, physiothérapeutes) ou par d'autres intervenants intéressés par la problématique des chutes (ex. : récréologue ou coordonnateur d'activités dans les résidences ou organismes communautaires) qui auraient suivi la formation développée à

cette fin. En ajoutant le programme dans leur offre de services à leur clientèle, les gestionnaires peuvent contribuer activement à donner du pouvoir aux aînés sur leur santé et leur qualité de vie. Les résultats de l'étude concernant l'implantation du programme offrent par ailleurs des pistes concrètes aux gestionnaires quant aux conditions optimales pour implanter le programme *VEE*.

Messages clés

- *Vivre en Équilibre* est **une intervention flexible qui s'adapte facilement aux besoins des milieux**.
- En offrant le programme à leur clientèle, les gestionnaires ont l'opportunité de contribuer activement à **donner du pouvoir aux aînés** sur leur santé et à les outiller pour prévenir les chutes.

Pour les décideurs politiques

Les conclusions de l'étude s'inscrivent parfaitement dans la politique gouvernementale *Vivre et vieillir chez soi* (Ministère de la Famille et des Aînés, 2012). En effet, cette politique nous incite à changer nos façons de faire pour améliorer et accroître le soutien apporté aux aînés d'aujourd'hui et de demain, pour leur permettre de continuer à participer activement dans leur communauté. Les conclusions de l'étude pourront ainsi servir de leviers pour les décideurs afin d'élaborer de nouvelles pistes d'actions en matière de prévention des chutes et de promotion de la santé des aînés, favorisant par la même occasion le maintien de l'autonomie des aînés le plus longtemps possible.

Messages clés

- Le programme *Vivre en Équilibre* permet de concrétiser la volonté exprimée par les décideurs de **maintenir les aînés autonomes le plus longtemps possible et de favoriser leur participation active dans la communauté.**
- Il serait souhaitable que *Vivre en Équilibre* **soit intégré et soutenu de manière systématique dans l'offre de services** en matière de prévention des chutes au Québec.

Retombées immédiates ou prévues des travaux

Il est raisonnable d'avancer qu'une implantation à plus grande échelle du programme *VEE* dans les milieux de vie des aînés aurait des retombées sociales importantes pour la population âgée. En effet, considérant la prévalence et les conséquences des chutes chez les aînés, l'ajout d'une stratégie de prévention des chutes novatrice, faisant appel à des pairs et permettant de rejoindre une population qui est encore souvent peu desservie en la matière est un pas de plus pour contribuer à la santé et au mieux-être des aînés.

Par ailleurs, l'approche participative préconisée favorise la participation citoyenne d'aînés qui ont envie de s'engager dans leur communauté. Or, le fait que le programme puisse être offert par des pairs permet une dissémination plus large des stratégies de prévention des chutes, tout en ayant le potentiel de réduire les coûts liés à l'implantation du programme. Également, la possibilité que le programme soit offert par des aînés offre l'opportunité aux professionnels de la santé d'élargir leur rôle en prévention des chutes en s'impliquant davantage dans la formation et la supervision d'animateurs du programme *VEE*.

Enfin, les résultats de l'étude seront utiles aux chercheurs œuvrant dans le domaine de la prévention des chutes et de la promotion de la santé des aînés en apportant un éclairage sur un programme novateur, tant par ses cibles d'intervention, que par l'approche d'animation préconisée. Des pistes de recherche futures sont fournies plus loin (partie E).

Forces et limites de l'étude

La présente étude a comme point fort d'avoir été menée auprès d'un échantillon d'aînés relativement large (n = 135). Son caractère pragmatique et l'implication de 12 résidences privées pour aînés provenant de trois régions géographiques du Québec lui confèrent aussi un certain potentiel de généralisation. En plus d'examiner les effets du programme, nous nous sommes intéressés à l'étude de l'implantation du programme et des facteurs qui peuvent l'influencer. Ces aspects sont primordiaux à considérer pour assurer le transfert des connaissances dans les pratiques.

L'étude comporte néanmoins quelques limites. Une première limite tient au fait que les participants de notre étude ont été exclusivement recrutés dans des résidences privées pour aînés. Ce choix a été effectué pour des considérations pragmatiques (temps limité pour le recrutement d'un large échantillon d'aînés). Toutefois, il limite le potentiel de généralisation aux autres types de milieux qui pourraient offrir ce type de programme à leur clientèle. Une autre limite de l'étude est le recours à des données auto-rapportées par les participants. Ainsi, on ne peut exclure un biais de désirabilité sociale ou de mémoire pour certaines données.

PARTIE C – MÉTHODOLOGIE

L'étude des effets du programme *VEE* a été effectuée à l'aide d'un devis pragmatique quasi-expérimental, c'est-à-dire dans des conditions naturelles d'implantation. Douze résidences pour aînés, provenant de trois régions du Québec (Montréal, Québec et Sherbrooke) ont participé à l'étude. Un répondant de chaque résidence (le plus souvent, un récréologue ou une infirmière) était responsable de recruter 12 aînés préoccupés par les chutes et intéressés à participer à l'étude. Les aînés de six résidences ont été invités à participer au programme *VEE* (groupes expérimentaux ou *VEE*). Les aînés des six autres résidences ont reçu une brochure informative sur la prévention des chutes (groupes de comparaison). Par souci d'équité, ces derniers ont eu la chance de participer au programme *VEE* après la collecte de données de l'étude. Au total, 135 aînés ont été recrutés, dont 74 aînés dans les groupes expérimentaux et 61 aînés dans les groupes de comparaison. Tous les participants ont été interviewés avant (T1) et à la fin (T2) du programme, ainsi que 5 mois plus tard (T3) (voir le schéma du devis à l'annexe 4). Les données pour l'étude des effets ont été collectées à l'aide d'entrevues individuelles. Les variables principales ont été mesurées à l'aide d'instruments de mesure reconnus pour leurs propriétés métrologiques et de questions usuelles dans le domaine des chutes (voir le tableau 1 à l'annexe 5). L'assiduité des participants, la fidélité d'implantation, l'appréciation des aînés, des animateurs et des répondants des résidences à l'égard du programme et les facteurs favorables à l'implantation ont été documentées par divers moyens (voir tableau 2 à l'annexe 5), incluant l'observation d'une séance du programme et des entrevues auprès des animateurs, des répondants et d'un sous-groupe de participants au programme. Des analyses de régression linéaire et logistique ont permis de mesurer les effets du programme. Pour leur part, les données d'implantation ont été analysées de manière descriptive et par une analyse thématique du contenu des entrevues qualitatives.

PARTIE D – RÉSULTATS

1. Principaux résultats

Portrait des participants : Au total, 135 aînés ayant une moyenne d'âge de 85 ans ont participé à l'étude. Le tableau 1 de l'annexe 6 fournit un portrait socioéconomique et de santé détaillé des participants de l'étude. La majorité des participants étaient des femmes (91%) et vivaient seuls (87%). Plus de la moitié des participants (61%) utilisaient une aide à la marche et 40% avaient fait une chute au cours de la dernière année. Près du tiers des participants ont rapporté avoir souvent ou très souvent peur de tomber et 26% ont rapporté restreindre leurs activités en raison de cette peur. Les participants des groupes *VEE* avaient un profil sociodémographique et de santé comparable à ceux des groupes de comparaison, sauf en ce qui concerne l'âge (moyenne de 86 ans et de 83 ans, respectivement). De plus, sur le plan des facteurs psychologiques associés aux chutes, les participants des groupes *VEE* rapportaient un score global de peur de tomber légèrement supérieur et une confiance moindre en leur capacité à éviter les chutes. Ces différences entre les groupes *VEE* et les groupes de comparaison ont toutefois été prises en compte dans les analyses multivariées.

Résultats sur les effets du programme VEE

Le tableau 2 à l'annexe 6 résume les données relatives aux variables d'intérêt aux trois temps de collecte de données (T1, T2 et T3) pour les groupes *VEE* et les groupes de comparaison. Quant à eux, les tableaux 3 à 6 à l'annexe 6 présentent les résultats des analyses de régression multivariées visant à tester les effets du programme.

Effets du programme sur les facteurs psychologiques liés aux chutes : Les résultats obtenus concernant les divers facteurs psychologiques liés aux chutes vont dans le sens des hypothèses, c'est-à-dire qu'ils sont généralement meilleurs chez les groupes *VEE* que

chez les groupes de comparaison et ce, immédiatement (T2) et 5 mois après la fin du programme (T3). En effet, les analyses de régression multivariées révèlent qu'à la suite du programme (T2), la restriction d'activités a diminué de façon significative chez les participants des groupes *VEE* par rapport à ceux des groupes de comparaison ($p = 0,025$; voir tableau 4). Les analyses ont également montré les effets significatifs du programme sur le score global de restriction d'activités (nombre d'activités restreintes sur une liste de 10 activités), 5 mois après l'entrée dans l'étude (T3) ($p = 0,043$; voir tableau 5). De plus, on observe une tendance favorable en ce qui a trait à la peur de tomber pour les groupes *VEE* à T3 ($p = 0,055$; voir tableau 5). Enfin, le contrôle perçu sur les chutes, ainsi que la capacité perçue à réduire les chutes ont davantage augmenté à T2 chez les participants des groupes *VEE* comparativement à ceux des groupes de comparaison (respectivement $p = 0,005$ et $p=0,003$; voir tableau 3) et ces effets ont été maintenus 5 mois après la fin du programme (respectivement $p = 0,001$ et $p=0,002$; voir tableau 5).

Effets du programme sur les connaissances : À T2, les analyses montrent que les connaissances en lien avec la prévention des chutes ont augmenté davantage chez les aînés ayant participé au programme ($p < 0,001$; voir tableau 3). Cet effet a été maintenu au T3 ($p = 0,002$; voir tableau 5).

Effets du programme sur la participation aux activités physiques et la participation sociale : Des bienfaits du programme ont également été observés sur les activités physiques et la participation sociale. En effet, les analyses révèlent que la participation sociale a augmenté significativement chez les participants des groupes *VEE* comparativement aux participants des groupes de comparaison, 5 mois après la fin du programme ($p = 0,006$; voir tableau 5). De plus, on note qu'il y a eu une augmentation significative de la fréquence de la pratique d'activités physiques à T2 chez les participants

des groupes *VEE* comparativement aux participants des groupes de comparaison ($p = 0,018$; voir tableau 3). Toutefois, cet effet ne s'est pas maintenu 5 mois après le programme.

Effets du programme sur les autres variables à l'étude : Les analyses n'ont pas révélé d'effets significatifs du programme sur les autres variables à l'étude (mobilité communautaire, qualité de vie). L'étude exploratoire des données sur les chutes n'a pas révélé d'effets significatifs du programme à ce niveau. Il faut toutefois souligner que la courte durée de l'étude et la taille de l'échantillon limitent la possibilité de détecter des effets à ce niveau.

Facteurs qui influencent les effets du programme : Les analyses montrent que les participants assidus (ayant participé à 7 ou 8 séances) ont davantage bénéficié du programme que les participants moins assidus. Les analyses ont également révélé que le programme avait des effets supérieurs sur les connaissances relatives aux chutes chez les aînés plus jeunes que chez les plus âgés (à T2 et à T3; données non présentées dans les tableaux).

Résultats d'implantation du programme

Le programme *VEE* a été implanté dans six résidences pour aînés, dont deux à Montréal, deux à Sherbrooke et deux à Trois-Rivières. Ces résidences desservent une clientèle majoritairement composée d'aînés autonomes. Les personnes recrutées ($n=6$) pour l'animation du programme étaient des femmes âgées entre 70 et 83 ans (moyenne : 74 ans). Leur expérience en animation de groupes variait entre deux et 35 années. Quatre animatrices avaient déjà une expérience en animation de programmes de prévention des chutes. Les résultats relatifs aux dimensions d'implantation étudiées (assiduité au programme, fidélité d'implantation et satisfaction des participants, des animateurs et des

répondants des milieux à l'égard du programme), ainsi qu'aux facteurs favorables à l'implantation, sont présentés ci-dessous.

Assiduité au programme : Le taux moyen de participation aux séances était très élevé (91%), ce qui témoigne d'un intérêt élevé des aînés envers le programme. Les principales raisons d'absences étaient des problèmes de santé personnelle ou d'un membre de la famille.

Fidélité d'implantation : L'analyse des données révèle que les animateurs ont adhéré et offert le programme tel que prévu, dans la majorité des cas. En effet, les animateurs ont rapporté avoir offert entre 98% et 100% des activités du programme. Toutefois, l'adhérence à certains principes du programme (ex. : accent sur le partage d'expérience entre les participants, renforcement positif,...) était variable selon les groupes. Quelques adaptations (ex. : réorganisation de l'ordre des activités en fonction du rythme du groupe) ont également été apportées au programme par les animateurs. Bien que la plupart des adaptations aient été réalisées dans le but de mieux répondre aux besoins des participants et aux objectifs du programme, d'autres soulèvent l'importance d'insister sur les principes du programme dans le cadre de la formation des animateurs. Par exemple, une animatrice a rapporté avoir montré aux aînés comment utiliser leur aide à la mobilité, alors que cet élément n'est pas abordé dans le programme VEE.

Satisfaction relative au programme : Une forte majorité de participants se sont dits très satisfaits (67%) ou satisfaits (30%) du programme. Sur une échelle à 4 degrés (faible, moyen, bon, excellent), le niveau de participation aux activités du programme a été jugé bon ou excellent par l'ensemble des animateurs et des répondants des six groupes VEE. Parmi les éléments les plus appréciés du programme, les participants ont mentionné les informations et conseils offerts sur la prévention des chutes, le module d'exercices, ainsi

que le fait d'avoir accès à du matériel imprimé (cahier du participant). La principale critique rapportée par les participants concernait l'intensité du programme (durée des séances trop longue et fréquence des séances trop élevée).

De leur côté, les animateurs et les répondants des résidences ont également rapporté un haut niveau de satisfaction en lien avec le programme. Les animateurs ont notamment apprécié la nature interactive des activités favorisant les échanges entre les participants, la manière dont le matériel était organisé, ainsi que le guide d'animation (programme clé en main). Ils ont également mentionné que leur expérience leur avait permis d'acquérir des connaissances sur la prévention des chutes, d'améliorer leurs compétences d'animateurs et de développer des relations positives avec les participants. Certains d'entre eux ont dit avoir éprouvé une grande satisfaction liée au fait de se sentir utile et d'aider son prochain. Toutefois, ils ont mentionné que le programme exigeait beaucoup de temps et qu'il y avait beaucoup de contenu à couvrir. Néanmoins, les animateurs et les répondants ont jugé le contenu du programme pertinent pour la clientèle ciblée. De ce fait, ils ont mentionné avoir l'intention de maintenir leur participation et soutenir l'implantation du programme dans le futur. Des extraits d'entrevues qualitatives concernant la satisfaction relative au programme sont présentés à l'annexe 7.

Facteurs favorables à l'implantation: L'analyse des données qualitatives a permis d'identifier certains facteurs favorables à une implantation optimale du programme. Du côté de l'animateur, les entrevues révèlent que le niveau d'expérience antérieure en animation de groupe, la capacité à bien communiquer le contenu du programme, les qualités de leadership et les compétences interpersonnelles des animateurs sont des facteurs jugés importants par les participants et les répondants pour promouvoir l'intérêt et la participation des aînés aux activités du programme. Plusieurs participants ont

mentionné avoir apprécié le fait que l'animateur soit une personne âgée puisqu'il pouvait comprendre leur vécu.

En ce qui concerne le contexte, les répondants ont mentionné que les résidences pour aînés autonomes sont des milieux particulièrement appropriés pour l'implantation du programme *VEE*, du fait que les aînés qui y résident sont souvent vulnérables aux chutes, mais possèdent tout de même un niveau d'autonomie suffisamment élevé pour leur permettre de profiter pleinement du programme. Le soutien logistique du répondant du milieu pendant les séances (organisation de la salle, accueil, distribution des documents,...) a aussi facilité la tâche de l'animateur en lui permettant de se concentrer sur les activités du programme. Enfin, les données d'observation et les entrevues auprès des participants ont permis d'identifier les caractéristiques d'une salle idéale pour offrir le programme : fermée, à l'abri des distractions, ayant un éclairage adéquat et assez grande pour accueillir une douzaine de participants, incluant leurs aides à la mobilité, tout en laissant suffisamment d'espace pour la réalisation du module d'exercices physiques du programme.

Parmi les éléments associés au programme lui-même, les animateurs ont mentionné que le fait d'avoir suivi une formation préalable et d'avoir accès à du soutien-conseil contribuait au succès de l'implantation. De plus, la clarté du matériel du programme (notamment le guide d'animation et les diaporamas), l'organisation et l'aspect « clé en main » du programme ont été jugés très aidants.

2. Conclusion et pistes de solution

L'étude appuie les bienfaits du programme *VEE* sur la peur de tomber, la confiance en ses capacités de prévenir les chutes, le contrôle perçu sur les chutes, la restriction d'activités, ainsi que la participation à des activités physiques et sociales des aînés. Par ailleurs, l'étude a démontré que le programme peut être implanté avec succès dans des

résidences pour aînés lorsqu'il est animé par des pairs ayant reçu une formation au préalable. Considérant ces résultats probants et la réponse positive obtenue de chacune des parties prenantes consultées, il serait bénéfique de mettre en place des stratégies afin de faciliter l'implantation du programme *VEE* dans la communauté. Cela permettrait à un grand nombre d'aînés de profiter de stratégies concrètes pour prévenir les chutes, tout en restant actifs et engagés dans leur communauté. Notre équipe a déjà amorcé des démarches en ce sens (rencontre avec une équipe de la Direction de santé publique de Montréal et rencontre avec l'équipe du Centre de promotion de la santé AvantÂge).

3. Contributions à l'avancement des connaissances

Cette recherche contribue à l'avancement des connaissances empiriques dans le domaine de la prévention des chutes chez les aînés. En effet, elle comble les lacunes dans les écrits scientifiques sur les interventions ciblant la peur de tomber chez les aînés en documentant les effets et l'implantation du programme *VEE*, de même que les conditions favorables à son succès. Outre les bienfaits du programme, l'étude a montré que *VEE* pouvait être offert avec succès par des pairs aînés, soutenant la pertinence de faire appel à une approche participative dans la mise en place de ce type de programme. Les résultats de l'étude soutiennent donc l'idée qu'il est important d'agir sur la peur de tomber et proposent des stratégies aux intervenants, aux gestionnaires et aux décideurs pour mieux outiller les aînés pour développer leur confiance en leur capacité de prévenir les chutes, tout en restant actifs.

PARTIE E - PISTES DE RECHERCHE

Les résultats de l'étude soutiennent la mise en place du programme communautaire *VEE* offert en groupe par des pairs. De par sa complémentarité avec les autres interventions disponibles, notamment au Québec, le déploiement de ce type de programme

pourra contribuer à augmenter l'accessibilité des aînés à des services de prévention des chutes et ce, à faibles coûts lorsqu'il est offert par des pairs bénévoles. Bien qu'il soit logique de penser qu'une approche participative faisant appel à des aînés pour l'animation soit peu coûteuse, il serait pertinent que des travaux de recherche futurs s'intéressent au rapport coût-bénéfice de ce type de programme.

La présente étude a permis de mettre en relief les effets positifs du programme *VEE* à court et à moyen termes (5 mois après y avoir participé). Il serait également pertinent de vérifier si ces effets se maintiennent à plus long terme (ex. : 12 ou 24 mois plus tard) et si l'ajout d'une séance de rappel (*booster session*) peut être bénéfique à cet égard. De plus, le programme pourrait être évalué dans d'autres milieux (ex. : organismes communautaires) afin de vérifier si les effets sont généralisables à ces contextes. Enfin, dans la présente étude, le programme a été offert à raison de 2 séances par semaine pendant 4 semaines consécutives. Il serait intéressant d'explorer si le programme peut être aussi bénéfique lorsqu'il est offert de façon moins intensive, les animateurs et les répondants ayant souligné que la charge de travail était importante dans le contexte d'une offre de services bihebdomadaire. De plus, il serait opportun dans les études futures d'ajouter des données objectives en complémentarité aux données auto-rapportées, notamment pour les variables concernant la pratique d'activités physiques et la mobilité communautaire (ex. : actimètre et GPS).

PARTIE F – RÉFÉRENCES

- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ, US: Prentice-Hall, Inc.
- Canadian Institute for Health Information. (2011). *Health Care in Canada, 2011: A Focus on Seniors and Aging*. Ottawa, Ontario: CIHI.
- Cumming, R. G., Salkeld, G., Thomas, M., & Szonyi, G. (2000). Prospective study of the impact of fear of falling on activities of daily living, SF-36 scores, and nursing home admission. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 55(5), M299-305.
- Delbaere, K., Crombez, G., Vanderstraeten, G., Willems, T., & Cambier, D. (2004). Fear-related avoidance of activities, falls and physical frailty. A prospective community-based cohort study. *Age and Ageing*, 33(4), 368-373. doi:10.1093/ageing/afh106
- Filiatrault, J., Parisien, M., Laforest, S., Lorthios-Guilledroit, A., & Belley, A.-M. (2015). *Programme Vivre en Équilibre. Guide de l'animateur (version 4)*. Montréal : Institut universitaire de gériatrie de Montréal et CSSS Cavendish.
- Fournier, C., Lecours, C., & Gagné, M. (2012). Les chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile au Québec. *Zoom Santé*, (39), 1-8.
- Friedman, S. M., Munoz, B., West, S. K., Rubin, G. S., & Fried, L. P. (2002). Falls and fear of falling: which comes first? A longitudinal prediction model suggests strategies for primary and secondary prevention. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(8), 1329-1335.
- Lin, P. C., & Lu, C. M. (2005). Hip fracture: family caregivers' burden and related factors for older people in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 14(6), 719-726. doi:10.1111/j.1365-2702.2005.01130.x
- Mendes da Costa, E., Pepersack, T., Godin, I., Bantuelle, M., Petit, B., & Levêque, A. (2012). Fear of falling and associated activity restriction in older people. Results of a cross-sectional study conducted in a Belgian town. *Archives of Public Health*, 70(1). doi:10.1186/0778-7367-70-1
- Ministère de la Famille et des Aînés. (2012). *Vieillir et vivre ensemble : chez soi, dans sa communauté, au Québec. Québec, Canada : Gouvernement du Québec*.
- Peel, N. M. (2011). Epidemiology of falls in older age. *Canadian Journal on Aging*, 30(1), 7-19. doi:10.1017/s071498081000070x

- Peel, N. M., & Warburton, J. (2009). Using senior volunteers as peer educators: What is the evidence of effectiveness in falls prevention? *Australasian Journal on Ageing*, 28(1), 7-11. doi:10.1111/j.1741-6612.2008.00320.x
- Scott, V., Wagar, L., & Elliott, S. (2010). *Falls & Related Injuries among Older Canadians: Fall-related Hospitalizations & Intervention Initiatives*. Victoria, British Columbia: Victoria Scott Consulting.
- Tennstedt, S., Howland, J., Lachman, M., Peterson, E., Kasten, L., & Jette, A. (1998). A randomized, controlled trial of a group intervention to reduce fear of falling and associated activity restriction in older adults. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 53(6), P384-392.
- van Haastregt, J. C., Zijlstra, G. R., van Rossum, E., van Eijk, J. T., de Witte, L. P., & Kempen, G. I. (2007). Feasibility of a cognitive behavioural group intervention to reduce fear of falling and associated avoidance of activity in community-living older people: a process evaluation. *BMC Health Services Research*, 7(156). doi:10.1186/1472-6963-7-156
- Zijlstra, G. A., van Haastregt, J. C., Ambergen, T., van Rossum, E., van Eijk, J. T., Tennstedt, S. L., & Kempen, G. I. (2009). Effects of a multicomponent cognitive behavioral group intervention on fear of falling and activity avoidance in community-dwelling older adults: results of a randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(11), 2020-2028. doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02489.x
- Zijlstra, G. A., van Haastregt, J. C., van Eijk, J. T., van Rossum, E., Stalenhoef, P. A., & Kempen, G. I. (2007). Prevalence and correlates of fear of falling, and associated avoidance of activity in the general population of community-living older people. *Age and Ageing*, 36(3), 304-309. doi:10.1093/ageing/afm021

ANNEXES

ANNEXE 1 – RECENSION DES ÉCRITS	26
ANNEXE 2- SCHÉMA DU CERCLE VICIEUX DE LA PEUR DE TOMBER	33
ANNEXE 3 – CONTENU DU PROGRAMME	34
ANNEXE 4 – DEVIS DE L'ÉTUDE	35
ANNEXE 5 – MÉTHODES DE COLLECTE DE DONNÉES	36
ANNEXE 6 – TABLEAUX DE RÉSULTATS	39
ANNEXE 7 – EXTRAITS D'ENTREVUES	46
ANNEXE 8 – BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE	49

ANNEXE 1 – RECENSION DES ÉCRITS

Cette recension des écrits aborde trois dimensions pertinentes au projet de recherche, soit : 1) la prévalence du phénomène de la peur de tomber chez les aînés, ses déterminants et ses conséquences; 2) les études sur les interventions préventives conçues pour agir sur la peur de tomber des aînés; et 3) l'approche par les pairs dans les interventions de promotion de la santé des aînés.

La peur de tomber : prévalence, déterminants et conséquences

Les premiers écrits traitant de la peur de tomber décrivent ce phénomène comme une peur intense que peuvent ressentir les aînés à la suite d'une chute et qui engendre une restriction excessive d'activités, discordante avec les capacités résiduelles de la personne (Bhala, O'Donnell, & Thoppil, 1982; Murphy & Isaacs, 1982). La peur de tomber est un phénomène fréquent chez les aînés. Une étude néerlandaise menée auprès d'un échantillon représentatif de la population d'aînés vivant à domicile (n = 4 031) rapporte que 54% des aînés admettent avoir peur de tomber (Zijlstra, van Haastregt, van Eijk, et al., 2007). Plus récemment, une large enquête canadienne comprenant 16 369 personnes de 65 ans et plus rapporte que 31% des Canadiens âgés déclarent être préoccupés par les chutes (Fournier, Lecours, & Gagné, 2012). Bien que la peur de tomber puisse survenir à la suite d'une chute, les écrits révèlent que la peur de tomber est également présente chez une large proportion d'aînés qui n'ont pas chuté, dans des proportions variant entre 28% et 50% (Gagnon, 2003; Legters, 2002). En ce qui a trait aux déterminants de la peur de tomber, les études suggèrent que la peur de tomber est d'origine multifactorielle (Gagnon, 2003; Legters, 2002). Plusieurs études ont trouvé des associations significatives entre la peur de tomber et l'âge, le sexe (être une femme), le fait d'avoir fait une chute ou plus

dans la dernière année et une perception négative de sa santé (Deshpande et al., 2008; Filiatrault & Desrosiers, 2009; Lach, 2005; Zijlstra, van Haastregt, van Eijk, et al., 2007). Les résultats de plusieurs études soutiennent que la peur de tomber ne serait pas une simple question de vulnérabilité physique; la peur aurait également des déterminants psychosociaux. En effet, des associations significatives ont été identifiées entre la peur de tomber et le niveau d'anxiété (Gagnon, Flint, Naglie, & Devins, 2005), la présence de symptômes dépressifs (Ni Mhaolain et al., 2012; Painter et al., 2012) de même qu'un faible soutien social (Howland et al., 1998).

Les écrits traitant des conséquences néfastes de la peur de tomber sont nombreux. Une revue systématique incluant 28 études menées auprès d'aînés vivant dans la communauté soutient que les conséquences de la peur de tomber comprennent un déclin de la santé physique et mentale, un risque accru de tomber et une perte progressive de qualité de vie (Scheffer, Schuurmans, van Dijk, van der Hooft, & de Rooij, 2008). Lorsqu'elle est intense, la peur de tomber peut inciter la personne à restreindre indûment ses activités (Gagnon, 2003). Zijlstra et collaborateurs (2007) rapportent qu'environ 40% des personnes âgées vivant dans la communauté disent limiter leurs activités à cause de la peur de tomber. Une restriction excessive des activités peut contribuer à une dégradation prématurée des capacités physiques de la personne (notamment, la force et l'équilibre) et conduire à une perte d'autonomie (Cumming, Salkeld, Thomas, & Szonyi, 2000; Delbaere, Crombez, Vanderstraeten, Willems, & Cambier, 2004; Mendes de Leon, Seeman, Baker, Richardson, & Tinetti, 1996). Ultimement, un tel déclin physique et fonctionnel peut contribuer à augmenter les risques de chute de la personne âgée. En fait, quelques études longitudinales ont montré que la peur de tomber et la confiance des aînés en leur capacité d'éviter les chutes lors des activités de la vie quotidienne sont des

prédicteurs indépendants de chutes chez les aînés vivant à domicile après avoir contrôlé pour l'état de santé (Cumming et al., 2000; Friedman et al., 2002) ou pour le niveau de fonctionnement dans les activités quotidiennes (Delbaere et al., 2004). Par ailleurs, la restriction d'activités associée à la peur de tomber peut conduire à un isolement social et avoir des répercussions négatives sur la santé mentale des aînés (Howland et al., 1998; Howland et al., 1993). Enfin, des études rapportent que la participation sociale des aînés et leur qualité de vie peuvent être affectées par la peur de tomber (Bruce, Devine, & Prince, 2002; Lachman et al., 1998). Compte tenu des considérations précédentes, plusieurs auteurs ont souligné l'importance d'intégrer la peur de tomber parmi les cibles des interventions préventives offertes aux aînés (Boyd & Stevens, 2009; Fournier et al., 2012; Lach, 2002; Zijlstra, van Haastregt, van Eijk, et al., 2007).

Les interventions préventives conçues pour agir sur la peur de tomber des aînés

Bien que plusieurs programmes de prévention des chutes aient été développés pour les aînés vivant à domicile au cours des dernières années, la majorité d'entre eux portent sur les facteurs de risque physiques comme l'équilibre et le déclin de la force musculaire associée au vieillissement et aux maladies chroniques (Gillespie et al., 2012; Sjosten, Vaapio, & Kivela, 2008; Zijlstra, van Haastregt, van Rossum, et al., 2007). Toutefois, un nombre croissant d'études dans le domaine de la prévention des chutes suggèrent que les interventions préventives auprès d'aînés vivant à domicile devraient aussi cibler les facteurs psychologiques associés aux chutes comme la peur de tomber, la confiance en sa capacité d'éviter les chutes et la confiance en son équilibre (Cumming et al., 2000; Delbaere, Close, Brodaty, Sachdev, & Lord, 2010; Filiatrault et al., 2008; Fournier et al., 2012; Freiburger, Haberle, Spirduso, & Zijlstra, 2012; Zijlstra, van Haastregt, van Rossum, et al., 2007).

Une revue systématique des écrits (Zijlstra, van Haastregt, van Rossum, et al., 2007) a permis de recenser une seule intervention préventive ciblant la peur de tomber des aînés. Ce programme de groupe, désigné *A Matter of Balance (AMB)*, utilise une approche cognitivo-comportementale pour agir sur la peur de tomber des aînés. Cette approche vise à identifier et transformer ses pensées négatives et dysfonctionnelles (ex. : dramatisation, fausses obligations, abstraction sélective) en pensées plus réalistes et mieux adaptées à sa situation afin de modifier les comportements et l'état émotionnel qui y sont associés (Beck, 2011; Zijlstra, Tennstedt, van Haastregt, van Eijk, & Kempen, 2006)(Zijlstra, Tennstedt, van Haastregt, van Eijk, & Kempen, 2006)Un essai clinique randomisé visant à évaluer le programme AMB et mené auprès de 434 aînés vivant à domicile ayant peur de tomber, a montré des effets positifs de ce type de programme sur le niveau d'activités et la mobilité des aînés (Tennstedt et al., 1998). Chez les aînés ayant participé à un minimum de 5 séances, le programme a également eu des effets positifs sur le sentiment d'efficacité des aînés quant à leurs capacités à éviter les chutes, et ce jusqu'à 12 mois après l'entrée dans l'étude. Par ailleurs, une augmentation de la participation à des activités physiques et sociales a également été observée chez les participants 12 mois après l'entrée dans l'étude.

Une version néerlandaise de ce même programme (Zijlstra, van Haastregt, van Eijk, & Kempen, 2005) a également fait l'objet d'un essai clinique randomisé auprès de 540 aînés des Pays-Bas (van Haastregt et al., 2007; Zijlstra et al., 2006). L'étude a révélé des effets positifs du programme immédiatement et 8 mois après le programme, notamment une réduction significative de la peur de tomber et de la restriction d'activités (Zijlstra et al., 2009). Le programme a aussi eu des effets positifs sur la perception de contrôle sur les chutes et sur la fréquence des activités 8 mois après le programme (Zijlstra et al.,

2009; Zijlstra et al., 2011). Une amélioration du sentiment d'efficacité relatif à ses capacités physiques a également été notée chez les participants du programme jusqu'à 14 mois plus tard (Zijlstra et al., 2011). Enfin, l'étude a aussi révélé une réduction significative du nombre de chuteurs récurrents parmi les aînés ayant participé au programme, mettant en évidence la pertinence de programmes utilisant l'approche cognitive-comportementale en prévention des chutes (Zijlstra et al., 2009). Ces essais randomisés soutiennent l'idée que la peur de tomber et d'autres facteurs psychologiques associés aux chutes peuvent être améliorés chez les aînés vivant à domicile grâce à des programmes de groupe ciblant ces facteurs. Suite à une étude d'implantation de ce programme, les auteurs mentionnent qu'une approche ayant recours à des bénévoles pour l'animation pourrait être d'intérêt pour disséminer davantage le programme (van Haastregt et al., 2013; Zijlstra et al., 2013). D'autres études soutiennent d'ailleurs que des programmes de prévention des chutes destinés aux aînés offerts par des bénévoles formés peuvent être bénéfiques (Healy et al., 2008; Waters, Hale, Robertson, Hale, & Herbison, 2011). Un essai clinique randomisé récemment réalisé par Waters et collègues (2011) montre, par exemple, que des effets comparables au niveau de la réduction de chutes peuvent être obtenus par des programmes de prévention des chutes menés par des experts ou par des pairs préalablement formés par des professionnels de la santé.

L'approche par les pairs en promotion de la santé des aînés

Le vieillissement de la population soulève le besoin d'implanter des stratégies novatrices pour améliorer la santé et la qualité de vie des aînés (Ministère de la Famille et des Aînés, 2008). L'une de ces stratégies consiste à faire appel à des pairs aînés préalablement formés pour l'animation de programmes de promotion de la santé. Cette approche a été utilisée avec succès, entre autres, pour influencer des comportements de

santé, dans de nombreuses initiatives de promotion de la santé pour les aînés, telles que des programmes d'activité physique (Buman et al., 2011; Dorgo, Robinson, & Bader, 2009), d'autogestion de maladies chroniques (Foster, Taylor, Eldridge, Ramsay, & Griffiths, 2007; Kaczorowski et al., 2011; Truncali, Dumanovsky, Stollman, & Angell, 2010), d'entraînement de la mémoire (Ercoli, Cernin, & Small, 2011), ainsi que des programmes de prévention des chutes (Allen, 2004; Deery, Day, & Fildes, 2000; Peel & Warburton, 2009; Waters et al., 2011). Plusieurs essais cliniques randomisés ont montré que des programmes menés par des pairs aînés peuvent produire des effets positifs sur la santé des aînés (Foster et al., 2007; Kaczorowski et al., 2011; Truncali et al., 2010). Plus spécifiquement, les aînés qui ont participé à des programmes animés par des pairs ont rapporté une amélioration de la perception de leur soutien social et de la perception de leur santé et avaient une perception plus positive du rôle qu'ils pouvaient jouer dans la société comparativement à des aînés qui n'avaient pas participé à de tels programmes (Kocken & Voorham, 1998). Parmi les avantages de l'approche par les pairs, une revue de la littérature sur l'approche par les pairs dans les programmes de santé chez les aînés rapporte que les participants perçoivent généralement le message de promotion de la santé comme étant plus crédible, moins biaisé et plus facile à comprendre lorsqu'il est transmis par un pair (Peel & Warburton, 2009). Les pairs aînés utilisent un langage souvent plus accessible et peuvent donc servir de modèles positifs auprès des participants. De ce fait, une telle approche pourrait favoriser chez les aînés l'efficacité personnelle ou la confiance en ses capacités d'adopter des comportements appropriés (Shiner, 1999).

Cette approche a aussi des bénéfices reconnus pour la santé des pairs eux-mêmes (Woodall, 2012). En effet, ces derniers ont rapporté une augmentation de leur confiance en soi, de leur satisfaction envers la vie et un plus grand sentiment d'appartenance à leur

communauté après une expérience à titre d'agents de promotion de la santé. Une étude mentionne aussi que des pairs ayant participé à un programme d'autogestion de l'arthrite ont rapporté être mieux informés au sujet de la santé (ex. : arthrite) et avoir appris de nouvelles façons de gérer leurs maladies chroniques (Hainsworth & Barlow, 2003).

Un modèle d'implantation de programmes de promotion de la santé ayant recours à des pairs âgés semble des plus pertinents considérant le vieillissement de la population. En effet, au moment de leur retraite, plusieurs âgés recherchent des occasions de s'engager dans des activités significatives au sein de leur communauté. Selon (Cook & Sladowski, 2012), les âgés sont plus enclins à s'engager dans des activités qui impliquent de donner des conseils ou de soutenir des services de santé. Ils sont aussi très motivés à mettre leurs compétences au profit de la communauté (Council, 2010). S'engager à titre d'animateurs d'un programme de promotion de la santé peut en ce sens contribuer positivement au besoin exprimé des âgés de contribuer à la société. Finalement, en plus de donner l'occasion aux âgés de se réaliser dans une activité qui leur procure un sentiment d'accomplissement, une telle approche favorise une dissémination plus large des interventions de prévention des chutes dans le milieu par le recours à des agents multiplicateurs.

ANNEXE 2 – SCHÉMA DU CERCLE VICIEUX DE LA PEUR DE TOMBER

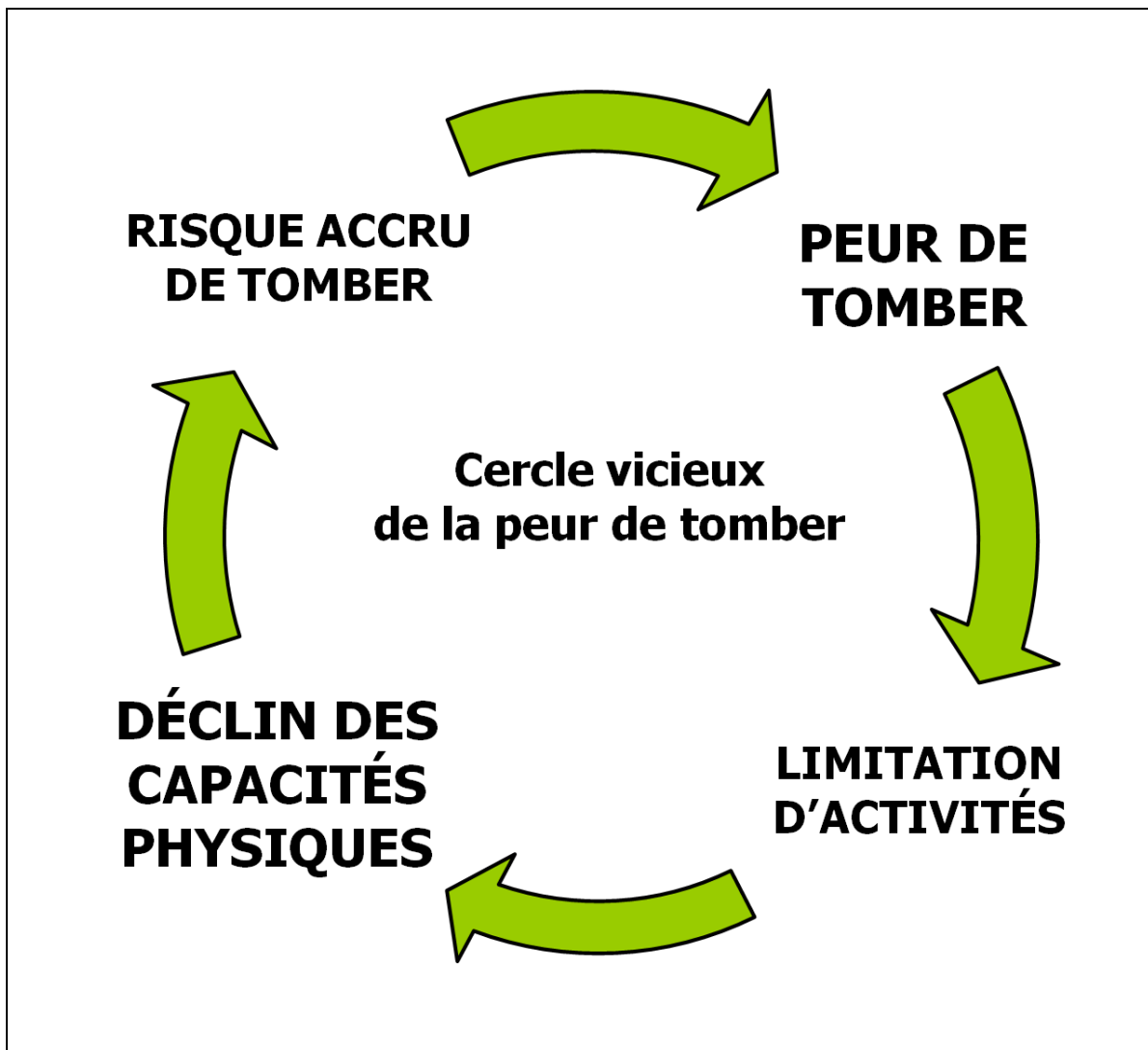


Figure 1. Cercle vicieux de la peur de tomber

Source : Filiatrault, J., Parisien, M., Laforest, S., Lorthios-Guillement, A., & Belley, A.-M. (2015). *Programme Vivre en Équilibre. Guide de l'animateur (version 4)*. Montréal : Institut universitaire de gériatrie de Montréal et CSSS Cavendish.

ANNEXE 3 – CONTENU DU PROGRAMME

Tableau 1. Contenu de chaque séance du programme Vivre en Équilibre

Séance	Thèmes abordés
1	<ul style="list-style-type: none">• Introduction au programme (objectifs, approche,...)• Faits sur les chutes et la peur de tomber• Plan d'action personnel en lien avec le programme
2	<ul style="list-style-type: none">• Fausses croyances liées aux chutes et au vieillissement
3	<ul style="list-style-type: none">• Bienfaits et défis de la pratique d'activité physique• Alimentation saine en lien avec la prévention des chutes et des blessures associées aux chutes
4	<ul style="list-style-type: none">• Facteurs de risque de chutes intrinsèques (ex. : altération de la force et de l'équilibre, troubles visuels, hypotension orthostatique, médicaments, fuites urinaires)• Comment se relever après une chute
5	<ul style="list-style-type: none">• Révision des acquis depuis le début du programme• Comportements sécuritaires et facteurs de risque de chutes comportementaux
6	<ul style="list-style-type: none">• Facteurs de risque de chutes environnementaux et stratégies pour les prévenir
7	<ul style="list-style-type: none">• Affirmation de soi et prévention des chutes• Importance du réseau social• Ressources communautaires utiles
8	<ul style="list-style-type: none">• Conclusion du programme• Auto-évaluation des participants (plan d'action personnel)• Comment maintenir les bienfaits du programme• Rétroaction des participants sur le programme

ANNEXE 4 – DEVIS DE L'ÉTUDE

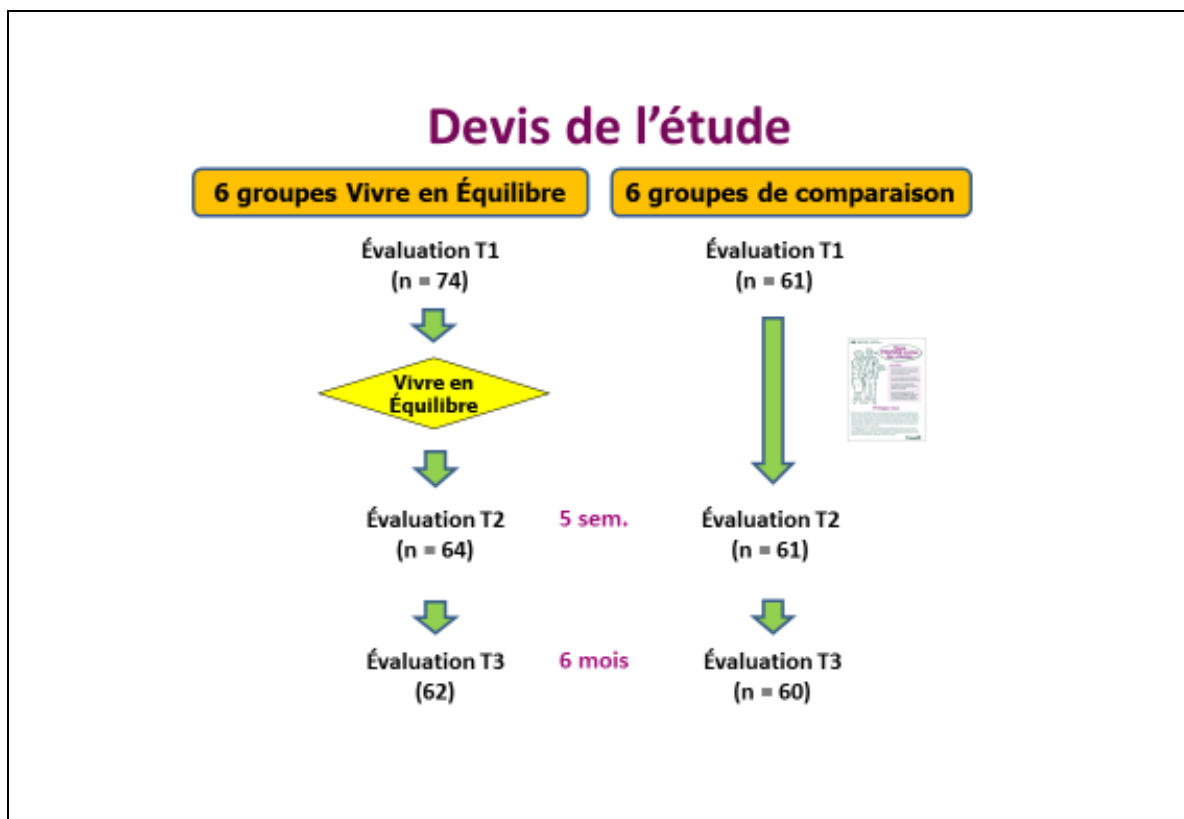


Figure 1 : Devis de l'étude

Note : Les principales raisons de pertes au suivi sont liées à des problèmes de santé personnels ou d'un membre de la famille.

ANNEXE 5 – MÉTHODES DE COLLECTE DE DONNÉES

Tableau 1. Variables liées aux effets du programme

Variables	Instruments de mesure
Variables psychologiques liées aux chutes	
Peur de tomber	Question : « Vous arrive-t-il d’avoir peur de tomber? » avec une échelle de réponses à 4 degrés (0 = jamais; 1 = occasionnellement; 2 = souvent; 3 = très souvent)
	Version française du <i>Falls Efficacy Scale – International (FES-I)</i> comprenant 14 énoncés en lien avec les activités ou tâches de la vie courante. Pour chaque énoncé, le participant indique son degré d’inquiétude relative aux chutes à l’aide d’une échelle de 1 à 4 (Yardley et al., 2005)
Restriction d’activités	Question : « Vous arrive-t-il de limiter vos activités dans le domicile ou à l’extérieur parce que vous avez peur de tomber ? » avec une échelle de réponses à 4 degrés (0 = jamais; 1 = occasionnellement; 2 = souvent; 3 = très souvent)
	Score global de restriction d’activités basé sur une liste de 10 activités présentée aux participants (ex. : monter et descendre les escaliers, prendre un bain/douche, faire les courses dans votre quartier). Ils doivent indiquer s’ils restreignent chacune de ces activités à cause de la peur de tomber.
Contrôle perçu sur les chutes	Échelle de contrôle perçu sur les chutes développée par Tennstedt et collaborateurs (1998) comprenant 4 énoncés et une échelle de Likert à 4 réponses.
Capacité à réduire les chutes	Échelle d’appréciation de sa capacité à gérer les risques de chutes développée par Tennstedt et collaborateurs (1998) comprenant 5 énoncés et une échelle de Likert à 5 réponses.
Connaissances	Questionnaire maison pour évaluer les connaissances liées à la prévention des chutes chez les participants comprenant 12 énoncés sous forme de « vrai ou faux ».
Variables liées à l’activité physique et la participation sociale	
Participation sociale	Questionnaire comprenant 10 énoncés portant sur les activités sociales réalisées dans les 4 dernières semaines, développé par Richard, Gauvin, Gosselin et Laforest (2008). L’échelle de réponses est ordinale et comprend 4 degrés (presque tous les jours, au moins une fois par semaine, au moins une fois par mois, et jamais).
Diversité d’activités (activités physiques et de loisirs)	Version abrégée du CHAMPS (Physical Activity Questionnaire for Older Adults) (Stewart et al., 2001) comprenant 31 activités (6 activités physiques légères, 13 activités physiques modérées et 12 activités de loisirs). Il s’agit d’un questionnaire mesurant la fréquence hebdomadaire et la durée des activités chez les aînés.
Diversité et fréquence d’activités physiques légères/modérées et de loisirs	

Tableau 1. Variables liées aux effets du programme (suite)

Variables	Instruments de mesure
Mobilité communautaire	
Nombre de lieux visités à pied	Une liste de 21 lieux du quartier est présentée aux participants. Ils sont invités à indiquer s'ils se sont déplacés à pied pour visiter chacun de ces lieux au cours des 4 dernières semaines.
Fréquence par semaine de déplacements à pied	Une liste de 21 lieux du quartier est présentée aux participants. Ils sont invités à indiquer la fréquence à laquelle ils sont allés à pied à chacun de ces lieux au cours des 4 dernières semaines.
Autres variables	
Qualité de vie	Version canadienne-française du "Satisfaction with Life Scale" (Blais, Vallerand, Pelletier et Brière, 1989). Cette échelle comprend 5 énoncés mesurant la satisfaction générale que la personne peut entretenir vis-à-vis de sa vie. Chaque énoncé est associé à une échelle de réponses allant de 1 à 7.
Chuteur récurrent ou non	Question « Combien de fois êtes-vous tombé au cours de la dernière année ? » (T1). Lors des réévaluations, les participants ont été questionnés sur les chutes survenues depuis l'entrevue précédente. Le statut de chuteur récurrent a été attribué aux participants qui avaient fait 2 chutes ou plus.

Tableau 2. Dimensions de l'implantation, définitions opérationnelle et modes d'évaluation

Dimensions	Définitions opérationnelles	Modes d'évaluation
Assiduité au programme	Taux de participation au programme	<ul style="list-style-type: none"> • Grille de présences
Fidélité	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion des activités réalisées • Adhérence aux principes d'animation du programme 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevue auprès des répondants • Journal de bord des animateurs • Grille d'observation
Adaptation	<ul style="list-style-type: none"> • Description des activités qui n'ont pas pu être réalisées ou qui ont été ajoutées • Nature des modifications • Raisons des modifications 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevue auprès des répondants • Entrevue auprès des pairs aînés • Journal de bord des animateurs • Grille d'observation
Réponse des parties prenantes	<ul style="list-style-type: none"> • Degré de satisfaction • Dynamique et niveau de participation du groupe • Appréciation du programme par les participants, les pairs aînés et les répondants 	<ul style="list-style-type: none"> • Feuilles de présences • Questionnaire téléphonique destiné aux participants à T2 • Entrevue auprès des participants, des pairs aînés et des répondants • Grille d'observation

ANNEXE 6 – TABLEAUX DE RÉSULTATS

Tableau 1. Caractéristiques des participants à l'entrée dans l'étude	40
Tableau 2. Évolution des variables dépendantes de T1 à T3	41
Tableau 3. Résultats des analyses de régression linéaire testant les effets du programme à T2	42
Tableau 4. Résultats des analyses de régression logistique testant les effets du programme à T2	43
Tableau 5. Résultats des analyses de régression linéaire testant les effets du programme à T3	44
Tableau 6. Résultats des analyses de régression logistique testant les effets du programme à T3	45

Tableau 1. Caractéristiques des participants à l'entrée dans l'étude

	Echantillon total n = 135	Groupes expérimentaux n= 74	Groupes de comparaison n=61
	% ou moy.(é.-t.)		
Caractéristiques sociodémographiques			
Âge moyen (ans)*	84,7 (5,5)	85,8 (5,1)	83,3 (5,8)
Sexe (femmes)	91,1	93,2	88,5
Vit seul(e)	86,7	87,8	85,2
Niveau d'éducation			
<i>Primaire</i>	18,5	14,9	23,0
<i>Secondaire</i>	41,5	43,2	39,3
<i>Collège/Université</i>	40,0	41,9	37,7
Situation économique perçue ^a			
<i>Très aisée/aisée</i>	38,8	39,2	40,0
<i>Moyenne</i>	54,5	55,4	53,3
<i>Difficile/Très difficile</i>	6,7	5,4	8,3
Variables reliées à la santé			
Santé perçue			
<i>Excellente/Très bonne</i>	45,2	45,9	44,3
<i>Bonne</i>	35,6	36,5	34,4
<i>Moyenne/Mauvaise</i>	19,3	17,6	21,3
Utilisation d'une aide à la mobilité	60,7	62,2	59,0
Anxiété (score au GAI) (0-20)	5,4 (5,8)	6,2 (6,0)	4,3 (5,3)
Bien-être psychologique (0-100)			
<i>Vitalité</i>	60,4 (18,7)	58,6 (18,2)	62,6 (19,2)
<i>Santé mentale</i>	70,3 (15,6)	68,3 (16,3)	72,8 (14,5)
Variables reliées aux chutes			
Peur de tomber			
<i>Jamais</i>	8,9	6,8	11,5
<i>Occasionnellement</i>	61,5	55,4	68,9
<i>Souvent</i>	20,7	24,3	16,4
<i>Très souvent</i>	8,9	13,5	3,3
Restriction d'activités			
<i>Jamais</i>	74,1	78,4	68,9
<i>Occasionnellement</i>	20,7	14,9	27,9
<i>Souvent</i>	1,5	1,4	1,6
<i>Très souvent</i>	3,7	5,4	1,6
Chutes au cours de la dernière année ^a	39,6	40,5	38,3
Score global de peur de tomber (FES-I)*	27,5 (9,0)	29,2 (9,7)	25,4 (7,7)
Contrôle perçu sur les chutes*	3,1 (0,6)	3,0 (0,7)	3,3 (0,5)
Capacité perçue à réduire les chutes	2,7 (0,6)	2,7 (0,6)	2,8 (0,6)

Notes : Pour le GAI et le FES-I, les scores plus faibles représentent de meilleurs résultats.

* p < 0,05; a. 1 donnée manquante

Tableau 2. Évolution des variables dépendantes de T1 à T3

	Groupes expérimentaux (n = 62)			Groupes de comparaison (n = 60)		
	T1	T2	T3	T1	T2	T3
	% ou moy. (é.-t.)					
Facteurs psychologiques et autres variables liées aux chutes						
Peur de tomber (souvent/très souvent)	35,5	17,7	19,4	20,0	11,7	16,7
Score global de peur de tomber (FES-1; 16-64) ^a	29,7 (9,4)	25,4 (7,7)	25,5 (6,6)	25,4 (7,7)	25,5 (7,5)	26,3 (7,5)
Restriction d'activité	19,4	6,5	12,9	31,7	20,0	23,3
Score global de restriction d'activités (0-10)	1,1 (1,9)	0,5 (1,1)	0,5 (0,8)	1,1 (1,7)	0,6 (1,1)	0,9 (1,5)
Contrôle perçu sur les chutes ¹	3,0 (0,6)	3,5 (0,4)	3,4 (0,4)	3,2 (0,5)	3,2 (0,4)	3,1 (0,5)
Capacité perçue à réduire les chutes ¹	2,6 (0,6)	3,1 (0,5)	3,1 (0,5)	2,8 (0,6)	2,8 (0,6)	2,8 (0,6)
Connaissances globales sur la prévention des chutes	8,5 (1,6)	10,0 (1,2)	9,7 (1,4)	9,1 (1,5)	9,3 (1,4)	9,4 (1,3)
Activités physiques						
Diversité d'activités physiques et de loisirs ^a	9,3 (2,5)	9,2 (2,4)	9,1 (2,5)	9,3 (3,6)	9,5 (3,1)	9,4 (3,0)
Diversité d'activités physiques (toutes) ^a	3,6 (1,5)	3,8 (1,5)	3,4 (1,4)	3,8 (2,1)	3,8 (1,6)	3,8 (1,9)
Fréquence d'activités physiques (toutes) ^a	0,7 (0,4)	0,8 (0,4)	0,6 (0,4)	0,6 (0,3)	0,6 (0,3)	0,7 (0,4)
Diversité d'activités physiques légères ^b	3,0 (1,1)	3,2 (1,2)	2,8 (1,2)	3,0 (1,5)	3,0 (1,4)	2,5 (1,2)
Fréquence d'activités physiques légères par semaine ^b	2,0 (1,0)	2,1 (1,0)	1,8 (1,1)	1,7 (0,9)	1,5 (1,0)	1,6 (1,1)
Diversité d'activités physiques modérées ^a	0,7 (1,0)	0,6 (0,9)	0,6 (0,9)	0,8 (1,1)	0,8 (0,9)	1,0 (1,1)
Fréquence d'activités physiques modérées par semaine ^a	0,1 (0,3)	0,1 (0,3)	0,1 (0,2)	0,1 (0,2)	0,1 (0,2)	0,2 (0,2)
Participation sociale et mobilité communautaire						
Diversité d'activités de loisirs ^a	5,6 (1,8)	5,4 (1,7)	5,7 (1,7)	5,4 (2,1)	5,8 (2,0)	5,6 (2,0)
Fréquence d'activités de loisirs par semaine ^a	1,3 (0,5)	1,3 (0,5)	1,3 (0,5)	1,2 (0,6)	1,2 (0,6)	1,3 (0,6)
Participation sociale (0-30) ^a	7,7 (3,8)	8,1 (3,3)	8,1 (3,5)	6,8 (3,6)	6,7 (3,4)	6,1 (3,2)
Mobilité communautaire (diversité) (étendue 0-21) ^a	8,1 (2,3)	8,0 (2,6)	7,8 (2,6)	7,9 (2,4)	8,4 (2,5)	7,8 (2,0)
Mobilité communautaire (fréquence par semaine) ^a	0,9 (0,3)	1,0 (0,4)	0,9 (0,4)	0,9 (0,4)	1,0 (0,4)	0,9 (0,4)
Qualité de vie (étendue 5-35)	28,4 (5,3)	29,3 (4,0)	29,7 (4,9)	29,2 (4,3)	29,1 (4,9)	29,1 (4,7)
Statut de chuteur (chutes récurrentes)^a	17,7	21,0	24,2	11,9	18,6	23,7

Notes : a. Les scores plus faibles représentent de meilleurs résultats; ^a Une donnée manquante; ^b Deux données manquantes

Tableau 3. Résultats des analyses de régression linéaire testant les effets du programme à T2

	Modèle ajusté ^a			
	Coefficient non ajusté β	Erreur standard robuste	p	R2
Facteurs psychologiques et autres variables liées aux chutes				
Score global de peur de tomber (FES-I)	-3,04	1,45	0,061	0,54
Score global de restriction d'activités	-0,06	0,22	0,785	0,22
Contrôle perçu sur les chutes	0,23	0,07	0,005	0,22
Capacité perçue à réduire les chutes	0,30	0,08	0,003	0,36
Connaissances globales sur la prévention des chutes	1,00	0,18	< 0,001	0,44
Activités physiques				
Diversité d'activités physiques et de loisirs	-0,45	0,37	0,244	0,63
Diversité d'activités physiques (toutes)	0,06	0,17	0,716	0,56
Fréquence d'activités physiques (toutes)	0,14	0,05	0,018	0,44
Diversité d'activités physiques légères	0,20	0,19	0,312	0,47
Fréquence d'activités physiques légères par semaine	0,43	0,20	0,052	0,42
Diversité d'activités physiques modérées	-0,09	0,12	0,470	0,60
Fréquence d'activités physiques modérées par semaine	0,03	0,04	0,414	0,42
Participation sociale et mobilité communautaire				
Diversité d'activités de loisirs	-0,53	0,32	0,133	0,54
Fréquence d'activités de loisirs par semaine	-0,05	0,07	0,530	0,54
Participation sociale	0,57	0,42	0,208	0,48
Mobilité communautaire (diversité)	-0,62	0,53	0,262	0,57
Mobilité communautaire (fréquence par semaine)	-0,02	0,07	0,779	0,48
Qualité de vie	0,28	0,53	0,599	0,43

a: modèle ajusté pour l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, la santé perçue, le statut de chuteur et la variable d'intérêt à T1.

Tableau 4. Résultats des analyses de régression logistique testant les effets du programme à T2

	Modèle ajusté ^a		
	Exp (B)	E.S	Sig.
Peur de tomber	1,036	0,471	0,939
Restriction d'activités	0,343	0,163	0,025
Statut de chuteur (chutes récurrentes)	0,860	0,526	0,805

a : modèle ajusté pour l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, la santé perçue, le statut de chuteur et la variable d'intérêt à T1.

Tableau 5. Résultats des analyses de régression linéaire testant les effets du programme à T3

	Modèle ajusté ^a			
	Coefficient non-ajusté β	Erreur standard robuste	p	R2
Facteurs psychologiques et autres variables liées aux chutes				
Score global de peur de tomber (FES-I)	-2,95	1,38	0,055	0,48
Score global de restriction d'activités	-0,52	0,23	0,043	0,16
Contrôle perçu sur les chutes	0,34	0,08	0,001	0,22
Capacité à réduire les chutes	0,37	0,09	0,002	0,36
Connaissances globales sur la prévention des chutes	0,66	0,16	0,002	0,42
Activités physiques				
Diversité d'activités physiques et de loisirs	-0,35	0,26	0,214	0,53
Diversité d'activités physiques (toutes)	-0,25	0,29	0,405	0,51
Fréquence d'activités physiques (toutes)	-0,04	0,07	0,583	0,38
Diversité d'activités physiques légères	-0,01	0,24	0,980	0,53
Fréquence d'activités physiques légères par semaine	0,09	0,22	0,679	0,40
Diversité d'activités physiques modérées	-0,24	0,14	0,128	0,42
Fréquence d'activités physiques modérées par semaine	-0,07	0,04	0,074	0,25
Participation sociale et mobilité communautaire				
Diversité d'activités de loisirs	-0,10	0,23	0,674	0,44
Fréquence d'activités de loisirs par semaine	-0,02	0,08	0,750	0,47
Participation sociale	1,40	0,42	0,006	0,47
Mobilité communautaire (diversité)	-0,16	0,45	0,732	0,44
Mobilité communautaire (fréquence par semaine)	-0,03	0,07	0,669	0,51
Qualité de vie	0,80	0,55	0,172	0,34

a: modèle ajusté pour l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, la santé perçue, le statut de chuteur et la variable d'intérêt à T1.

Tableau 6. Résultats des analyses de régression logistique testant les effets du programme à T3

	Modèle ajusté^b		
	Exp (B)	E.S	Sig.
Peur de tomber	0,695	0,502	0,614
Restriction d'activités	0,471	0,304	0,245
Statut de chuteur (chutes récurrentes)	0,829	0,706	0,826

a : modèle ajusté pour l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, la santé perçue, le statut de chuteur et la variable d'intérêt à T1.

ANNEXE 7 – EXTRAITS D’ENTREVUES

Tableau 1. Extraits d’entrevues réalisées auprès des participants témoignant de leur appréciation envers le programme et des bienfaits qu’ils en ont retirés

Thèmes	Extraits de verbatim
Satisfaction envers le contenu du programme	<i>Pour ce qui est du contenu du cours, moi, ça m'a satisfaite du début à la fin parce que ça répond à des questions qu'on ose pas poser à d'autres. (participante 97, Montréal)</i>
Diminution de la peur de tomber	<i>Ça m'a fait du bien dans ma tête, rien que ça, rien qu'enlever ça [la peur de tomber] un peu (...) pour moi c'est quelque chose. Parce que ça devenait une phobie, j'ai l'impression (...), c'était constant. (participante 21, Trois-Rivières)</i>
Adoption de comportements sécuritaires	<i>Beaucoup de petits conseils aussi pratiques, comme lorsqu'on se lève du lit, de ne pas tout de suite se placer, rester une couple de minutes, assise sur notre lit. (...) Ça ne peut faire que du bien, d'après moi, on ne peut retirer que du bien de ces cours-là. (participante 98, Montréal)</i>
Pertinence du programme	<i>Je leur dirai de continuer, s'ils peuvent rejoindre beaucoup de personnes ça va peut-être éviter des accidents, assez sérieux. J'approuve beaucoup du programme. Je trouve que j'ai appris beaucoup de choses, (...) C'est pas une perte de temps. C'est vraiment un bon programme. (participante 61, Montréal)</i>

Tableau 2. Extraits d’entrevues réalisées auprès des animateurs témoignant de leur appréciation envers le programme et des bienfaits qu’ils en ont retirés

Thèmes	Extraits de verbatim
Compatibilité du programme avec les intérêts de l’animateur	<p><i>À la retraite, je cherchais quelque chose qui aurait un lien avec mes goûts, mes affinités. J'avais vu un programme qui demandait des animateurs pour la prévention des chutes, alors j'ai embarqué à 100% dans ce programme-là.</i> (animatrice 1)</p>
Facilité à animer le programme	<p><i>C'est un programme qui roule, qui est bien rodé, qui se développe, qui avance. (...) Je trouve que c'est bien fait et ça s'anime bien aussi. (...) C'est pas un programme qui est difficile à animer.</i> (animatrice 2)</p>
Amélioration de sa confiance en ses capacités	<p><i>Avoir confiance en mes capacités! (...) J'ai appliqué le programme sur moi!</i> (animatrice 1)</p> <p><i>Ça m'a rapporté aussi la confiance (...) je suis encore bien capable psychologiquement, mentalement, physiquement de faire ça [expérience d'animation du programme].</i> (animatrice 3)</p>
Sentiment d’être utile et valorisé	<p><i>C'est toujours gratifiant personnellement, de savoir qu'on fait quelque chose d'utile puis qu'on participe. (...) je serais prête à refaire le truc encore. Je trouve que c'est un programme qui en vaut la peine.</i> (animatrice 4)</p> <p><i>Parce que quand je pense que je peux me rendre utile à quelqu'un, je suis toujours partante. C'est comme ça, je suis comme ça.</i> (animatrice 5)</p> <p><i>Je l'ai [l'expérience d'animation du programme] trouvée intéressante et valorisante, parce qu'on voit vraiment que ça répond à un besoin.</i> (animatrice 4)</p>
Sentiment d’accomplissement	<p><i>D'avoir vaincu ma timidité pour accepter de le faire [animer le programme], c'est une grosse victoire. C'est une grosse, grosse victoire, ça.</i> (animatrice 5)</p>
Développement de relations sociales	<p><i>Je me suis fait des amis supplémentaires! C'est gens-là, je les revois à présent et c'est une attitude différente d'avant.</i> (animatrice 5)</p>

Tableau 3. Extraits d’entrevues réalisées auprès des répondants témoignant de leur appréciation envers le programme et de sa pertinence pour leur clientèle

Thèmes	Extraits de verbatim
Pertinence du programme pour les aînés	<i>La prévention des chutes, c'est quelque chose de hyper important ici, il y a beaucoup de gens, moi j'en vois beaucoup qui sont tombés dans leur appartement puis à cause de ça, ils n'ont plus la mobilité qu'ils avaient ou l'ont perdue complètement (...) je trouve que ce programme-là, c'est un plus avec tous les outils qu'on transmet. (répondante 1)</i>
Complémentarité du programme avec les activités offertes par le milieu	<i>Ça serait triste de s'en priver et de priver les résidents de ça [du programme Vivre en Équilibre]. Pour moi, ça passe avant certaines conférences. Parce que c'est autre chose, on a plein de cours d'exercices, on a plein de petits ateliers de créativité. Mais là-dedans, on n'en a pas. (répondante 2)</i>
Appréciation du matériel du programme (aspect clé en main)	<i>C'est vraiment parce que vous avez fait un tout inclus dans votre programme. Honnêtement, c'était super bien fait, j'ai rien à dire. Les documents, c'était bien classé, c'était clair. (...) Ça a facilité beaucoup les choses. (répondante 1)</i>

ANNEXE 8 – BIBLIOGRAPHIE COMPLÈTE

- Allen, T. (2004). Preventing falls in older people: evaluating a peer education approach. *British Journal of Community Nursing*, 9(5), 195-200.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ, US: Prentice-Hall, Inc.
- Bhala, R., O'Donnel, J., & Thoppil, E. (1982). Phobic fear of falling and its clinical management. *Physical Therapy*, 62, 187-190.
- Blais, M. R., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., & Brière, N. M. (1989). L'Échelle de satisfaction de vie : Validation canadienne-française du "Satisfaction with Life Scale". *Revue canadienne des sciences du comportement*, 21, 210-213.
- Boyd, R., & Stevens, J. A. (2009). Falls and fear of falling: burden, beliefs and behaviours. *Age and Ageing*, 38(4), 423-428. doi:10.1093/ageing/afp053
- Bruce, D. G., Devine, A., & Prince, R. L. (2002). Recreational physical activity levels in healthy older women: The importance of fear of falling. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50, 84-89.
- Buman, M. P., Giacobbi, P. R., Jr., Dzierzewski, J. M., Aiken Morgan, A., McCrae, C. S., Roberts, B. L., & Marsiske, M. (2011). Peer volunteers improve long-term maintenance of physical activity with older adults: a randomized controlled trial. *Journal of Physical Activity and Health*, 8 Suppl 2, S257-266.
- Canadian Institute for Health Information. (2011). *Health Care in Canada, 2011: A Focus on Seniors and Aging*. Ottawa, Ontario: CIHI.
- Clemson, L., Cumming, R. G., & Heard, R. (2003). *The Falls Behavioural (FaB) Scale for the Older Person. Instruction manual*. Repéré à http://sydney.edu.au/health-sciences/staff/docs/lindy_clemson/FaB_manual_2003.pdf
- Cook, S. L., & Sladowski, P. S. (2012). *Le Bénévolat et les aînés*. Bénévoles Canada. Repéré à <http://aines.centre-du-quebec.qc.ca/wp-content/uploads/2010/04/le-benevolat-et-les-aines-rapport-final0.pdf>
- Cumming, R. G., Salkeld, G., Thomas, M., & Szonyi, G. (2000). Prospective study of the impact of fear of falling on activities of daily living, SF-36 scores, and nursing home admission. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 55(5), M299-305.
- Deery, H. A., Day, L. M., & Fildes, B. N. (2000). An impact evaluation of a falls prevention program among older people. *Accident Analysis & Prevention*, 32(3), 427-433.
- Delbaere, K., Close, J. C. T., Brodaty, H., Sachdev, P., & Lord, S. R. (2010). Determinants of disparities between perceived and physiological risk of falling among elderly people: cohort study. *BMJ*, 341. doi:10.1136/bmj.c4165
- Delbaere, K., Crombez, G., Vanderstraeten, G., Willems, T., & Cambier, D. (2004). Fear-related avoidance of activities, falls and physical frailty. A prospective community-based cohort study. *Age and Ageing*, 33(4), 368-373. doi:10.1093/ageing/afh106
- Deshpande, N., Metter, E. J., Bandinelli, S., Lauretani, F., Windham, B. G., & Ferrucci, L. (2008). Psychological, physical, and sensory correlates of fear of falling and consequent activity restriction in the elderly: the InCHIANTI study. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 87(5), 354-362. doi:10.1097/PHM.0b013e31815e6e9b

- Dorgo, S., Robinson, K. M., & Bader, J. (2009). The effectiveness of a peer-mentored older adult fitness program on perceived physical, mental, and social function. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21(2), 116-122. doi:10.1111/j.1745-7599.2008.00393.x
- Ercoli, L. M., Cernin, P. A., & Small, G. W. (2011). Peer-Led Memory Training Programs to Support Brain Fitness. Dans P. E. Hartman-Stein & A. LaRue (dir.), *Enhancing Cognitive Fitness in Adults* (pp. 213-229). New York: Springer.
- Filiatrault, J., Parisien, M., Laforest, S., Lorthios-Guillement, A., & Belley, A.-M. (2015). *Programme Vivre en Équilibre. Guide de l'animateur (version 4)*. Montréal : Institut universitaire de gériatrie de Montréal et CSSS Cavendish.
- Filiatrault, J., Demers, L., Parisien, M., Lorthios-Guillement, A., Kaegi, C., Ménard, I., . . . St-Laurent, C. (2014). Development and validation of a French Canadian version of the falls Behavioral (FaB) Scale. *Disability and Rehabilitation*, 36(21), 1798-1803. doi:10.3109/09638288.2013.871073
- Filiatrault, J., & Desrosiers, J. (2009). Coping strategies used by seniors going through the normal aging process: does fear of falling matter? *Gerontology*, 57(3), 228-236. doi:10.1159/000314529
- Filiatrault, J., Gauvin, L., Richard, L., Robitaille, Y., Laforest, S., Fournier, M., & Corriveau, H. (2008). Impact of a multifaceted community-based falls prevention program on balance-related psychologic factors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89(10), 1948-1957. doi:10.1016/j.apmr.2008.01.031
- Foster, G., Taylor, S. J., Eldridge, S. E., Ramsay, J., & Griffiths, C. J. (2007). Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*(4), CD005108. doi:10.1002/14651858.CD005108.pub2
- Fournier, C., Lecours, C., & Gagné, M. (2012). Les chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile au Québec. *Zoom Santé*(39), 1-8.
- Freiberger, E., Haberle, L., Spirduso, W. W., & Zijlstra, G. A. R. (2012). Long-term effects of three multicomponent exercise interventions on physical performance and fall-related psychological outcomes in community-dwelling older adults: a randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(3), 437-446. doi:doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03859.x
- Friedman, S. M., Munoz, B., West, S. K., Rubin, G. S., & Fried, L. P. (2002). Falls and fear of falling: which comes first? A longitudinal prediction model suggests strategies for primary and secondary prevention. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(8), 1329-1335.
- Gagnon, N., & Flint, A. J. (2003). Fear of Falling in the Elderly. *Geriatrics & Aging*, 6(7), 15-17.
- Gagnon, N., Flint, A. J., Naglie, G., & Devins, G. M. (2005). Affective correlates of fear of falling in elderly persons. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(1), 7-14. doi:10.1176/appi.ajgp.13.1.7
- 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. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, CD007146. doi:10.1002/14651858.CD007146.pub3
- Hainsworth, J., & Barlow, J. (2003). The training experiences of older, volunteer lay leaders on an arthritis self-management course. *Health Education Journal*, 62(3), 266-277. doi:10.1177/001789690306200308

- Healy, T. C., Peng, C., Haynes, M. S., McMahon, E. M., Botler, J. L., & Gross, L. (2008). The Feasibility and Effectiveness of Translating a Matter of Balance Into a Volunteer Lay Leader Model. *Journal of Applied Gerontology*, 27, 34-51. doi:10.1177/0733464807308620
- Howland, J., Lachman, M. E., Peterson, E. W., Cote, J., Kasten, L., & Jette, A. (1998). Covariates of fear of falling and associated activity curtailment. *The Gerontologist*, 38(5), 549-555.
- Howland, J., Peterson, E. W., Levin, W. C., Fried, L., Pordon, D., & Bak, S. (1993). Fear of falling among the community-dwelling elderly. *Journal of Aging and Health*, 5(2), 229-243.
- Kaczorowski, J., Chambers, L. W., Dolovich, L., Paterson, J. M., Karwalajtys, T., Gierman, T., . . . Sabaldt, R. J. (2011). Improving cardiovascular health at population level: 39 community cluster randomised trial of Cardiovascular Health Awareness Program (CHAP). *BMJ*, 342, d442. doi:10.1136/bmj.d442
- Kocken, P. L., & Voorham, A. J. (1998). Interest in participation in a peer-led senior health education program. *Patient Education and Counseling*, 34(1), 5-14.
- Lach, H. W. (2002). Fear of falling: An emerging public health problem. *Generations. Journal of the American Society on Aging*, 26(4), 33-37.
- Lach, H. W. (2005). Incidence and risk factors for developing fear of falling in older adults. *Public Health Nursing*, 22(1), 45-52. doi:10.1111/j.0737-1209.2005.22107.x
- Lachman, M. E., Howland, J., Tennstedt, S., Jette, A., Assmann, S., & Peterson, E. W. (1998). Fear of falling and activity restriction: the survey of activities and fear of falling in the elderly (SAFE). *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 53(1), P43-50.
- Legters, K. (2002). Fear of falling. *Physical Therapy*, 82(3), 264-272.
- Lin, P. C., & Lu, C. M. (2005). Hip fracture: family caregivers' burden and related factors for older people in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 14(6), 719-726. doi:10.1111/j.1365-2702.2005.01130.x
- Mendes da Costa, E., Pepersack, T., Godin, I., Bantuelle, M., Petit, B., & Levêque, A. (2012). Fear of falling and associated activity restriction in older people. Results of a cross-sectional study conducted in a Belgian town. *Archives of Public Health*, 70(1). doi:10.1186/0778-7367-70-1
- Mendes de Leon, C. F., Seeman, T. E., Baker, D. I., Richardson, E. D., & Tinetti, M. E. (1996). Self-efficacy, physical decline, and change in functioning in community-living dwellers: A prospective study. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 51, 183-190.
- Ministère de la Famille et des Aînés. (2012). *Vieillir et vivre ensemble : chez soi, dans sa communauté, au Québec. Québec, Canada : Gouvernement du Québec.*
- Ministère de la Famille et des Aînés. (2008). Rapport de la consultation publique sur les conditions de vie des aînés. Préparons l'avenir avec nos aînés. Québec : Gouvernement du Québec.
- Murphy, J., & Isaacs, B. (1982). The post-fall syndrome: A study of 36 elderly patients. *Gerontology*, 28, 265-270.
- National Seniors Council. (2010). *Report of the National Seniors Council on Volunteering Among Seniors and Positive and Active Aging.* Repéré à http://publications.gc.ca/collections/collection_2010/rhdcc-hrsdc/HS4-97-2010-eng.pdf

- Ni Mhaolain, A. M., Fan, C. W., Romero-Ortuno, R., Cogan, L., Cunningham, C., Lawlor, B., & Kenny, R. A. (2012). Depression: a modifiable factor in fearful older fallers transitioning to frailty? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(7), 727-733. doi:10.1002/gps.2780
- Painter, J. A., Allison, L., Dhingra, P., Daughtery, J., Cogdill, K., & Trujillo, L. G. (2012). Fear of falling and its relationship with anxiety, depression, and activity engagement among community-dwelling older adults. *The American Journal of Occupational Therapy*, 66(2), 169-176. doi:10.5014/ajot.2012.002535
- Peel, N. M., & Warburton, J. (2009). Using senior volunteers as peer educators: What is the evidence of effectiveness in falls prevention? *Australasian Journal on Ageing*, 28(1), 7-11. doi:10.1111/j.1741-6612.2008.00320.x
- Peel, N. M. (2011). Epidemiology of falls in older age. *Canadian Journal on Aging*, 30(1), 7-19. doi:10.1017/s071498081000070x
- Richard, L., Gauvin, L., Gosselin, C., & Laforest, S. (2008). Staying connected: neighbourhood correlates of social participation among older adults living in an urban environment in Montreal, Quebec. *Health Promotion International*, 24(1), 46-57.
- Scheffer, A. C., Schuurmans, M. J., van Dijk, N., van der Hooft, T., & de Rooij, S. E. (2008). Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. *Age and Ageing*, 37(1), 19-24. doi:10.1093/ageing/afm169
- Scott, V., Wagar, L., & Elliott, S. (2010). *Falls & related injuries among older Canadians: Fall-related hospitalizations & intervention initiatives*. Victoria, British Columbia: Victoria Scott Consulting.
- Shiner, M. (1999). Defining peer education. *Journal of Adolescence*, 22, 555-566.
- Sjosten, N., Vaapio, S., & Kivela, S. L. (2008). The effects of fall prevention trials on depressive symptoms and fear of falling among the aged: a systematic review. *Ageing & Mental Health*, 12(1), 30-46. doi:10.1080/13607860701366079
- Stewart, A. L., Mills, K. M., King, A. C., Haskell, W. L., Gillis, D., & Ritter, P. L. (2001). CHAMPS physical activity questionnaire for older adults: outcomes for interventions. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 33(7), 1126-1141.
- Tennstedt, S., Howland, J., Lachman, M., Peterson, E., Kasten, L., & Jette, A. (1998). A randomized, controlled trial of a group intervention to reduce fear of falling and associated activity restriction in older adults. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 53(6), P384-392.
- Truncali, A., Dumanovsky, T., Stollman, H., & Angell, S. Y. (2010). Keep on track: a volunteer-run community-based intervention to lower blood pressure in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(6), 1177-1183. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.02874.x
- van Haastregt, J. C., Zijlstra, G. A., Hendriks, M. R. C., Goossens, M. E. J. B., van Eijk, J. T. M., & Kempen, G. I. J. M. (2013). Cost-effectiveness of an intervention to reduce fear of falling. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 29(03), 219-226. doi:10.1017/S0266462313000275
- van Haastregt, J. C., Zijlstra, G. A., van Rossum, E., van Eijk, J. T., de Witte, L. P., & Kempen, G. I. (2007). Feasibility of a cognitive behavioural group intervention to reduce fear of falling and associated avoidance of activity in community-living older people: a process evaluation. *BMC Health Services Research*, 7(156).
- Waters, D. L., Hale, L. A., Robertson, L., Hale, B. A., & Herbison, P. (2011). Evaluation of a peer-led falls prevention program for older adults. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(10), 1581-1586. doi:10.1016/j.apmr.2011.05.014

- Woodall, J., Kinsella, K., South, J., & White, J. (2012). *Community health champions and older people: A review of the evidence*. Leeds, Centre for Health Promotion Research, Leeds Metropolitan University
- Yardley, L., Beyer, N., Hauer, K., Kempen, G., Piot-Ziegler, C., & Todd, C. (2005). Development and initial validation of the Falls Efficacy Scale-International (FES-I). *Age and Ageing*, *34*(6), 614-619. doi:10.1093/ageing/afi196
- Zijlstra, G. A., Tennstedt, S. L., van Haastregt, J. C., van Eijk, J. T., & Kempen, G. I. (2006). Reducing fear of falling and avoidance of activity in elderly persons: the development of a Dutch version of an American intervention. *Patient Education and Counseling*, *62*(2), 220-227. doi:10.1016/j.pec.2005.07.005
- Zijlstra, G. A., van Haastregt, J. C., Ambergen, T., van Rossum, E., van Eijk, J. T., Tennstedt, S. L., & Kempen, G. I. (2009). Effects of a multicomponent cognitive behavioral group intervention on fear of falling and activity avoidance in community-dwelling older adults: results of a randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, *57*(11), 2020-2028. doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02489.x
- Zijlstra, G. A., van Haastregt, J. C., Du Moulin, M. F., de Jonge, M. C., van der Poel, A., & Kempen, G. I. (2013). Effects of the implementation of an evidence-based program to manage concerns about falls in older adults. *The Gerontologist*, *53*(5), 839-849. doi:10.1093/geront/gns142
- Zijlstra, G. A., van Haastregt, J. C., van Eijk, J. T., de Witte, L. P., Ambergen, T., & Kempen, G. I. (2011). Mediating effects of psychosocial factors on concerns about falling and daily activity in a multicomponent cognitive behavioral group intervention. *Aging & Mental Health*, *15*(1), 68-77. doi:10.1080/13607863.2010.501054
- Zijlstra, G. A., van Haastregt, J. C., van Eijk, J. T., & Kempen, G. I. (2005). Evaluating an intervention to reduce fear of falling and associated activity restriction in elderly persons: design of a randomised controlled trial. *BMC Public Health*, *5*(26).
- Zijlstra, G. A., van Haastregt, J. C., van Eijk, J. T., van Rossum, E., Stalenhoef, P. A., & Kempen, G. I. (2007). Prevalence and correlates of fear of falling, and associated avoidance of activity in the general population of community-living older people. *Age and Ageing*, *36*(3), 304-309. doi:10.1093/ageing/afm021
- Zijlstra, G. A., van Haastregt, J. C., van Rossum, E., van Eijk, J. T., Yardley, L., & Kempen, G. I. (2007). Interventions to reduce fear of falling in community-living older people: a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, *55*(4), 603-615. doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01148.x