

Hospices / CHUV
Département universitaire de médecine
et de santé communautaires

Institut universitaire de médecine
sociale et préventive
Lausanne

EVALUATION DU PROJET DE L'OMSV
"PREVENTION DES CHUTES ET
DE LA MALNUTRITION CHEZ LES
PERSONNES AGEES"

Sanda Samitca, Thérèse Huissoud, Françoise Dubois-Arber

Etude financée par :

Cette évaluation a pu être réalisée grâce au soutien financier de Promotion Santé Suisse et de la Fondation Leenaards.

Remerciements :

Nous remercions ici l'équipe du projet à l'OMSV, les deux CMS pilotes de Lausanne Centre-ville et de Ste-Croix, leur responsable, ainsi que l'ensemble des équipes.

Citation suggérée :

Samitca S, Huissoud T, Dubois-Arber F. Evaluation du projet de l'OMSV "Prévention des chutes et de la malnutrition chez les personnes âgées". Lausanne : Institut de médecine sociale et préventive, 2003 (Raisons de santé, 93).

TABLE DES MATIERES

Résumé	5
1 Introduction	6
1.1 Contexte général	6
1.2 Historique	6
1.3 Mandat d'évaluation	7
1.4 Contenu du présent rapport	7
2 Le Projet "Prévention des chutes et de la malnutrition"	8
2.1 Objectifs du projet	8
2.2 Axes d'intervention	8
2.2.1 Sensibilisation et formation des professionnels	8
2.2.2 Dépistage et stratégies de prise en charge des personnes à risque	9
2.2.3 Sensibilisation auprès des personnes âgées.	9
2.3 Organisation et ressources du projet	10
2.3.1 L'équipe du projet	10
2.3.2 Les personnes relais	10
2.3.3 Les ressources internes au CMS	11
2.4 Deux CMS pilotes : Lausanne Centre-ville et Sainte-Croix	11
3 Mandat d'évaluation	12
3.1 Objectifs de l'évaluation	12
3.2 Questions d'évaluation	12
3.3 Méthodes d'évaluation	14
3.3.1 Analyse des documents	14
3.3.2 Entretiens	14
3.3.3 Consignement informatique des données	15
4 Evaluation de la stratégie de sensibilisation et de l'acquisition des outils	16
4.1 Stratégies de formation /sensibilisation des professionnels	16
4.1.1 Les journées d'information	16
4.1.2 Les colloques	16
4.1.3 Conclusions et recommandations	18
4.2 Les outils de dépistage	18
4.2.1 Objectif - description du PAME et du MOVE	18
4.2.2 Acquisition et limites	19
4.2.3 Conclusions et recommandations	19
4.3 Outils et méthode d'intervention	20
4.3.1 Objectifs et concepts	20
4.3.2 Evaluation des changements liés à la mise en pratique des outils	20
4.3.3 Les limites et difficultés	22
4.3.4 Conclusions et recommandations	23
4.4 Le rôle des personnes relais	24
4.4.1 Les limites	25
4.5 Le rôle de l'équipe du projet	26
5 Données sur la pratique du dépistage et du suivi	27
5.1 Consignement et quantification des prestations des CMS	27
5.2 Evaluation du "volume" du dépistage	27
5.3 Evaluation du "volume" des interventions	27
5.3.1 Données "chutes"	28
5.3.2 Données "malnutrition"	28
5.4 Conclusions et recommandations	28

6	Evaluation de l'outil de consignement informatique	30
6.1	Méthode d'évaluation	30
6.2	Bilan des outils informatiques en place actuellement	31
6.2.1	Le Dossier Individuel informatisé (DI)	31
6.2.2	Le consignement informatique des informations sur les chutes et la malnutrition (CICM)	31
6.3	Conception de l'outil de consignement idéal	32
6.4	Conclusions et recommandations	34
7	Promotion du mouvement et d'une alimentation adéquate auprès de la population âgée	35
7.1	Objectifs des animations	35
7.2	Les activités proposées	35
7.3	Les animations	36
7.3.1	Méthode pédagogique	37
7.3.2	Fréquentation des animations et bilan de l'organisation	37
7.3.3	Le point de vue des participants	38
7.3.4	Synthèse des animations	40
7.4	Les cours d'activités physiques	40
7.4.1	Fréquentation et organisation des cours de Tai Chi	41
7.4.2	Synthèse des cours de Tai Chi	42
7.4.3	Les ateliers équilibre	43
7.5	Les conférences	43
7.6	Les articles dans les médias	44
7.7	Sensibilisation des animatrices, monitrices, bénévoles auprès des personnes âgées	44
8	Conclusions	45
9	Recommandations par rapport au projet pilote	48
9.1	Difficultés face à l'intervention	48
9.2	Consignement informatique	48
9.3	En vue de l'extension	48
10	Annexes	50
10.1	Discussion du scénario proposé pour l'extension	50
10.2	Outil de consignement tel que prévu pour l'extension	56
10.3	Liste des articles publiés en rapport avec le projet	58
11	Références bibliographiques	60

RESUME

Le programme « Prévention des chutes et de la malnutrition chez les personnes âgées » développé par l'OMSV à partir de 1999 vise à améliorer la qualité de vie des aînés vivant à domicile en prévenant l'apparition de ces deux problématiques intimement liées. Deux CMS (Lausanne Centre ville et Ste-Croix) ont été concernés par la phase pilote du projet dont l'extension à l'ensemble des CMS du canton de Vaud a été acceptée en juin 2003.

Le projet comprend deux volets, un de prévention au sein des CMS et l'autre de prévention grand public sous la forme de différentes activités de prévention et animations. Pour ce qui est du premier volet, le projet consiste à systématiser le dépistage des situations à risque auprès des bénéficiaires des soins à domicile, puis à évaluer les facteurs de risque, avant d'élaborer des solutions pluridisciplinaires en vue d'une intervention. Des instruments d'aide au dépistage ont été élaborés à cet effet. Le projet est sous-tendu par un processus de changement temporel et par étapes, qui vise à tenir compte de la situation de la personne ("où elle en est").

L'évaluation réalisée par l'Unité d'évaluation de programmes de prévention de l'Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive de Lausanne a porté sur la mise en œuvre du projet et sa réception dans les équipes. Elle a permis de mettre en évidence l'intérêt de la démarche, ainsi qu'un certain nombre de difficultés qui en ont résulté. Si le dépistage ne pose pas de problèmes, l'évaluation des situations à risques et l'intervention sont plus délicates et ont suscité davantage de réticences de la part des intervenants qui y voyaient une remise en question de leur identité professionnelle. L'introduction d'un changement dans les pratiques des intervenants ne va pas de soi, prend du temps et surtout nécessite un accompagnement.

Suite à une première série de recommandations formulées par l'évaluation, un important travail d'élaboration et de précision des outils d'intervention a été réalisé par l'équipe du projet. Ces efforts faciliteront l'introduction du programme dans les CMS et sa réappropriation par les équipes.

La deuxième partie de l'évaluation a porté sur la prévention auprès des personnes âgées. Des différentes activités développées, il ressort que les animations autour d'un thème spécifique mettant l'accent sur la dimension interactive, ainsi que les activités physiques ont rencontré le plus grand succès. L'organisation de conférences et la rédaction d'articles constituent des activités plus secondaires du projet.

1 INTRODUCTION

1.1 CONTEXTE GENERAL

En Suisse, comme de façon plus générale dans les pays occidentaux, il est estimé qu'environ un tiers des personnes âgées de plus de 65 ans vivant à domicile sont victimes de chute chaque année. Les conséquences de ces chutes pour la personne âgée sont avant tout la réduction de sa qualité de vie, ainsi que la mise en péril du maintien à domicile et pour la société une augmentation des coûts hospitaliers. La malnutrition, quant à elle, touche 5 à 10 % des personnes âgées vivant à domicile avec pour conséquence un état de faiblesse physique, une augmentation de la sévérité des infections et une perte d'énergie ou du goût de vivre.

Les chutes et les risques de malnutrition apparaissent comme touchant de façon plus importante encore les personnes âgées bénéficiant des prestations de soins à domicile.

1.2 HISTORIQUE

En 1999, l'Organisme médico-social vaudois (OMSV) a été mandaté par les directions des Associations/Fondations d'aide et de soins à domicile du canton pour développer un projet pilote « Prévention des chutes et de la malnutrition chez les personnes âgées ». Ce dernier a été validé en octobre 2000 par la Commission cantonale de prévention (CCP). Le projet est mis en œuvre par l'OMSV en partenariat avec les Associations/Fondations d'aide et de soins à domicile et Pro-Senectute Vaud.

La première période du projet 1999-2001 a porté plus spécifiquement sur l'élaboration du projet-pilote, la réalisation de deux brochures "Prévenir la sous-alimentation" et "Prévenir les chutes" distribuées dans l'ensemble des CMS du canton, ainsi que le développement du projet pilote-test dans la région de Morges-Aubonne. Testé dans un premier temps dans les trois CMS de la région de Morges-Aubonne, le projet pilote a été étendu ensuite à deux autres CMS et leur région, soit celui de Lausanne Centre-ville et celui de St-Croix. Cette phase pilote a débuté en 2002 pour une période de deux ans, jusqu'à décembre 2003.

Au terme de trois années d'activité, l'OMSV en accord avec le Service de la santé publique a souhaité procéder à une évaluation du projet pilote « Prévention des chutes et de la malnutrition chez les personnes âgées ». L'Unité d'évaluation des programmes de prévention (UEPP) de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP) a été mandatée pour cette évaluation.

1.3 MANDAT D'ÉVALUATION

Le mandat d'évaluation confié à l'IUMSP s'est déroulé en deux étapes. La première a eu lieu de mars à juin 2003. Elle a débouché sur un rapport intermédiaire^a et portait essentiellement sur le premier volet du projet, soit la mise en oeuvre dans les CMS, des deux premiers axes prévus :

- axe de sensibilisation et de formation des professionnels ;
- axe de dépistage et de suivi des situations à risque.

L'objectif de cette première étape était de statuer sur l'intérêt du projet pilote et sur les ajustements et améliorations nécessaires en vue de l'éventuelle extension du projet à l'ensemble des CMS du canton. Il s'agissait ainsi de fournir une aide à la décision pour l'OMSV et les différents partenaires impliqués.

La deuxième étape, qui s'est déroulée de juin à décembre 2003, a permis de suivre la mise en oeuvre des recommandations du rapport intermédiaire, notamment la précision et la clarification des étapes du dépistage et des interventions, ainsi qu'une simplification de l'outil de consignement informatique des données. Cette deuxième étape a également permis de compléter l'évaluation du projet en s'intéressant au deuxième volet d'intervention hors CMS, soit la sensibilisation des personnes âgées aux problèmes des chutes et de la malnutrition en vue de les amener à adopter des comportements préventifs.

1.4 CONTENU DU PRESENT RAPPORT

Ce rapport reprend des éléments du premier rapport intermédiaire, complétés par les résultats de la deuxième étape.

Le lecteur trouvera donc ici les deux volets du projet soit la mise en oeuvre du programme "Prévention des chutes et de la malnutrition" dans les CMS et hors CMS ou "grand public". La question du consignement informatique des données sera également exposée avec la proposition d'un outil simplifié. Par contre, le chapitre "Discussion des scénarii proposés pour l'extension" qui concluait le rapport intermédiaire figure en annexe pour les personnes intéressées.

Nous présenterons dans un premier temps les principaux apports, puis un certain nombre de difficultés pour ces différents aspects.

Pour terminer nous formulerons une série de conclusions générales en tenant compte également des développements réalisés entre le rapport intermédiaire (juin 2003) et le rapport final.

^a Sanda Samitca, Thérèse Huissoud, Françoise Dubois-Arber, Evaluation du Projet de l'OMSV "prévention des chutes et de la malnutrition chez les personnes âgées". Rapport intermédiaire, juin 2003.

2 LE PROJET "PREVENTION DES CHUTES ET DE LA MALNUTRITION"

2.1 OBJECTIFS DU PROJET

Avec comme but final de contribuer à améliorer la qualité de vie des aînés vivant à domicile, en améliorant leur état physique, psychologique et social, le projet de prévention des chutes et de la malnutrition a pour objectif d'établir une approche permettant de prévenir l'apparition de ces deux problématiques. Dans ce sens, des stratégies de dépistage et de prévention sensées et réalistes pouvant être mises en œuvre dans l'ensemble des CMS du canton ont été élaborées.

2.2 AXES D'INTERVENTION

Le projet s'organise autour de trois axes :

- **Axe de sensibilisation et de formation des professionnels.** Il comporte l'organisation des journées de formation et d'information afin de sensibiliser les intervenants aux problèmes des chutes et de la malnutrition. Il a pour but d'introduire des outils et indicateurs permettant un dépistage précoce des situations à risque.
- **Axe de dépistage et de suivi des situations à risque.** Cet axe concerne le processus d'implémentation du projet dans la pratique courante des CMS : appropriation des outils de mise en œuvre, ainsi que le développement et l'utilisation d'un recueil de données informatisées.
- **Axe de sensibilisation des personnes âgées.** Ce troisième axe porte sur la mise en place de cours, ateliers et brochures d'information et de formation destinés aux personnes âgées afin de les sensibiliser aux problèmes des chutes et de la malnutrition et de les amener à adopter des comportements préventifs.

2.2.1 Sensibilisation et formation des professionnels

Cet axe du projet a un double objectif : il vise à sensibiliser l'ensemble des professionnels des deux CMS pilotes à la prévention des chutes et de la malnutrition chez les personnes âgées, qu'elles soient ou non bénéficiaires d'un CMS d'une part et à modifier un certain nombre d'idées préconçues dans ces deux domaines, de l'autre, en proposant une information actualisée. Pour ce faire, deux journées de formation ont été mises sur pied. Par la suite les colloques d'équipe sont l'occasion de poursuivre la "formation" avec des présentations de cas.

2.2.2 Dépistage et stratégies de prise en charge des personnes à risque

Il s'agit ici de l'aspect central du projet qui se décompose en trois objectifs :

- Le dépistage par l'ensemble des professionnels du CMS^b des personnes à risque de malnutrition et de chutes,
- l'évaluation par les référents des causes et facteurs de risque des personnes dépistées comme étant à risque,
- la mise en place d'une discussion entre le référent et la personne concernée afin de développer des interventions préventives et d'accompagner la personne dans son évolution, tout en mobilisant ses ressources.

Le développement et l'implantation de ces aspects se fait dans le cadre des deux colloques d'équipes : le colloque des référents et celui des auxiliaires.

Ce deuxième axe du projet comprend également l'introduction d'un outil informatisé d'évaluation et de suivi des situations à risque, appelé par la suite outil de consignement des données. L'objectif est double, obtenir un relevé statistique des interventions développées dans les domaines des chutes et de la malnutrition d'une part et avoir un suivi informatisé de la personne bénéficiaire d'autre part.

2.2.3 Sensibilisation auprès des personnes âgées.

Les objectifs qui sous-tendent ce troisième axe d'intervention sont :

- Le développement des actions de sensibilisation des personnes âgées et de leur entourage aux facteurs de risque de chutes et de malnutrition, ainsi qu'aux moyens de les prévenir,
- la remise en question d'un certain nombre d'idées reçues sur ces deux thèmes,
- la promotion des comportements liés à une vie saine.

En vue d'atteindre ces objectifs, l'équipe du projet travaille en partenariat avec Pro-Senectute et propose différentes formes d'animations (Info-Croissant^c, Café santé, ateliers Equilibre^d) autour des thèmes chutes et malnutrition, d'une part. D'autre part, des articles sont publiés dans la presse "grand public" et dans la presse "Aînés" et des conférences organisées dans différents contextes (AVIVO, Comptoir du Nord, ...).

^b Il s'agit aussi bien des professionnels référents de situations (personnel infirmier, ergothérapeute, assistante sociale, responsable PERSAM) que des non référents : les auxiliaires (de soins, de santé ou polyvalente), infirmières assistantes et livreuses de repas.

^c Info-croissant : réunit à titre informatif ou préventif des personnes retraitées ou plus jeunes autour d'un thème qui les concerne.

^d Atelier Equilibre : il s'agit d'un cours de gymnastique dont l'objectif est de développer la force, la souplesse et la coordination des mouvements afin d'améliorer le contrôle de l'équilibre. Cet atelier se déroule en 12 séances plus 2 d'évaluation des compétences et performances de chaque participant, au début et à la fin de la session.

2.3 ORGANISATION ET RESSOURCES DU PROJET

2.3.1 L'équipe du projet

L'équipe du projet est rattachée à l'OMSV et composée de la cheffe de projet (50 %) et de deux consultantes à 50%, une ergothérapeute et une diététicienne.

La tâche de la cheffe de projet est d'assurer le bon déroulement et la cohérence du projet, de mettre en place les interventions en fonction des objectifs ainsi que des ajustements, de définir avec les équipes le contenu et le processus de développement du projet et d'assurer le suivi financier. Ceci tout en assumant des responsabilités envers les Associations/Fondations, les autres partenaires et collaborateurs, les consultantes du projet, ainsi que le comité de pilotage.

Quant aux consultantes du projet, spécialistes et personnes de référence pour ce qui concerne respectivement les chutes et la malnutrition, elles assurent un travail de liaison et de coordination, ainsi que de formation. Leurs interventions s'adressent aux personnes relais, aux équipes des CMS, mais aussi aux personnes âgées en général dans le cadre des animations grand public.

2.3.2 Les personnes relais

Chaque CMS pilote dispose dans le cadre de ce projet de deux personnes relais : une ergothérapeute et une diététicienne, avec des taux de 10% et 20% respectivement. L'ergothérapeute fait déjà partie de l'équipe, à la différence de la diététicienne qui a été engagée pour le projet.

La première intervient plus spécifiquement sur le volet prévention des chutes et la seconde pour le volet prévention de la malnutrition.

Les activités de ces deux personnes relais sont nombreuses et multiples, puisqu'elles concernent à la fois les interventions à l'intérieur du CMS et à l'extérieur (animations grand public).

Au sein du CMS, leurs fonctions consistent à :

- porter le projet et être des personnes ressources pour ces deux problématiques,
- être les intermédiaires entre l'équipe du projet et celle du CMS,
- faciliter la mise en place des prestations chutes et malnutrition au sein des CMS,
- assurer un rôle de formation et d'information des équipes et participer au réseau des professionnels du domaine.

Ces tâches sont réalisées en collaboration avec l'équipe du projet.

En plus de leur fonction de "relais", l'ergothérapeute et la diététicienne fournissent un certain nombre de prestations dans leur domaine respectif.

L'intégration d'une diététicienne dans l'équipe du CMS fait partie intégrante du projet. Cette profession n'était jusqu'à présent pas ou très peu présente au sein des CMS et, contrairement à la profession d'ergothérapeute, doit se construire. Son rôle consiste, en résumé, à conseiller les équipes des CMS et à prendre en charge les situations nutritionnelles complexes, qui demandent des connaissances spécialisées. Les intervenants peuvent ainsi solliciter la diététicienne pour des conseils sur une situation, ainsi que pour des visites chez les bénéficiaires en vue d'une évaluation, suivie ou non par une intervention plus spécifique.

2.3.3 Les ressources internes au CMS

En dehors des personnes relais dont sont dotés les deux CMS, l'introduction du projet ne s'est pas accompagnée de la mise à disposition de ressources supplémentaires pour les équipes, en temps de travail notamment. Le projet a été introduit en recourant aux plates-formes de fonctionnement existantes, comme les temps de colloques.

2.4 DEUX CMS PILOTES : LAUSANNE CENTRE-VILLE ET SAINTE-CROIX

Le choix des deux CMS pilotes de Lausanne Centre-ville et de Ste-Croix a été validé en septembre 2001 par le Collège des directeurs des Associations/Fondations d'aide et de soins à domicile. Le projet qui a débuté en janvier 2002 se terminera en décembre 2003 dans ces deux CMS et leur zone de couverture.

Le CMS de Lausanne Centre-ville est l'un des huit CMS de la ville de Lausanne. La zone couverte par ce CMS englobe des quartiers populaires et des quartiers de haut standing. En février 2002, 81,4% des personnes recevant des prestations au sein du CMS de Lausanne Centre-ville sont âgées de 70 ans et plus.

Le CMS de Sainte-Croix se situe au cœur du Jura, une région avec un riche passé industriel qui a connu une forte émigration de ses forces vives lors de la crise des années 80. Le CMS de Sainte-Croix participe au système de santé communautaire de la région, comprenant l'hôpital, le centre d'hébergement, l'unité d'accueil de jour (UAT), des appartements protégés, ainsi qu'un restaurant. En février 2002, 72,3% des personnes recevant des prestations au sein du CMS de Ste-Croix ont 70 ans et plus.

3 MANDAT D'ÉVALUATION

3.1 OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

L'objectif général de l'évaluation est de contribuer à ajuster le programme et à renforcer l'efficacité de celui-ci par le biais d'une évaluation externe de la phase pilote du projet.

En vue de l'extension du projet au niveau cantonal, l'évaluation porte sur quatre axes :

1. la pertinence de l'approche et des stratégies développées pour former et sensibiliser les professionnels de la santé en vue du dépistage et de la prise en charge des personnes à risque ;
2. la pratique du dépistage et le suivi qui en découle pour les situations à risque (y compris les outils informatiques de consignement des données mis en place);
3. la cohérence et la faisabilité du scénario proposé pour l'extension du projet;
4. la pertinence et la réception des méthodes utilisées pour la sensibilisation de la population âgée à la prévention des chutes et de la malnutrition.

Comme déjà dit en introduction, le troisième objectif a été traité principalement dans la première étape d'évaluation et les propositions conclusives formulées alors figurent en annexe du présent rapport.

3.2 QUESTIONS D'ÉVALUATION

Les questions d'évaluation suivantes découlent des quatre objectifs cités ci-dessus :

1. **Cohérence de la stratégie choisie pour sensibiliser et former les professionnels de la santé aux thèmes du projet :**
 - Quelle est la pertinence de la démarche et quels sont les éventuels problèmes rencontrés par les différents professionnels de la santé impliqués dans le maintien à domicile (auxiliaires de santé, aides soignantes, assistante sociale, etc.) vis-à-vis de la sensibilisation au problème des chutes et de la malnutrition ?
 - Quelle est l'acquisition par les professionnels des deux CMS des outils et indicateurs de dépistage de la malnutrition et des chutes (PAME et MOVE) ?

- Quelle est l'appropriation par les professionnels des deux CMS des stratégies d'intervention auprès des personnes à risque de malnutrition ou de chutes (sur la base des documents de référence élaborés et de l'approche en lien avec la boucle de Prochaska^e) ?
- Quelle est la pertinence du rôle des personnes relais au sein du projet ?

2. **Pratique du dépistage des situations à risque et mise en place du suivi :**

- Quelle répercussion a la sensibilisation des professionnels aux problèmes de chutes et de malnutrition dans le quotidien des CMS sur le nombre de personnes à risque signalées, les interventions des référents, l'adaptation des prestations suite à la signalisation, etc.?
- Le contenu et la forme du recueil de données informatiques, ainsi que son utilisation par les équipes des CMS sont-ils adéquats pour mettre en valeur les activités liées au dépistage et à la prévention des problèmes de chute et de malnutrition (nature du contenu, difficultés pour la saisie, problème de feedback des données, etc.) ?
- Quel est le degré d'intégration du projet en tant que prestation courante des deux CMS pilotes ?
- A-t-il été possible d'établir des collaborations plus larges, notamment avec le corps médical ?

3. **Scénario proposé en vue de l'extension du projet.**

En janvier 2003, la commission de travail du Comité de pilotage a élaboré un scénario concret pour l'extension du projet.

- Quelle est la pertinence du scénario proposé et sa faisabilité ?
- Quelles sont les recommandations sur l'organisation, la coordination et le suivi du projet de prévention que l'on peut faire ?

4. **Sensibilisation des personnes âgées et de leur entourage à la prévention des chutes et de la malnutrition.**

La principale question à laquelle devra répondre l'évaluation concerne l'étendue des différentes activités (cours, ateliers de prévention et brochures) développées auprès des personnes âgées dans le cadre du projet.

- Quelle est du point de vue qualitatif et quantitatif, l'étendue des diverses activités au sein des différentes tranches d'âges : profil des personnes, type de problèmes rencontrés par ces personnes, compréhension des messages, réceptivité, appropriation des messages dans le moyen ou long terme, etc. ?

^e La boucle de Prochaska est un outil permettant de rendre compte des différentes étapes de préparation au changement que sont l'indifférence, la réflexion, la préparation, l'action et le maintien.

3.3 METHODES D'EVALUATION

Pour répondre aux questions d'évaluation, trois sources d'information ont été utilisées :

- des documents mis à disposition par l'équipe du projet ;
- des entretiens avec les différents corps professionnels des CMS et l'équipe du projet;
- l'analyse des programmes de saisie et des données du consignement informatique.

3.3.1 Analyse des documents

Une documentation importante a été mise à disposition par l'équipe du projet (descriptif du projet, description de poste des personnes relais, programme de recueil de données informatisé, rapports d'activités, évaluation interne à mi-parcours, etc.). Elle permet de documenter les différentes étapes de la mise en place du projet, ainsi que les outils développés à l'adresse des professionnels. Un travail de lecture et d'analyse de différents documents et recueils de données a été fait.

3.3.2 Entretiens

Des entretiens semi-directifs avec l'équipe du projet, les personnes relais, ainsi qu'avec un certain nombre de personnes des équipes des deux CMS pilotes ont été réalisés. Ils nous donnent une première appréciation sur la mise en place du projet, ainsi que sur la façon dont les collaborateurs des CMS appliquent les outils de dépistage des situations à risque de chute et de malnutrition. Ils nous ont également permis d'identifier les principales difficultés rencontrées dans l'utilisation de ces outils.

Deux groupes peuvent être distingués :

- L'équipe du projet : la cheffe de projet et les deux consultantes.
- Les équipes des deux CMS pilotes : les responsables d'équipe, les personnes relais, ainsi qu'un échantillon d'intervenants parmi les référents et les auxiliaires^f. Le choix de ces personnes ne s'est pas fait dans une visée de représentativité, néanmoins nous avons comme critère de donner la parole à chaque corps de métier entre les deux CMS, de manière à assurer la diversité des points de vue. Les intervenants rencontrés étaient considérés comme des informateurs privilégiés. Ainsi, en plus des deux directrices de CMS, et des personnes relais, onze entretiens avec des référents ou auxiliaires choisis au hasard ont été menés.

Les entretiens de type semi-structuré ont été enregistrés, avec l'accord de l'interlocuteur et ont été retranscrits. La confidentialité des informations a été garantie à chaque interlocuteur. Ces interviews, d'une heure environ, se sont déroulés en face à face au CMS ou par téléphone. Dans ce cas, nous avons pris soin auparavant, de rencontrer les personnes retenues pour un entretien, dans le cadre d'une brève séance de présentation de l'évaluation externe et des évaluatrices, leur permettant ainsi de poser des questions sur l'évaluation et ses objectifs.

^f Les référents : infirmière (en soins généraux, de santé publique, en psychiatrie), ergothérapeute, assistante sociale et responsable PERSAM (responsable des auxiliaires).
Les non-référents : les auxiliaires de santé, au ménage et polyvalentes, les infirmières assistantes et les livreuses de repas.

3.3.3 Consignement informatique des données

Il était prévu d'utiliser les données consignées informatiquement pour évaluer l'implantation du projet au sein des CMS-pilotes. Une extraction des données saisies dans le programme "chutes et malnutrition" a été effectuée. A cette occasion, nous avons pu mesurer les problèmes liés à la saisie des données et l'aspect incomplet de la banque de données. Les données sur l'implantation du programme qui peuvent être présentées actuellement ne donnent donc qu'une vision partielle du volume d'interventions réalisées depuis l'introduction du projet.

Différentes réunions avec l'équipe du projet et une personne relais ont eu lieu et ont permis de cerner les principales difficultés rencontrées par la saisie. Ces discussions ont débouché sur des propositions concrètes visant à améliorer les outils statistiques en place. Ces propositions ont ensuite été discutées avec les principaux responsables informatiques de l'OMSV.

4 EVALUATION DE LA STRATEGIE DE SENSIBILISATION ET DE L'ACQUISITION DES OUTILS

4.1 STRATEGIES DE FORMATION /SENSIBILISATION DES PROFESSIONNELS

4.1.1 Les journées d'information

La mise en place du projet a débuté par deux journées d'information destinées à l'ensemble des équipes des deux CMS pilotes. L'objectif de ces journées était de sensibiliser les intervenants à la double problématique des chutes et de la malnutrition chez les personnes âgées. Au programme, des conférences et ateliers animés par des intervenants externes, spécialistes de ces deux thèmes, ainsi que par les consultantes du projet.

Les participants des équipes de Lausanne Centre-ville et de Ste-Croix ont de façon unanime apprécié ces journées qui ont marqué le début du projet. Le caractère unique de cette situation où l'ensemble de l'équipe est réunie a été largement souligné comme un plus dans le fonctionnement de l'équipe et comme un événement fédérateur. C'était aussi l'occasion de développer un vocabulaire commun.

Le bon déroulement de ces journées a été facilité par une organisation méticuleuse et par le fait qu'elles n'ont pas perturbé le travail des équipes; leur préparation a toutefois nécessité un travail important de la part des responsables d'équipes.

Dans l'ensemble, le contenu de l'information est jugé très intéressant et enrichissant, avec un équilibre entre les aspects théoriques et pratiques. Des informations d'ordre général, mais aussi des trucs pratiques pour intervenir ont été présentés, par exemple dans les Ateliers nutrition : comment enrichir une soupe, acheter des conserves avec vitamines ou encore avoir des repas tout prêts pour dépanner. C'est principalement au niveau de l'alimentation que les informations étaient nouvelles et que de nombreuses idées reçues ont été revues.

Bien que certains corps de métier soient plus familiers de ces aspects, notamment les infirmières, ces journées étaient l'occasion d'un rappel et d'une mise à jour des connaissances.

4.1.2 Les colloques

Les colloques d'équipe constituent le principal espace d'implantation du projet, dans une perspective de recours aux plates-formes de fonctionnement existantes. Deux types de colloques hebdomadaires peuvent être distingués, d'une part les colloques des référents et de l'autre les colloques des auxiliaires. A Ste-Croix un colloque interdisciplinaire supplémentaire réunit également une fois par mois référents et auxiliaires. Lors de ces colloques sont discutées les nouvelles situations, ainsi que les situations qui posent problème.

Un temps spécifique a été pris lors de ces colloques pour le projet et l'introduction de la problématique des chutes et de la nutrition. Le rythme initial des colloques "chutes et malnutrition" pour les référents était d'une demi-heure tous les quinze jours à Lausanne et d'une heure tous les mois à Ste-Croix et, respectivement, de cinq et trois séances d'une heure pour les auxiliaires.

Animés par les consultantes du projet dans un premier temps, avant de passer la main aux personnes relais dans un deuxième temps, ces colloques spécifiques avaient pour objectif de discuter collectivement, sur la base de situations réelles présentées par les intervenants, l'application des outils de dépistage, l'évaluation des causes et des facteurs de risque, ainsi que les stratégies d'intervention et le suivi qui peuvent être proposés. Ils offrent également la possibilité de rencontrer les deux personnes relais et de les solliciter, principalement la diététicienne qui n'est pas toujours présente au CMS.

4.1.2.1 Colloques des référents

Parmi les référents, les avis sont convergents dans le sens d'une appréciation mitigée des colloques tels qu'ils ont été organisés et planifiés au départ.

Il était demandé aux participants de choisir et de présenter une situation à titre de formation. Au début, celles-ci étaient souvent peu préparées et pas toujours choisies de façon adéquate, s'agissant par exemple d'une personne en fin de vie pour laquelle le projet n'était pas pertinent. Par la suite, un choix mieux ciblé des situations proposées pour la discussion montre une certaine compréhension et acquisition du projet.

Globalement, les critiques émanant des équipes portent à la fois sur le rythme et sur le contenu de ces colloques spécifiques, reprochant leur caractère rébarbatif, lourd et répétitif. De l'avis des équipes, les colloques sont déjà très chargés avec de nombreuses situations à discuter et dans ces circonstances, consacrer une heure au projet chutes et malnutrition prend trop de temps.

Suite à ces remarques et à la mise en évidence d'une lassitude, ainsi que d'une baisse d'intérêt de la part des équipes, ces colloques spécifiques ont été interrompus fin septembre 2002, après neuf mois. Les personnes relais assurent désormais l'intégration des aspects chutes et malnutrition à la discussion des situations présentées lors du colloque d'équipe hebdomadaire.

Les intervenants reconnaissent pourtant l'intérêt de ces colloques spécifiques qui ont permis de discuter et d'analyser en direct des situations et qui étaient l'occasion d'obtenir des informations et des éléments d'interprétation des données.

4.1.2.2 Colloques des auxiliaires

Du côté des auxiliaires, le bilan est moins critique. Les colloques sont appréciés, notamment par la possibilité qu'ils offrent de partager des points de vue sur une situation, ainsi que pour les aspects pratiques qui sont discutés. Les ateliers et informations sur "comment relever une personne", ou "comment enrichir un repas" sont particulièrement prisés. Ce sont autant d'éléments qui peuvent ensuite être facilement appliqués dans leur travail, comme le soulignent plusieurs auxiliaires. Ces colloques ont également donné lieu à des simulations de situations (cuisiner avec une canne ou avec le bras en écharpe), très appréciées parce qu'elles permettent de bien se rendre compte des difficultés rencontrées par les bénéficiaires.

4.1.3 Conclusions et recommandations

Les coordinatrices du projet et les personnes relais soulignent la nécessité d'un travail intensif et soutenu dans les premiers mois, qui s'est fait avec les présentations de situations donnant lieu à des exercices de mise en pratique des outils de dépistage et des modes de réflexion sur ces deux thèmes. Les équipes ont été "drillées" au début, les différents outils et aspects du dépistage étant continuellement répétés pour s'assurer une intégration et une appropriation du projet par les intervenants.

Une attention particulière doit toutefois être apportée au rythme et au contenu de ces colloques. La difficulté consistant à trouver un équilibre entre le besoin d'insister et de revenir à plusieurs reprises sur les mêmes aspects afin de permettre l'acquisition des outils et de la démarche, mais tout en évitant que cela ne devienne excessif et par conséquent démotivant.

4.2 LES OUTILS DE DEPISTAGE

4.2.1 Objectif - description du PAME et du MOVE

Deux instruments d'aide au dépistage^s, le PAME et le MOVE, ont été élaborés par les consultantes du projet en collaboration avec la cheffe de projet, sur la base de travaux existants ou en cours^h, puis affinés avec les équipes. Ils sont l'aboutissement et la synthèse d'une réflexion plus large avec les équipes des CMS et d'allers-retours entre le terrain et la théorie.

Le dépistage des situations à risque de malnutrition se fait à l'aide du PAME, pour "perte involontaire de Poids", "diminution de l'Appétit", "diminution de la Mobilité" et "Événement éprouvant ou dépression". Quant au dépistage des situations à risque de chutes, il repose sur le MOVE, pour "diminution de la Mobilité", "présence d'Obstacles", "diminution de la Vue ou d'autres sens" et "Événement éprouvant". Ces lettres permettent de mémoriser rapidement les signaux d'alerte à considérer.

Ces indicateurs ont été conçus comme devant pouvoir être utilisés par tous les intervenants du CMS, les référents (personnel infirmier, assistante sociale, responsables PERSAMⁱ) et les non référents (auxiliaires, infirmières assistantes et livreuses de repas). L'accent a par conséquent été mis sur des signaux visuels, que tout le monde peut détecter et qui ne soient pas intrusifs. Ces outils visent à mettre des mots sur les choses observées, dans le but notamment de formaliser ces informations.

^s Appelés parfois à tort "indices de dépistage", ces outils ne mesurent pas la gravité d'un risque, mais reprennent les principaux facteurs pouvant intervenir dans les problèmes de chutes et de malnutrition.

^h C'est le cas pour l'outil de dépistage des situations à risque de malnutrition travaillé par le groupe d'experts en alimentation de la personne âgée (Groupe PAGE) de l'Unité de nutrition clinique du CHUV à Lausanne et dont la consultante diététicienne du projet s'est inspirée. Elle a repris de ce modèle la perte de poids et la diminution de l'appétit, en ajoutant la mobilité et l'événement éprouvant qui sont des aspects centraux pour une personne à domicile.

Il existe actuellement une grille de dépistage commune aux hôpitaux, CMS et EMS.

ⁱ Les PERSAM sont l'ensemble des auxiliaires (de santé, au ménage, polyvalentes), des aides familiales, des aides soignantes et des livreuses de repas.

4.2.2 Acquisition et limites

Dans l'idéal, ces outils de dépistage devraient faire partie de l'évaluation de toute situation, mais la réalité est plus nuancée. Le PAME et le MOVE ne sont pas utilisés comme une grille de dépistage en tant que telle, mais les composantes (poids, appétit, mobilité, événement, obstacle et vue) sont connues des intervenants qui les ont intégrées à leur pratique.

Ainsi, lorsque au cours d'une intervention à domicile les professionnels observent un de ces éléments, ils peuvent intervenir ou, pour les auxiliaires signaler le cas au référent. A noter toutefois que pour certaines personnes les outils PAME/MOVE ne sont pas automatiquement et immédiatement associés au dépistage. On peut voir là l'expression d'une forme de non adhésion au projet susceptible d'entraîner une sous-utilisation des outils, avec un dépistage qui ne serait alors pas fait de façon systématique.

Du côté des auxiliaires, les outils du projet sont bien accueillis et facilement mis en pratique grâce à l'important dialogue qui s'établit le plus souvent entre les auxiliaires et les bénéficiaires. Lors de leurs interventions à domicile, les auxiliaires mettent en pratique les outils à disposition, proposant aussi des "trucs" qu'elles ont acquis durant la formation ou les colloques.

4.2.3 Conclusions et recommandations^j

Les outils de dépistage semblent acquis par l'ensemble des intervenants, référents et auxiliaires.

Dans l'ensemble, au niveau du travail quotidien, le regard et l'attention se sont aiguisés. Les observations sont plus pointilleuses, notamment par rapport à des choses banales (regarder si le frigo est rempli, vérifier que des achats sont faits régulièrement et avec les aliments appropriés, s'assurer que les tapis ne glissent pas, ...). Les discussions sont orientées spécifiquement sur ces aspects d'alimentation et de chutes, le lien entre la mobilité et la nutrition constituant en soi une nouveauté.

Pour la plupart des auxiliaires également, ces outils ne font que reprendre des critères d'observation qu'elles avaient déjà, à l'exception de la vue et du poids qui sont nouveaux; la notion d'événement éprouvant est aussi intégrée de façon plus systématique dans l'observation des situations.

Les équipes ont accueilli l'introduction de ces outils de dépistage avec une certaine réserve, mettant en avant que, mis à part quelques aspects nouveaux, c'est déjà ce qu'elles font dans leur travail.

Ce que le projet introduit correspond en partie à des choses qui se pratiquaient déjà, mais de façon moins formalisée et surtout moins systématique. L'objectif du projet est précisément de s'inscrire dans la continuité du travail effectué au CMS, en formalisant et systématisant des interventions faites souvent de façon "intuitive" et non régulière. Compte tenu des réactions de certains intervenants des CMS, il convient de bien expliciter le projet, ses apports eu égard au travail quotidien dans le CMS, ainsi que ses enjeux.

Le dépistage devrait par la suite être introduit dans l'outil informatique de consignement.

^j Ces conclusions et recommandations sont issues du rapport de juin 2003. Les ajustements et améliorations qui ont suivis figurent au chapitre 5.

4.3 OUTILS ET METHODE D'INTERVENTION

4.3.1 Objectifs et concepts

Dépister les situations à risque est une première étape, indissociable de celles de l'évaluation des facteurs de risque, puis du développement d'une stratégie d'intervention.

Ainsi, une fois le dépistage fait à l'aide du PAME et du MOVE, une procédure de suivi en cinq étapes est proposée aux intervenants :

- Evaluation des risques : élevé, modéré, faible;
- Recherche des causes et des facteurs de risque de façon détaillée;
- Respect des étapes de la personne (boucle de Prochaska^k) et mise en place d'une intervention adaptée à la conception/vision que la personne a de sa situation;
- Stratégie (mobilisation de l'entourage, du médecin ou de la diététicienne,);
- Evaluation et suivi (DI^l, test d'équilibre, mesure du poids). Amélioration du suivi des personnes à risque à l'aide du consignement informatisé des données.

A cette fin, les intervenants ont à disposition deux documents de référence sur l'évaluation et les stratégies de prise en charge des chutes et de la malnutrition, élaborés par les consultantes du projet.

Le document "Prévention des chutes" propose un rappel de la problématique, des facteurs de risque afin d'inciter à une recherche plus approfondie des causes, ainsi que d'un ensemble d'interventions possibles. L'objectif étant d'enrichir les possibilités d'action visant à diminuer les risques identifiés et à améliorer la qualité de vie des personnes âgées, au moyen d'une action "centrée sur la personne".

Quant au document "Dépistage et stratégies de prise en charge de la malnutrition à domicile", il rappelle l'intérêt du dépistage, les facteurs de risque, ainsi que les procédures de prise en soins de l'alimentation et propose un ensemble d'interventions de la diététicienne à domicile.

La stratégie d'intervention repose sur la mise en place d'un processus de discussion avec la personne concernée, en cherchant à mobiliser ses ressources, afin de développer des interventions de prévention dans les deux domaines des chutes et de la malnutrition.

4.3.2 Evaluation des changements liés à la mise en pratique des outils

L'introduction du projet a entraîné des changements dans la manière de travailler des intervenants. Globalement, le principal constat est celui d'une plus grande sensibilisation aux deux problématiques, mais surtout à la question de l'alimentation. La modification du regard et de la façon d'observer figure également comme un changement majeur, permettant notamment de détecter plus rapidement les situations problématiques.

Parmi les changements, certains ne se traduisent cependant pas de la même façon pour les intervenants des différents corps de métier.

^k La boucle de Prochaska est un outil permettant de rendre compte des différentes étapes de préparation au changement que sont l'indifférence, la réflexion, la préparation, l'action et le maintien.

^l Le DI est le dossier informatique individualisé de chaque bénéficiaire du CMS.

Pour les référents

Les référents considèrent avant tout le projet comme donnant des arguments et une légitimité à des pratiques qui existaient déjà et qui peuvent ainsi être renforcées. Sinon, la principale nouveauté dans la pratique des référents consiste à peser régulièrement les personnes âgées.

Il revient aux référents d'évaluer les situations signalées comme étant à risque et de réfléchir à la mise en place d'une intervention.

Cette étape d'évaluation et de développement d'une stratégie de prise en charge semble plus problématique, notamment pour les assistantes sociales et les responsables PERSAM.

Il ressort des propos des référents interviewés les difficultés rencontrées pour aborder ces questions d'alimentation et de chutes, dans les situations de blocage et de résistance de la part de certains bénéficiaires.

Pour ce qui est des interventions, ces difficultés résultent peut-être d'une mauvaise acquisition de la boucle de Prochaska, en omettant le fait qu'une intervention préventive peut se situer à différents niveaux, allant de l'information-conseil à l'introduction d'une mesure spécifique, plus visible.

Pour les auxiliaires

Allant de pair avec une meilleure observation, les auxiliaires relèvent une modification dans l'orientation des discussions, les aspects de nutrition et des chutes sont systématiquement abordés et approfondis. L'observation et la discussion sont leurs principaux outils d'intervention. En effet, de leur expérience du terrain, elles relèvent qu'il leur est relativement aisé d'intervenir sur les aspects des chutes et de la malnutrition dans la mesure où les personnes âgées leur parlent volontiers.

Les auxiliaires ont développé des stratégies d'action et semblent parfois plus à l'aise que les référents pour gérer les situations de résistance des personnes âgées. Elles insistent notamment sur l'importance de l'entrée en matière et sur la façon d'aborder les choses : ne pas imposer mais suggérer, proposer, présenter gentiment, donner des conseils. Cela requiert de leur part une grande dose de patience, mais aussi de l'humour et de la ruse. Comme le dit une intervenante, "il faut apprivoiser les personnes".

Les auxiliaires réalisent un important travail de "préparation du terrain", préalable à l'intervention du référent ou de la diététicienne par exemple, comme en rendent compte leurs propos : "ça prend du temps, mais on y arrive", ou encore "il faut lutter, appuyer sur le clou pour qu'à un moment donné quelque chose se déclenche".

Par ailleurs, elles interviennent aussi plus facilement pour proposer, voire préparer des repas enrichis par exemple, qui permettent à la personne de goûter, de se rendre compte que c'est bon et facile à faire. Elles mettent en pratique des "trucs" appris dans les colloques et ateliers. Ainsi, tout l'art est de parvenir à sensibiliser la personne, voire parfois à introduire un changement, mais sans imposer ou brusquer la personne âgée ; autrement dit, proposer en douceur, "l'air de rien".

La question du temps supplémentaire nécessaire à l'application du projet ne semble pas poser de problèmes majeurs. Une réserve toutefois de la part des livreuses de repas, qui relèvent ne pas passer suffisamment de temps chez les bénéficiaires pour pouvoir réellement amorcer une discussion sur ces aspects. Si elles observent et signalent les situations à risque, il leur est ensuite plus difficile d'informer les personnes âgées, voire d'initier des modifications, que ce soit dans leur mode de vie ou d'alimentation.

L'augmentation du temps passé auprès des bénéficiaires ne devrait néanmoins pas être négligé dans l'introduction et la mise en œuvre du projet.

Pour les personnes relais

Pour les ergothérapeutes, l'introduction du projet se traduit par une augmentation des demandes d'intervention à domicile. Les intervenants réagissent plus vite et désirent des informations. Bien que plus fréquentes, les requêtes sont plus précises et relèvent principalement de demandes de conseils.

Une meilleure connaissance du rôle de l'ergothérapeute comme effet indirect du projet pourrait expliquer cette situation.

Les diététiciennes n'étant pas auparavant présentes au CMS, il n'y a pas d'évolution à documenter. Toutefois, depuis l'introduction du projet, elles sont de plus en plus sollicitées, pour des conseils mais aussi pour des interventions à domicile (Tableau 1). Ainsi, à Lausanne, les consultations à domicile se développent de façon continue ; cette croissance tendant à aller au-delà des ressources allouées. A Ste-Croix les interventions sont un peu moins nombreuses et moins régulières.

Tableau 1 Consultations diététicienne

	Nombre total de consultations*	
	Lausanne Centre-ville	Sainte-Croix
Mai - juin 2002	5	-
Octobre - novembre - décembre 2002	10	14
Janvier - février - mars 2003	15	6

* Il s'agit du total des consultations, nouveaux cas et anciens cas.

4.3.3 Les limites et difficultés

Les stratégies d'intervention sont sans doute un des aspects les plus problématiques de la mise en pratique du projet dans l'activité quotidienne du CMS.

Les intervenants relèvent un décalage entre la théorie et la pratique, soulevant les difficultés en termes d'application.

Ces difficultés sont liées d'une part à la somme des informations reçues qui, bien que n'étant pas exclusivement théoriques, ne peuvent être appliquées telles quelles, ni en une seule fois. Cela nécessite donc des ajustements de la part des intervenants en fonction des situations rencontrées.

D'autre part, un des principaux obstacles auquel se heurtent les intervenants, tant les référents que les auxiliaires est la résistance des personnes âgées. Certaines d'entre elles ne veulent pas entrer en matière, ne sont pas disposées à recevoir des conseils concernant leur alimentation et s'opposent à tout changement. Plusieurs intervenants regrettent que les personnes âgées ne soient pas plus coopérantes, avec parfois aussi un sentiment de frustration, sachant que si les conseils sont écoutés, souvent ils ne sont pas suivis.

L'absence de résultats visibles et tangibles est également un aspect évoqué de façon récurrente. Il renvoie à la difficulté de pouvoir se situer par rapport au travail effectué.

Les intervenants s'interrogent, comment réagir face à ces réactions de refus, quand les personnes âgées ne sont pas prêtes à collaborer ? Certains essaieront d'aborder à nouveau la question lors d'une prochaine occasion, recourant au dialogue et à la discussion. D'autres n'insisteront pas, mettant en avant leurs propres réticences à imposer un changement et à intervenir de façon intrusive dans la vie de ces personnes, évoquant notamment une préoccupation éthique. Certains intervenants se posent la question de la pertinence de vouloir introduire des changements dans les habitudes de ces personnes âgées.

Enfin, parmi les référents, certains estiment que ces questions d'alimentation ne font pas partie de leur travail et ont de la difficulté à pratiquer l'évaluation détaillée des facteurs de risque et à envisager de mettre en œuvre des interventions.

4.3.4 Conclusions et recommandations^m

Il ressort des entretiens une certaine difficulté pour les référents, principalement les assistantes sociales et responsables PERSAM, à proposer une intervention. Ainsi, la notion de dépistage ne semble pas poser de difficultés, mais la pratique de l'évaluation, ainsi que la définition de l'intervention qui en découle et de qui en est responsable sont en revanche plus problématiques.

Il semble par conséquent nécessaire de (re)considérer et définir qui intervient après le dépistage.

En effet, dans le projet, il est prévu que tout le monde puisse dépister à l'aide des outils PAME et MOVE les situations à risque et qu'ensuite l'évaluation de ces situations se fasse par les référents; les personnes relais pouvant également intervenir dans la définition d'une stratégie d'action.

Il serait nécessaire de redéfinir les différentes étapes (dépistage, évaluation des facteurs de risque, intervention) et qui en est responsable : l'ensemble des intervenants ou certains professionnels seulement.

Il semble également important de bien rappeler qu'un dépistage n'a de sens que s'il est suivi d'une intervention ou au moins de la discussion de la pertinence et de la faisabilité d'une intervention. Cette intervention peut prendre des formes multiples et le seul fait de discuter avec la personne de la situation, de la représentation qu'elle en a ou de changement qu'elle pourrait envisager constituent déjà des interventions préventives.

En théorie, le mode d'intervention devrait consister en un travail sur les limites en évitant de recourir à des solutions stéréotypées, mais en visant dans un premier temps à amener les personnes âgées à une réflexion sur la situation, notamment en travaillant avec leurs représentations et leur compréhension des choses. Ensuite, dans un deuxième temps seulement en amenant des informations et en proposant des interventions.

Ce mode d'intervention qui tient compte des étapes de la personne et s'appuie sur la discussion demande de la part des intervenants un investissement en temps, ainsi que des compétences relationnelles. Or, la conception du changement comme processus par étapes, qui nécessite du temps – selon le modèle de Prochaska – ne semble pas encore être clairement acquise par les intervenants.

^m Ces conclusions et recommandations sont issues du rapport de juin 2003. Les ajustements et améliorations des outils qui ont suivis figurent au chapitre 5.

Les finalités du projet ne sont peut-être pas claires pour tous les intervenants et le terme de prévention au sens où il est utilisé dans le projet semble ne pas avoir été suffisamment explicité; il en va de même pour la définition de ce qui est attendu de chacun.

4.4 LE ROLE DES PERSONNES RELAIS

Pour les personnes relais, il faut distinguer la situation des ergothérapeutes, dont le travail et la présence au CMS sont antérieurs au projet d'une part et, de l'autre, la situation des diététiciennes, profession nouvelle au sein du CMS. Ces dernières ont de plus une position extérieure, leur bureau n'étant pas situé dans les locaux du CMS, elles ne viennent que pour les colloques (Voir également chapitre 2.3.2).

Ergothérapeutes relais

Le rôle de l'ergothérapeute relais est avant tout de stimuler l'équipe par rapport aux aspects de la mobilité, des chutes et de leur prévention. Il est toutefois difficile de dire quel en est l'impact. Elles constatent une meilleure reconnaissance de la part des autres intervenants quant au rôle de l'ergothérapeute.

Par ailleurs, du fait de sa position à l'intérieur du CMS, l'ergothérapeute relais est plus exposée aux critiques et remarques de l'équipe à l'égard du projet que la diététicienne.

En plus de ses prestations habituelles d'ergothérapeute au sein du CMS, l'ergothérapeute relais consacre son 10 %ⁿ pour le projet d'une part aux conseils à l'équipe et aux consultations à domicile et, d'autre part, à la préparation des animations extérieures au CMS, qui prennent beaucoup de temps.

Dans la mesure où les demandes d'interventions sont fluctuantes, une certaine souplesse dans l'organisation du travail est nécessaire. En tant que personne ressource pour ce qui concerne les chutes, elles doivent motiver et stimuler l'équipe, rappelant régulièrement les différents aspects du projet. Pour répondre à leur rôle d'information, un important travail de lecture et de documentation est fait, en collaboration avec l'ergothérapeute consultante du projet, pour mettre à jour leurs connaissances et les transmettre à l'équipe.

Diététiciennes relais

La présence de la diététicienne au sein du CMS est particulièrement appréciée pour ce qu'elle apporte de nouveau, en termes d'expertise et de connaissances dans le domaine de l'alimentation, souvent négligée dans le cadre de la prise en charge des personnes âgées.

Elle est considérée comme un plus par et pour l'équipe.

A Lausanne, les 20% de la diététicienne ont été consacrés à un important travail d'information auprès des intervenants du CMS pour se faire connaître et faire connaître son travail; elle participe également aux colloques des référents et anime avec l'ergothérapeute relais des ateliers pour les auxiliaires. La diététicienne est fréquemment sollicitée pour des conseils et intervient à domicile pour des consultations diététiques. Elle collabore enfin aux animations en dehors du CMS avec la diététicienne consultante du projet; avec l'augmentation des consultations, elle a dû cependant

ⁿ Initialement l'ergothérapeute relais ne disposait que de 5% pour le projet, mais cela s'est rapidement avéré insuffisant, d'où les 10% actuels.

mettre des limites à ces interventions grand public qui se multiplient et prennent beaucoup de temps. Actuellement l'étendue de son travail dépasse les 20% alloués.

A Ste-Croix la situation est un peu différente. La diététicienne participe également aux colloques d'équipe, mais elle a parfois l'impression d'être extérieure à l'équipe. Elle se rend compte qu'un important travail est de rigueur pour se faire connaître et être considérée comme un membre de l'équipe. Etant relativement peu sollicitée pour des interventions à domicile (voir chapitre 4.3.2), elle s'investit davantage dans les animations grand public.

Concernant l'arrivée d'une diététicienne au sein du CMS, le principal constat qui s'impose est la nécessité de sa présence, de sa visibilité, autrement dit d'une "facilité d'accès" pour qu'elle soit sollicitée. L'enjeu est de faire partie du CMS et pour cela il importe d'être régulièrement présente au CMS, notamment en participant aux colloques, mais aussi en allant par exemple manger avec l'équipe. Cette présence de la diététicienne constitue par ailleurs un rappel vivant du projet et de la problématique malnutrition.

L'intégration des diététiciennes s'est faite progressivement, sans problème. La diététicienne est désormais bien intégrée dans l'équipe, à Lausanne peut-être plus encore qu'à Ste-Croix, les intervenants la sollicitant de plus en plus, soit par mail soit au moment du colloque.

Cette intégration a été facilitée par une collaboration étroite avec l'ergothérapeute déjà intégrée dans l'équipe d'une part et, d'autre part, ce qui ressort de façon marquée à Lausanne, par la présence régulière de la diététicienne sur place dans un souci de se faire connaître et de faire connaître son travail.

4.4.1 Les limites

Il importe de relever ici cette importance de la présence, de la proximité des personnes relais pour qu'elles soient sollicitées; elles doivent être facilement accessibles et joignables. Se faire connaître passe également en partie par la présence physique, sur place. C'est là un point important à prendre en considération pour l'extension du projet. Dans ce sens, certains sollicitent davantage l'ergothérapeute parce qu'elle est sur place, "sous la main". La question du "point d'attache" de la diététicienne et, de façon générale des personnes relais, devrait donc faire l'objet d'une réflexion approfondie.

Si globalement le bilan est positif, tant du point de vue des personnes relais que des autres intervenants en ce qui concerne leur rôle, il faut toutefois relever que la définition du cahier des charges, ainsi que les ressources imparties à ce poste de personnes relais, notamment en termes de temps, peuvent se révéler être des limites dans la réalisation du projet.

Dans ce sens, il faut considérer la coexistence des deux volets : prévention au sein du CMS et prévention dans le cadre des animations grand public.

Ainsi, à Lausanne, tout en reconnaissant l'intérêt et la complémentarité des deux volets dans lesquels elles se sont investies au début du projet, les deux personnes relais ont été amenées à faire des choix, suite au développement des interventions à domicile et compte tenu du temps dont elles disposent. Elles privilégient désormais les interventions au sein du CMS.

Ainsi regroupés, ces deux volets constituent une charge importante de travail pour les personnes relais. L'intérêt de la coexistence des deux dimensions du projet n'est pas ici remis en question, mais

se pose la question de qui est en responsable. Et, de façon corollaire, quelles sont les ressources mises à disposition pour mener à bien ces activités ?

Tout en relevant la qualité de la collaboration qui s'est développée avec les personnes relais, les consultantes du projet insistent sur certains critères qui devraient être respectés dans le choix des personnes relais. Il importe que ces personnes soient indépendantes, motivées, habituées à aller à domicile et à travailler en équipe; une certaine expérience dans le travail à domicile est également requise.

Plus spécifiquement en ce qui concerne les diététiciennes relais, un point qui mériterait d'être clarifié concerne les limites de son rôle par rapport au projet, ainsi que la définition des situations pour lesquelles elle est supposée intervenir. La tendance est à solliciter la diététicienne pour toute question liée à la nutrition, comme par exemple pour une personne avec du diabète, alors qu'avant l'introduction d'une diététicienne au CMS, les suivis de régimes étaient assurés par le médecin traitant de la personne. Est-elle supposée intervenir dès lors qu'il s'agit d'alimentation ou son intervention se limite-t-elle aux interventions particulièrement complexes dans des situations de risque de malnutrition ?

Un dernier problème doit être mentionné, il concerne le remboursement des prestations des diététiciennes. Actuellement leur travail est pris en charge par le projet, sans toutefois que les prestations soient facturées aux bénéficiaires. Cette situation soulève notamment la question du statut des diététiciennes^o.

4.5 LE RÔLE DE L'ÉQUIPE DU PROJET

Au sein du CMS, les consultantes du projet ont principalement un rôle de coaching des personnes relais, en les formant et en assurant leur supervision dans la phase de mise en œuvre du projet au sein du CMS. Elles effectuent notamment un important travail de documentation et de recherche bibliographique.

Elles animent également les colloques d'équipe, à raison d'une demi-heure toutes les deux semaines où elles alternent présentation d'un aspect du projet et exercice pratique. Par la suite les personnes relais ont repris à leur charge cette fonction, en assurant que les deux problématiques soient intégrées aux colloques.

Suite à l'interruption des colloques spécifiques, l'équipe du projet suit son développement au sein du CMS principalement par l'intermédiaire des personnes relais.

Les consultantes du projet interviennent en collaboration avec les personnes relais dans l'organisation et la présentation des animations grand public.

^o Pour que les prestations d'une diététicienne soient remboursées par la LAMal, celle-ci doit disposer d'un numéro de concordat; or actuellement celui-ci ne peut être obtenu que par des diététiciennes indépendantes.

5 DONNEES SUR LA PRATIQUE DU DEPISTAGE ET DU SUIVI

5.1 CONSIGNEMENT ET QUANTIFICATION DES PRESTATIONS DES CMS

Plusieurs difficultés concernant le consignement^p sont apparues qui ont eu pour conséquences qu'au cours de la période pilote, peu de personnes remplissaient les fiches informatiques "chutes et malnutrition". Les résultats présentés ici sont tirés des entretiens qualitatifs et de la banque de données du programme "chute et malnutrition" telle qu'elle se présentait en avril 2003.

5.2 EVALUATION DU "VOLUME" DU DEPISTAGE

La fréquence des dépistages des personnes à risque de chute ou de malnutrition n'est pas mesurable quantitativement, car il n'était pas prévu, dans les outils informatiques mis en place, de saisir ces données. Pour la suite du projet, nous proposerons cependant que cette première intervention soit déjà introduite dans le dossier informatique de la personne, accompagnée des principaux facteurs de risque compris dans le PAME et MOVE^q, ainsi que d'une date de dépistage.

Actuellement, les entretiens qualitatifs sont la seule source d'information sur le volume de dépistage. On peut en déduire que le dépistage de situation à risque est très fréquemment pratiqué et qu'il débouche, lorsque des facteurs de risque semblent présents, sur une signalisation à la personne référente ou sur une présentation du cas lors des colloques.

5.3 EVALUATION DU "VOLUME" DES INTERVENTIONS

La base de données actuellement à disposition, bien que lacunaire et ne concernant que le CMS Lausanne Centre-ville, permet de présenter quelques résultats, à partir d'une extraction faite en avril 2003 et portant sur la période septembre 2002-mars 2003.

Les 67 bénéficiaires de prestations du CMS qui figuraient dans le fichier de données "chutes et malnutrition" extrait en avril 2003, sont âgés en moyenne de 84 ans, avec un minimum de 31 ans et un maximum de 99 ans.

Pour 69% d'entre eux, on relève une évaluation des risques et des facteurs de chute, ainsi que la liste des interventions mises en place. Pour 45%, il y a eu une évaluation des risques et des facteurs de malnutrition, comportant également les interventions proposées. Au total, 25% des bénéficiaires présentaient la double problématique.

^p Pour plus de détails sur les difficultés liées au consignement voir point 6.2.2.

^q Le PAME et le MOVE sont les deux outils de dépistage utilisés pour détecter les problèmes de chutes ou de malnutrition.

5.3.1 Données "chutes"

Parmi les 41 personnes évaluées pour les problèmes de chutes, près des deux tiers avaient fait une chute au cours des 12 derniers mois et 28% présentaient plus de 3 facteurs de risque de chutes. Pour un sixième seulement, l'évaluation a conclu à peu de risque de chutes.

Le principal facteur de risque est une mobilité diminuée (27 personnes sur 30), à laquelle s'ajoute fréquemment une diminution de l'appétit (11 personnes). Les "événements éprouvants" et la diminution de la vue sont relevés respectivement 7 et 10 fois. Les "obstacles" n'apparaissent que 4 fois.

Les interventions proposées sont très diverses ; elles vont de "aucune", à la mise en place de mesures telles que la pose d'un Sécutel, de la physiothérapie, une aide AVQ^r, ou encore la distribution d'information. Il n'est pour l'instant cependant pas possible, sur la base de ce fichier, de déterminer si ces mesures sont prises suite à l'évaluation ou si la personne âgée en bénéficiait déjà auparavant.

Parmi les personnes ayant chuté au cours des 12 derniers mois, deux ont été victimes de fractures, cependant un seul cas a nécessité une hospitalisation. 8 chutes sur 34 ont eu lieu l'après-midi et 7 la nuit. Seule une personne est restée plus de 2 heures au sol, suite à sa chute, cependant 11 n'ont pas pu se relever toutes seules.

5.3.2 Données "malnutrition"

Parmi les 29 personnes pour lesquelles une évaluation des risques de malnutrition a été menée, près de la moitié présentait des risques élevés et environ 30% un risque modéré.

Le facteur de risque le plus souvent cité est à nouveau la perte de mobilité (18 personnes), suivi d'une diminution de l'appétit et d'une perte de poids (15 personnes). Un événement éprouvant est mentionné dans 11 cas.

Parmi la liste d'interventions proposées, on retrouve fréquemment l'information (distribution de brochures par ex.). L'intervention d'une diététicienne est proposée 13 fois. Les repas à domicile, l'appel à l'entourage, l'organisation des courses et des activités sociales à l'extérieur figurent également couramment.

5.4 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

L'exploitation de la base de données actuelle fournit déjà quelques éléments intéressants pour mesurer l'importance des deux problématiques chez les personnes bénéficiaires des prestations des CMS. Bien que les résultats obtenus restent très partiels, il apparaît que le nombre de personnes chez qui des facteurs de risques de chute et/ou de malnutrition sont révélés est élevé. Cependant, il nous semble qu'il ne convient pas de juger de l'implantation du projet sur cette seule base et, si l'exercice nous

^r Aide aux activités de la vie quotidienne, par exemple faire sa toilette au complet, s'habiller, se coucher ou se lever, etc.

a permis de réfléchir plus concrètement à l'amélioration de l'outil de consignement informatique, l'évaluation du volume de personnes concernées par le projet "Prévention des chutes et de la malnutrition" devra être confirmée une fois que les modifications de l'outil informatique auront été introduites.

6 EVALUATION DE L'OUTIL DE CONSIGNEMENT INFORMATIQUE

Une des questions d'évaluation posée au départ portait sur les moyens informatiques mis en place pour suivre l'implantation du programme "Prévention des chutes et de la malnutrition chez les personnes âgées" dans les CMS, ainsi que sur les possibilités offertes par ces outils pour le suivi des bénéficiaires de prestations des CMS présentant des facteurs de risques relatifs à ces thématiques. Plus précisément, il s'agissait de déterminer si :

- Le contenu et la forme de l'outil de consignement informatique spécifique aux informations concernant les chutes et la malnutrition, ainsi que son utilisation par les équipes des CMS, sont adéquats pour mettre en valeur les activités liées au dépistage et à la prévention des problèmes de chute et de malnutrition (nature du contenu, difficultés pour la saisie, problème de feedback des données, etc.).

6.1 METHODE D'ÉVALUATION

Tous les CMS du canton travaillent avec le dossier informatique individualisé (DI) qui est un programme spécifiquement développé dans le canton de Vaud permettant aussi bien de gérer les demandes de prise en charge adressées au CMS, que les besoins des bénéficiaires de prestations ou encore la gestion administrative et financière des activités des équipes. Dans le cadre de l'introduction du projet "Prévention des chutes et de la malnutrition", un outil de consignement informatique spécifique à ces thématiques (CICM pour consignement informatique chute et malnutrition) a été développé et introduit dans les CMS.

Pour évaluer le CICM et son adéquation, nous avons tout d'abord pratiqué une extraction des données saisies que nous avons analysées. Ceci nous a donné des indications à la fois sur le nombre de personnes concernées par les problèmes de chutes et de malnutrition, mais également sur les améliorations à apporter au programme si on souhaitait le développer en lien avec l'extension du projet à d'autres CMS. A travers des entretiens qualitatifs (personnel des centres) et des discussions avec l'équipe du projet et des personnes relais, nous avons pu mettre en évidence un certain nombre de difficultés liées à la fois au CICM lui-même, mais également à l'existence d'un double système de saisie (DI-CICM). Des discussions tout au long de la deuxième phase d'évaluation avec les coordinatrices du projet ont permis de revoir l'outil en place et de réfléchir aux modifications à introduire pour l'améliorer.

Par ailleurs, nous avons rencontré le responsable du DI du service informatique de l'OMSV pour comprendre les raisons à la base du choix d'un outil de consignement spécifique au projet "Prévention des chutes et de la malnutrition" et pour discuter des variantes possibles pour la saisie de ces données, notamment leur introduction dans le DI. La personne ayant travaillé à l'élaboration du CICM a également été rencontrée, de même qu'un informaticien de l'OMSV travaillant sur la banque de données du DI.

6.2 BILAN DES OUTILS INFORMATIQUES EN PLACE ACTUELLEMENT

6.2.1 Le Dossier Individuel informatisé (DI)

Le DI est un programme extrêmement puissant et performant qui fournit beaucoup d'informations sur le suivi des activités des équipes (traitements, soins prodigués) et permet à la fois une planification des équipes et une gestion administrative facilitées. Par contre, dans sa forme actuelle, le volet d'informations sur les besoins et les capacités des bénéficiaires de prestations est fortement réduit. Il n'est par exemple pas possible, pour l'instant, de répertorier les personnes présentant à la fois des risques de chutes et de malnutrition.

Dans ce contexte et compte tenu du fait qu'il s'agissait de la phase pilote du programme "Prévention des chutes et de la malnutrition", un outil de consignement spécifique pour la récolte d'information sur les chutes et la malnutrition (CICM) a été développé. Son but était non seulement de tester le choix des données intégrées et les difficultés liées à son utilisation, mais aussi la cohérence des variables saisies et les éventuelles modifications à apporter en vue de l'extension du projet à l'ensemble du canton.

Parallèlement et pour remédier de manière plus globale à cette sous-codification des besoins des bénéficiaires (et indépendamment du programme Chute et malnutrition), le service informatique travaille depuis un certain temps sur l'introduction du RAI-HC (Resident Assessment Instrument - Home Care) dans le DI. Le RAI est un outil d'évaluation des besoins, des ressources et des choix des bénéficiaires d'aide et de soins à domicile. Il comprend un questionnaire regroupant un Minimum de Données Standardisées (MDS) et des guides d'analyse des problèmes des clients répartis en domaines d'intervention. Conçu aux Etats-Unis, une version adaptée à la Suisse a été adoptée au niveau suisse^s.

6.2.2 Le consignement informatique des informations sur les chutes et la malnutrition (CICM)

Le CICM est un outil qui tourne sur le programme File Maker. Dans sa forme actuelle, il comporte en plus de l'identification du client, deux volets, l'un concernant les risques de malnutrition, l'autre les risques de chutes. Pour chacun de ces thèmes, les facteurs de risques sont relevés ainsi que les interventions mises en place. Le volet "chute" est complété par un relevé des chutes (date, conséquences, lieu etc.) ; pour le volet "malnutrition" le poids peut être saisi et un graphique de son évolution peut être demandé. Pour les deux thèmes, une rubrique "journal" peut être remplie pour décrire plus en détail la situation (cf. Annexe).

Son utilisation présente différentes difficultés.

^s La version suisse est constituée d'un questionnaire de 5 pages permettant de faire un bilan de la santé du bénéficiaire : l'état cognitif, la vision, l'état physique et fonctionnel par exemple sont abordés. Au total 17 sujets sont investigués sous une forme plus ou moins détaillée. Lorsque les données sont saisies sous informatique, un tableau d'alarme s'allume, signalant les différents domaines nécessitant une intervention de l'équipe. Il s'agit donc d'un outil relativement complexe, demandant du temps pour être rempli et qui, selon les directives données pour son utilisation, devrait être repris tous les 6 voire 12 mois pour réévaluer une situation. Son utilisation ne semble donc pas possible pour un suivi rapide et rapproché d'un bénéficiaire.

Extraction

Pour assurer une cohérence dans la base de données, une extraction du programme DI (ensemble des clients du CMS) est nécessaire et doit être faite régulièrement (1 à 2 fois par semaine) ce qui permet de vérifier si le bénéficiaire du programme chute et malnutrition est bien par ailleurs un client du CMS. Cette extraction permet de récupérer les nom et prénom des bénéficiaires, ainsi que leur numéro de dossier, mais pas d'autres données consignées. Cette extraction est relativement fastidieuse.

Mise en place et partage du programme File Maker

Actuellement, le programme File Maker ne peut être utilisé dans chaque CMS que sur un seul poste à la fois. Il serait possible de remédier à cet inconvénient en installant sur le serveur de chaque CMS une version "File Maker server". Ceci coûte cependant relativement cher. Il semble que ce problème d'accès auquel se sont ajoutés un certain nombre de "bugs" informatiques lors de l'introduction de l'outil ont largement contribué à démotiver une partie des équipes qui auraient dû se mettre à la saisie. Même si les problèmes informatiques rencontrés au départ ont été éliminés et l'outil amélioré, il reste une attitude mitigée face au programme qui constitue un frein à son utilisation.

Utilisation

Le fait que le CICM tourne sous File Maker nécessite une introduction à l'utilisation de ce programme et une petite formation complémentaire. Pour les personnes qui ont à saisir les données, cela suppose de se familiariser avec un nouvel outil informatique qui se rajoute au dossier informatique (DI). Dans la pratique, les référents doivent ouvrir deux programmes différents si ils veulent saisir l'information complète concernant un bénéficiaire présentant des risques de chutes ou de malnutrition, avec le risque avéré de sous codification dans l'un ou l'autre des programmes, le plus souvent dans le CICM (cf. 5.1).

Evolution de l'outil

En lien avec l'évaluation et notamment suite au rapport intermédiaire, des clarifications ont été apportées quant aux différentes étapes du projet "Prévention des chutes et de la malnutrition". Cette évolution positive a eu pour conséquence la nécessité de retravailler la conception d'un outil de consignement en tenant compte des différentes phases du programme : dépistage, évaluation, mise en œuvre. Ces modifications conceptuelles seront ainsi par la suite intégrées dans l'outil de consignement.

6.3 CONCEPTION DE L'OUTIL DE CONSIGNEMENT IDEAL

Le travail de réflexion entamé dès le mois de juin sur l'outil de consignement a permis d'aboutir à une forme simplifiée de consignement (cf. Annexe), qui permet toutefois de suivre de manière plus correcte les différentes phases de l'intervention : dépistage, évaluation, mise en œuvre en fonction de la position du bénéficiaire face aux problèmes constatés. Moins lourd, cet outil permet aussi de revoir fréquemment une situation. Actuellement, il est utilisé sous forme papier lors des colloques pour organiser le travail lorsqu'une personne est signalée à risque de chute et/ou de malnutrition. Il permet de relever le rôle aussi bien du personnel auxiliaire que des personnes référentes et des différents intervenants. Il permet de synthétiser plus facilement une situation.

En vue de l'intégration future de cet outil dans les CMS, deux variantes ont été examinées.

- Le maintien du CICM dans File Maker en le modifiant selon la version papier.
- L'introduction dans le DI d'un écran "chute et malnutrition" qui reprendrait la version papier actuelle.

Variante 1

Dans cette variante, il s'agissait d'intégrer dans le CICM les modifications conceptuelles définies avec l'équipe de coordination. Après discussions avec la personne ayant aidé à la conception de ce programme, cela n'aurait pas posé de grandes difficultés.

Toutefois, cette première variante était la moins satisfaisante car elle ne résolvait pas l'obstacle qui nous paraît majeur, à savoir la cohabitation de deux systèmes de saisies indépendants et la nécessité pour les équipes de se familiariser avec deux programmes et de consigner dans deux fichiers différents des données concernant une même personne.

L'intégration dans le DI des données "Chute et malnutrition" paraissait de ce point de vue là plus judicieuse.

Variante 2

La création dans le DI d'un écran propre au programme chute et malnutrition présente un certain nombre d'avantages.

L'outil qui est au point actuellement peut être intégré rapidement dans le DI sans que cela ne pose de grandes difficultés. Des données pourraient donc déjà être saisies au début de l'année 2004. Ceci permettrait de suivre l'introduction du programme dans les CMS de Lausanne et du Nord vaudois et de mesurer la rapidité d'implantation de ces deux thèmes.

Pour les équipes, c'est un outil très simple qui peut être repris aussi souvent que nécessaire et qui permet donc de suivre de manière très régulière une personne sans pour autant refaire toute une évaluation de la situation. Sous sa forme papier, il sera aussi utilisé comme outil de formation et de sensibilisation auprès des équipes des CMS dans lesquels le programme "Prévention des chutes et de la malnutrition" sera introduit.

Pour cette deuxième variante, il est important d'assurer une bonne comptabilité avec le questionnaire du RAI au cas où ce dernier serait introduit par la suite à l'OMSV comme outil de consignement des données. Actuellement, la concordance entre les données de l'outil de consignement et les questions du RAI semble assez large, elle n'a toutefois pas fait l'objet d'une vérification systématique.

Choix

Ces deux variantes ont fait l'objet d'une discussion lors d'une séance réunissant le responsable du service informatique de l'OMSV, le responsable du DI, la coordinatrice du projet, un membre de l'équipe de l'évaluation, ainsi que le directeur de l'OMSV. Il a été décidé d'un commun accord d'adopter la version 2 en prévoyant une introduction de l'outil dans le DI pour une version test durant le mois de mars 2004 et qui devrait aboutir à une version opérationnelle en avril 2004.

6.4 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

L'exploitation de la base de données actuelle fournit déjà quelques éléments intéressants pour mesurer l'importance des deux problématiques chutes et malnutrition chez les personnes bénéficiaires des prestations des CMS. Bien que les résultats obtenus restent très partiels et qu'il ne convient pas de juger de l'implantation du projet sur cette seule base, l'exercice nous a permis de réfléchir plus concrètement à l'amélioration de l'outil de consignement informatique.

Pour répondre à la question du contenu et de la forme du recueil informatique des données relatives aux chutes et à la malnutrition, ainsi que de son utilisation par les équipes, les réunions avec les concepteurs de l'outil et l'équipe du projet ont permis de préciser les objectifs du consignement. La réflexion sur les possibles simplifications de l'outil afin d'en faciliter l'utilisation a débouché sur une proposition concrète de saisie des données.

En vue de l'extension du programme chute et malnutrition et pour pallier aux inconvénients de l'outil de consignement actuellement utilisé, les deux variantes proposées ont été examinées et la variante 2, soit la création dans le DI d'un écran spécifique à la thématique, a été retenue avec une mise en fonction prévue pour avril 2004.

7 PROMOTION DU MOUVEMENT ET D'UNE ALIMENTATION ADEQUATE AUPRES DE LA POPULATION AGEE

Le deuxième volet du projet de l'OMSV, l'axe trois, qui concerne la prévention en dehors des CMS, a pour objectif la promotion du mouvement et d'une alimentation suffisante et équilibrée auprès de la population âgée et de son entourage, au travers d'animations de diverses natures.

Dans les deux régions pilotes de Lausanne et de Ste-Croix, cette partie du projet n'a débuté qu'à l'automne 2002 et c'est surtout en 2003 que l'accent a été mis sur ces animations grand public, organisées en partenariat avec Pro-Senectute et en collaboration avec d'autres associations d'aînés, comme les UAT^t, ou encore les Paroisses.

7.1 OBJECTIFS DES ANIMATIONS

Les objectifs généraux de ces animations sont multiples. Il s'agit non seulement de sensibiliser les personnes âgées aux risques de malnutrition et de chutes, mais également de modifier les idées préconçues dans ces deux domaines, de renforcer les ressources et capacités des personnes âgées, de promouvoir le mouvement et l'activité physique, de promouvoir une alimentation suffisante et équilibrée, ainsi que de sensibiliser aux indices de dépistage et aux principaux facteurs de risques.

Plus spécifiquement, il s'agit de permettre aux personnes âgées d'échanger et d'exprimer leurs préoccupations, leur expérience, leurs idées et solutions sur les différents thèmes abordés. Ces rencontres visent aussi à transmettre des informations récentes et pratiques, ainsi qu'une liste d'adresses utiles dans la région. La mise en valeur des ressources de la personne âgée pour adopter des mesures et des comportements préventifs fait également partie des objectifs de ces animations.

Ces activités ont été développées en lien avec le volet du projet concernant la prévention des chutes et de la malnutrition au sein des CMS et s'adressent plus spécifiquement aux personnes âgées, ainsi qu'aux animateurs et moniteurs travaillant avec des personnes âgées (Pro-Senectute, gym des aînés), en vue de développer un langage commun et de connaître les indices de dépistage, ainsi que les principaux facteurs de risque.

7.2 LES ACTIVITES PROPOSEES

Les activités de prévention proposées aux personnes âgées sont de plusieurs types. Les deux principales offres que nous détaillons par la suite sont d'une part des animations regroupées sous différentes appellations - Café santé, Info-Croissants ou encore Info-Goûter - autour d'une série de thèmes touchant à l'alimentation et au mouvement et, d'autre part des cours d'activité physique, sous la forme de cours de Tai Chi adaptés aux personnes fragilisées dans leur santé physique et d'ateliers équilibre. D'autres activités comme des conférences ainsi que des articles dans les médias

^t UAT : unité d'accueil temporaire

portant sur les différents aspects liés à la prévention des chutes et de la malnutrition sont incluses dans ce volet du projet.

Pour les animateurs et bénévoles, des ateliers de sensibilisation et de formation aux indices de dépistage ont été proposés.

7.3 LES ANIMATIONS

Sous l'appellation de Café-santé, Info-Croissant ou encore Info-Goûter, ces animations réunissent des personnes retraitées ou plus jeunes autour d'un thème spécifique qui les concerne, à titre informatif ou préventif.

Les consultantes du projet sont responsables de l'élaboration du contenu, de la recherche des spécialistes pour venir traiter d'un sujet particulier, comme le diabète par exemple, ou les soins des pieds, ainsi que de l'organisation de la rencontre. Elles assurent la préparation du matériel de démonstration et des documents à distribuer. L'équipe des personnes relais est étroitement associée à ces rencontres, participant à l'élaboration des séances, animant les rencontres seules ou en duo avec les consultantes du projet. Les animations se font de préférence par deux personnes, afin de pouvoir noter les interventions des participants. Pro-Senectute prend en charge l'organisation pratique des animations, mettant à disposition ses locaux, assurant la diffusion d'affichettes, ainsi que l'accueil des participants.

Les réunions sont inter-actives, chaque thème est présenté par une personne de l'équipe du projet, accompagnée le plus souvent d'un intervenant extérieur spécialiste du domaine traité. L'idée est de partir des préoccupations des participants et de leurs expériences pour ensuite donner un sens, enrichir et favoriser la réflexion. La participation des personnes présentes est donc fortement sollicitée constituant en quelques sortes la base de l'animation.

A l'issue des rencontres des documents synthétisant les principales informations de la présentation, ainsi que des adresses et ressources importantes dans la région sont mis à disposition des participants.

Le but est d'aider les personnes âgées à mobiliser leurs capacités propres et les ressources existantes pour prévenir les problèmes et diminuer les risques de chutes et de malnutrition. Pour cela, trois objectifs sont visés. D'une part la compréhension par les personnes âgées de la problématique, autrement dit les causes des problèmes et leurs conséquences, d'autre part la connaissance des signaux d'alarme et enfin la connaissance des comportements à promouvoir et respectivement à éviter. A l'issue de ces animations, les participants devraient savoir qui contacter, à quel moment demander l'avis d'un professionnel et quelles sont les ressources à disposition dans leur région.

Pour chacun des domaines, différents thèmes ont été retenus : "garder son équilibre", "ma vue baisse, je vois différemment", "mes pieds ont besoin de soins", "bouger en sécurité", "des activités pour tous et à tout âge" pour la Promotion du mouvement et la prévention des chutes et "l'équilibre est dans l'assiette", "manger équilibré sans cuisiner", "achats futés, achats délégués", "manger pour garder ses forces", "le goûter, un repas qui compte" pour la promotion d'une alimentation suffisante et équilibrée.

D'autres thèmes moins directement liés à la prévention des chutes et de la malnutrition, comme les risques de diabète ou la douleur, ont également été introduits cette année à titre d'essai.

7.3.1 Méthode pédagogique

La méthode retenue pour ces animations s'est élaborée et précisée au fil des animations, avec pour objectif d'aider les participants - des personnes âgées - à exprimer leur perception du thème abordé, à recevoir des informations et à susciter la discussion et l'échange d'expériences entre eux.

Les rencontres se déroulent selon le schéma suivant : accueil des participants en prenant aussi leurs coordonnées, présentation des animateurs et du choix du thème, perception du problème par les participants qui sont invités à s'exprimer sur leur expérience par rapport au thème traité. Ainsi, l'animatrice demandera par exemple aux personnes présentes en quoi l'alimentation est importante, comment elles se sentent avant de manger et après, ... Les questions posées visent à permettre à chacun d'exprimer son expérience et son vécu et l'animatrice s'appuie ensuite sur ces éléments pour introduire et préciser quelques aspects importants liés au thème abordé.

L'objectif est de favoriser un échange d'expériences et la mise en commun des ressources, stratégies et solutions. A la fin, une synthèse des principales informations est proposée par l'animatrice en s'appuyant là encore sur les mots clés donnés par les participants.

7.3.2 Fréquentation des animations et bilan de l'organisation

Pour le bilan des animations, nous nous référons à l'évaluation interne réalisée par la cheffe de projet de l'OMSV au printemps 2003, dont nous reprenons la présentation des points positifs et négatifs, ainsi que sur les fiches de suivi des animations jusqu'à fin octobre 2003 qui fournissent quelques éléments statistiques.

La collaboration avec Pro-Senectute, partenaire de ces animations, de même qu'avec d'autres associations et notamment des paroisses s'est faite sans problème.

Concernant la fréquentation des animations entre septembre 2002 et fin octobre 2003, ce sont au total plus de 600 personnes (628) qui ont participé à ces ateliers, parmi lesquelles les organisateurs estiment qu'environ la moitié sont venues suivre deux à quatre réunions^u. Les données statistiques recueillies par les organisateurs ne permettent cependant pas d'établir la fréquence de participation de chacun. Toutefois on peut relever que tout sujet confondu, les animations ont attiré en moyenne 20 personnes à Lausanne (min 12, max 45) et respectivement 22 à Ste-Croix (min 15, max 45). Globalement, la moyenne des participants est un peu plus élevée à Ste-Croix qu'à Lausanne ce qui pourrait notamment s'expliquer par le fait qu'à Ste-Croix les animations sont proposées conjointement par Pro-Senectute et l'AVIVO, ainsi que par le fait que, dans l'ensemble, l'offre en animation de toute nature est quantitativement plus importante et diversifiée à Lausanne. Les articles parus dans le Journal de Ste Croix^v ont sans doute également participé à ce succès. A Ste-Croix les personnes se déplacent peut-être plus facilement qu'à Lausanne quand il se passe quelque chose. Plusieurs participants sont venus par le CMS notamment.

Dans les deux régions, différents facteurs semblent pouvoir influencer le taux de fréquentation de ces animations, que ce soit la publicité faite autour de la rencontre, le lieu de celle-ci ou encore la météo,

^u Les chiffres présentés ici sont repris du rapport Bilan intermédiaire du volet promotion du mouvement et d'une alimentation adéquate parmi la population âgée, mai-juin 2003, Fabienne Vautier, OMSV.

^v Un journaliste a suivi toutes les animations proposées à Ste-Croix dont il a publié à chaque rencontre un compte-rendu dans le Journal de Ste-Croix.

la neige par exemple pourrait être à l'origine de la faible fréquentation d'une des animations de l'hiver.

Concernant le profil de la population, on peut noter que la moyenne d'âge est élevée puisqu'elle se situe autour des 80 ans (60 ans - 97 ans). Par rapport à l'objectif de prévention, la question serait de savoir si ces animations ne s'adressent pas à une population un peu trop âgée.

Certains thèmes sont plus porteurs que d'autres, comme ceux concernant l'alimentation, mais globalement les rencontres donnent lieu à des discussions animées, à des échanges d'expériences, ainsi qu'à de nombreuses questions.

Une des limites de ces rencontres est toutefois le côté quelque peu répétitif pour des personnes qui viendraient régulièrement. Si comme nous l'avons mentionné les thèmes liés à l'alimentation sont appréciés, il semble que parmi ceux relatifs à la mobilité, il est plus difficile d'identifier les thèmes porteurs.

Quelques difficultés et problèmes logistiques ont été relevés également, que ce soit un manque de publicité ou des erreurs et imprécisions dans l'annonce de la rencontre. Une des animations a ainsi vu son effectif doubler entre le début et la fin de la rencontre, une partie des participants sont arrivés avec une heure de retard, manquant ainsi la première heure de l'animation.

Il ne faut pas non plus sous-estimer le temps nécessaire à l'organisation et au déroulement de ces animations, auxquelles participent de façon importante les personnes relais en collaboration avec les consultantes du projet, ce qui peut occasionner pour les premières une surcharge de travail.

De l'évaluation interne, il ressort que les animations vont être poursuivies, sur le même mode interactif mais en ne conservant que les thèmes les plus porteurs. Un effort va également être fait dans le sens d'améliorer la qualité de l'annonce des animations.

Le partenariat avec Pro-Senectute devrait être poursuivi et une attention particulière par rapport à l'organisation permettra de ne pas surcharger les personnes relais qui n'interviendront qu'en fonction de leurs disponibilités.

Une attention particulière doit également être portée sur la façon de s'adresser aux personnes âgées en évitant des tendances à adopter un langage infantilisant. Cette remarque a également été formulée par un participant lors d'un entretien.

7.3.3 Le point de vue des participants

Pour compléter les informations statistiques sur la fréquentation de ces animations et les données démographiques relatives aux participants, nous avons souhaité donner la parole à ces derniers afin de recueillir leurs impressions, appréciations et éventuelles remarques. Pour cela nous avons réalisé une petite enquête auprès des participants au moyen d'un court questionnaire, sans prétention d'exhaustivité ni de représentativité.

Les questions étaient ouvertes et portaient sur les apports de ces animations, les éléments appréciés et respectivement les aspects à améliorer. Nous avons également demandé à ces personnes si les animations suivies avaient entraîné l'introduction de modifications dans leurs habitudes alimentaires ou relativement au mouvement. Enfin, nous avons souhaité savoir dans quelle mesure les participants parlaient autour d'eux de ces animations et encourageaient d'autres personnes à participer. Les informations recueillies ont fait l'objet d'une analyse qualitative en fonction des thèmes abordés.

Les informations obtenues proviennent d'un échantillon restreint (12 personnes) constitué en recourant à deux types de démarche. D'une part nous avons proposé aux participants, à l'issue de deux Cafés santé à Lausanne, de répondre à quelques questions afin de connaître leur point de vue sur ces animations. Pour compléter notre échantillon, nous avons d'autre part contacté par téléphone cinq personnes ayant participé au moins une fois à ces rencontres et dont les coordonnées sont réunies dans un fichier d'adresses mis à notre disposition par la personne responsable des animations de Pro-Senectute. Le même "questionnaire d'appréciation" a alors été proposé à ces personnes.

Les personnes interrogées sont en majorité des femmes, ce qui n'est pas surprenant étant donné qu'elles sont largement sur-représentées dans le fichier de participants, ainsi que de façon générale dans cette tranche d'âge.

Concernant les résultats de cette mini-enquête, nous devons d'emblée préciser qu'il s'agit d'une appréciation relativement générale et globale de la façon dont les animations sont accueillies par les personnes âgées auxquelles elles s'adressent.

Relativement aux apports, les répondants ont insisté sur l'acquisition de nouvelles connaissances, d'informations et de "trucs pratiques" applicables dans la vie quotidienne. Les informations reçues ne sont souvent pas nouvelles, mais ces animations ont toutefois le mérite de rappeler certaines notions, de rafraîchir les connaissances, voire même d'encourager les personnes dans ce qu'elles font encore, comme le relève une participante. Cette dernière précise qu'il s'agit en réalité moins d'apprendre, que de se "ressouvenir", puisque avec l'âge des routines s'installent. Il est alors nécessaire de remettre en question certaines habitudes en modifiant par exemple les commissions que l'on fait et en diversifiant davantage ses menus. En d'autres termes, il s'agit avant tout de rafraîchir la mémoire.

Quelques participantes ne voient pas véritablement d'apports dans la mesure où elles estiment manger correctement et être en forme. La dimension préventive et informative n'est alors pas relevée. Leur discours tend davantage à indiquer que ces animations peuvent effectivement être utiles pour des personnes qui à la différence d'elles-mêmes, ne seraient pas en forme ou qui parce qu'elles sont seules ne cuisinent plus. On peut voir dans ces remarques l'expression d'une volonté de prise de distance par rapport à des personnes âgées qui auraient besoin d'une aide. Il nous paraît important de mentionner cet aspect et d'en tenir compte lors de l'élaboration d'un programme de prévention s'adressant précisément aux personnes âgées.

Pour ce qui concerne les aspects plus particulièrement appréciés, les participants évoquent les informations et conseils obtenus sur des thèmes qui les intéressent, ainsi que le fait de pouvoir recevoir une information personnalisée dans certains cas, auprès de la diététicienne ou de l'ergothérapeute. La possibilité de rencontrer du monde est aussi un élément apprécié. Les personnes qui ont pris part à des animations où elles étaient invitées à "mettre la main à la pâte" insistent sur l'avantage /l'intérêt de cette option qui constitue une aide pour mémoriser et intégrer ce qui leur est présenté. La clarté des informations et leur compréhensibilité sont également mises en évidence dans les entretiens.

Concernant d'éventuelles améliorations, ne sont mentionnés que les souhaits d'une fréquence plus régulière et la suggestion d'un petit document écrit comme "aide mémoire". Sur ce dernier point, il était prévu qu'à l'issue des rencontres les animatrices mettent à disposition un certain nombre de dépliants informatifs et listes de ressources existantes à proximité, ainsi qu'une synthèse de ce qui a été présenté.

Il semble que cette pratique ait été parfois introduite, mais peut-être serait-il bien de la généraliser et de la renforcer.

7.3.4 Synthèse des animations

Dans l'ensemble les animations sont très appréciées. Il est en revanche beaucoup plus difficile de mettre en évidence les éventuels changements qui en résulteraient directement. Si les participants mentionnent bien un apport de connaissances, il n'est pas pour autant question de modifications concrètes dans leur mode de vie, que cela concerne le mouvement ou l'alimentation. De fait, nous n'avons pas les moyens de mesurer l'impact des animations sur les participants et sur leur mode de vie. Non seulement nous manquons de recul, les changements ne se faisant pas du jour au lendemain, mais en plus cela nécessiterait une étude longitudinale afin de pouvoir comparer la situation avant et après la participation aux animations.

Il importe de rappeler ici que le but de ces animations est la sensibilisation des personnes âgées, ce qui ne signifie pas introduire un changement de comportement ou de style de vie. Ainsi, le fait même que les personnes âgées se déplacent pour assister à ces animations permet de dire que l'objectif de sensibilisation et de transmission d'informations est atteint.

Comment faire pour que le public cible se sente concerné précisément avant que les problèmes de chute ou de malnutrition ne se posent/ne surviennent ? Comment atteindre ces personnes ?

Parmi les participants, il semble que deux groupes se dessinent, celui des personnes toujours motivées par un désir de s'informer et d'apprendre, ouvertes au changement et disposées à remettre en question leurs habitudes d'un côté.

Et de l'autre, on trouve des personnes qui tout en venant aux animations insistent pour se démarquer des personnes âgées qui ont besoin de ces informations et pour qui elles seraient utiles et nécessaires, avec des remarques comme "moi ça ne me concerne pas, je mange des légumes, ...", "je ne me sens pas concernée, j'ai toujours fait attention à l'alimentation" ou encore, "je suis très mobile, je peux me déplacer seule". Les deux attitudes ne sont pas nécessairement exclusives.

Enfin, à la question de savoir si les participants en avaient parlé autour d'eux, certains ont répondu qu'ils allaient le faire, d'autres qu'ils l'avaient fait tout en précisant que cela n'avait pas été suivi d'effet, sans doute en raison d'un certain désintérêt de la part des personnes âgées. Cette remarque renvoie à une tendance au repli casanier, relativement fréquente chez certaines personnes vieillissantes. Les motifs peuvent être multiples, des problèmes physiques de mobilités constituant un obstacle pour se rendre à une animation, un sentiment de ne pas être concerné par les thèmes traités ou encore une réticence à participer à des rencontres de groupe.

7.4 LES COURS D'ACTIVITES PHYSIQUES

Deux offres sont centrées spécifiquement sur les activités physiques, les cours de Tai Chi et les ateliers équilibre.

7.4.1 Fréquentation et organisation des cours de Tai Chi

Un cours inspiré du Tai Chi et adapté aux possibilités des personnes âgées à mobilité réduite a été donné pour la première fois dans le cadre du projet de l'OMSV, à Lausanne au printemps 2003.

Ce cours a donné lieu à un rapport réalisé par Suzette Dubrit (ergothérapeute consultante) et Fabienne Vautier, auquel nous nous référons pour présenter cette activité^w.

Le cours de Tai Chi s'adresse à des personnes bénéficiaires des prestations de soins à domicile de Lausanne, âgées de plus de 70 ans et à mobilité réduite (souffrant de troubles de la marche et de l'équilibre), mais pouvant se tenir debout sans aide extérieure. Ces personnes ne devaient pas présenter de contre-indication médicale à ce type d'exercice.

Les participants à ce premier cours-test ont été recrutés par l'intermédiaire des professionnels du CMS de Lausanne Centre-ville et plus spécifiquement par l'ergothérapeute.

S'adressant à des personnes déjà fragilisées du point de vue de la mobilité et de l'équilibre, le cours de Tai Chi vise précisément à "remettre ces personnes en mouvement", à améliorer leur équilibre, leur force dans les jambes, ainsi que leur perception corporelle, leur sentiment de sécurité, leur plaisir à bouger. Le cours a également pour objectif de redonner aux participants l'envie de sortir et de rencontrer du monde.

L'accent est mis sur la dimension ludique en travaillant en groupe ou à deux, avec l'aide de différents accessoires.

Le cours comprend dix séances d'une heure par semaine, ainsi qu'un bilan avant et après le cours effectué au domicile de la personne par une ergothérapeute. Le bilan était composé d'une fiche de renseignements sur les problèmes médicaux pouvant interférer lors du cours, ainsi que le test de l'échelle de Berg qui évalue, au moyen de quatorze tâches physiques l'équilibre^x. Le bilan comprend également des questions sur la peur de chuter, la présence de douleurs, la qualité du sommeil et enfin, des questions sur les attentes avant le cours et leur réalisation après le cours, ainsi que sur les projets de chacun pour maintenir ses progrès et rester en mouvement.

Le cours a permis à huit personnes, cinq femmes et trois hommes (onze personnes inscrites mais deux ont renoncé en raison de problèmes de santé et une personne est décédée), de se mettre en mouvement dans un cadre sécurisé, tout en rencontrant d'autres personnes. L'âge des participants s'échelonne entre 81 et 89 ans (moyenne 85 ans). Là aussi se pose la question de l'âge, ces interventions ne devraient-elles pas être faites plus tôt.

Tous les participants présentaient des facteurs de risque de chutes, comme les troubles de la marche et de l'équilibre, des expériences préalables de chutes, des problèmes d'hypotension ou des troubles de la vue, des maladies rhumatismales, de l'arthrose ou de l'ostéoporose.

A l'issue du cours des progrès visibles ont pu être mis en évidence, confirmant l'intérêt d'une telle démarche auprès de personnes fragilisées.

En effet, tous les participants ont amélioré leur score sur l'échelle de Berg. Les améliorations les plus visibles portent sur la force dans les jambes, l'équilibre et la perception corporelle. Les progrès

^w Dubrit S, Vautier F, Rapport TaiChi, Juillet 2003.

^x L'échelle de Berg va de 0 (incapable) à 4 (capable). Le score total est de 56 et la valeur seuil de 45 prédit un risque de chutes important.

effectués sont importants, montrant un potentiel d'entraînement encore présent au sein de cette population très âgée.

Plus en détail on peut relever, toujours en se référant au bilan réalisé par l'équipe du projet, une diminution visible des risques de chutes parmi les trois personnes présentant des risques élevés avant le cours. A l'issue du cours la première présentait des risques faibles, la deuxième des risques modérés et la troisième présentait toujours des risques élevés tout en ayant amélioré son score. Quant aux deux personnes ayant des risques modérés au départ, elles ne présentaient plus que des risques faibles après le cours.

La peur de chuter a également diminuée en intensité pour la majorité des participants, excepté pour deux personnes. Et au niveau de la perception une moitié des participants estiment qu'il y a eu des améliorations tandis que l'autre moitié ne voit pas de changement. En revanche les résultats ne montrent pas d'effet sur la diminution de la douleur, ni sur l'amélioration du sommeil.

7.4.2 Synthèse des cours de Tai Chi

Les attentes des participants avant le cours portaient sur l'amélioration de leur force dans les jambes et les bras, l'amélioration de leur équilibre, la diminution de la douleur, l'amélioration de la mobilité cervicale, la diminution des vertiges et la découverte d'une nouveauté.

Quant à la réponse aux attentes, elle comprend deux aspects. La perception directe de la personne ("le cours a-t-il répondu à vos attentes ?") d'une part et la perception indirecte ("depuis le cours y a-t-il des activités qui vous demandent moins d'efforts ?") de l'autre.

Relativement à leurs attentes, seules deux personnes sur huit estiment que le cours a été bénéfique par rapport à leurs attentes initiales. Pour la moitié (4) les participants trouvent le cours moyennement bénéfique, une estime que le cours n'a pas été bénéfique et une ne sait pas.

Pour ce qui concerne les activités qui demandent moins d'effort depuis le cours, sept personnes mentionnent une activité plus facile à réaliser. Il s'agit de l'amélioration de la force pour trois personnes (monter les escaliers, se lever d'un siège), de l'amélioration de l'équilibre pour deux personnes (tanguer moins, se diriger mieux), d'une amélioration de la maîtrise de son corps pour deux autres personnes, une personne peut mieux porter des affaires et une autre se sent plus éveillée.

Si des améliorations dans la vie quotidienne sont relevées et correspondent effectivement aux résultats positifs de l'échelle de Berg, il faut noter cependant l'existence d'un décalage important entre la perception des progrès par les participants qui est nuancée et modeste, alors que les résultats de l'échelle de Berg en fin de cours montrent clairement des progrès. En effet, il ressort du rapport de l'équipe du projet un décalage entre les progrès perçus par les participants, les bénéfices étant jugés moyens, et les résultats tels qu'ils sont objectivés par des tests (échelle de Berg) sur lesquels tous les participants ont amélioré leur score, avec pour certains des progrès importants. Différents facteurs explicatifs sont évoqués par les responsables pour rendre compte de ce décalage. Il pourrait ainsi être lié à une image de soi dévalorisée, un isolement social ou encore au souvenir de soi à une époque où les performances étaient bien meilleures. Ce décalage pourrait également être lié à une habitude culturelle régionale : la réticence à montrer un enthousiasme trop grand.

A l'issue du cours, les participants ont exprimé leurs projets et intentions en vue de rester en mouvement. Les idées sont multiples, parmi lesquelles il ressort une volonté de poursuivre des cours d'activité physique en groupe (5), d'avoir un programme à domicile (5), quatre personnes ont décidé

de s'encourager à marcher plus, deux personnes veulent rester en mouvement en développant et maintenant leurs activités quotidiennes, une n'a pas d'idée.

7.4.3 Les ateliers équilibre

Les ateliers équilibre sont des cours de gymnastique organisés par Pro-Senectute, qui s'adressent aux personnes âgées voulant renforcer leur équilibre.

Les objectifs de ces cours sont de développer la force, la souplesse et la coordination des mouvements afin d'améliorer le contrôle de l'équilibre. Ce cours comporte douze séances, dont la première et la dernière sont des évaluations des compétences des participants.

Ces ateliers proposent des exercices simples permettant de développer la souplesse et la force, ainsi que ses réflexes, tout en percevant mieux son corps.

Les trois ateliers équilibre organisés ont permis à 32 personnes de participer. Il ressort dans l'évaluation interne que le cours a permis des progrès visibles pour la plupart des participants et qu'il a été très apprécié. Se pose toutefois la question du maintien de ces acquis après le cours. La difficulté consiste également à attirer et réunir un nombre suffisant de personnes.

7.5 LES CONFERENCES

Au cours de l'année 2002-2003 quatre conférences ont été organisées, deux dans le cadre de salons et deux lors des Assemblées générales de l'AVIVO (Vevey et Lausanne) : "Bien manger pour conserver ses forces et sa santé" dans la cadre du Salon des médecines naturelles, du bien-être et de la santé (MEDNAT); "La force un atout de tous les âges" donnée au Comptoir du Nord vaudois dans le cadre d'une journée organisée par Pro-Senectute et enfin dans le cadre de l'assemblée générale de l'AVIVO à Vevey sur le thème "Bien manger pour conserver ses forces et sa santé" et à Lausanne sur le thème " Manger, bouger : 2 atouts pour garder ses forces".

L'équipe du projet tire un bilan mitigé de ces conférences, les deux premières n'ont pas attiré beaucoup de monde (MEDNAT 20 personnes, Comptoir du Nord 50) et les personnes présentes ne s'étaient pas déplacées en premier lieu pour la conférence, mais par exemple pour le thé dansant qui suivait au Comptoir du Nord. En revanche, dans le cadre des Assemblées générales de l'AVIVO, la fréquentation des conférences était plus importante (respectivement 160 et 30 personnes) et le public s'est montré plus intéressé et participant. En septembre 2003, la Journée de l'équilibre organisée à Lausanne par Pro-Senectute a rassemblé 300 personnes âgées.

Si une des difficultés semble être liée au fait que ces conférences aient eu lieu dans le cadre d'un contexte plus large (MEDNAT, Comptoir du Nord Vaudois), il faut également relever que l'équipe du projet ne s'est pas toujours sentie très à l'aise dans le rôle de conférencier ex-cathedra.

Ces conférences restent en effet une activité plus marginale du projet, l'accent étant mis de préférence sur les animations interactives en petit groupe.

7.6 LES ARTICLES DANS LES MEDIAS

Entre novembre 2001 et octobre 2003 ce sont au total 19 articles qui ont été publiés en lien avec le projet. Ces publications se répartissent dans deux types de presse, la presse spécialisée (Génération, Echo magazine, ...) avec onze articles d'une part et la presse grand public de l'autre (24Heures, le Journal de Ste-Croix, la Presse du Nord vaudois) pour huit articles. Les articles portent aussi bien sur la problématique même du projet que sur des points spécifiques et notamment les annonces et comptes rendu de ces animations (Journal de Ste-Croix).

Suite à la parution des articles dans la presse spécialisée les responsables du projet ont reçu plusieurs commandes des deux brochures existantes : "Vieillir en harmonie, une question d'équilibre : prévenir les chutes" et "Vieillir en harmonie, une question d'équilibre : prévenir la sous-alimentation".

(Voir liste des articles en Annexe).

7.7 SENSIBILISATION DES ANIMATRICES, MONITRICES, BENEVOLES AUPRES DES PERSONNES AGEES

Des ateliers de formation ont été organisés pour les animatrices, monitrices (des ateliers équilibre ou des cours de gym) et bénévoles de Pro-Senectute travaillant auprès des personnes âgées. Conçus comme des temps de sensibilisation ces ateliers ont porté sur la présentation des brochures, sur les indices de dépistage (PAMOVE), sur les principaux facteurs de risque, ainsi que sur l'attitude à adopter lorsqu'une personne présente des risques.

D'autres ateliers de ce type sont prévus pour les monitrices de gym des aînés notamment.

8 CONCLUSIONS

Une des originalités du projet est de faire le lien entre la problématique des chutes et la malnutrition. L'alimentation est désormais considérée comme un élément à part entière de l'intervention du CMS.

Dans sa conception, le projet vise avant tout à formaliser quelque chose de latent. Il ne s'agit par conséquent pas de restructurer, ni de réorganiser le mode de travail des CMS, mais davantage de nommer et de systématiser des activités déjà réalisées.

Ainsi, l'accent est mis sur le processus qui consiste à identifier les situations à risque, à les signaler et à garder une certaine vigilance quel que soit le problème. Si cette démarche n'est en soi pas nouvelle, le recours à des outils communs, ainsi que la mise en mots et l'explicitation d'un travail fait souvent de façon intuitive jusqu'ici sont quant à eux nouveaux. Cette formalisation et son intégration dans le travail quotidien de l'équipe a contribué également à légitimer et à renforcer sa façon de travailler.

Sur le terrain, le principal apport du projet est la modification du regard porté par les intervenants sur les bénéficiaires et leurs situations : plus systématique, avec une vigilance accrue permettant d'identifier les différents facteurs de risque de chutes et de malnutrition.

Le projet a également permis de mettre à disposition des professionnels quelques moyens simples d'intervention dont l'utilisation et l'appropriation par les différents corps de métier des CMS sera encore certainement facilité par les améliorations introduites au cours de la deuxième étape de l'évaluation.

Si les solutions "miracles" avec effet immédiat et résultat visible ne sont souvent pas envisageables, des interventions à caractère préventif sont néanmoins possibles, bien que souvent moins spectaculaires. De plus, dans une approche compréhensive qui tienne compte de la personne à qui elles sont destinées, ces interventions s'inscrivent dans un processus temporel, par étapes, en référence au modèle de la boucle de Prochaska^e. Les changements ne sont par conséquent pas rapides.

Ce processus de changement concerne non seulement les personnes âgées, mais également les intervenants. En effet, dans un premier temps l'introduction de modifications dans la pratique des intervenants est nécessaire, pour pouvoir transmettre ensuite les informations et les messages de prévention aux personnes âgées chez qui ils se rendent. Or, dans les deux cas, qui dit modifications, dit travail de réappropriation des objectifs du projet par les personnes concernées, respectivement les intervenants et les personnes âgées, ce qui demande du temps.

De plus, la décision de ne pas intervenir ou de n'intervenir que de façon minimale ne doit pas être considérée comme un échec en soi.

Suite à la première étape de l'évaluation externe (juin 2003) portant sur le volet de prévention au sein des CMS et en réponse aux conclusions et recommandations formulées dans le chapitre quatre (cf. les points 4.2.3 et 4.3.4) l'équipe du projet a fourni un travail considérable en vue d'ajuster et d'améliorer le projet.

Une des principales recommandations concernait en effet la nécessité de préciser un certain nombre d'aspects importants (définition du processus de changement, des interventions et rôles respectifs). Ainsi, entre la fin juin, date de parution du rapport intermédiaire de l'évaluation et le mois de novembre où nous rédigeons le rapport final de l'évaluation, différents documents ont été

retravaillés voire élaborés. L'ensemble de ces améliorations ont permis d'aboutir à la rédaction d'un **"Guide à l'usage des intervenants des CMS"**.

Nous évoquons brièvement ici ces améliorations afin de rendre compte de l'évolution du projet en vue de son extension à l'ensemble des CMS du canton.

Etapas du programme

Les trois étapes de la prise en charge des personnes à risques de chute et de dénutrition – à savoir le dépistage, l'évaluation des facteurs de risques et la mise sur pied d'intervention ou de suivi - ont fait l'objet d'un important travail d'explicitation et de précision. Pour chaque étape sont précisés le but, le contenu, qui intervient, quand et comment.

L'ensemble est également résumé sous forme d'un schéma intégrant les étapes de la prise en charge et celles du changement, ainsi que leur articulation, qui permet de visualiser la procédure et qui peut être utilisé comme une "check liste". Par ailleurs, chacune de ces étapes a été intégrée dans la nouvelle version de l'outil de consignement informatique (voir 6.3).

Facteurs de risque et interventions

En ce qui concerne la phase d'évaluation, les différents facteurs de risques, ainsi que les formes d'intervention à disposition ont été précisés et explicités. Un tableau permet d'avoir en regard les facteurs de risque, leurs causes, les interventions possibles selon l'importance du risque présent, les intervenants concernés, ainsi qu'un certain nombre de ressources à disposition pour agir. Ces différents aspects figurent également dans le Guide à l'usage des intervenants des CMS.

Position du bénéficiaire

Les efforts de précision ont porté notamment sur la définition du changement en tant que processus qui se déroule dans le temps et par étapes. On se situe là au niveau de la phase d'intervention et de suivi. Au nombre de cinq - indifférence, réflexion, décision/préparation de l'action, action et enfin maintien - ces étapes correspondent à un état de la personne face au changement ("où elle en est"). Elles étaient résumées dans le projet pilote dans la Boucle de Prochaska, mais de façon peut-être trop abstraite. Dans le nouveau document dit "modèle transthéorique", les étapes sont reprises et précisées avec chaque fois leurs caractéristiques, des exemples d'attitude de la personne pouvant en découler, ainsi que des éléments pour les intervenants quant à l'attitude adéquate à développer face à chaque situation ("que pouvons-nous faire ?").

Ces améliorations et ajustements sont d'autant plus importants que l'extension du projet à l'ensemble des CMS du canton a été acceptée (juin 2003). Ces clarifications visent notamment à faciliter l'introduction du projet dans les nouvelles équipes.

Un des principaux enjeux de ces efforts de précision des différents aspects du projet est de permettre à l'équipe du projet de se doter d'outils d'information et de formation des professionnels des CMS dans lesquels le projet va être implanté et de faciliter l'acceptation et le travail d'appropriation du projet par les intervenants. Ce travail devrait également aboutir à une clarification des rôles des intervenants impliqués dans une prise en charge (infirmière, assistante sociale, auxiliaire).

En effet, suite aux recommandations de la première partie de l'évaluation, et en réponse notamment à l'attitude souvent fataliste et plutôt défaitiste des intervenants mise en évidence dans l'évaluation, l'équipe du projet avait pour objectif de développer et renforcer les possibilités, ainsi que les moyens de mettre en valeur les interventions des professionnels qui sont en adéquation avec la situation dans laquelle se trouve la personne, mais aussi de déculpabiliser les professionnels par rapport à leurs

propres objectifs souvent idéalistes d'initier un changement avec des résultats immédiats et visibles. L'enjeu est par conséquent de parvenir à communiquer entre professionnels le travail effectué, de réfléchir en termes d'interdisciplinarité avec des outils objectifs qui donnent du sens à l'intervention de chaque corps de métier, tout en répondant à des exigences de rigueur et sans pour autant minimiser ou dramatiser la situation.

9 RECOMMANDATIONS PAR RAPPORT AU PROJET PILOTE

Nous avons mis en évidence un certain nombre de points forts, comme l'effort de formation, l'introduction de personnes relais, les outils de dépistage et, respectivement, des points faibles comme l'évaluation des situations à risque et le développement d'une intervention, ou encore les problèmes de charge des personnes relais.

Sur cette base, nous formulons ici quelques recommandations, en vue de l'extension.

9.1 DIFFICULTES FACE A L'INTERVENTION

Afin de palier les difficultés liées à la prise en charge, il serait souhaitable d'envisager, après six mois ou une année, une journée ou une demi-journée "bilan". Ce serait l'occasion d'aborder les difficultés concrètes rencontrées dans l'application du projet, de travailler ensemble sur les questions qui se posent notamment au sujet de l'évaluation des situations et à la mise en place de stratégies d'intervention. Ce temps de mise au point serait aussi l'occasion de préciser à nouveau dans quelles situations une intervention est requise, qui intervient et comment ?

Cette journée bilan est envisagée comme un temps pour compléter ses connaissances et apporter des réponses ou pistes de solutions concrètes à des questions qui émergent de la pratique sur le terrain.

Le projet s'est donné comme objectif de formaliser les interventions des professionnels ce qui a abouti à la rédaction du Guide à l'usager des professionnels. Un bilan devrait être fait après une période de mise à l'essai du guide pour vérifier son adéquation.

9.2 CONSIGNEMENT INFORMATIQUE

En vue de suivre l'implantation du programme dans les différentes phases d'extension, la version de l'outil de consignement informatique devrait pouvoir être utilisé au plus vite par les équipes des prochains CMS dans lesquels le programme sera introduit (délai annoncé : mars 2004 pour une version test et avril 2004 à l'intention des équipes).

9.3 EN VUE DE L'EXTENSION

La phase pilote permet de souligner que le bon accueil du projet peut être facilité par :

- l'intérêt et l'adhésion au projet des responsables d'équipe, lorsqu'ils sont partie prenante et le soutiennent au sein de leur équipe.
- Un grand soin apporté à la présentation faite aux équipes. Cet aspect est déterminant pour l'acceptation du projet et son application par les intervenants. Ce travail de présentation devrait inclure non seulement la présentation du concept et des thèmes, mais également une information qui permette aux équipes de mieux situer les impli-

cations du projet en termes de répercussions sur leur travail. Cette préparation initiale de l'équipe permet notamment de désamorcer certaines réticences.

- Une bonne communication entre les différentes instances, l'OMSV, les directeurs d'Associations/Fondations, mais également avec les équipes du CMS devrait être renforcée.
- Pour que le projet "passe" et soit accepté, il ne doit pas venir s'ajouter au reste du travail. Le projet prévoit en effet de prendre appui sur les plates-formes de fonctionnement existantes, toutefois dans la pratique, le projet introduit de fait une donnée nouvelle, supplémentaire qui nécessite du temps, de l'attention, de l'énergie, ce dont il faut tenir compte.

10 ANNEXES

10.1 DISCUSSION DU SCENARIO PROPOSE POUR L'EXTENSION^y

En vue de l'extension du projet à l'ensemble des CMS du canton, une proposition d'ajustement a été formulée par la commission de travail du Comité de pilotage (février 2003). Le document "Proposition de scénario pour l'extension du projet au sein des CSM" reprend les différentes composantes du projet (journées de sensibilisation, engagement des personnes relais, ...), en indiquant un certain nombre de modifications.

De plus, cette proposition présente trois variantes envisagées pour l'avenir : dans le premier scénario, "catastrophe", le projet n'est pas poursuivi; dans le deuxième scénario, "c'est l'expectative", la décision d'extension est différée et le financement assuré pendant encore une année permet d'implanter le projet dans quelques CMS des Associations/Fondations déjà partenaires du projet. Enfin, dans le troisième scénario "chic on continue", l'extension du projet se fait pour les 45 CMS du canton d'ici à fin 2006, selon le scénario détaillé proposé.

Au vu de l'évaluation intermédiaire, nous écartons le premier scénario, il serait en effet dommage de mettre un terme à ce projet qui, bien que nécessitant du temps, permet d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées à domicile et mérite de ce fait d'être mené jusqu'au bout. Pour ce qui est des scénarios deux et trois, c'est la question du financement qui est en cause, mais le projet devrait selon nous être poursuivi d'une manière ou d'une autre.

Quel que soit le choix entre les scénarios deux et trois, des modifications notables du projet pilote ont été proposées dans le document du Comité de pilotage, nous les reprenons ici en détails avec, en regard, nos commentaires.

Propositions pour l'extension du projet	Commentaire des évaluateurs
1 Volets d'activités	■ ■ ■ ■
■ <u>Journées de sensibilisation</u>	
Ces journées sont gardées, avec un changement dans le contenu (garder que les thèmes indispensables) et l'organisation (après-midi au lieu de journées). On passerait donc de deux journées à quatre demi-journées.	<p>Ce passage de journées à des demi-journées facilite l'organisation au niveau du travail des CMS, mais nécessite de repenser le choix des thèmes abordés ou du moins en diminuant le nombre d'interventions lors des conférences et ateliers.</p> <p>Ce changement ne nous semble pas poser de problème dans la mesure, où les thèmes principaux sont abordés.</p>

^y Il s'agit ici du scénario d'extension tel que discuté par les évaluateurs pour le rapport intermédiaire de juin 2003. Il est présenté ici à titre d'information.

Propositions pour l'extension du projet	Commentaire des évaluateurs
<ul style="list-style-type: none"> ■ <u>Enquête auprès des bénéficiaires âgés des CMS</u> <p>Ce volet n'est pas repris pour l'extension.</p>	<p>Cette enquête se justifiait dans la phase pilote du projet, mais peut en effet être laissée de côté pour la suite, les besoins étant attestés.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ <u>Implémentation du projet</u> <p><i>Objectifs et outils pour l'ensemble des collaborateurs</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Dépister les personnes à risque au moyen des indices de dépistage ■ Développer une approche commune ■ Déterminer le rôle de chaque profession au sein de ce projet 	<p>Il conviendrait d'envisager un dépistage systématique à l'aide du PAME et du MOVE de toutes les nouvelles situations suivies au CMS.</p> <p>Il conviendrait également de mieux préciser le rôle de chaque profession au sein du projet. Il importe de bien définir ce qui est attendu de l'ensemble des collaborateurs et jusqu'où chacun est censé intervenir.</p>
<p><i>Objectifs et outils pour les référents de situations</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Évaluer les facteurs de risque et leurs causes à l'aide des documents distribués. ■ Construire avec la personne un partenariat en vue de développer des interventions de prévention. Accompagner la personne dans son évolution en s'appuyant sur la boucle de Prochaska. ■ Connaître et utiliser les ressources locales existantes. ■ Suivre l'évolution des situations au moyen du consignement des données. 	<p>L'évaluation des situations et les stratégies de prise en charge constituent un aspect du projet pas toujours intégré dans la pratique quotidienne et qui pose encore problèmes.</p> <p>Cela nécessite de bien définir la notion d'intervention, qui peut aller de la discussion à des mesures plus visibles.</p> <p>Une attention particulière doit être accordée à l'introduction de la boucle de Prochaska et de son utilisation par les référents dans la mise en place des interventions.</p> <p>Ce point pose des problèmes en l'état actuel parce que l'outil de consignement des données n'est pas utilisé de façon systématique, ni par tous les intervenants (Voir Consignement des données).</p>
<p><i>Objectifs et outils pour les auxiliaires ou autres collaborateurs non-référents</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Transmettre aux référents leurs observations et les informations recueillies auprès des bénéficiaires. ■ Suivre et développer des interventions sur délégation. 	<p>C'est un point qui ne pose pas de difficultés. Avant même l'introduction du projet cette communication existait entre les auxiliaires et les référents.</p> <p>Le suivi ne semble pas poser de problème non plus. Un problème de temps est relevé par les livreuses de repas qui ont peu d'occasion de discuter avec les bénéficiaires.</p>

Propositions pour l'extension du projet	Commentaire des évaluateurs
<p><i>Organisation pratique</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prévoir sur 6 mois une tranche horaire à intervalle fixe dans les colloques de référents (1h/mois, donc 6 x 1h pour implanter le projet auprès des référents). ▪ Prévoir sur 6 mois des colloques ou atelier avec les auxiliaires (4 à 6 x 1 heure). ▪ Ces colloques sont animés soit par les consultantes du projet, soit par les personnes relais. ▪ Après cette phase de colloques spécifiques, les stratégies développées par le projet seront intégrées au colloque normal des équipes et une personne du CMS sera chargée de la consolidation et du maintien des acquis au sein du CMS. 	<p>Compte tenu des difficultés relevées par rapport à l'intégration du projet dans la pratique courante et à son application systématique, il importe de prévoir un nombre suffisant de colloques spécifiques, sans toutefois que cela ne devienne lassant pour les équipes.</p> <p>Les six mois de colloque prévus permettent la mise en œuvre. Toutefois, cette première phase devrait être suivie d'une phase de consolidation de la mise en œuvre : pour cela il faudrait encore envisager tous les 2 mois un temps d'échanges et de bilan.</p> <p>Il est fait mention d'une personne chargée de la consolidation; son rôle n'est cependant pas du tout précisé (voir point Ressources humaines).</p>
<p>■ <u>Le consignement des données</u></p> <p><i>Objectifs</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer le suivi individuel des bénéficiaires à risque de chutes et de malnutrition ou ayant chuté ou souffrant de malnutrition. ▪ Permettre la collection et l'analyse de données statistiques et épidémiologiques dans ces deux domaines au sein des CMS. ▪ Permettre d'adapter les stratégies de prise en charge au vu de l'analyse des résultats obtenus. 	<p>Différentes améliorations devraient permettre de faciliter l'utilisation des outils informatiques.</p> <p>Ce volet de recueil des données devrait être intégré au dossier individuel (DI); ceci paraît être une condition de base pour son utilisation (délai annoncé d'environ 2 ans).</p> <p>En attendant la révision du DI, des simplifications du programme chutes et malnutrition devraient être introduites.</p> <p>Par ailleurs, il semble important de rediscuter les objectifs du consignement et les conditions minimales à remplir pour qu'il soit utilisable et intéressant.</p>
<p><i>Organisation pratique</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intégrer aussi vite que possible le volet recueil des données au sein du dossier informatisé. ▪ Des discussions avec le secteur de l'informatique de l'OMSV doivent avoir lieu. ▪ Prévoir 2 heures de formation à l'utilisation du programme informatique pour chaque équipe de référents du CMS. 	<p>Il importe surtout de bien mettre en évidence l'intérêt de cet outil, ainsi que les utilisations concrètes qui peuvent en être faites au niveau de la pratique.</p> <p>Le temps nécessaire pour la formation à l'utilisation du programme sera un des points abordés dans la suite de l'évaluation.</p>

Propositions pour l'extension du projet	Commentaire des évaluateurs
<p>2 Temps nécessaire par CMS pour implémenter le projet</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le nombre de CMS pouvant commencer en même temps dans une région est estimé à deux ou trois. ▪ Huit mois sont prévus pour l'implémentation du projet. ▪ Durant le 1^{er} mois : 4 x 1 après-midi de sensibilisation. ▪ Puis du 2^{ème} au 8^{ème} mois : processus de mise en œuvre des stratégies. ▪ Durant le 3^{ème} mois, une fois 2 heures seraient consacrées au consignement des données. 	<p style="text-align: right;">■ ■ ■ ■</p> <p>Nous avons pris connaissance des modalités envisagées pour l'extension et il semble qu'il y ait une sous-estimation de la durée nécessaire pour l'implémentation du projet. Après une année et demi le projet pilote n'est pas encore complètement intégré.</p> <p>Si à terme on peut envisager que l'ergothérapeute et la diététicienne relais disparaissent, ceci ne devrait pas se faire en 6 mois mais plutôt en 18 ou 24 mois (voir phase de consolidation).</p> <p>On pourrait ainsi imaginer tester cette durée d'implémentation/de transition dans les trois prochains CMS où le projet serait introduit.</p> <p>Parallèlement, il est nécessaire de trouver des ressources pour une consultation diététique dans le cadre des CMS. Il ne sert à rien en effet de dépister si cela n'est pas suivi d'une évaluation des facteurs de risque et de la proposition d'une prise en charge spécifique. On pourrait alors imaginer un 5 à 10% de consultation diététique par CMS qui devrait par la suite être réévalué en fonction des besoins (voir tableau 1).</p>
<p>3 Ressources humaines nécessaires pour l'extension du projet</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La description du rôle des personnes relais sera légèrement modifiée par rapport à son cahier des charges actuel. ▪ La présence de la diététicienne sera moins fréquente dans chaque CMS que lors du projet pilote. ▪ L'ergothérapeute relais ne sera pas une représentante du CMS et sera moins présente au sein de chaque CMS qu'actuellement. ▪ Cela entraîne une diminution du pourcentage de travail par CMS des personnes relais, alors pour garantir une meilleure intégration et permettre la pérennité du projet, une personnes "répondante" doit être intégrée au sein de chaque CMS. 	<p style="text-align: right;">■ ■ ■ ■</p> <p>Est-ce que dans la redéfinition du cahier des charges des personnes relais, il est prévu de réfléchir à la concurrence entre le 2^{ème} axe (intervention au sein du CMS) et le 3^{ème} (les animations grand public) ?</p> <p>Ces changements dans le sens d'avoir des personnes relais extérieures au CMS et moins souvent présentes vont à l'encontre de ce que nous avons pu mettre en évidence au cours de l'évaluation. En effet, il ressort clairement des entretiens, tant avec l'équipe du projet, les responsables d'équipes, les personnes relais, que les équipes des CMS, combien la présence régulière des personnes relais et notamment de la diététicienne est un élément décisif de l'intégration du projet dans la pratique courante du CMS. Il importe non seulement qu'elles se fassent connaître, mais également qu'elles soient facilement accessibles. Ceci suppose une présence physique régulière au CMS.</p>

Propositions pour l'extension du projet	Commentaire des évaluateurs
	<p>De plus, les personnes relais ont des compétences particulières dans les deux domaines des chutes et de la malnutrition et compte tenu du nombre de fois où elles sont appelées à intervenir pour rappeler le projet, motiver les équipes, préciser certains points, il est difficile d'envisager que leur rôle soit réduit, pour la phase d'implantation.</p> <p>Par rapport à l'extension du projet à l'ensemble des CMS du canton, le remplacement des deux personnes relais par une personne "répondante", dont le rôle et la fonction ne sont pour l'instant pas clairement définis, pourrait freiner le développement du projet.</p> <p>Ces personnes relais sont en effet amenées à devoir fournir des éléments de réponse aux questions des équipes relatives aux deux problématiques du projet, c'est à elles qu'incombe également le rôle de motiver les "troupes" et de les mobiliser. Ce travail nécessite non seulement d'avoir du temps à disposition mais également d'être motivé et d'avoir des ressources pour intervenir.</p>
<p><i>Par Association/Fondation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une ergothérapeute relais, 5% pour l'implémentation dans un CMS durant 8 mois. ▪ Une diététicienne relais à 10% par CMS. ▪ En fonction du volume de travail des consultations diététiques par CMS le pourcentage de la diététicienne devra être adapté. 	<p>Le taux d'activité des personnes relais est revu à la baisse.</p> <p>Il est fait mention d'un "taux d'activité en fonction du volume de travail des consultations diététiques" pour la diététicienne, mais ceci n'est pas suffisamment précis.</p> <p>C'est une bonne chose d'introduire la présence de la diététicienne pour concrétiser le projet et sa mise en œuvre, mais en aval il est nécessaire d'avoir les personnes relais sur place et avec un taux d'activité suffisamment élevé.</p> <p>La question du financement des prestations de la diététicienne n'est pas mentionnée.</p>
<p><i>Par CMS</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un répondant (une personne intéressée par le programme qui facilite le contact entre l'équipe du programme et ses collègues). ▪ L'investissement en temps est limité parce qu'inclus dans ses heures de travail normal; elle répondrait à la fonction définie dans le cahier des charges de responsabilité spécifique dans un domaine. 	<p>Le profil et le rôle du répondant sont flous.</p> <p>Pour ce qui concerne la dotation par CMS, un "investissement en temps limité" est mentionné, sans autre précision. Or, ce temps devrait être clairement défini. Dans la mesure où la personne "répondante" ne se voit pas allouer un temps supplémentaire pour ce rôle, une diminution du taux d'activité des personnes relais, même avec l'introduction d'une personne "répondante", signifie une diminution des ressources.</p>

Cette proposition constitue la solution idéale compte tenu notamment de ce que nous avons pu mettre en évidence lors de cette première partie de l'évaluation; elle devrait faire l'objet d'une discussion et négociation en fonction des financements à disposition.

Pour résumer notre proposition par rapport aux ressources nécessaires à l'implantation du projet et aux modifications proposées pour l'extension, nous avons élaboré le tableau suivant. La différence principale est la phase de consolidation durant neuf mois et avant la phase de contacts/coordination.

Tableau 2 Proposition de calendrier d'implantation du projet et activités des personnes relais

	Sensibilisation 1 ----- → 8 mois	Consolidation : bilans réguliers 9 ----- → 18 mois	Contact-coordination 9 ----- → 24 mois
Ressources Projet			
Ergothérapeute relais	10%	5%	-----
Diététicienne relais (yc consultations)	20%	10%	-----
"Répondante"	0%	0%	5-10%
Fonction CMS - temps de consultation			
Ergothérapeute	80%	80%	80%
Diététicienne	0%	20%	30%

Il y a des enjeux pour la suite qui concernent les deux volets, d'une part celui purement préventif auprès de personnes qui ne sont pas encore bénéficiaires du CMS et qui peut être assuré par d'autres professionnels et, de l'autre, celui de prévention secondaire qui vise une amélioration de la qualité de vie des personnes à domicile et qui nécessite d'être fait par les intervenants des CMS. Ce volet est long mettre en place, mais au vu des résultats obtenus il mérite d'être poursuivi.

10.2 OUTIL DE CONSIGNEMENT TEL QUE PREVU POUR L'EXTENSION

Outil de consignement

Personne signalée ID

Phase I : dépistage

Date du dépistage

Indicateurs présents :

- | | |
|--|--------------------------|
| Chute dans les 3 derniers mois | <input type="checkbox"/> |
| P Perte involontaire de Poids | <input type="checkbox"/> |
| A Diminution de l'Appétit | <input type="checkbox"/> |
| M Diminution de la Mobilité | <input type="checkbox"/> |
| O L'environnement devient un Obstacle | <input type="checkbox"/> |
| V Diminution de la Vue | <input type="checkbox"/> |
| E Evènement éprouvant ou dépression | <input type="checkbox"/> |

Décision :

- | | |
|---|--------------------------|
| Personne à risque de chute | <input type="checkbox"/> |
| Personne à risque de malnutrition | <input type="checkbox"/> |
| Situation de fin de vie ou pb. psycho-gériatrique important | <input type="checkbox"/> |

Phase II : évaluation

Date évaluation

Bilan des facteurs de risques

Malnutrition

- | | |
|--|--------------------------|
| Problème buco-dentaire, déglutition | <input type="checkbox"/> |
| Troubles du transit | <input type="checkbox"/> |
| Obstacles, moyens aux. inadaptés | <input type="checkbox"/> |
| Régime, erreurs diététiques | <input type="checkbox"/> |
| Maladie cachectisante | <input type="checkbox"/> |
| Difficulté d'approvisionnement ou cuisiner | <input type="checkbox"/> |
| Troubles cognitifs (confusion, mémoire) | <input type="checkbox"/> |
| Médication/alcool | <input type="checkbox"/> |
| Douleur | <input type="checkbox"/> |
| Isolement social/précarité | <input type="checkbox"/> |

Chutes

- | | |
|---|--------------------------|
| Troubles de la marche, de l'équilibre | <input type="checkbox"/> |
| Maladie neurologique ou rhumatismale | <input type="checkbox"/> |
| Vertiges | <input type="checkbox"/> |
| Douleurs | <input type="checkbox"/> |
| Troubles cognitifs/confusion | <input type="checkbox"/> |
| Peur de chuter ou rechuter | <input type="checkbox"/> |
| Médication/alcool | <input type="checkbox"/> |
| Alimentation inadéquate | <input type="checkbox"/> |
| Obstacles, moyens auxiliaires inadaptés | <input type="checkbox"/> |
| Habitude de vie, comportement à risque | <input type="checkbox"/> |
| Isolement social /précarité | <input type="checkbox"/> |

Perception de la personne

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| Indifférence | <input type="checkbox"/> |
| Réflexion/ambivalence | <input type="checkbox"/> |
| Préparation, décision | <input type="checkbox"/> |

Phase III : Interventions

Date de la décision

- Information, explication
- Donner du sens
- Choix et actions ciblées
- Maintient des actions et suivi

Journal

Date

Types d'actions/d'interventions décidées, nouveauté, bilan, etc...

.....
.....
.....
.....
.....
.....

10.3 LISTE DES ARTICLES PUBLIES EN RAPPORT AVEC LE PROJET

Novembre 2001	ECHO Magazine <i>L'hebdomadaire chrétien de la famille</i> ☞ 42 brochures demandées par les lecteurs	"Malnutrition chez les gens âgés un poison"
Janvier 2002	ECHO Magazine <i>L'hebdomadaire chrétien de la famille</i> ☞ 9 brochures demandées par les lecteurs	"Chutes une question d'équilibre"
Avril 2002	FLASH INFO <i>Journal interne de l'ALSMAD</i>	"Prévenir les chutes et le malnutrition chez les personnes âgées"
Juin 2002	PANORAMA <i>Le magazine clients des banques Raiffeisen</i> ☞ 45 brochures demandées par les lecteurs	"Manger mieux, vivre mieux"
Juin 2002	PANORAMA <i>Le magazine clients des banques Raiffeisen</i> ☞ 59 brochures demandées par les lecteurs	"Question d'équilibre"
Août 2002	Le Journal de Ste Croix et environs	"Mobilité et alimentation des personnes âgées"
Déc. 2002	Actualités psychologiques <i>Institut de psychologie. Université de Lausanne</i>	"Un regard de praticiennes sur la prévention des chutes"
Déc. 2002	LES ECHOS <i>Journal des CMS et des programmes écoles, jeunesse et santé</i> <i>Journal de l'OMSV</i>	"Attention Prévention"
Déc. 2002	Le courrier de l'AVIVO du canton de Vaud <i>Revue destinée à toutes les personnes qui bénéficient ou vont bénéficier des prestations AVS/AI, est envoyé à 2000 membres dans tout le canton.</i>	"Bien manger vivre en meilleure santé"
Janvier 2003	24 Heures	"Cafés à thème : demandez le programme" . La santé au troisième âge, nouveau : Le café-santé un rendez-vous les retraités.
Mai 2003	Journal de Ste Croix J.-D. Fattebert	"Présentation de l'atelier Equilibre"
Mars 2003	Journal La Presse Nord Vaudois	"L'équilibre passe aussi par l'alimentation" annonce la journée qui met les chutes et la malnutrition au cœur de la journée des aînés au comptoir du Nord Vaudois.

- Mars 2003 24 Heures "**Café-santé**" communiqué pour annoncer le café-santé "Se déplacer en toute sécurité à la maison et à l'extérieur"
- Avril 2003 Le courrier de l'AVIVO du canton de Vaud "**Existe t-il un para chutes ?** "
Revue destinée à toutes les personnes qui bénéficient ou vont bénéficier des prestations AVS/AI, est envoyé à 2000 membres dans tout le canton.
- Avril 2003 Générations "**Chutes : il y a péril en la demeure !** "
Revue destinée à toutes les personnes de plus de 50 ans.
- Mai 2003 Optima "**Les chutes et la malnutrition sous contrôle**"
Magazine santé et prévention des pharmaciens suisses, tirage 727000
- Mai 2003 Journal de Ste Croix "**Manger pour garder ses forces**" relate l'info-goûter du 28 avril au musée du Cima
J.-D. Fattebert
- Juin 2003 Journal de Ste Croix "**Nos pieds ont besoin de soins**" relate l'info-goûter du 16 juin au musée du Cima
J.-D. Fattebert
- Octobre 2003 Quotidien 24 Heures "**Pour les aînés, tomber n'est pas une fatalité**"
L'article informe entre autre de l'extension du projet à tout le canton

11 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Piot-Ziegler Ch. *Rapport d'activités 1999-juillet 2001*, OMSV, Lausanne, juillet 2001.

Vautier F. Rapport d'activités de juillet 2001 à septembre 2003, OMSV, Lausanne, octobre 2002.

Vautier F. Résultats de l'enquête sur les chutes et la malnutrition auprès des personnes âgées des CMS de Lausanne Centre ville et Sainte-Croix, OMSV, Lausanne, juillet 2002.

Attention prévention, Les Echos. Journal des CMS et des programmes écoles, jeunesse et santé, OMSV, Lausanne, décembre 2002, n°11.