



VIVRE ACTIF



Des ateliers "Equilibres"
pour retrouver et maintenir
l'autonomie des plus de 65 ans
vivant à domicile

**EXTRAIT DU GUIDE
D'IMPLANTATION**

PROGRAMME QUINQUENNAL
DE PREVENTION DES TRAUMATISMES
ET DE PROMOTION DE LA SECURITE
MINISTRE DE LA COMMUNAUTE
FRANCAISE DE BELGIQUE



SOMMAIRE

1. Introduction

1.1. La problématique des chutes

1.2. Les déterminants de la chute chez les personnes âgées

1.3. Arbre décisionnel pour la prévention des chutes des personnes âgées vivant à domicile

1.4. Pourquoi implanter des ateliers « Equilibres » ?

2. Description des ateliers « Equilibres »

2.1. Objectifs des ateliers

2.2. Contenu des ateliers

2.3. Animation des ateliers

2.4. Déroulement des ateliers

2.5. Salle et équipement

2.6. Suivi des participants

3. Evaluation du programme

3.1. Objectifs de l'évaluation

3.2. Consignes d'utilisation des questionnaires d'évaluation

3.3. Evaluation des effets de l'atelier

3.4. Evaluation de l'implantation des ateliers

4. Information complémentaire

5. Bibliographie

6. Annexes (non inclus dans cet extrait)

Annexe 1. L'arbre décisionnel pour la prévention des chutes

Annexe 2. Les tests d'évaluation initiale et finale (équilibre et force musculaire)

Annexe 3. Test d'évaluation individuelle initiale et finale

Annexe 4. Questionnaire d'évaluation individuelle initiale

Annexe 5. Questionnaire d'évaluation individuelle finale

Annexe 6. Questionnaire de suivi individuel à six mois

Annexe 7. Questionnaire d'évaluation de l'implantation de l'atelier

1. Introduction

Ce cahier a été rédigé à l'intention des décideurs et responsables de mutualités, d'administrations communales (échevinat), des Centres Public d'Aide Sociale, des centres communautaires... mais également des centres sportifs ou de loisirs... qui organisent ou souhaitent organiser des services et des activités destinés aux personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile.

Il contient des d'informations qui permettront :

- de comprendre la problématique des chutes chez les personnes âgées,
- de prendre conscience de l'intérêt de mettre en place des stratégies efficaces pour prévenir cette problématique de santé publique,
- de découvrir des repères pratiques pour mettre en place des activités sous forme d'ateliers « Equilibres » destinés aux personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile et à risque modéré de chutes.

Les fondements du programme «prévention des chutes» qui se développe en Communauté française de Belgique s'appuient :

- sur un consensus international, celui du « Réseau francophone international de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité (Réfips)» au sein duquel des professionnels belges, français, québécois et suisses ont travaillé en partenariat pour mettre en évidence un dénominateur commun sur la problématique des chutes,
- sur un ouvrage qui résulte de ce travail en commun, le « Référentiel de bonnes pratiques. Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile » (1). Ce référentiel de bonnes pratiques a été élaboré par un groupe de travail, au terme d'une analyse de la littérature scientifique et d'une réflexion collective. Le texte a été soumis à un comité de lecture,
- sur l'expérience du programme Québécois P.I.E.D (2) mis en place depuis 1999 (3) (4) et revu en 2002 après évaluation. Il a également fait l'objet d'une publication en 2004 (5) par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec qui visait à préciser les orientations du « Programme national de santé publique (PNSP) » de prévention des chutes. Le programme intégré d'équilibre dynamique, mis en place au Québec, vise à prévenir les chutes et les fractures chez les personnes âgées. Il s'adresse à des personnes âgées autonomes qui vivent à domicile et qui sont préoccupées par leur équilibre ou par les chutes. Il n'est pas adapté aux personnes dont l'équilibre est trop précaire ou qui présentent des problèmes de santé pouvant être aggravés par des exercices intensifs.

1.1. La problématique des chutes

La chute correspond à l'action de tomber au sol indépendamment de sa volonté. Chez les 65 ans et plus, une personne sur trois fait au moins une chute dans l'année. Au-delà de 80 ans, cette proportion s'élève à presque une personne sur deux.

- Plus de 60 % des chutes se produisent au domicile.
- Dans 40 % des cas la personne tombée ne peut se relever seule.
- 5 à 10% des chutes donnent lieu à une intervention médicale ou chirurgicale. 5 % occasionnent une fracture et dans 1 % des cas il s'agit d'une fracture du col du fémur. Suite à une fracture du fémur, 25 % des personnes âgées décèdent dans les 6 mois, 50 % ne récupèrent que partiellement et environ 1/3 doit être institutionnalisé.
- Une personne sur deux rechute dans l'année.
- Pour beaucoup de seniors, la chute constitue l'évènement déclencheur d'une perte de mobilité et d'autonomie. La personne âgée réduit ses activités par peur de tomber (syndrome post-chute) et perd confiance en elle ce qui accélère le déclin de ses capacités fonctionnelles.

1.2. Les déterminants de la chute chez les personnes âgées

Les causes des chutes sont multifactorielles (voir figure 1). Le facteur de risque le plus important est l'antécédent de chute. Une cause médicale unique à une chute est rare.

La chute résulte d'une interaction complexe entre plusieurs facteurs de risque :

Les facteurs de risque individuels ou intrinsèques, liés à l'incapacité :

- le vieillissement,
- les pathologies chroniques (arthrose, démence, séquelle AVC),
- la fragilité posturale (troubles de l'équilibre et de la marche),
- les maladies aiguës.

Les facteurs socio comportementaux, liés aux activités :

- les activités à risque (ex : descendre les escaliers),
- l'inadaptation au risque (ex : chaussure tenant mal le pied),
- dénutrition (entraînant une faiblesse musculaire),
- les médicaments (effets secondaires, interaction médicamenteuse),
- la peur de chuter,
- la consommation d'alcool.

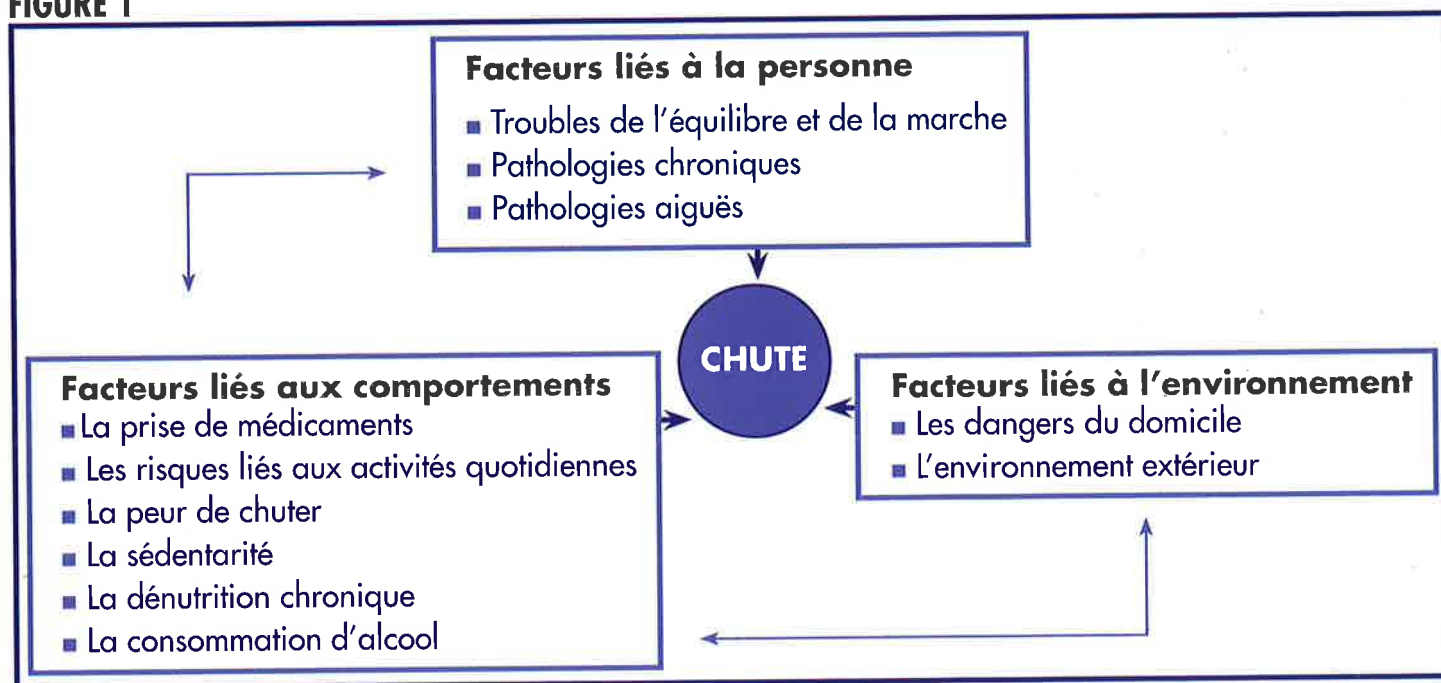
Les facteurs extrinsèques ou environnementaux :

- mauvais éclairage,
- qualité du sol,
- obstacles à l'intérieur mais aussi à l'extérieur de la maison.

A cet événement multifactoriel, il convient de répondre de manière adaptée, efficace et validée par une stratégie multidisciplinaire où l'ensemble des facteurs de risque de chutes sont pris en compte.

La multifactorialité de la chute

FIGURE 1



Source : Référentiel de bonnes pratiques. Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile, p.40 (1)

1.3. Arbre décisionnel pour la prévention des chutes des personnes âgées vivant à domicile

Pour répondre de la manière la plus pertinente possible, il est nécessaire de dépister les personnes âgées à risque de chutes et d'évaluer leur niveau de risque. En fonction du niveau de risque (faible, modéré ou élevé) on proposera les interventions qui répondent le mieux aux besoins de la personne.

L'arbre décisionnel (annexe 1) aide à repérer le niveau de risque de la personne âgée et à identifier l'intervention adéquate vers laquelle l'orienter. C'est le risque modéré qui constitue la condition d'accès à l'atelier. Les activités proposées en ateliers «Equilibres» ne sont nullement à confondre avec les actes réalisés par un kinésithérapeute dans les situations qui nécessitent une rééducation fonctionnelle individuelle de la marche comme prévue dans la liste F, § 14, 5°, B de la nomenclature des prestations de santé (mise en application le 01/03/2007). Il s'agit ici, d'un traitement de situation pathologique.

1.4. Pourquoi implanter des ateliers "Equilibres" ?

Les programmes de prévention des chutes ont fait la preuve de leur efficacité, le nombre de chutes est significativement moins élevé parmi les personnes âgées qui en ont bénéficié que parmi les groupes n'ayant pas participé à ces programmes. Ils permettent de réduire également le nombre d'hospitalisations et limitent la perte d'autonomie fonctionnelle (6) (7) (8).

L'état des connaissances permet de dégager un consensus sur le type d'intervention à mettre en place. Organiser des ateliers « Equilibres » renforce la dynamique de promotion de la santé et la prévention.

2. Description des ateliers «Equilibres»

2.1. Objectifs des ateliers

Les objectifs poursuivis lors des ateliers 'Equilibres' sont les suivants :

- Habilitier les participants à améliorer leur équilibre, leur condition physique.
- Améliorer les connaissances des participants sur les facteurs de risque de chutes liés aux comportements et à l'environnement domiciliaire.
- Faciliter l'adoption et le maintien de comportements préventifs.

2.2. Contenu des ateliers

Pour atteindre ces objectifs, les activités suivantes sont proposées aux participants :

Des exercices en groupe. Ils mettent en jeu les grandes fonctions responsables de l'équilibre « gravitationnel » statique (postural) et dynamique (déplacements). Ils sont issus du programme P.I.E.D. (2) et sont réalisés en progression.

Chacune des séances en groupe comporte des exercices d'échauffement (à orientation vestibulaire), des exercices d'équilibre statique et dynamique, des exercices de renforcement musculaire et osseux, des exercices d'assouplissement (musculaire et articulaire), des exercices de retour au calme et des exercices respiratoires. Ces exercices sont complétés, par des exercices d'adaptation utilisés lorsque les exercices standardisés en groupe du programme P.I.E.D. s'avèrent trop difficiles pour les participants.

Un entraînement à domicile qui complète les exercices en groupe. Certains exercices, appris lors des séances de groupe, seront sélectionnés par l'animateur. Les participants seront invités à les reproduire, individuellement, une fois par semaine à leur domicile. Ce volet d'exercices à domicile vise à favoriser le maintien de la pratique d'activités physiques dans le but de conserver les bénéfices des séances d'ateliers 'Equilibres'.

Des séances d'information et de discussion relatives aux différents facteurs de risque. Ces séances visent à améliorer les connaissances des participants sur les facteurs de risque de chutes. Chaque séance aborde un thème bien précis : le risque de chutes et sa prévention, l'activité et la condition physique et ses effets physiologiques (muscultation, assouplissement, contrôle de l'ostéoporose, etc.), l'alimentation, la prise de médicaments, l'observation des risques dans l'environnement domiciliaire, péri-domiciliaire et externe et les actions d'aménagement efficaces (cuisine, chambre, escaliers, etc.), les chaussures et soins des pieds. Ces thèmes forment neuf séances d'information.

Ces séances suscitent des échanges entre les participants et un partage d'expérience.

2.3. Animation des ateliers

L'animation des ateliers est assurée par des animateurs formés à la pratique et la prévention des chutes. Cette formation est dispensée par Educa-Santé ASBL, dans le cadre du programme quinquennal du ministère de la Communauté française. Au terme de la formation, les participants reçoivent le label « Vivre Actif ». Ce label garantit la qualité et la spécificité de l'intervention des animateurs auprès du public.

Les animateurs d'ateliers sont soit :

- des professeurs d'éducation physique,
- des kinésithérapeutes,
- des ergothérapeutes.

Ils appartiennent, soit à une organisation qui a la capacité et l'intention d'organiser des ateliers « Equilibres » dans le cadre d'activités de proximité à l'attention des personnes âgées de plus de 65 ans vivant à domicile, soit ils acceptent de se mettre à disposition d'une telle organisation.

2.4. Déroulement des ateliers

Le nombre total de séances est de 22. L'atelier se déroule sur 12 semaines consécutives. S'il est impossible d'organiser les séances de façon consécutive, une interruption peut avoir lieu après la 3^{ème} semaine, après la 7^{ème} semaine ou après la 9^{ème} semaine.

- Semaine 1 : 1 séance d'évaluation
- Semaine 2 à 11 : 2 séances par semaine
- Semaine 12 : 1 séance d'évaluation

Un atelier accueille de 8 à 12 participants maximum.

Contenu des séances

1^{ère} séance : Evaluation initiale de chaque participant

Durée : 1h 20 maximum

Déroulement :

- Explication de l'atelier.
- Evaluation de chaque participant (10 min. /participant) à l'aide des tests d'évaluation (annexes 2,3,4).

2^{ème} à 21^{ème} séance : Exercices en groupe et séances d'information

Durée : 1h 20 maximum

Déroulement :

1. Exercices en groupe : exercices d'échauffement : 10 à 15 min.
 - activités d'équilibre : 10 à 15 min.
 - renforcement : 10 à 15 min.
 - assouplissement : 10 à 15 min.
 - exercices respiratoires : 5 min.
2. Séance d'information, 1 fois par semaine ; 30 min. maximum

22^{ème} séance : Evaluation finale de chaque participant

Durée : 1h20 maximum

Déroulement :

- Evaluation de chaque participant à l'aide des tests d'évaluation (annexes 2,3,5).
- Proposition d'activités physiques adaptées. En vue d'inciter chaque participant à poursuivre de l'activité physique, l'animateur propose une ou plusieurs activités physiques adaptées aux besoins des participants.

Tableau récapitulatif des activités sur les 12 semaines

SEMAINE	SEANCE	EX. EN GROUPE	SEANCES d'info	EVALUATION
1	1			X
2	2	X	X	
	3	X		
3	4	X	X	
	5	X		
4	6	X	X	
	7	X		
5	8	X	X	
	9	X		
6	10	X	X	
	11	X		
7	12	X	X	
	13	X		
8	14	X	X	
	14	X		
9	16	X	X	
	17	X		
10	18	X	X	
	19	X		
11	20	X	X	
	21	X		
12	22			X

2.5. Salle et équipement

Équipement des participants

Le participant sera invité à porter une tenue adéquate (training, tenue de gymnastique, etc.). Certains exercices devront être exécutés pieds nus.

La salle

Une salle type salle de gymnastique est la plus adaptée.

Dans tous les cas, un espace suffisant doit permettre de réaliser les exercices en toute sécurité.

Elle doit être correctement chauffée (18 à 20 °C) et bien ventilée.

Elle doit être équipée par personne :

- de chaises et de tabourets stables,
- de tapis de sol non glissants qui puissent être assemblés bord à bord (+ grande surface).

L'animateur aura à disposition un chronomètre, un mètre ruban.

Le matériel nécessaire

- 3 morceaux de mousse haute densité (30 X 40 cm) de 2 épaisseurs différentes (15 et 8 cm),
- 1 tapis-matelas en mousse alvéolé d'une longueur suffisante pour marcher quelques pas,
- 5 balles en mousse, balles types volley, ballons de plage,
- 10 balles de tennis, billes, chiffons,
- 15 disques « pastilles » de couleur, non glissants sur sol (diamètre environ 40 cm),
- 10 sacs remplis de sable, riz, fèves, pois d'environ ½ à 1 kg,

- 10 mètres de rubans adhésifs larges de couleurs différentes à coller au sol,
- 4 theraband (4 niveaux de résistance élastique) : elles seront utilisées par les participants et par l'animateur,
- 4 « bracelets » de musculation de ½ et 1 kg,
- planches type Freeman axiale et rotatoire,
- 3 gros ballons Kleine-Vogelbach de 60-65 cm de diamètre,
- cerceaux en plastique (hula-hop), quilles, etc.

2.6. Suivi des participants

Six mois après la fin de l'atelier, l'animateur reprend contact avec chacun des participants afin de compléter le questionnaire de suivi individuel à 6 mois (annexe 6).

Un an après la fin de l'atelier, il est recommandé aux animateurs de réaliser une séance de contrôle afin d'évaluer à nouveau chaque participant : histoire antérieure de chute, test du *Timed Up & Go*. Si le contrôle est positif, il est toujours possible de proposer une nouvelle participation à un atelier 'Equilibres'.

3. Evaluation du programme

3.1. Objectifs de l'évaluation

L'évaluation est réalisée dans le but de mettre en évidence les éléments positifs et négatifs des ateliers, ceci afin d'en améliorer l'organisation et le fonctionnement. L'évaluation va permettre de mesurer les effets de chaque atelier, son efficacité et d'apprécier l'accès aux ateliers. Elle doit être réalisée, grâce à des questionnaires d'évaluation, pour chaque atelier mis en place.

3.2. Consignes d'utilisation des questionnaires d'évaluation

Les questionnaires d'évaluation doivent :

- être complétés, entièrement, par l'animateur,
- être anonymes,
- être gardés par l'animateur dans un dossier individuel,
- être remis à la fin de chaque atelier à l'équipe d'Educa-Santé afin d'être encodés et analysés.

Il faut veiller à ce que le numéro d'attribution du participant soit le même dans le questionnaire d'évaluation de la 1^{ère} séance, de la dernière séance et de suivi à 6 mois. Les questionnaires étant anonymes, ce numéro est important pour pouvoir comparer les données issues d'une même personne et de réaliser ainsi une analyse statistique. Toutes les données récoltées lors des ateliers 'Equilibres' implantés dans le cadre du projet « Vivre Actif » seront encodées et analysées par l'asbl Educa-Santé. Un rapport final sera remis à l'organisation de l'atelier.

3.3. Evaluation des effets de l'atelier

Evaluation des effets immédiats de l'atelier

Les effets immédiats attendus au niveau de chaque participant sont une progression (par exemple au niveau de l'équilibre et de la force musculaire), entre le début et la fin de l'atelier. Pour évaluer les effets immédiats de l'atelier 'Equilibres', il est nécessaire de disposer des éléments suivants : résultats du test et du questionnaire d'évaluation initiale, résultat du test et questionnaire d'évaluation finale.

La comparaison des résultats 1^{ère} séance / 22^{ème} séance permet d'évaluer l'efficacité de l'atelier en fonction de certains items (équilibre, force musculaire). Le degré de satisfaction des participants aux ateliers sera apprécié par le questionnaire administré lors de la 22^{ème} séance. Il sera utile afin d'améliorer le contenu et l'organisation de ces ateliers. L'évaluation porte sur chaque atelier organisé.

Les outils d'évaluation sont les suivants :

- **Test d'évaluation individuelle initiale (annexes 2 et 3)** : il est réalisé lors de la première séance de l'atelier par l'animateur. Il s'agit de quatre épreuves réalisées rapidement. Elles sont une mesure validée et fiable de l'équilibre et de la force. Leur validité reconnue implique le respect de leur protocole et une inscription fidèle des résultats sur une fiche standardisée. Ces deux conditions sont utiles et nécessaires pour assurer le suivi de la personne et permettre un traitement statistique des données.

- **Questionnaire d'évaluation individuelle initiale (annexe 4)** : il est réalisé et complété par l'animateur lors de la première séance de l'atelier «Equilibres».

- **Test d'évaluation individuelle finale (annexes 2 et 3)** : il est réalisé et complété par l'animateur lors de la 22^{ème} séance. Ce sont les mêmes épreuves que celles du test d'évaluation initiale.

- **Questionnaire d'évaluation individuelle finale (annexe 5)** : il est réalisé et complété par l'animateur lors de la 22^{ème} séance de l'atelier. Il s'intéresse à la satisfaction ressentie par les participants.

Evaluation des effets de l'atelier après six mois

Cette évaluation (annexe 6) permet d'apprécier les effets de l'atelier 'Equilibres' à plus long terme, soit environ 6 mois après la fin des séances. Il sera possible d'identifier les effets apportés par la participation aux ateliers 'Equilibres' dans la vie quotidienne de chaque participant : dans quelle mesure ont-ils mis en pratique les informations sur l'aménagement domiciliaire reçues lors des séances? Dans quelle mesure ont-ils continué de pratiquer les exercices individuels proposés?

Cette évaluation permettra aussi de modifier et d'améliorer les ateliers 'Equilibres' en tenant compte des réponses apportées par les participants.

3.4. Evaluation de l'implantation des ateliers

Cette évaluation (annexe 7) destinée à l'animateur permet d'apprécier la couverture des ateliers 'Equilibres' notamment : le nombre d'ateliers mis en place par lieu géographique (commune), par institution.

Elle sera utile également pour mesurer la participation aux ateliers.

Elle permet aux animateurs de faire part des difficultés rencontrées et de leurs remarques éventuelles

4. Information complémentaire

Pour obtenir toutes informations complémentaires, contactez :

Educa-Santé

1b, avenue Général Michel

6000 Charleroi

Tél. 071 30 14 48

Fax : 071 31 82 11

E-mail : projets@educasante.org

5. Bibliographie

- (1) Référentiel de bonnes pratiques. *Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile*. Edition INPES, Paris, 2005
- (2) Direction de la Santé Publique, Régie Régionale de la santé et des services sociaux de Montréal Centre, *Programme intégré d'équilibre dynamique (P.I.E.D.), guide d'animation*—Edition 2002
- (3) Trickey F., Robitaille Y. et al. *Evaluation du programme (P.I.E.D) pour la prévention des chutes chez les aînés*. Montréal : Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux Montréal Centre, 1999b, 141 p.
- (4) Trickey F., Robitaille Y. et al. *Prévenir les chutes chez les aînés: évaluation du programme P.I.E.D*. Rapport de synthèse, 1999a ; 3 (1) : 1-4
- (5) Ministère de la Santé et des Services sociaux. *La prévention des chutes dans le continuum de services pour les aînés vivant à domicile. Cadre de référence*. Québec, sous la coordination de M.Saint-Laurent, 34 p. novembre 2004
- (6) Tinetti M.E., Baker D, McAvay G., Claus E., Garrett P.G. et al. *A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community*. New England Journal of Medicine, 1994; 331 (13): 821-7
- (7) Campbell A.J., Robertson M.C. et al. *Randomised controlled trial of a general practice programme of home based exercise to prevent falls in elderly women*. British Medical Journal, 1997; 315 (7115): 1065-9
- (8) Gillespie L.D., Gillespie W. J., Robertson M.C. et al. *Interventions for preventing falls in elderly people*. Cochrane Database of Systematic Review, 2003; 4: CD000340 2003