

SEPTEMBRE 2017

# Empêcher les chutes et réduire les blessures associées

Quatrième édition



## **Avis de non-responsabilité**

Ces lignes directrices ne sont pas obligatoires pour les infirmières, les autres fournisseurs de soins de santé ou pour les organismes qui les emploient. Leur utilisation doit être souple afin de s'adapter aux besoins individuels et aux situations locales. Elles ne constituent en rien une responsabilité ni une décharge de la responsabilité. Même si toutes les mesures possibles ont été prises pour assurer l'exactitude du contenu du document au moment de la publication, ni les auteurs ni l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) ne garantissent l'exactitude de l'information contenue dans ces lignes directrices, ni n'acceptent aucune responsabilité quant à la perte, aux dommages, aux blessures ou aux dépenses découlant d'erreurs ou omissions dans le contenu du document.

## **Droits d'auteur**

À l'exception des portions de ce document pour lesquelles une limite ou une interdiction particulière contre la copie est indiquée, le document peut être reproduit et publié entièrement, sans modification, sous toute forme, y compris dans le format électronique, à des fins éducatives et non commerciales. Si une adaptation quelconque du matériel était nécessaire pour n'importe quelle raison, une permission écrite doit être obtenue auprès de l'AIIAO. La citation ou la référence suivante devra apparaître sur toutes les parties du document reproduites :

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2017) *Empêcher les chutes et réduire les blessures associées* (4e éd.).

Toronto (Ontario) : Auteur.

## **Financement**

Cet ouvrage est financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Tous les travaux produits par l'AIIAO sont indépendants de leur source de financement du point de vue de la rédaction.

## **Coordonnées du contact**

**Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario**

158, rue Pearl, Toronto (Ontario) M5H 1L3

Site Web [www.rnao.ca/bpg](http://www.rnao.ca/bpg)



# **Empêcher les chutes et réduire les blessures associées**

Quatrième édition

# Mot de bienvenue de Doris Grinspun,

Directrice générale de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario



C'est avec grand plaisir que l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) vous présente la quatrième édition de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires cliniques *Empêcher les chutes et réduire les blessures associées*. La pratique basée sur des données probantes va de pair avec l'excellence du service que les infirmières s'engagent à vous offrir chaque jour.

Nous remercions infiniment les nombreux intervenants qui nous permettent de concrétiser notre vision des lignes directrices sur les pratiques exemplaires, en commençant avec le gouvernement de l'Ontario qui a reconnu la capacité de l'AIIAO à diriger le programme et a fourni un financement s'étalant sur plusieurs années. Nous tenons à remercier les coprésidents du comité d'experts, Sandra Ireland et Robert Lam, pour leurs compétences inestimables et leur superbe gestion de cette ligne directrice. Nous souhaitons aussi

remercier Valerie Grdisa, Ph. D., directrice, Centre des Affaires internationales et des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO, pour sa compétence et son leadership. Nous remercions également les membres de l'AIIAO, Susan McNeill (responsable de l'élaboration de la ligne directrice), Verity White (coordonnatrice du projet d'élaboration de la ligne directrice), Laura Legere (responsable associée à la recherche en soins infirmiers), et les autres membres de l'Équipe du programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO, pour leur travail acharné lors de la réalisation de cette ligne directrice. Un remerciement très spécial aux membres du comité d'experts pour avoir offert très généreusement leur temps et leur expertise afin de produire une ressource clinique rigoureuse et étoffée. Nous n'aurions pu le faire sans vous!

L'application réussie des lignes directrices sur les pratiques exemplaires exige un effort concerté des éducateurs, des cliniciens, des employeurs, des décideurs politiques et des chercheurs. Avec un dévouement continu et sa passion pour l'excellence dans les soins des patients, la communauté infirmière et des soins de santé a consacré ses compétences et d'innombrables heures de bénévolat à l'élaboration et à la révision de chaque ligne directrice sur les pratiques exemplaires. Les employeurs ont répondu avec enthousiasme en nommant des champions des pratiques exemplaires, en mettant en œuvre des lignes directrices, et en évaluant leur impact sur les patients et les organismes. Les gouvernements au pays et à l'étranger se sont joints à ce cheminement. Ensemble, nous bâtissons une culture de pratique fondée sur des données probantes.

Nous vous invitons à faire connaître cette ligne directrice à vos collègues dans d'autres professions ainsi qu'aux conseillers des patients qui sont des partenaires au sein d'organismes, parce que nous avons tant à apprendre les uns des autres. Ensemble, nous devons nous assurer que les membres du public reçoivent les meilleurs soins possibles chaque fois qu'ils entrent en contact avec nous, afin qu'ils soient les vrais gagnants de cet important effort.

A handwritten signature in black ink that reads "Doris Grinspun". The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke at the end.

Doris Grinspun, inf. aut., M. Sc. Inf., Ph. D., LL.D. (hon.), Ordre de l'Ontario  
Directrice générale  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

# Table des matières

Comment utiliser ce document . . . . .	5	CONTEXTE
Objectif et champ d'application . . . . .	6	
Interprétation des données probantes . . . . .	9	
Qualité des données probantes . . . . .	10	
Sommaire des recommandations . . . . .	11	
Équipe du programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AllAO . . . . .	15	
Comité d'experts de l'AllAO . . . . .	16	
Reconnaissance des intervenants . . . . .	18	
Contexte . . . . .	22	
Recommandations relatives à la pratique . . . . .	25	RECOMMANDATIONS
Recommandations relatives à la formation . . . . .	45	
Recommandations relatives à l'établissement et aux règlements . . . . .	48	
Lacunes de la recherche et conséquences futures . . . . .	53	
Stratégies de mise en œuvre . . . . .	55	
Évaluation de la ligne directrice . . . . .	57	
Processus pour la mise à jour et l'examen de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires . . . . .	60	
Références . . . . .	61	RÉFÉRENCES

ANNEXES	Annexe A : Glossaire . . . . .	73
	Annexe B : Concepts qui s'harmonisent avec cette ligne directrice . . . . .	81
	Annexe C : Processus d'élaboration de la ligne directrice . . . . .	83
	Annexe D : Examen systématique et stratégie de recherche . . . . .	84
	Annexe E : Liste de facteurs de risque . . . . .	88
	Annexe F : Résumé des résultats — Approches et outils pour évaluer les risques de chutes . . . . .	92
	Annexe G : Interventions pour la prévention des chutes et la réduction des blessures associées . . . . .	98
	Annexe H : Interventions associées à l'exercice physique et à un programme d'entraînement . . . . .	104
	Annexe I : Ressources en matière de médicaments . . . . .	108
	Annexe J : Ressources d'évaluation après une chute et exemple . . . . .	109
	Annexe K : Composants et exemple des précautions universelles pour éviter les chutes . . . . .	113
	Annexe L : Ressources . . . . .	116

APPUI	Appuis . . . . .	121
-------	------------------	-----

REMARQUES	Remarques . . . . .	127
-----------	---------------------	-----

# Comment utiliser ce document

La présente ligne directrice sur les pratiques exemplaires (LDPE)<sup>G\*</sup> en soins infirmiers est un document exhaustif qui offre des ressources pour la pratique des soins infirmiers fondée sur des données probantes<sup>G</sup>. Son but n'est pas de servir de manuel ou de mode d'emploi, mais bien d'outil pour orienter les pratiques exemplaires et améliorer la prise de décisions par les infirmières<sup>G</sup> ainsi que par d'autres fournisseurs de soins de santé<sup>G</sup> qui travaillent auprès d'adultes (18 ans et plus) qui sont à risque d'une chute<sup>G</sup> et d'une blessure<sup>G</sup> associée. La ligne directrice doit être révisée et mise en application en fonction des besoins des organismes et des milieux de pratique, ainsi que des besoins et préférences des personnes et de leur famille<sup>G</sup>, qui font appel au système de santé et à ses services. En outre, la ligne directrice offre un aperçu des structures et des soutiens appropriés permettant de fournir les meilleurs soins possible fondés sur des données probantes.

Les infirmières, d'autres fournisseurs de soins de santé, et des administrateurs qui dirigent et facilitent les changements apportés aux pratiques, trouveront cette ligne directrice indispensable pour ses politiques d'élaboration, ses procédures, ses protocoles, ses programmes éducatifs et ses évaluations, ses interventions et ses outils de documentation, ainsi que pour son respect de la législation, des programmes obligatoires et des règlements dans les milieux de pratique. Un examen des recommandations, et des données probantes qui les soutiennent, pourrait être profitable aux infirmières et aux autres fournisseurs de soins de santé spécialisés dans les soins directs. Nous recommandons particulièrement que les milieux de pratique adaptent cette ligne directrice en ayant recours à un format convivial pour une utilisation quotidienne.

Si votre organisme adopte cette ligne directrice, nous vous conseillons de suivre l'approche suivante :

1. Évaluez vos politiques, procédures, protocoles et programmes éducatifs de réduction des blessures/prévention des chutes existants en relation avec les recommandations de cette ligne directrice.
2. Repérez les lacunes ou les besoins existants dans vos politiques, procédures, protocoles et programmes éducatifs de prévention des chutes et de réduction des blessures associées.
3. Notez les recommandations qui sont applicables à votre milieu et peuvent être utilisées pour répondre aux besoins et combler les lacunes dans votre organisme.
4. Élaborez un plan pour mettre en œuvre les recommandations qui soutiennent les pratiques exemplaires et pour évaluer les résultats.
5. Considérez la mise en trousse<sup>G</sup> des recommandations basées sur l'évidence pour atteindre de meilleurs résultats. Ces troupes peuvent être créées à partir d'une seule ligne directrice ou de plusieurs pour atteindre les objectifs stratégiques et les résultats désirés de l'organisation en soins de santé.

Ressources de mise en œuvre, y compris la *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires* (2012), qui est disponible à [RNAO.ca](http://RNAO.ca).

Pour plus d'informations, voir **Stratégies de mise en œuvre**.

Toutes les LDPE de l'AIIAO sont disponibles pour téléchargement sur le site Web de l'AIIAO à [RNAO.ca/bpg](http://RNAO.ca/bpg).

Pour trouver une ligne directrice particulière, cherchez par mot clé ou par thème.

Nous aimerions savoir comment vous avez mis en œuvre cette ligne directrice. Partagez votre histoire avec nous au [RNAO.ca/contact](http://RNAO.ca/contact).

\* Tout au long du présent document, les termes suivis de la lettre « G » en exposant (<sup>G</sup>) sont définis dans le Glossaire ([Annexe A](#)).

## Objectif et champ d'application

Les lignes directrices des meilleures pratiques sont des documents basés sur l'évidence et développés systématiquement qui comprennent les recommandations pour les infirmiers et l'équipe interprofessionnelle<sup>G</sup>, les éducateurs, les dirigeants et les preneurs de décisions, et les personnes et leurs familles sur des sujets spécifiques de clinique et d'environnement de travail sain. Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires encouragent l'uniformité et l'excellence des soins cliniques ainsi que les politiques et l'éducation en matière de santé, menant ultimement à des résultats en santé optimaux pour les gens, les communautés et le système de santé.

Cette LDPE remplace la LDPE de l'AIIAO (2011) *Prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée*, qui a été publiée à l'origine en 2002, puis révisée en 2005 et en 2011.

La portée de l'édition précédente de cette Ligne directrice a mis l'accent sur les personnes âgées dans des établissements hospitaliers et de soins de longue durée<sup>G</sup>. Depuis la publication du supplément 2011, l'AIIAO a reçu les commentaires des intervenants<sup>G</sup> qui mettaient en place la Ligne directrice avec des adultes de tout âge et parmi divers environnements de soins de santé. En réponse aux besoins de la portée élargie, cette édition est axée sur la prévention des chutes et des blessures associées chez tous les adultes (> 18 ans) qui risquent de tomber et reçoivent des soins de la part d'infirmières et d'autres fournisseurs de soins de santé dans le continuum de soins, y compris ceux qui vivent dans la communauté.

En raison de la portée élargie de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires, la recherche documentaire a permis d'obtenir un très grand volume d'études primaires. L'Équipe du programme de la ligne directrice des meilleures pratiques de l'AIIAO a décidé de limiter l'évidence incluse aux examens (p. ex., examens systématiques<sup>G</sup>, examens intégratifs, examens critiques) et à d'autres lignes directrices cliniques.

En avril 2016, l'AIIAO a réuni un comité d'experts dans le but d'examiner le but et la portée de la ligne directrice, de déterminer les critères d'inclusion et d'exclusion, et de confirmer les questions de recherche pour l'étude documentaire systématique. Le comité d'experts de l'AIIAO était de nature interdisciplinaire et comprenait des personnes avec des connaissances et de l'expérience en pratique clinique, éducation, recherche, politique et expérience vécue parmi un vaste éventail d'organismes en santé, de domaines de pratique et de secteurs. Ces experts ont mis en commun leurs idées sur les adultes à risque de chutes et de blessures associées dans le continuum de soins de santé.

La présente ligne directrice vise à offrir un aperçu des approches fondées sur des données probantes de prévention des chutes et de réduction des blessures associées chez les adultes. Les principes et les postulats directeurs présentés ci-dessous s'harmonisent avec cet objectif et éclairent les recommandations.

### Principes directeurs

- Bon nombre de chutes sont prévisibles et évitables.
- Certaines chutes ne peuvent être évitées. Dans ces cas, on doit s'efforcer proactivement de réduire la fréquence des chutes et de prévenir les blessures associées.
- La prévention des chutes est une responsabilité commune dans le secteur des soins de santé.
- Les soins axés sur les besoins de la personne et de la famille<sup>G</sup> sont essentiels pour prendre soin des personnes à risque de chutes et des blessures associées.
- Il faut tenir compte des risques et des avantages pour la personne concernée lors de la mise en œuvre des interventions pour prévenir les chutes et minimiser les blessures.
- Les adultes compétents ont le droit de prendre des risques (c.-à-d., prendre des décisions ou agir d'une façon qui augmente leur risque de chutes).

## Postulats

Les postulats suivants doivent être pris en considération lors de l'examen et de la mise en œuvre des recommandations dans la présente ligne directrice :

- Les fournisseurs de soins de santé pratiquent dans leur domaine et reconnaissent les limites de leurs connaissances et de leurs compétences.
- Les fournisseurs de soins de santé respectent la législation locale, les normes de pratique professionnelle ainsi que les principes d'éthique, là où ils sont établis.
- Les fournisseurs de soins de santé valorisent la famille et encouragent sa participation, reconnaissant toutefois que certaines personnes n'ont pas de famille, que d'autres pourraient ne pas souhaiter cette participation ou en avoir besoin, et que les membres de la famille ne sont pas toujours prêts ou capables d'aider.
- Des décideurs substituts (DS)<sup>G</sup> sont impliqués dans les soins lorsque cela est approprié.

## Public cible

Les recommandations sont présentées aux trois niveaux suivants :

- Les recommandations relatives à la pratique<sup>G</sup> sont destinées en premier lieu aux infirmières qui fournissent directement des soins cliniques aux adultes à risque de chutes d'un bout à l'autre du continuum des soins, y compris (mais sans s'y limiter) : les soins primaires, les soins à domicile<sup>G</sup>, les soins hospitaliers et les établissements de soins de longue durée. Le public secondaire des recommandations en matière de pratique comprend d'autres membres de l'équipe interprofessionnelle, qui collaborent avec les infirmières pour offrir des soins complets. Toutes les recommandations sont applicables au champ d'activité des infirmières et infirmiers autorisés et des infirmières et infirmiers praticiens (catégories générales et élargies). Cependant, bon nombre de ces recommandations sont aussi applicables à d'autres fournisseurs de soins de santé.
- Les recommandations relatives à la formation<sup>G</sup> sont destinées aux individus et organisations responsables de la formation des fournisseurs de soins de santé, comme les éducateurs, les équipes d'amélioration de la qualité, les directeurs, les administrateurs, les institutions académiques et les organisations professionnelles.
- Les recommandations relatives à l'établissement et aux règlements<sup>G</sup> sont destinées aux directeurs, administrateurs et décideurs responsables de l'élaboration de règlements ou de l'obtention du soutien dont un organisme de santé a besoin pour mettre en œuvre les pratiques exemplaires.

Pour une efficacité optimale, les recommandations dans ces trois domaines devraient être mises en œuvre ensemble.

## Application de cette ligne directrice

Les données probantes examinées pour cette Ligne directrice a inclus des études menées dans trois principaux établissements de soins de santé<sup>G</sup> : communautaire (p. ex, premiers soins, soins à domicile), hospitalier et soins à long terme. Lorsque c'est possible, les travaux de recherche cités dans les discussions sur les données probantes sont décrits en s'appuyant sur les trois milieux principaux. L'AIIAO reconnaît la possibilité que les trois milieux ne saisissent pas tous les organismes de soins de santé. En raison de contraintes en matière de ressources dans les localités rurales et éloignées, l'application de ces recommandations pourrait ne pas être réalisée complètement. Les organismes et les fournisseurs de soins de santé sont encouragés à examiner les recommandations avec un œil critique, et à en déterminer l'applicabilité dans leur milieu de pratique et leur communauté. Par exemple, ces recommandations peuvent s'appliquer à d'autres milieux tels que la santé publique, les services et les soutiens en santé mentale, les cliniques ambulatoires et d'autres organismes.

L'examen méthodique a démontré que la majorité des données probantes étaient axées sur les personnes âgées (65 ans et plus). Certaines exceptions ont inclus des adultes plus jeunes à risque en raison de problèmes de santé (p. ex., l'hémophilie) ou de maladies chroniques (p. ex., des problèmes neuromusculaires). Dans les lignes directrices sur les pratiques exemplaires, on utilise les termes généraux « personnes/gens » ou « adultes » au lieu de préciser les interventions qui s'appliquent aux adultes « plus âgés » ou « plus jeunes ». Cependant, l'AIIAO suggère que les fournisseurs de soins de santé examinent avec un œil critique les recommandations et en déterminent l'applicabilité aux jeunes adultes à risque de chutes. Plus de recherche est nécessaire pour explorer les meilleures pratiques dans la prévention des chutes/réduction des blessures dans certains établissements et pour les adultes âgés de moins de 65 ans (voir **Lacunes de la recherche et conséquences futures** pour plus d'informations).

## Concepts alignés sur cette ligne directrice

Les concepts suivants pourraient éclairer davantage la mise en œuvre de cette ligne directrice par les fournisseurs de soins de santé. Se reporter à l'[Annexe B](#) pour des ressources supplémentaires sur ces sujets :

- méthodes de rechange à l'utilisation des moyens de contention<sup>G</sup>
- transitions des soins<sup>G</sup>
- sensibilité culturelle<sup>G</sup>
- science de la mise en œuvre<sup>G</sup>
- collaboration intraprofessionnelle<sup>G</sup>
- collaboration interprofessionnelle
- entretiens de motivation<sup>G</sup>
- soins axés sur les besoins de la personne et de la famille
- autogestion
- déterminants sociaux de la santé<sup>G</sup>

## Thèmes hors du champ visé par cette ligne directrice

Les thèmes suivants ne sont pas couverts dans la présente ligne directrice :

- stratégies de prévention des chutes au niveau de la population,
- chutes associées au milieu de travail ou à l'industrie,
- chutes intentionnelles,
- chutes associées à une activité sportive,
- chutes chez les enfants (< 18 ans),
- création d'environnement ou de concepts d'environnement qui ne font pas partie des milieux précisés pour cette ligne directrice (p. ex., conception de bordure de trottoir ou de trottoir dans les communautés).

Pour en savoir plus sur le processus d'élaboration de la présente ligne directrice, sur l'examen systématique et sur la stratégie de recherche, consultez les [Annexes C](#) et [D](#).

# Interprétation des données probantes

Des niveaux de données probantes sont attribués à des conceptions d'étude afin de classer la mesure dans laquelle la conception est capable d'éliminer d'autres explications du phénomène étudié. Plus élevé est le niveau de preuve, plus grande est la probabilité qu'un nombre inférieur de sources potentielles de parti pris aient influencé les résultats de la recherche. Cependant, les niveaux de preuve ne reflètent pas la qualité des études ou des examens individuels.

Dans certains cas, on a attribué aux recommandations dans cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires plus d'un niveau de preuve. Cela reflète les divers plans d'étude qui soutiennent la recommandation. Pour des raisons de transparence, les niveaux de preuve individuels pour chaque composante de l'énoncé de recommandation sont indiqués.

**Tableau 1 : Niveaux de preuve**

NIVEAU	SOURCES DES DONNÉES PROBANTES
Ia	Données probantes obtenues à partir de méta-analyses <sup>G</sup> ou d'examens méthodiques d'essais cliniques randomisés <sup>G</sup> , et/ou de la synthèse de plusieurs études, surtout quantitatives.
Ib	Données probantes obtenues à partir d'au moins un essai clinique randomisé.
IIa	Données probantes obtenues à partir d'au moins une étude contrôlée <sup>G</sup> bien conçue, sans répartition aléatoire.
IIb	Données probantes obtenues à partir d'au moins un autre type d'étude quasi expérimentale <sup>G</sup> bien conçue, sans répartition aléatoire.
III	Synthèse de plusieurs études surtout de recherche <sup>G</sup> qualitative.
IV	Données probantes obtenues à partir d'études d'observation non expérimentales, bien conçues, telles que des études analytiques <sup>G</sup> , des études descriptives <sup>G</sup> , et/ou des études qualitatives.
V	Données probantes provenant de rapports ou d'opinions d'un comité d'experts, ou encore données probantes s'appuyant sur l'expérience clinique d'autorités reconnues.

Adapté du Scottish Intercollegiate Guidelines Network (Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN], 2011) et de Pati (2011).

Pour de plus amples renseignements sur le processus d'examen systématique et sur l'évaluation de la qualité des études, consulter l'**Annexe D**.

## Qualité des données probantes

En plus des niveaux de preuve, la qualité de chacun des examens dans la discussion sur les données probantes a été évaluée et classée dans la catégorie « élevée », « moyenne » ou « faible » d'après l'instrument AMSTAR pour les examens. Le niveau de la qualité est calculé en convertissant le score dans l'outil AMSTAR en pourcentage. Lorsque d'autres lignes directrices ont éclairé la recommandation et la discussion sur les données probantes, l'instrument AGREE II a été utilisé pour déterminer le niveau de la qualité. Les **tableaux 2** et **3** soulignent les pointages de qualité requis pour atteindre une évaluation de qualité forte, modérée ou faible.

**Tableau 2 : Niveau de qualité pour les examens utilisant l'outil AMSTAR\***

POINTAGE DE QUALITÉ SUR L'AMSTAR	ÉVALUATION DE LA QUALITÉ GLOBALE
Supérieur ou égal à un score converti de 82,4 %	Élevé
Un score converti allant de 62,5 à 82,4 %	Moyen
Inférieur ou égal à un score converti de 62,4 %	Faible

\* Il est important de reconnaître que la qualité générale de l'examen méthodique peut être faible, mais que les études primaires incluses dans l'examen pourraient avoir un niveau de qualité plus élevé si elles sont évaluées individuellement. Pour s'informer sur le niveau de qualité des études primaires, les fournisseurs de soins de santé doivent consulter l'examen méthodique cité. Pour de plus amples renseignements sur le processus d'examen systématique et sur l'évaluation de la qualité des études, consulter l'**Annexe D**.

**Tableau 3 : Niveau de qualité pour les lignes directrices qui utilisent l'outil AGREE II**

POINTAGE DE QUALITÉ SUR L'AGREE II	ÉVALUATION DE LA QUALITÉ GLOBALE
Un score de 6 ou 7 pour la qualité générale de la ligne directrice	Élevé
Un score de 5 pour la qualité générale de la ligne directrice	Moyen
Un score inférieur à 4 pour la qualité générale de la ligne directrice	Faible (non utilisé pour soutenir les recommandations)

# Sommaire des recommandations

Cette Ligne directrice remplace la LDPE de l'AIIAO *Prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée* (2002, 2005) et son supplément (2011).

- +** La recommandation et les données probantes à l'appui ont été mises à jour suivant l'examen systématique.  
**NOUVELLE** Une nouvelle recommandation a été élaborée suivant l'examen systématique.

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA PRATIQUE	NIVEAU DE LA PREUVE	ÉTAT
<b>1.0 Question de recherche n° 1 :</b> Quelles sont les façons les plus efficaces de repérer les adultes à risque d'une chute ou de blessures associées?		
<p><b>Recommandation 1.1 :</b></p> <p>Soumettre tous les adultes à un dépistage pour repérer ceux à risque de chutes. Procéder au dépistage dans le cadre du processus d'admission, après un changement significatif dans l'état de santé, ou au moins sur une base annuelle. Le dépistage doit inclure les approches suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ repérer des antécédents de chutes;</li> <li>■ repérer les problèmes de démarche, d'équilibre et/ou de mobilité;</li> <li>■ avoir recours à un jugement clinique.</li> </ul>	la et V	<b>NOUVEAU</b>
<p><b>Recommandation 1.2a :</b></p> <p>Pour les adultes à risque de chutes, effectuer une évaluation complète pour déterminer les facteurs qui contribuent au risque, ainsi que les interventions appropriées. Utiliser une approche et/ou un outil validés qui conviennent à la personne et au milieu de soins de santé.</p> <p><b>Recommandation 1.2b :</b></p> <p>Diriger les adultes victimes de chutes répétées, qui ont des facteurs de risque multiples ou des besoins complexes, vers un ou des cliniciens ou l'équipe interprofessionnelle afin qu'ils procèdent à d'autres examens et déterminent les interventions appropriées.</p>	III	<b>+</b>
	V	<b>NOUVEAU</b>

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA PRATIQUE	NIVEAU DE LA PREUVE	ÉTAT
<p><b>2.0 Question de recherche n° 2 :</b>            Quelles interventions sont efficaces dans la prévention des chutes et la réduction du risque de chutes ou des blessures associées parmi les adultes à risque?</p>		
<p><b>Recommandation 2.1 :</b></p> <p>Mobiliser les adultes à risque de chutes et de blessures associées en utilisant les mesures qui suivent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ explorer leurs connaissances sur le risque et leurs perceptions à cet égard, ainsi que leur niveau de motivation pour réduire le risque;</li> <li>■ faire preuve de sensibilité en abordant le sujet du risque et communiquer un message positif;</li> <li>■ examiner les options en matière d'interventions et soutenir l'autogestion;</li> <li>■ élaborer un plan de soins personnalisé en collaboration avec la personne;</li> <li>■ mobiliser la famille (le cas échéant) et encourager le soutien social en faveur des interventions;</li> <li>■ évaluer le plan de soins avec la personne (et sa famille) et le modifier au besoin.</li> </ul>	Ia, III et V	NOUVEAU
<p><b>Recommandation 2.2 :</b></p> <p>Offrir de la formation à la personne à risque de chutes et de blessures associées, ainsi qu'à sa famille (le cas échéant) en concomitance avec d'autres interventions pour prévenir les chutes. Cette démarche inclut des renseignements sur les risques de chutes, la prévention des chutes et les interventions associées.</p> <p>S'assurer que l'information est fournie dans une variété de formats et dans le langage approprié.</p>	Ia et V	+
<p><b>Recommandation 2.3 :</b></p> <p>Communiquer le risque de chutes pour la personne et le plan de soins ou d'interventions pertinent au prochain fournisseur de soins de santé responsable et/ou à l'équipe interprofessionnelle à tous les points de transitions des soins afin de s'assurer de la continuité des soins et de prévenir les chutes et les blessures associées.</p>	V	NOUVEAU
<p><b>Recommandation 2.4 :</b></p> <p>Mettre en œuvre une combinaison d'interventions adaptées à la personne et au milieu de soins de santé afin de prévenir les chutes ou les blessures associées.</p>	Ia	+
<p><b>Recommandation 2.5 :</b></p> <p>Recommander des interventions associées à l'exercice physique et à un programme d'entraînement pour les adultes à risque de chutes afin d'améliorer leur force musculaire et leur équilibre. Encourager l'adoption d'une activité ou d'un programme personnalisés à plusieurs composants, qui conviennent aux capacités et au fonctionnement actuels de la personne</p>	Ia	+

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA PRATIQUE	NIVEAU DE LA PREUVE	ÉTAT
<p><b>Recommandation 2.6 :</b></p> <p>Collaborer avec les prescripteurs et la personne à risque de chutes pour réduire, arrêter graduellement ou abandonner le traitement pharmacologique lorsque les problèmes de santé ou un changement dans l'état de la personne le permettent. Cette démarche inclut les mesures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ déterminer la polypharmacie et les médicaments qui augmentent le risque de chutes;</li> <li>■ faire une revue des médicaments ou diriger vers un fournisseur de soins de santé approprié et/ou le prescripteur;</li> <li>■ surveiller la personne afin de déterminer les effets secondaires de médicaments reconnus comme substances qui contribuent au risque de chutes.</li> </ul>	Ia et V	+
<p><b>Recommandation 2.7 :</b></p> <p>Référer les adultes à risque de chuter ou de blessures associées au fournisseur de soins de santé approprié pour des conseils sur l'apport complémentaire de vitamine D.</p>	V	NOUVEAU
<p><b>Recommandation 2.8 :</b></p> <p>Encourager les interventions concernant le régime alimentaire et d'autres stratégies afin d'optimiser la santé des adultes à risque de chutes ou de blessures associées, particulièrement ceux à risque de fracture. Diriger vers un fournisseur de soins de santé approprié pour des conseils et des interventions individualisées.</p>	V	+
<p><b>Recommandation 2.9 :</b></p> <p>Envisager l'utilisation de protecteurs de hanche comme intervention pour réduire le risque de fracture de la hanche chez les adultes à risque de chutes et de fracture dans cette région du corps. Examiner avec la personne concernée les données probantes, les avantages potentiels, les dommages et les obstacles relativement à l'utilisation de protecteurs afin de soutenir les décisions individuelles.</p>	Ia	+
<p><b>3.0 Question de recherche n° 3 :</b> Quelles interventions ou quels processus doivent avoir lieu immédiatement après une chute?</p>		
<p><b>Recommandation 3.1</b></p> <p>Après la chute d'une personne, effectuer les interventions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ faire un examen physique pour évaluer les blessures et déterminer la gravité de toute blessure associée à la chute;</li> <li>■ offrir le traitement et les soins appropriés;</li> <li>■ surveiller la victime afin de repérer toute blessure qui n'est peut-être pas visible immédiatement;</li> <li>■ effectuer une évaluation après la chute pour déterminer les facteurs qui ont contribué à l'accident;</li> <li>■ collaborer avec la personne et l'équipe interprofessionnelle pour réaliser d'autres évaluations et déterminer les interventions appropriées;</li> <li>■ diriger la personne vers le ou les fournisseurs de soins de santé appropriés à des fins de réadaptation physique et/ou de soutien du bien-être psychologique (au besoin).</li> </ul>	III et V	+

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA FORMATION	NIVEAU DE LA PREUVE	ÉTAT
<b>4.0 Question de recherche n° 4 :</b> Quel contenu et quelles stratégies éducatives sont nécessaires pour former efficacement les infirmières et d'autres fournisseurs de soins de santé afin de prévenir les chutes et les blessures associées?		
<b>Recommandation 4.1 :</b> Les institutions éducationnelles ont intégré les contenus sur la prévention des chutes et la réduction des blessures dans les programmes d'éducation et de formation aux soins de santé.	V	+
<b>Recommandation 4.2 :</b> Les organismes de soins de santé offrent à tous les membres du personnel de la formation à l'échelle de l'organisme ainsi que d'autres activités éducatives pour aider à prévenir les chutes et à réduire les blessures chez les personnes soignées.	la	+
RECOMMANDATIONS RELATIVES À L'ÉTABLISSEMENT ET AUX RÈGLEMENTS	NIVEAU DE LA PREUVE	ÉTAT
<b>5.0 Question de recherche n° 5 :</b> Quelles sont les politiques organisationnelles et les mesures de soutien au niveau du système requises pour permettre de prévenir les chutes et les blessures causées par les chutes chez les adultes exposés au risque?		
<b>Recommandation 5.1 :</b> Afin de s'assurer d'avoir un environnement sécuritaire : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ mettre en œuvre les précautions universelles contre les chutes,</li> <li>■ repérer et modifier l'équipement et d'autres facteurs dans l'environnement physique ou organisationnel, qui contribuent au risque de chutes et de blessures associées.</li> </ul>	la	+
<b>Recommandation 5.2 :</b> En collaboration avec les équipes, les responsables organisationnels appliquent les stratégies scientifiques de mise en œuvre afin de permettre l'application et la durabilité des initiatives pour la prévention des chutes et la réduction des blessures associées. Cette démarche inclut la détermination des obstacles et l'établissement des soutiens et des structures au sein de l'organisme.	la	NOUVEAU
<b>Recommandation 5.3 :</b> Effectuer des rondes comme stratégie pour répondre proactivement aux besoins de la personne et prévenir les chutes.	la	NOUVEAU

# Équipe du programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO)

## Susan McNeill, IA, M. en santé publique

Responsable de l'élaboration de la ligne directrice  
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ontario)

## Laura Legere, IA, B.Inf., M.Sc.Inf.

Associée à la recherche en soins infirmiers principale  
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ontario)

## Verity White, B.sc.

Coordonnatrice du projet d'élaboration de la ligne directrice  
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ontario)

## Julie Blain-McLeod, IA, B.Sc.Inf., M.A.

Ancienne associée à la recherche en soins infirmiers  
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ontario)

## Lucia Costantini IA, Ph. D., CNeph(C)

Gestionnaire de portefeuille, élaboration de lignes directrices, Recherche et évaluation  
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ontario)

## Valerie Grdisa, IA, M.Sc., Ph. D.

Directrice, Affaires internationales et centre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ontario)

## Michelle Rey, M.Sc., Ph. D.

Ancienne directrice associée, Élaboration des lignes directrices  
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ontario)

## Gurjit Toor, IA, M. en santé publique

Gestionnaire de l'évaluation  
Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ontario)

# Comité d'experts des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO)

**Sandra Ireland, IA, Ph. D.**

Coprésidente du comité d'experts

Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton  
Hamilton (Ont.)

**Robert Lam, M. D.**

Coprésidente du comité d'experts

Professeur agrégé, médecine familiale  
Université de Toronto, Hôpital Toronto Western/Institut de réadaptation de Toronto, Réseau universitaire de santé  
Toronto (Ont.)

**Karen Bertrand, IA**

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
- Vice-présidente, Région 5

Infirmière soignante

Maison Sun Parlor

Leamington (Ont.)

**John Caplette**

Représentant des aînés pour les aînés  
Burlington (Ont.)

**Wendy Carew, M. Sc.**

Coordonnatrice régionale en réduction et prévention des chutes

Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est  
North Bay (Ont.)

**Cathy Dykeman, IA, M. en santé publique**

Infirmière en santé publique

Service de santé de la région de Halton  
Oakville (Ont.)

**Fabio Feldman, Ph. D.**

Gestionnaire, Sécurité du patient et prévention des blessures  
Fraser Health  
Surrey (C.-B.)

**Rosalie Freund-Heritage, M. Sc. Erg.**

Ergothérapeute

Portail de Santé personnelle

Alberta Health Services

Edmonton (Alb.)

**Sharon MacKinnon**

Représentante du conseil de famille de l'Ontario  
Thessalon (Ont.)

**Bambo Oluwadimu, IA, M.S.**

Représentante du directeur AdvantAge Ontario,  
Soins à résidence

Ville de Toronto, Services et maisons de soins de longue durée  
Toronto (Ont.)

**Tanya Schumacher, IA**

Représentante de l'Association des soins de longue durée de l'Ontario

Conseillère en soins infirmiers de longue durée

Extendicare Canada Inc.

Kirkland Lake (Ont.)

**Katharina Sidhu, M.Sc., B. Sc. PT**

Directrice—Qualité, sécurité du client et expérience-clientèle  
VHA Home HealthCare

Toronto (Ont.)

**Leighanne Swance**

B. Sc. Inf. (étudiante) (4e année)

Conestoga College/Université McMaster

Hamilton (Ont.)

**Marguerite Thomas, IA, B.Sc.Inf.**

Aidante naturelle

Membre de la Coalition des soignants de l'Ontario (OCC)  
Brussels (Ont.)

# Comité d'experts des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO)

**Sandra Tully**, inf. aut. EC, B.Sc. Inf., MAEd, IP :

Adultes

Infirmière praticienne

UHN : Hôpital Toronto Western

Toronto (Ont.)

**Dania Versailles**, IA, M. Sc. Inf., CPMHN(C)

Infirmière clinicienne spécialisée, prévention des chutes

Direction

Hôpital Montfort

Ottawa (Ont.)

**Holly Wood**, Inf. aux. aut.

Coordonnatrice RAI

Chartwell Elmira LTC

Fergus (Ont.)

**Aleksandra Zecevic**, Ph. D.

Professeure agrégée

Université Western, École des études sur la santé

London (Ont.)

Des déclarations d'intérêts opposés qui pourraient être interprétées comme constituant un conflit réel, potentiel ou apparent ont été faites par tous les membres du comité d'experts, et ces derniers ont été invités à mettre à jour leurs divulgations régulièrement pendant toute la durée du processus d'élaboration de la ligne directrice. On a demandé des renseignements sur les intérêts financiers, intellectuels, personnels et autres, et ceux-ci ont été documentés aux fins de consultation ultérieure. Aucun conflit à effet limitant n'a été relevé. Les détails concernant les divulgations sont disponibles sur [RNAO.ca/bpg/guidelines/prevention-falls-and-fall-injuries](https://rnao.ca/bpg/guidelines/prevention-falls-and-fall-injuries).



## Reconnaissance des intervenants

En tant que composante du processus d'élaboration de la ligne directrice, l'AIIAO s'engage à obtenir des commentaires d'infirmières et d'autres professionnels de la santé provenant d'un large éventail d'organismes, de domaines de pratique et de secteurs; d'administrateurs compétents et de bailleurs de fonds de services de soins de santé; et d'associations d'intervenants. Nous avons sollicité les commentaires d'intervenants représentant divers points de vue\*. L'AIIAO tient à remercier les personnes suivantes pour leur contribution à la révision de la présente ligne directrice :

### Ana Isabel Alcañiz-Mesas, IA

Infirmière spécialisée en oncologie et hématologie  
Gestion des soins de santé intégrés d'Albacete  
Albacete (Espagne)

### Allan Aligato, IA, B.Sc.Inf.

Infirmière soignante  
Réseau universitaire de santé  
Toronto (Ont.)

### Mark Alm, B.Sc.Inf. (étudiant)

Université de Toronto  
Toronto (Ont.)

### Suzanne Baker, B.A., B.Sc., B.Ed., M.A.

Coordonnatrice de la prévention des chutes et  
des blessures associées  
Nova Scotia Health Authority  
Lunenburg (N.-É.)

### Mary Bergin, IA

Formatrice en gestion de cas  
RLISS de HNHB  
Burlington (Ont.)

### Veronique Boscart, IA, M.Sc.Inf., M.Ed., Ph. D.

IRSC/Titulaire de la Chaire de recherche industrielle Schlegel  
dans les collèges en soins pour les aînés  
Conestoga College  
Kitchener (Ont.)

### Jodie Breadner, B. Sc. PT

Coordonnatrice clinique, Programme de gestion  
des risques de chutes  
Alberta Health Services  
Calgary (Alb.)

### Jennifer Campagnolo, IA, B.Sc.Inf.

Chef de la sécurité  
Association canadienne de soins et services à domicile  
Mississauga (Ont.)

### Mike Cass, IA, M. Sc. Inf./Inf.fam. AACNP

Chef de l'amélioration de la sécurité des patients  
Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP)  
Mississauga (Ont.)

### Teresa Compton, IA, B.Sc.Inf.

Infirmière autorisée, IIWCC (cours international  
interdisciplinaire sur les soins des plaies)  
Centre régional de santé Southlake  
Bradford (Ont.)

### Karen Curry, IA, M.Inf.

Éducatrice en pratique  
Victorian Order of Nurses  
Halifax (N.-É.)

### Jocelyn Denomme, M. Sc. PT

Physiothérapeute  
Centre Sunnybrook des sciences de la santé  
Toronto (Ont.)

### Penney Deratnay, IA, M.Inf., CRN(C)

Infirmière clinicienne spécialisée  
Centre de soins de santé West Park  
Toronto (Ont.)

### Melissa Erdodi, Inf. aux. aut.

Superviseure des services de soutien à domicile  
Lambton Elderly Outreach  
Wyoming (Ont.)

### Deborah Flores, IA, B.Sc.Inf., ONC(C)

St. Catharines (Ont.)

**Hélène Gagné, M.A.**

Directrice de programme, Prévention  
Fondation ontarienne de neurotraumatologie  
Toronto (Ont.)

**Ioana Gheorghiu, IA, B.Sc., B.Sc.Inf.**

Infirmière autorisée  
William Osler Health System  
Mississauga (Ont.)

**Carly Gilchrist, Inf. aux. aut., B. Sc. Inf.**

St. Joseph's Healthcare Hamilton  
Hamilton (Ont.)

**Susan Goldsmith Davis, IA, Inf.Gén.**

Gestion des urgences gériatriques  
Hôpital Victoria de Renfrew  
Renfrew (Ont.)

**Kathy-Lynn Greig, Inf. aux. aut.**

Infirmière soignante  
Centre de soins de santé West Park  
Toronto (Ont.)

**Liane Heebner, IA**

Clinicienne en pratiques exemplaires  
Pioneer Ridge  
Thunder Bay (Ont.)

**Sandra Holmes, IA, GNC(C)**

Infirmière responsable  
Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton  
Caledonia (Ont.)

**Janet Hunt, IA, M.Sc.Inf.**

Infirmière clinicienne spécialisée  
au nom de l'Institut Parkwood, St Joseph's Health Care,  
London, Fall Prevention Committee de l'Institut Parkwood,  
St Joseph's Health Care, London  
London (Ont.)

**Mark Ilgner, IA**

Infirmier autorisé  
Bayshore Home Health  
Mississauga (Ont.)

**Zuher « Zeau » Ismail, M.B.A., M.Sc., Erg. cert. (Ont), CRM, CHE**

Directeur, Pratique interprofessionnelle, Éthique et recherche  
Niagara Health  
St. Catharines (Ont.)

**Nicholas Joachimides, IA, B.Sc.Inf., IIWCC, CRN(c), MCISc, M.Sc.**

Gestionnaire de la sécurité du patient  
Holland Bloorview  
Toronto (Ont.)

**Ann Jones, IA, M. Sc. Inf., CNeph(C)**

Infirmière praticienne, adulte, hémodialyse  
Hôpital St. Michael  
Toronto (Ont.)

**Mandy Judah, IA**

Directrice des soins en établissement  
Fiddicks Nursing Home Ltd  
Petrolia (Ont.)

**Daphne Kemp, tr. soc. aut., B.S.Soc.**

Coordonnatrice régionale en réduction des chutes et  
prévention des blessures  
Saskatoon Health Region  
Saskatoon (Sask.)

**Natasha Kuran, B.Sc., M.A.**

Conseillère principale/Promotion de la santé chez les aînés  
Agence de la santé publique du Canada  
Ottawa (Ont.)

**Colleen Lackey, IA**

Gestionnaire en pratique clinique  
Réseau de télémédecine de l'Ontario (OTN)  
Toronto (Ont.)

### Sara Leblond, IA

Infirmière en pratique avancée  
Hôpital Montfort  
Ottawa (Ont.)

### Barbara Liu, M. D., FRCPC

Directrice générale  
Programme régional de soins gériatriques de Toronto  
Toronto (Ont.)

### Laurel McKee, IA, B.Sc.Inf., GNC(C)

Conseillère en qualité  
Alberta Health Services  
Wetaskiwin (Alb.)

### Colleen McNamee, IA, M.Inf.

Gestionnaire de l'enseignement en soins  
infirmiers organisationnels  
Hôpital St. Michael  
Toronto (Ont.)

### Sheila McSheffrey, B.Sc., PT

Superviseure, Pratiques exemplaires en réadaptation  
Champlain solutions en réadaptation  
Ottawa (Ont.)

### Kelly Milne, OT(c)

Directrice  
Programme gériatrique régional de l'Est de l'Ontario,  
L'Hôpital d'Ottawa  
Ottawa (Ont.)

### Betty Oldershaw, IA, B.Sc.Inf., M.Sc.

Responsable, Pratique professionnelle  
Chatham-Kent Health Alliance  
Chatham (Ont.)

### Alexandra Papaioannou, B.Sc.Inf., M. D., M.Sc., FRCP (C), FACP

Géiatre, responsable, Stratégie ontarienne sur l'ostéoporose  
pour les soins de longue durée  
Geriatric Education and Research in Aging Sciences (GERAS)  
Centre, Hôpital St. Peter's, Hamilton  
Hamilton (Ont.)

### Nancy Pearce, IA, Ph. D.

Formatrice clinique  
Hôpital Memorial de Cambridge  
Cambridge (Ont.)

### Emily Powell, M. Sc. Cl., M. Adm. H, Dir. cert. en ss

Promotrice de la santé  
Unité de santé Grey Bruce  
Owen Sound (Ont.)

### Dianne Rossy, IA, B.Inf., M.Sc.Inf., GNC(C)

Gestionnaire de la Stratégie de prévention des  
chutes de Champlain  
Programme gériatrique régional de l'Est de l'Ontario  
Ottawa (Ont.)

### Cheryl Sadowski, B.Sc. (Pharm), Pharm.D., FCSHP

Professeure, Faculté de pharmacie et  
des sciences pharmaceutiques  
Université de l'Alberta  
Edmonton (Alb.)

### Sabeena Santhirakumaran, H.B.Sc., B.Sc.Inf. (candidate)

Toronto (Ont.)

### Amber Schieck, B.Sc., M. en santé publique

Promotrice de la santé  
Unité de santé Grey Bruce  
Owen Sound (Ont.)

### Christina Seely, diét. aut.

Diététiste clinique  
Parkwood Institute Mental Health Care  
London (Ont.)

### Dawn A. Skelton, Ph. D., M. D. h.c. Hon, FCSP, FRCP Edin

Professeure dans le domaine du vieillissement et de la santé  
Université calédonienne de Glasgow  
Glasgow (R.-U.)

**Asenath Steiman, M.D.**

Gériatre  
Réseau universitaire de santé, Institut de  
réadaptation de Toronto  
Toronto (Ont.)

**Tracey Tait, IA, B.A. gérontologie, GNC(c)**

Administratrice  
Région de Niagara  
Welland (Ont.)

**Grace Terry, Inf. aux. aut.**

Chirurgie orthopédique  
Hamilton Health Sciences  
Hamilton (Ont.)

**Laura Wagner, IA, Ph. D., FAAN**

Scientifique auxiliaire  
Baycrest  
Toronto (Ont.)

**Luana Whitbread, IA, M.Inf.**

Infirmière clinicienne spécialisée  
Programme de soins à long terme  
Office régional de la santé de Winnipeg  
Winnipeg (Man.)

\*Les réviseurs intervenants des LDPE de l'AIIAO sont repérés de deux façons. Le recrutement des intervenants s'effectue d'abord au moyen d'un appel public affiché sur le site Web de l'AIIAO ([www.RNAO.ca/bpg/get-involved/stakeholder](http://www.RNAO.ca/bpg/get-involved/stakeholder)). Des personnes et des organismes possédant des compétences dans le domaine du sujet traité par la ligne directrice sont ensuite repérés par l'équipe du programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires et le comité d'experts. Ces personnes et ces organismes sont alors invités directement à participer à la révision.

Les réviseurs intervenants sont des personnes qui possèdent des compétences d'experts en la matière dans le sujet traité par la ligne directrice, ou qui pourraient être touchées par la mise en œuvre de cette ligne directrice. Les réviseurs peuvent être des infirmières et d'autres fournisseurs de soins de santé au point de service, des infirmières de direction, des administrateurs, des chercheurs, des membres d'une équipe interdisciplinaire, des éducateurs, des étudiants en sciences infirmières ou des patients et les membres de leur famille. L'AIIAO cherche à obtenir le point de vue de spécialistes qui représentent une diversité de secteurs de la santé, de rôles dans la profession infirmière et d'autres milieux professionnels (p. ex., la pratique clinique, la recherche, l'éducation et les politiques), et de régions géographiques.

On demande aux réviseurs de lire complètement une ébauche de la ligne directrice et de participer à sa révision avant la publication. Les commentaires des intervenants sont soumis en ligne sous la forme de réponses à un questionnaire de sondage. On invite les intervenants à répondre aux questions suivantes portant sur chaque recommandation :

- Cette recommandation est-elle claire?
- Êtes-vous d'accord avec cette recommandation?
- La discussion sur les données probantes est-elle exhaustive et ces données soutiennent-elles la recommandation?

Le sondage offre aussi l'occasion d'inclure des commentaires pour chaque section de la ligne directrice.

Les soumissions du sondage reçues sont compilées et les commentaires sont résumés par l'équipe du programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO.

Avec le comité d'experts, l'AIIAO examine et considère tous les commentaires et, au besoin, modifie le contenu de la ligne directrice ses recommandations avant la publication pour tenir compte des commentaires reçus.

Les réviseurs intervenants ont consenti à la publication de leur nom et de leurs renseignements pertinents dans la présente ligne directrice.

# Contexte

## Définition

Une chute est « un événement qui entraîne qu'une personne termine par inadvertance au repos sur le sol ou le plancher ou à tout autre niveau inférieur, avec ou sans blessures » (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2016). Les chutes peuvent aussi être décrites comme un phénomène multifactoriel complexe (Al-Aama, 2011), un syndrome et une indication d'un problème de santé émergente ou qui empire (American Medical Directors Association [AMDA], 2011b).

## Coûts personnels et économiques des chutes

Lorsqu'une personne fait une chute, les répercussions peuvent transformer sa vie. Certaines blessures physiques, comme les abrasions ou les ecchymoses, peuvent être temporaires ou relativement mineures; d'autres blessures, comme une fracture de la hanche ou une blessure à la tête, entraîneront une hospitalisation ou même une mort possible (AMDA, 2011a). Les blessures causées par une chute peuvent fortement toucher la qualité de vie d'une personne et peuvent entraîner divers degrés de perte d'autonomie, qui dans certains cas peut nécessiter des conditions de logement alternatives (Collaboratif RLISS, 2011). Les chutes peuvent entraîner une série d'effets négatifs et aggravants. Par exemple, lorsqu'une personne tombe, elle peut devenir nerveuse, se faire moins confiance, et craindre les chutes futures. Cela peut mener à un retrait social et des activités physiques réduites, provoquant un déconditionnement, une faiblesse musculaire et un plus grand risque de chuter de nouveau (Gagnon et Lafrance, 2014).

En plus des « coûts » personnels, les chutes sont dispendieuses pour le système de santé. Il est estimé que les chutes coûtent au système de santé canadien 8,7 milliards \$ par an (Parachute, 2015). Les personnes âgées sont hospitalisés en moyenne 22 jours pour des chutes, ce qui dépasse les autres causes d'admission pour cette population (Agence de la santé publique du Canada [ASPC], 2014). Les infirmières et d'autres fournisseurs de soins de santé ont un rôle clé à jouer dans la réduction de ces dépenses en prenant la tête d'initiatives pour la prévention des chutes fondées sur des données probantes, et en mettant en œuvre et en évaluant les stratégies indiquées dans cette ligne directrice.

## Importance des chutes

De tous les types de blessures au Canada, les chutes sont la cause principale de morts par blessures, d'hospitalisations, d'invalidités totales permanentes et d'invalidités partielles permanentes (Parachute, 2015). Environ 30 % des personnes âgées de plus de 65 ans vivant dans la communauté tombent au moins une fois par an, et ce nombre augmente à 50 % pour ceux âgés de 80 ans et plus (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2013). Selon l'ASPC (2014), 95 % de toutes les fractures de la hanche sont directement attribuables à des chutes, et environ 20 % de celles-ci sont ultimement mortelles.

## Initiatives de promotion de la santé et prévention des chutes

La prévention des chutes est devenue une priorité en matière de santé, de sécurité et d'amélioration de la qualité en raison de l'importance, des effets dommageables et de l'impact économique des chutes. Dans la communauté, certains organismes de santé ont donné un mandat pour des programmes et des services qui abordent la prévention des chutes (p. ex., Normes de santé publique de l'Ontario). Les initiatives de promotion de la santé au sein de la population contribuent à la prévention des chutes en promouvant les conditions et les environnements qui prennent en charge une vie saine et l'adoption de comportements sains (PHAC, 2014).

Les programmes de prévention des chutes font souvent l'objet d'un mandat dans les milieux de soins de longue durée, et la conformité est surveillée régulièrement. Par exemple, Agrément Canada (2016) a une pratique organisationnelle requise (POR) pour la prévention des chutes, qui est applicable à la plupart des milieux de soins de santé. Cette exigence signifie que les organismes doivent mettre en œuvre et évaluer une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes. En Ontario au Canada, la prévention et la prise en charge des chutes forment un programme requis comportant une mesure rigoureuse de la conformité dans les foyers de soins de longue durée.

## Facteurs de risque

Plus de 400 facteurs de risque pour des chutes ont été déterminés (College of Occupational Therapists [COT], 2015). Ces facteurs de risque sont décrits et classés de diverses façons, y compris en tant que facteurs modifiables (c.-à-d., qui peuvent être modifiés par des interventions) et non modifiables (c.-à-d., qui ne peuvent être changés, par ex., l'âge). Les autres classifications comprennent : biologique (intrinsèque), environnemental (extrinsèque), comportemental, social et économique (Degelau et coll., 2012; Scott, 2012). Peu importe la classification, il est important de noter que pour plusieurs personnes, les facteurs sont complexes et interreliés (PHAC, 2014).

Des facteurs au sein des organisations de soins de santé peuvent aussi augmenter le risque de chute—p. ex., les problèmes associés avec les processus d'évaluation et des interventions inconsistantes (Degelau et coll., 2012), ou une piètre coordination au niveau de la communication parmi les établissements de soins de santé (Canadian Patient Safety Institute [CPSI], 2013).

## Équilibrer les risques et les avantages

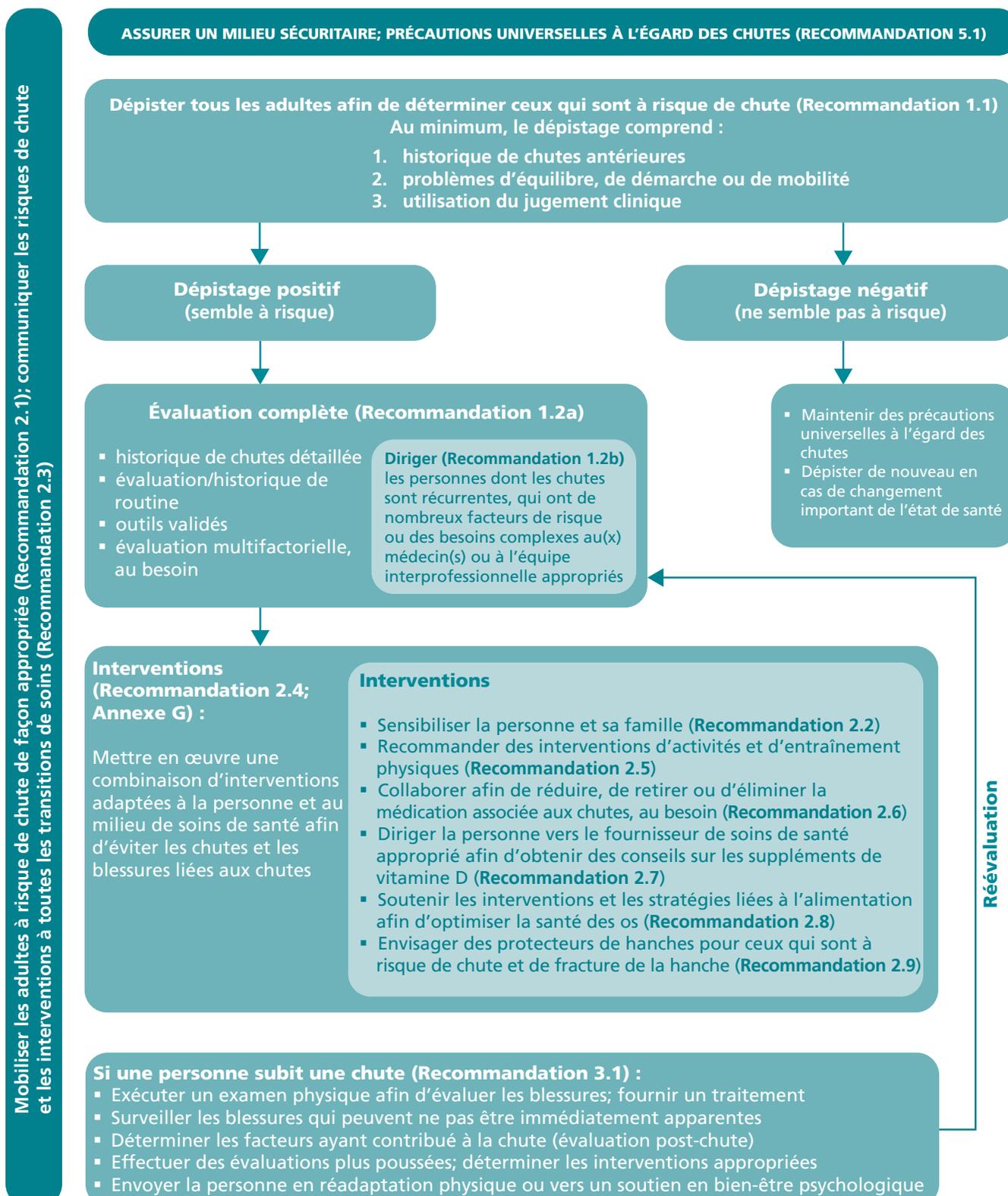
Empêcher ou réduire les chutes et les blessures associées nécessite un équilibre entre réduire les risques et maintenir la liberté, dignité et qualité de vie d'une personne (AMDA, 2011a). Lorsqu'on essaie d'empêcher une personne de chuter, les membres de la famille, les soignants et les fournisseurs de soins de santé peuvent mettre l'accent sur les mesures préventives qui contraignent par inadvertance l'indépendance de la personne (Miake-Lye, Hempel, Ganz et Shekelle, 2013). Les organisations de soins de santé sont averties d'éviter « une approche excessivement gardienne et réticente aux risques » (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2009). Une vigilance organisationnelle est requise pour éviter des approches nuisibles ou réticentes axées à prévenir les chutes, telles des contraintes physiques, des sédatifs ou une mobilité restreinte (Miake-Lye et coll., 2013).

## Organigramme

L'organigramme suivant résume les étapes, le contexte et les considérations en matière de prévention des chutes et de réduction de blessures associées.



Figure 1 : Organigramme de la prévention des chutes et de la réduction des blessures associées



Source : Créé par l'AHIAO.

# Recommandations relatives à la pratique

## 1.0 QUESTION DE RECHERCHE N° 1 :

**Quelles sont les façons les plus efficaces de repérer les adultes à risque d'une chute ou de blessures associées?**

### RECOMMANDATION 1.1 :

Soumettre tous les adultes à un dépistage pour repérer ceux à risque de chutes. Procéder au dépistage dans le cadre du processus d'admission, après un changement significatif dans l'état de santé, ou au moins sur une base annuelle (niveau de preuve = V).

Le dépistage doit inclure les approches suivantes (niveau de preuve = Ia) :

- repérer des antécédents de chutes;
- repérer les problèmes de démarche, d'équilibre ou de mobilité; et
- avoir recours à un jugement clinique.

**Niveau de la preuve : Ia et V**

**Qualité des données probantes : Examens = qualité élevée, moyenne et faible; lignes directrices = qualité élevée; comité d'experts**

## Discussion sur les données probantes :

Des approches de dépistage<sup>G</sup> doivent être utilisées dans des établissements hospitaliers, de soins à long terme et communautaires<sup>G</sup> pour repérer les adultes à risque de chuter (COT, 2015; NICE, 2013; U.S. Preventive Services Task Force, 2012; Wallis et Campbell, 2011). Le dépistage se réfère à un bref processus utilisé pour repérer les individus nécessitant une évaluation des facteurs de risques et des interventions personnalisées (voir **Recommandation 1.2a** pour de l'information sur des évaluations complètes<sup>G</sup>, y compris l'évaluation multifactorielle, et **Recommandation 2.4** pour les interventions individualisées). Le dépistage implique questionner à propos des chutes passées, observer ou questionner sur les difficultés de démarche, d'équilibre ou de mobilité; et appliquer un jugement clinique<sup>G</sup> pour déterminer le risque de chute d'une personne. Le comité d'experts suggère que le dépistage doit être intégré à d'autres processus de soins, comme les évaluations à l'admission, chaque fois que c'est possible.

### Antécédents de chutes

Des antécédents de chutes est un indicateur fort du risque, parmi les établissements de soins de santé et particulièrement parmi les personnes âgées (Ambrose, Cruz et Paul, 2015; Ambrose, Paul et Hausdorff, 2013; Boelens, Hekman et Verkerke, 2013; Callis, 2016; Deandrea et coll., 2013; Vieira, Freund-Heritage et da Costa, 2011; Zhao et Kim, 2015). De ce fait, déterminer des antécédents de chutes est un composant important du dépistage des risques (COT, 2015; NICE, 2013; U.S. Preventive Services Task Force, 2012; Wallis et Campbell, 2011). Flaherty et Josephson (2013) recommandent de poser des questions sur les quasi-chutes, les glissements, les faux pas et la peur de tomber. Cet exemple de question peut être utilisé pour obtenir les antécédents de chutes : « Au cours de l'année dernière, avez-vous fait une chute, y compris glisser ou trébucher, au cours de laquelle vous avez perdu l'équilibre et êtes tombé sur le plancher, le sol ou à un niveau inférieur où vous étiez précédemment? » (Lamb, comme cité dans Gillespie et coll., 2012). La période a été changée de « mois » à « année » pour s'aligner avec la preuve actuelle (NICE, 2013; Wallis et Campbell, 2011). Les fournisseurs de soins de santé peuvent adapter la question à leur contexte clinique.

### Problèmes de démarche, d'équilibre et/ou de mobilité

Les adultes avec des déficiences au niveau de la démarche, de l'équilibre ou de la mobilité parmi les établissements de soins de santé sont davantage à risque de chuter (Ambrose et coll., 2015; Ambrose et coll., 2013; Boelens et coll., 2013; Callis, 2016; NICE, 2013; U.S. Preventive Services Task Force, 2012; Wallis et Campbell, 2011; Zhao et Kim, 2015). Les fournisseurs de soins de santé doivent connaître ces risques, observer l'ambulation des personnes afin de repérer les problèmes ou les anomalies (p. ex., une démarche instable, un équilibre précaire, une mobilité réduite), et poser des questions concernant tout défi associé à ces domaines.

### Autres facteurs de risque

Il n'est pas possible d'aborder tous les facteurs de risque de chutes au cours d'un dépistage de courte durée. Les organismes de soins de santé peuvent choisir d'inclure dans leur dépistage des chutes les facteurs qui sont particulièrement pertinents pour leur population ou leur milieu de soins. Les facteurs de risque cités le plus souvent incluent ceux qui suivent :

- Âge avancé (Ambrose et coll., 2015; Ambrose et coll., 2013; Vieira et coll., 2011; Zhao et Kim, 2015);
- Polypharmacie<sup>G</sup> et utilisation de médicaments en particulier, comme les psychotropes<sup>G</sup> (Callis, 2016; COT, 2015; U.S. Preventive Services Task Force, 2012; Vieira et coll., 2011); et
- Déficience cognitive (Ambrose et coll., 2015; Ambrose et coll., 2013; Vieira et coll., 2011; Zhao et Kim, 2015).

Consulter l'**Annexe E** pour une liste complète des facteurs de risques et des problèmes de santé associés avec les chutes et les blessures associées.

### Jugement clinique

Le jugement clinique est essentiel pour repérer les adultes à risque de chutes. Il est défini comme « l'application de l'information basée sur l'observation actuelle d'une personne combinée avec des données subjectives et objectives qui mènent à une conclusion » (« Clinical judgment », 2009). Les infirmières et les autres fournisseurs de soins de santé nécessitent de la formation sur la prévention des chutes et la réduction des blessures pour traduire ces connaissances et utiliser leur pensée critique pour prendre des jugements cliniques sains (voir **Recommandation 4.2** pour plus d'informations sur l'éducation). Par exemple, les fournisseurs de soins de santé peuvent considérer certains facteurs, comme les maladies évolutives (p. ex., délire émergent, déficience au niveau de la mobilité ou nouveaux médicaments prescrits) ou des environnements peu familiers, avec leurs connaissances acquises, d'autres observations et évaluations (NICE, 2013).

Une révision et une ligne directrice soulignent l'importance du jugement clinique pour déterminer le risque de chutes dans les établissements hospitaliers (da Costa, Rutjes, Mendy, Freund-Heritage et Vieira, 2012; NICE, 2013), particulièrement parmi les patients âgés en réhabilitation (da Costa et coll., 2012). Une révision de faible qualité a rapporté des résultats similaires pour les établissements de soins à long terme (Wallis et Campbell, 2011). Même si les publications sur les milieux communautaires n'ont pas souligné le jugement clinique concernant l'évaluation du risque, le comité d'experts affirme que ce jugement est essentiel pour tous les milieux et aspects de soins. Pour intégrer le jugement clinique dans le dépistage lors de l'admission, les questions suivantes doivent être posées : « D'après vos questions dans le cadre du dépistage, vos observations et votre jugement clinique, la personne semble-t-elle à risque de chutes? »

### Moment opportun et fréquence du dépistage

Aucune publication sur le moment opportun de procéder à un dépistage du risque de chutes n'a été découverte. Le comité d'experts recommande que le dépistage ait lieu lors de l'admission (à l'hôpital, aux soins de longue durée ou à un service de soins à domicile), ou après un changement significatif dans l'état de santé, qui pourrait avoir un impact sur le risque de chutes de la personne (p. ex., AVC, délire). Pour les adultes vivant dans la communauté, trois lignes directrices recommandent que le dépistage ait lieu au moins une fois l'an (COT, 2015; NICE, 2013; U.S. Preventive Services Task Force, 2012).

## Dépistage ou outils de prédiction du risque

Aucune des révisions ou lignes directrices n'a identifié des outils en particulier qui peuvent être utilisés de manière constante ou fiable pour déterminer le risque de chutes dans les établissements hospitaliers ou communautaires (Callis, 2016; Cumber, Simpson, Rosenthal et Likosky, 2013; Matarese, Ivziku, Bartolozzi, Piredda et De Marinis, 2015; NICE, 2013; U.S. Preventive Services Task Force, 2012). Les outils de prédiction du risque visent à calculer le risque de chutes d'une personne, soit en termes de « à risque ou non à risque », ou en termes de « risque faible, moyen ou élevé ». D'après da Costa et coll. (2012), l'utilisation du jugement clinique est aussi efficace comme outil de prédiction du risque pour les patients âgés en réadaptation à l'hôpital. NICE (2013) recommande explicitement de ne pas utiliser d'outils de prédiction du risque dans les hôpitaux. Voir l'**Annexe F** pour un aperçu des approches et outils utilisés pour évaluer les risques de chute. Prenez note que l'**Annexe F** résume les résultats de l'examen systématique. Il ne s'agit pas d'une liste complète de tous les outils disponibles.



**Attention :** À l'heure actuelle, les publications ne soutiennent pas l'utilisation d'outils de prédiction du risque<sup>6</sup> dans les hôpitaux en tant qu'approche de dépistage indépendante.

### RECOMMANDATION 1.2a :

Pour les adultes à risque de chutes, effectuer une évaluation complète pour déterminer les facteurs qui contribuent au risque, ainsi que les interventions appropriées. Utiliser une approche et/ou un outil validés qui conviennent à la personne et au milieu de soins de santé.

**Niveau de preuve :** III

**Qualité des données probantes :** examens = qualité élevée et moyenne; lignes directrices = qualité élevée

### RECOMMANDATION 1.2b :

Diriger les adultes victimes de chutes répétées, qui ont des facteurs de risque multiples ou des besoins complexes, vers un ou des cliniciens ou l'équipe interprofessionnelle afin qu'ils procèdent à d'autres examens et déterminent les interventions appropriées.

**Niveau de preuve :** V

**Qualité des données probantes :** ligne directrice = qualité élevée; comité d'experts

## Discussion sur les données probantes :

Lorsque des adultes sont identifiés comme à risque pour des chutes, une évaluation complète doit être menée pour déterminer les facteurs contribuant au risque (Ambrose et coll., 2013; Zhao et Kim, 2015). Cette évaluation doit déterminer les facteurs de risque modifiables pour guider la sélection d'interventions appropriées pour prévenir ou réduire les chutes et les blessures associées (Ambrose et coll., 2013; Zhao et Kim, 2015). Des évaluations complètes doivent être menées par un fournisseur en soins de santé avec les connaissances, les compétences et l'expérience appropriées (NICE, 2013). Dans certains cas, l'évaluation peut commencer dans un milieu de soins de santé et se poursuivre dans un autre milieu, ou être terminée par d'autres fournisseurs de soins de santé (p. ex., l'évaluation débute dans le service des urgences et se termine dans le service des soins primaires).

## Évaluation complète : Composants

### Antécédents de chutes détaillés

Pour les adultes ayant chuté l'an dernier, obtenir de l'information détaillée sur l'historique de la ou des chutes comme la fréquence et le contexte (COT, 2015; NICE, 2013; U.S. Preventive Services Task Force, 2012). On doit également demander à la personne ce qui peut avoir contribué à la chute (p. ex., symptômes prodromiques comme des vertiges, des palpitations, etc.), facteurs environnementaux, et les détails de toute blessure qui a pu se produire (Ambrose et coll., 2015). La collecte de ces renseignements peut aider à découvrir les facteurs de risque ou les problèmes (p. ex., une démarche instable, une pression artérielle basse) qui exigent une intervention.

### Antécédents médicaux ou évaluations sur une base régulière

Il est important pour les fournisseurs de soins de santé de déterminer les facteurs de risques individuels et les groupes à risque élevé (Changqing et coll., 2015; COT, 2015; Gillespie et coll., 2012; NICE, 2013). Le comité d'experts recommande que les évaluations initiales ou lors de l'admission, les examens physiques ou la collecte d'antécédents médicaux ou sociaux qui sont réalisés dans les milieux de soins de santé soient utilisés pour repérer les facteurs associés au risque de chutes. Par exemple, les antécédents peuvent permettre de découvrir des facteurs de risque biologiques, comportementaux, psychologiques et/ou sociaux-économiques, ainsi que des problèmes de santé associés à un risque accru de chutes.

Durant les évaluations initiales ou lors de l'admission, les fournisseurs de soins de santé doivent aussi repérer les adultes à risque de blessure et de risque accru de fracture ou de saignement. On a découvert des données probantes minimales pour repérer ceux qui sont les plus à risque de subir une blessure lors d'une chute. Par contre, les groupes à risque élevé comprennent les adultes avec un historique de fractures, ostéoporose et hémophilie (Flaherty et Josephson, 2013; Papaioannou et coll., 2015). Voir l'**Annexe E** pour une liste des problèmes de santé et de facteurs de risques communs associés avec une augmentation du risque de chute.

### Outils validés

Des outils validés<sup>G</sup> ou normalisés peuvent être utilisés comme monocomposant d'une évaluation complète pour les risques de chute. Les outils peuvent aider à déterminer une déficience cognitive, des problèmes de démarche ou d'équilibre, la peur de tomber et le risque de fracture. Certains outils ne conviennent qu'à des milieux particuliers et d'autres, seulement à des populations spéciales (p. ex., les personnes qui ont été victimes d'un AVC). Une gestion adéquate des outils nécessitent du temps, de l'expertise et un jugement clinique (NICE, 2013). L'**Annexe F** fournit un résumé des résultats concernant divers outils et approches utilisés pour soutenir une évaluation des risques de chute. Les structures et les soutiens organisationnels, incluant la formation des fournisseurs de soins de santé, sont nécessaires. Voir la **Recommandation 4.2** et la **Recommandation 5.2** pour plus d'informations.

### Évaluations multifactorielles

Les évaluations multifactoriels<sup>G</sup> sont un élément d'une évaluation complète. Elles incluent une exploration en profondeur des multiples facteurs ou problèmes qui contribuent à un risque de chutes, et nécessitent la participation des membres d'une équipe interprofessionnelle. Les facteurs suivants peuvent être considérés : démarche, équilibre et mobilité; faiblesse des muscles; risque d'ostéoporose; capacité fonctionnelle; peur de tomber; déficience visuelle; déficience cognitive; examen neurologique; incontinence urinaire; dangers au domicile; examen cardiovasculaire; et révision de la médication<sup>G</sup> (NICE, 2013).

Bien que des évaluations multifactorielles soient communes dans les soins à long terme (Neyens et coll., 2011; Vlaeyen et coll., 2015), pour les établissements communautaires pour les adultes âgés (COT, 2015; NICE, 2013; U.S. Preventive Services Task Force, 2012), et parmi les populations à risque dans les hôpitaux (NICE, 2013), des évaluations multifactorielles peuvent ne pas être nécessaires sur une base routinière (NICE, 2013; U.S. Preventive Services Task Force, 2012). Les évaluations multifactorielles sont intensives en termes de temps et de ressources. En outre, en ce qui concerne la réduction des chutes, il est difficile de déterminer les avantages attribuables à des évaluations multifactorielles comparativement aux interventions, étant donné que les deux approches sont étudiées ensemble. Les révisions et les lignes directrices examinant les établissements communautaires, hospitaliers et de soins à long terme suggèrent que les avantages globaux des évaluations et interventions multifactoriels peuvent être petits (DiBardino, Cohen et Didwania, 2012; Gillespie et coll., 2012; Papaioannou et coll., 2015; U.S. Preventive Services Task Force, 2012). Le manque de données probantes peut être attribuable

à l'inconsistance dans la mesure du risque de chute (DiBardino et coll., 2012). D'autres recherches sont nécessaires pour explorer ces résultats. Voir la **Recommandation 2.4** pour une explication supplémentaire.

### Détermination du degré de pertinence d'une évaluation multifactorielle

Les considérations suivantes peuvent être utilisées pour déterminer le degré de pertinence d'une évaluation multifactorielle. Selon le jugement clinique des fournisseurs de soins de santé, ces considérations pourraient s'appliquer à d'autres milieux ou groupes d'âge :

- Évaluations multifactorielles *pour toutes les personnes âgées (65 ans et plus)* qui (1) se présentent à un fournisseur de soins de santé ou à une organisation à cause d'une chute; (2) ont fait l'expérience de chutes récurrentes<sup>G</sup> au cours de la dernière année; et (3) ont des anomalies au niveau de la démarche ou de l'équilibre (NICE, 2013).
- Dans les établissements communautaires, les fournisseurs de soins de santé et les patients discutent si une évaluation de risques multifactoriels est appropriée, en tenant compte des « circonstances des chutes antérieures, des problèmes médicaux concomitants et des valeurs du patient » (U.S. Preventive Services Task Force, 2012, p. 5).
- Dans les établissements hospitaliers, axer les évaluations multifactoriels sur des facteurs qui peuvent être « traités, améliorés ou gérés lors de leur séjour prévu » (NICE, 2013, p. 15).

### Orientation

Les adultes qui sont tombés à plusieurs reprises, présentent des facteurs de risque multiples ou ont des besoins complexes sont dirigés vers un fournisseur de soins de santé ou vers l'équipe interprofessionnelle afin qu'ils soient soumis à d'autres examens et des interventions appropriées. Par exemple, une perturbation de l'équilibre peut indiquer un dysfonctionnement des systèmes somatosensoriels, visuels ou vestibulaires (Flaherty et Josephson, 2013) et peut nécessiter une évaluation spécialisée par un neurologue ou par une clinique de neurologie. Dans certains milieux, une clinique qui se spécialise dans les chutes inclut une équipe interprofessionnelle disponible pour les adultes à risque élevé. D'autres organismes peuvent offrir l'accès à des fournisseurs de soins de santé spécialisés, par exemple physiothérapeute, physiatre, diététiste, pharmacien, gérontologue, neurologue ou autre. D'autres exemples incluent l'optométrie pour les troubles visuels, l'ergothérapie pour évaluer la personne à la maison, et le travail social pour déterminer la capacité d'une personne à assumer les coûts de l'équipement nécessaire pour éviter les chutes.



## 2.0 QUESTION DE RECHERCHE N° 2 :

### Quelles interventions sont efficaces dans la prévention des chutes et la réduction du risque de chutes ou des blessures associées parmi les adultes à risque?

#### RECOMMANDATION 2.1 :

Mobiliser les adultes à risque de chutes et de blessures associées en utilisant les mesures qui suivent :

- explorer leurs connaissances et leurs perceptions sur le risque ainsi que leur niveau de motivation pour réduire le risque (niveau de la preuve = III);
- faire preuve de sensibilité en abordant le sujet du risque et communiquer un message positif (niveau de la preuve = III);
- examiner les options en matière d'interventions et soutenir l'autogestion (niveau de la preuve = Ia);
- élaborer un plan de soins personnalisé en collaboration avec la personne (niveau de la preuve = Ia);
- mobiliser la famille (le cas échéant) et encourager le soutien social en faveur des interventions (niveau de la preuve = III); et
- évaluer le plan de soins avec la personne (et sa famille) et le modifier au besoin (niveau de la preuve = V).

Niveau de la preuve : Ia, III, V

Qualité des données probantes : Examens = qualité élevée, moyenne et faible; lignes directrices = qualité élevée; comité d'experts

#### Discussion sur les données probantes :

Les adultes à risque de chutes et de blessures associées doivent participer activement dans tous les aspects de leurs soins. Cette participation inclut les évaluations ainsi que la planification, la mise en œuvre et l'appréciation des plans de soins. Bien que la preuve concernant ces actions est souvent spécifique aux personnes âgées, le comité d'experts suggère que des efforts soient faits pour engager *tous* les individus, peu importe l'âge, dans l'ensemble du continuum de soins. Ces principes sont aussi harmonisés avec le concept des soins axés sur les besoins de la personne et de la famille.

#### Explorer leurs connaissances et leurs perceptions sur le risque ainsi que leur niveau de motivation pour réduire le risque

L'évidence suggère que les personnes âgées identifiées comme à risque pour des chutes peuvent ne pas se percevoir comme « à risque élevé » et peuvent refuser des interventions (McInnes, Seers et Tutton, 2011). Les fournisseurs de soins de santé peuvent évaluer la vue subjective de la personne du risque de chutes, y compris si elle est effrayée de tomber et comment cette peur touche sa vie (COT, 2015). Le niveau de motivation d'une personne, son degré d'engagement et ses croyances concernant des interventions particulières doivent être déterminés pour évaluer quels changements la personne désire prendre pour prévenir les chutes (COT, 2015; NICE, 2013). Le comité d'experts recommande le recours possible à des techniques d'entrevue motivationnelle pour mieux comprendre les connaissances, les perceptions et la motivation d'une personne.

#### Faire preuve de sensibilité en abordant le sujet du risque et communiquer un message positif

Il est important pour les fournisseurs de soins de santé de reconnaître que l'étiquette « à risque » est associé avec un stigmatisme social, une fragilité et une perte d'autonomie, et que le terme doit être utilisé avec prudence (McInnes et coll., 2011). Les fournisseurs de soins de santé doivent communiquer de manière sensible et positive et doivent exprimer le message sur les risques et les blessures avec prudence (COT, 2015; NICE, 2013). Les bénéfices des interventions—comme maintenir ou augmenter l'indépendance et améliorer la mobilité et la participation active à la vie—doivent être mis en valeur lorsque l'on engage des adultes (COT, 2015).

### Examiner les options en matière d'interventions et soutenir l'autogestion

Les gens ont besoin de l'occasion de déterminer quelles interventions de prévention des chutes leur conviennent le mieux (Turner et coll., 2011). Les résultats suggèrent que des interventions autoritaires ou restrictives ne sont pas populaires avec les personnes et qu'une vigilance constante pour des risques de chutes est dévalorisante (Turner et coll., 2011). Un sens de contrôle et d'auto-gestion est grandement valorisé (McInnes et coll., 2011). Des approches appropriées peuvent comprendre collaborer avec la personne pour déterminer les meilleures façons de minimiser le risque et soutenir une prise de risques réaliste (COT, 2015). Les options pour les interventions de prévention des chutes doivent être discutées, et les perceptions de la personne concernant le risque et ses préférences doivent être examinées de manière approfondie (McInnes et coll., 2011). Cet examen comprend le respect du droit de la personne à refuser des interventions particulières.

### Élaborer un plan de soins personnalisé en collaboration avec la personne

Le plan de soins—c'est à dire les interventions mises en place pour empêcher les chutes ou réduire les blessures associées—doit être individualisé pour chaque adulte afin de répondre aux facteurs de risque pour les chutes et les blessures associées (voir **Recommandation 2.4** et **Annexe G**). Tous les plans de soins doivent être élaborés en collaboration avec la personne (et la famille, le cas échéant). Les fournisseurs de soins de santé doivent tenir compte des caractéristiques particulières de la personne concernée, qui pourraient avoir une influence sur la réussite des interventions. Pour les personnes atteintes de démence, il est important de reconnaître et d'accommoder les différences et préférences de l'individu (p. ex., reconnaître sa personne, reconnaître ses capacités existantes et communiquer efficacement) pour promouvoir un meilleur engagement avec les stratégies de prévention des chutes (Meyer, Hill, Dow, Synnot et Hill, 2015).

Lorsque l'on recherche à prévenir les fractures parmi les résidents à long terme et les personnes âgées fragiles, les interventions doivent être adaptées à la personne, en tenant compte de son niveau de risque, son espérance de vie, son état de santé et ses fonctions physiques (Crandall et coll., 2016; Papaioannou et coll., 2015).

Les interventions qui reconnaissent la langue et la culture de la personne, et que l'on a élaborées pour elle, sont plus efficaces que celles qui ne le sont pas. Par exemple, des classes d'exercices de prévention de chutes peuvent devoir tenir compte des exigences de vêtements culturels et permettre une ségrégation des genres (Jang et coll., 2016; NICE, 2013).

La capacité d'une personne à accéder aux interventions, en termes de coûts et de géographique, doit être prise en considération lors de l'élaboration d'un plan de soins. Le comité d'experts reconnaît qu'il pourrait être difficile pour les adultes d'avoir accès à certaines interventions. Par exemple, il est possible que le coût des aides à la mobilité soit prohibitif, et que l'accès à la chirurgie de la cataracte ne soit pas une solution réaliste pour certains adultes en raison de leur lieu de résidence. Il pourrait être nécessaire de planifier davantage ou d'offrir d'autres soutiens pour faciliter l'accès aux ressources ou en faire l'objet d'une demande.

### Mobiliser la famille (le cas échéant) et encourager le soutien social en faveur des interventions contre les chutes

Engager la famille de la personne et ses réseaux sociaux peut soutenir les efforts de prévention des chutes (COT, 2015). Pour les personnes souffrant de démence et vivant dans la communauté, impliquer des soignants et des fournisseurs de soins de santé est vital pour soutenir l'absorption des interventions de prévention des chutes (Meyer et coll., 2015). Le support social, comme les conseils et les encouragements des fournisseurs de soins de santé et des membres de la famille, aide aussi à promouvoir l'adhérence aux interventions (Jang et coll., 2016).

### Évaluer le plan de soins avec la personne concernée (et sa famille) et le modifier au besoin

Le comité d'experts recommande que les fournisseurs de soins de santé évaluent régulièrement le plan de soins avec la personne concernée et sa famille (le cas échéant). Les fournisseurs de soins de santé doivent déterminer comment la personne perçoit le plan de soins et les avantages des interventions. Il est possible qu'il soit nécessaire de modifier le plan de soins, et de nouvelles interventions pourraient être prises en considération pour réduire le risque de chutes et de blessures associées. La fréquence de la surveillance et l'évaluation du plan de soins varieront selon le milieu et la politique organisationnelle. Cependant, il faut envisager une évaluation lors de l'admission, du congé de l'hôpital, d'un changement dans l'état de santé ou après une chute.

Il faut noter que certaines interventions ne sont pas efficaces immédiatement (p. ex., les programmes d'exercices), et qu'il pourrait être difficile d'évaluer l'efficacité d'interventions particulières, étant donné que les chutes sont associées à plusieurs facteurs. Dans certains cas, les interventions visent à minimiser les blessures ou à réduire le nombre de fois qu'une personne tombe plutôt que d'éliminer les chutes complètement.

### Autres ressources

Pour de plus amples renseignements pour soutenir cette recommandation, veuillez consulter la LDPE clinique *Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille* de l'AIIAO (2015) (<http://rnao.ca/bpg/language/soins-axés-sur-les-besoins-de-la-personne-et-de-la-famille>).

#### RECOMMANDATION 2.2 :

Offrir de la formation à la personne à risque de chutes et de blessures associées, et à sa famille (le cas échéant), en concomitance avec d'autres interventions pour prévenir les chutes (niveau de preuve = Ia). Cette formation inclut des renseignements sur le risque de chutes, la prévention des chutes et les interventions.

S'assurer que l'information est fournie dans une variété de formats et dans la langue appropriée (niveau de preuve = V).

**Niveau de la preuve : Ia et V**

**Qualité des données probantes : Examens = qualité élevée, moyenne et faible; lignes directrices = qualité élevée; comité d'experts**

### Discussion sur les données probantes :

Les données probantes ne sont pas claires en ce qui concerne l'efficacité d'une formation sur la réduction des chutes. Par contre, l'éducation avec les autres mesures de prévention des chutes semblent contribuer à la réduction des chutes dans les hôpitaux (Hempel et coll., 2013; Lee, Pritchard, McDermott, et Haines, 2014; Miake-Lye et coll., 2013; Spoelstra, Given et Given, 2012) et dans les établissements communautaires (Chase, Mann, Wasek et Arbesman, 2012). Bien que l'efficacité de l'éducation pour les adultes à risque ne soit pas clair, il n'y a aucun risque connu découlant de l'éducation et du counseling (NICE, 2013; U.S. Preventive Services Task Force, 2012).

Fournir des matériaux éducatifs sans autres interventions n'a pas prouvé être efficace à réduire les chutes (Gillespie et coll., 2012). De même, fournir de l'éducation sans autres interventions est insuffisant pour un changement de comportement chez les personnes souffrant de démence (Meyer et coll., 2015). Les personnes avec des déficiences cognitives peuvent nécessiter des accommodations supplémentaires et des interventions axées pour soutenir l'apprentissage; par exemple, des énoncés simples, des indices visuels et des rappels fréquents (Meyer et coll., 2015).

L'éducation doit être offerte dans différents formats, y compris oral, écrit et électronique (p. ex., ressources Web, documents imprimés, etc.), et dans un langage compris par la personne (COT, 2015; NICE, 2013). De plus, les fournisseurs de soins de santé doivent partager leurs connaissances et compréhension des stratégies de réduction des blessures et de prévention des chutes, et fournir de l'information qui s'aligne avec le style de vie de la personne, ses préférences et ses facteurs à risque particuliers (COT, 2015). Le comité d'experts recommande que les fournisseurs de soins de santé utilisent les stratégies d'entrevue motivationnelle pour compléter la formation axée sur la modification du comportement. En outre, ils doivent utiliser leur jugement clinique pour déterminer les thèmes éducatifs qui sont pertinents. Les membres de la famille doivent être mobilisés, le cas échéant. La **Figure 2** fournit une liste des sujets d'éducation (liste non exhaustive) recommandés dans la documentation et par un comité d'experts.

Figure 2 : Thèmes éducatifs possibles

- Comment prévenir les chutes et réduire les blessures associées
- Comment les facteurs de risque ou les problèmes de santé contribuent au risque de chutes ou de blessures associées (p. ex., les médicaments qui causent des étourdissements ou qui ont un impact sur le risque de saignement)\*
- Les facteurs de risque comportementaux qui contribuent aux chutes (p. ex., se dépêcher)
- Les avantages physiques et psychologiques d'une modification du risque de chutes
- Comment demeurer motivé (p. ex., pour faire de l'activité physique)
- La justification derrière une intervention (p. ex., comment des protecteurs de hanche<sup>6</sup> peuvent protéger des blessures associées aux chutes)
- Comment utiliser l'équipement pour prévenir les chutes ou réduire les blessures associées, le cas échéant (p. ex., les dispositifs d'assistance)
- Comment effectuer des transferts sécuritaires\*
- Comment accéder à un répertoire et/ou à des ressources centralisés pour obtenir des conseils et de l'aide (p. ex., à quel endroit se procurer des renseignements sur la sécurité à la maison, les programmes d'exercices, la nutrition, etc.)
- Comment s'adapter et que faire en cas de chute
- Comment se relever après une chute\*
- Expérience et connaissances acquises lors de chutes antérieures\*
- Les ajustements qui peuvent être apportés à l'environnement physique pour aider à réduire le risque de chutes\*

Sources : Boelens et coll., 2013; Korall et coll., 2015; NICE, 2013.

\* Fourni par le groupe d'experts.

### Autres ressources

Pour de plus amples renseignements sur les approches éducatives, veuillez consulter la LDPE de l'AIIAO (2012) *Facilitation de l'apprentissage axé sur les besoins du client* (<http://rnao.ca/bpg/language/facilitation-de-lapprentissage-ax%C3%A9-sur-les-besoins-du-client>).

### RECOMMANDATION 2.3 :

Communiquer le risque de chutes pour la personne et le plan de soins ou d'interventions pertinent au prochain fournisseur de soins de santé responsable et/ou à l'équipe interprofessionnelle à tous les points de transitions des soins afin de s'assurer de la continuité des soins et de prévenir les chutes et les blessures associées.

Niveau de preuve : V

Qualité des données probantes : Pas de preuve; le comité d'experts

### Discussion sur les données probantes :

Le comité d'experts recommande que les fournisseurs de soins de santé communiquent le risque de chutes individuel de la personne concernée et le plan de soins ou d'interventions associé à tous les points de transitions des soins. Comme souligné dans la LDPE clinique de l'AIIAO (2014) *Transitions des soins*, cela implique prendre une série de mesures conçues pour « s'assurer de la coordination et de la continuité des soins de façon efficace et sécuritaire (dans un milieu, entre deux milieux et dans l'ensemble des milieux) lorsque l'état de santé d'une personne, ses besoins en santé, ses fournisseurs de soins de santé ou l'endroit où elle se trouve changent » (Coleman et Boulton, tel que cité dans l'AIIAO, 2014, p. 66). Le manque de communication aux points de transitions de soins pourrait accroître le risque de chutes et de blessures associées d'une personne. Lorsque c'est possible, les renseignements pertinents doivent être communiqués au(x) fournisseur(s) de soins de santé le(s) plus responsable(s) ou à l'équipe interprofessionnelle dans le milieu où la personne concernée reçoit habituellement des soins (le cas échéant), afin de s'assurer

d'avoir un suivi approprié. Les publications ne sont pas claires sur le fait à savoir si un indicateur visuel (p. ex., un logo, un symbole ou un bracelet) de risque de chutes est un moyen efficace de communiquer le risque de chutes. D'autres recherches sont nécessaires pour approfondir le sujet.

Le comité d'experts offre des exemples de moments où il pourrait être nécessaire que les fournisseurs de soins de santé soient plus vigilants :

- le transfert vers un service des urgences, ou au moment de recevoir un congé de ce service, surtout si la visite était associée à une chute ou à un problème lié à un risque accru de chutes;
- le transfert à partir d'un service vers un autre;
- le transfert à partir d'un milieu de soins de santé vers un autre;
- le transfert à partir d'un fournisseur de soins de santé vers un autre;
- le déplacement pour se rendre à un examen diagnostique (p. ex., radiologie, ultrasons);
- le congé pour retourner à la maison ou être admis dans un milieu de soins de longue durée.

Pour réduire le risque de chutes, il est recommandé que les fournisseurs de soins de longue durée s'assurent de la mise en commun des renseignements pertinents avec le prochain fournisseur de soins de santé responsable ou avec l'équipe interprofessionnelle. Ces renseignements devraient comprendre, au minimum, ce qui suit :

- facteurs de risque ou problèmes de santé de la personne concernée;
- antécédents de chutes de la personne;
- facteurs situationnels ou environnementaux qui pourraient accroître temporairement le risque de chutes (p. ex., indisponibilité des lunettes, administration récente d'un sédatif, tubulure d'un cathéter);
- plans de soins pour réduire le risque;
- préférences de la personne concernant les interventions.

Dans certaines circonstances (p. ex., lorsqu'une personne se rend à un examen diagnostique), les renseignements devront être abrégés.

### Autres ressources

Pour de plus amples renseignements sur la transition des soins, consulter la LDPE clinique de l'AIIO (2014) *Transitions des soins* (<http://rnao.ca/bpg/language/transitions-des-soins>).

#### RECOMMANDATION 2.4 :

Mettre en œuvre une combinaison d'interventions adaptées à la personne et au milieu de soins de santé afin de prévenir les chutes ou les blessures associées.

Niveau de preuve : Ia

Qualité des données probantes : Examens = qualité élevée, moyenne et faible; lignes directrices = qualité élevée

### Discussion sur les données probantes :

Les personnes à risque de chute et des blessures associées doivent recevoir une combinaison d'interventions qui ciblent leurs problèmes de santé et facteurs de risque particuliers, en mettant l'accent sur les facteurs qui sont modifiables (voir **Recommandation 1.2a** et **Annexe E** pour plus d'informations). Peu de données probantes ont été trouvées concernant les combinaisons ou les composants les plus efficaces des interventions dans les établissements communautaires (V. A. Goodwin et coll., 2014; Turner et coll., 2011), hospitaliers (Changqing et coll., 2015; Cumber et coll., 2013), ou de soins à longue durée (Balzer, Bremer, Schramm, Luhmann et Raspe, 2012; Papaioannou et coll., 2015; Vlaeyen et coll., 2015). Une gamme d'intervention a été étudiée avec divers degrés d'efficacité; elles sont soulignées dans l'**Annexe G**.

La majorité des interventions indiquées dans l'**Annexe G** se réfèrent à des interventions de prévention des chutes et ne spécifient pas les résultats associés avec la réduction des blessures. Cependant, les interventions pour prévenir les chutes devraient aussi prévenir les blessures associées. La réduction des blessures constitue une priorité importante dans les milieux de soins de santé, surtout chez les personnes qui ont des antécédents de chutes répétées. Davantage de recherche est requis pour explorer les interventions qui peuvent être utilisées spécifiquement pour empêcher les blessures (voir **Lacunes de la recherche et conséquences futures**). Les interventions qui répondent explicitement à la réduction de blessures comprennent les exercices (voir **Recommandation 2.5**), l'apport complémentaire en vitamine D (voir **Recommandation 2.7**), et les protecteurs de hanche (voir **Recommandation 2.9**).

Les fournisseurs de soins de santé doivent choisir les interventions fondées sur des données probantes, qui sont appropriées au milieu de soins de santé. Il est important de tenir compte de la faisabilité, surtout lorsqu'une personne reçoit des soins à domicile. Voir l'**Annexe G** pour un résumé de la preuve sur les interventions, qui comprend l'information sur l'applicabilité à divers établissements de soins de santé, lorsque disponible.

### Collectivité

Dans les établissements communautaires, une combinaison d'interventions a démontré une réduction des chutes (Gillespie et coll., 2012; Stubbs, Brefka, et Denking, 2015; Turner et coll., 2011). Par contre, les bénéfices sont limités lorsque les interventions ciblent les risques individuels identifiés à partir de l'évaluation multifactoriel (U.S. Preventive Services Task Force, 2012). V. A. Goodwin et coll. (2014) ont signalé que des « interventions à plusieurs composants », qui n'étaient pas fondées sur une évaluation de risque personnalisée, pouvaient réduire les chutes efficacement, mais non les blessures associées. Ces interventions à plusieurs composants semblent être plus efficaces pour les établissements de soins de santé avec des ressources limitées et des populations spécifiques (V. A. Goodwin et coll., 2014). On a découvert peu de données probantes sur les aspects précis d'interventions à plusieurs composants, même si l'exercice était fréquemment souligné dans 12 des 14 études incluses.

### Hôpital

Les fournisseurs de soins de santé doivent offrir une combinaison d'interventions personnalisées pour prévenir les chutes. Plusieurs révisions de basse qualité indiquent des résultats positifs associés aux chutes lorsqu'une combinaison d'interventions est utilisée dans les hôpitaux pour répondre aux risques de chutes (Choi, Lawler, Boenecke, Ponatoski et Zimring, 2011; Cumbler et coll., 2013; Halm et Quigley, 2011; Hempel et coll., 2013; Miake-Lye et coll., 2013; Spoelstra et coll., 2012; Stubbs, Denking, Brefka et Dallmeier, 2015). Les interventions qui répondent aux facteurs de risques qui peuvent être traités, améliorés ou gérés alors que la personne est hospitalisée sont recommandées (NICE, 2013).

Selon un examen, les interventions complexes offertes par les équipes interprofessionnelles ont eu un impact minimal sur les taux de chutes. Plusieurs variables de confusion ont été déterminées, y compris un manque de conformité, un manque de temps pour la planification des soins et la prévention des chutes, et la gravité de la maladie. Le choix des interventions et la détermination des personnes à risque étaient basés sur des outils simples et des processus de stratification des risques erronés dans les échantillons sous enquête (DiBardino et coll., 2012). Voir **Lacunes de la recherche et conséquences futures**.

### Soins de longue durée

Dans les établissements de soins de longue durée, une combinaison d'interventions individualisées à la personne et fournies par une équipe interprofessionnelle a été efficace dans la réduction du nombre de chutes et des chutes récurrentes (Vlaeyen et coll., 2015). Les interventions individualisées semblent avoir même de plus grands bénéfices pour les personnes souffrant de démence qui vivent dans des établissements de soins de longue durée que ceux qui n'y vivent pas (Vlaeyen et coll., 2015).

D'autres publications suggèrent que le bénéfice global des interventions individualisées était modeste (Neyens et coll., 2011; Papaioannou et coll., 2015; Stubbs, Denking, et coll., 2015). Les données probantes sur la prévention des fractures indiquent que la réduction des chutes est minimale, et que la mise en œuvre des interventions personnalisées est coûteuse. Par contre, même une petite réduction au niveau des chutes peut réduire des dommages significatifs (p. ex., fractures et conséquences associées) et est donc avantageuse (Papaioannou et coll., 2015). Même si un ordre élevé d'effets n'a pas été découvert, on recommande aux fournisseurs de soins de santé de personnaliser les interventions pour prévenir les chutes et les blessures associées.

**RECOMMANDATION 2.5 :**

Recommander des interventions associées à l'exercice physique et à un programme d'entraînement pour les adultes à risque de chutes afin d'améliorer leur force musculaire et leur équilibre. Encourager l'adoption d'une activité ou d'un programme personnalisés à plusieurs composants, qui conviennent aux capacités et au fonctionnement actuels de la personne

**Niveau de preuve : la**

**Qualité des données probantes : Examens = qualité élevée, moyenne et faible; lignes directrices = qualité élevée**

**Discussion sur les données probantes :**

Les interventions d'exercices et de formation physique<sup>G</sup> améliorent la force et l'équilibre, et réduisent les chutes et les blessures associées, particulièrement les fractures (El-Khoury, Cassou, Charles et Dargent-Molina, 2013; Gillespie et coll., 2012; NICE, 2013; Stubbs, Brefka, et coll., 2015; U.S. Preventive Services Task Force, 2012). La majorité des données probantes étaient axées sur l'exercice en tant qu'intervention chez les personnes âgées (ou au sein de populations à risque élevé reconnues, comme celles réunissant des personnes souffrant de la maladie de Parkinson) dans les milieux communautaires. Afin de déterminer les interventions potentielles, les fournisseurs de soins de santé doivent connaître les divers types d'exercice dont les bienfaits sont reconnus pour les personnes à risque de chutes. L'**Annexe H** résume une gamme d'exercices et d'interventions de formation physique, y compris la force principale, le pas à pas, la formation de l'équilibre basée sur la perturbation et les fonctions cognitives et motrices interactives, les Pilates, le jeu d'entraînement, les programmes d'exercices de prévention des chutes, les exercices de pieds et chevilles, les exercices individualisés, le tai-chi et le yoga.

Les considérations suivantes doivent orienter les fournisseurs de soins de santé lorsqu'ils recommandent des interventions associées à l'exercice physique et à un programme d'entraînement :

- Le type d'activités ou d'exercices doivent être significatif pour la personne et aligné avec ses préférences (COT, 2015), ainsi qu'être culturellement appropriés (Jang et coll., 2016).
- L'activité ou l'exercice doit être ajusté selon les capacités de la personne (DiBardino et coll., 2012), y compris ses capacités cognitives (Chan et coll., 2015) et sa peur de tomber (Lach et Parsons, 2013).
- Des précautions doivent être prises lorsqu'on recommande des exercices aux personnes à haut risque d'une fracture (Papaioannou et coll., 2015).
- Pour certaines personnes, la valeur de l'exercice peut dépasser le risque d'une chute (Papaioannou et coll., 2015).
- L'exercice a de nombreux autres bénéfices, comme la réduction du déclin des fonctions et de la peur de chuter, et l'amélioration de la socialisation, de l'estime de soi (Vieira, Palmer et Chaves, 2016), de la qualité de vie (Martin et coll., 2013) et de la santé physique et mentale en général (NICE, 2013).

Pour promouvoir l'adhérence et l'efficacité, les interventions d'exercices doivent être individualisées (Mulligan, Tschoepe et Smith, 2014; NICE, 2013) et prises en charge par un professionnel de l'exercice, tel un thérapeute physique (Martin et coll., 2013; Mulligan et coll., 2014; NICE, 2013). C'est particulièrement évident pour les adultes à risque élevé de chutes souffrant de comorbidités physiques (Stubbs, Brefka, et coll., 2015).

**Collectivité**

Les programmes d'exercices complets fournis en groupes ou au domicile de la personne qui s'axent sur la prévention des chutes, le renforcement des muscles et l'équilibre ont démontré répondre efficacement aux facteurs de risques, à empêcher les chutes et à réduire les blessures associées (El-Khoury et coll., 2013; Gillespie et coll., 2012; NICE, 2013; Stubbs, Brefka, et coll., 2015; U.S. Preventive Services Task Force, 2012). Les effets protecteurs des exercices sont les plus bénéfiques pour les blessures de chutes graves, telles les fractures (El-Khoury et coll., 2013). Les individus avec un historique de chutes récurrentes ou de déficiences au niveau de l'équilibre et de la démarche peuvent bénéficier le plus des exercices (NICE, 2013).

## Hôpital

Une preuve sur l'efficacité d'exercices spécifiques à empêcher les chutes dans des établissements hospitaliers n'a pas été trouvée; par contre, certaines interventions dans l'**Annexe H** peuvent être appropriées pour certains individus, selon le type d'établissement hospitalier et les ressources disponibles. Les fournisseurs de soins de santé doivent viser à maintenir l'activité physique d'une personne en tenant compte de ses capacités. Selon le comité d'experts, le maintien de la mobilité (p. ex., l'activation précoce) comporte de nombreux avantages, y compris une réduction du risque de fragilité accrue, de déclin fonctionnel et de chutes.

## Milieus de soins de longue durée

Généralement, l'exercice est recommandé dans les milieux de soins de longue durée. Les exercices d'équilibre, de force et de formation fonctionnelle sont recommandés pour ceux *non à risque élevé d'une fracture*. Pour les personnes avec un risque élevé d'une fracture, ces exercices sont appropriés seulement comme partie d'une approche multifactorielle pour empêcher les chutes (Papaioannou et coll., 2015). D'autres publications suggèrent que les exercices avec un composant d'équilibre étaient les plus efficaces lorsque combinés avec d'autres types d'exercices (Silva, Eslick et Duque, 2013). Les exercices doivent être offerts en même temps que d'autres stratégies de prévention (NICE, 2013).

## Bienfaits pour des populations particulières

La documentation indique que les interventions d'exercices sont bénéfiques pour les adultes atteints de la maladie de Parkinson (Allen, Sherrington, Paul et Canning, 2011; Mansfield, Wong, Bryce, Knorr et Patterson, 2015; Shen, Wong-Yu et Mak, 2016), de sclérose multiple (Sosnoff et Sung, 2015; Gunn, Markevics, Haas, Marsden et Freeman, 2015), de déficiences visuelles (Gleeson, Sherrington et Keay, 2014), et ceux âgés entre 40 et 65 ans (Ferreira et coll., 2012). Des résultats positifs ont également été rapportés parmi les personnes souffrant d'arthrose du genou (Mat, Tan, Kamaruzzaman et Ng, 2015) et chez les personnes âgées fragiles (Cadore, Rodriguez-Manas, Sinclair et Izquierdo, 2013). Il n'y a pas assez de preuves pour démontrer que les exercices empêchent ou réduisent les chutes une fois qu'une personne termine la réhabilitation suite à une crise cardiaque (Verheyden et coll., 2013). Pour les personnes avec une déficience cognitive, des interventions d'exercices ont démontré avoir un effet positif pour prévenir les chutes (Burton et coll., 2015; Chan et coll., 2015; Guo, Tsai, Liao, Tu, et Huang, 2014); par contre, dans d'autres révisions, les données probantes étaient inconsistantes (Booth, Logan, Harwood, et Hood, 2015; Jensen et Padilla, 2011).

## Lignes directrices en matière d'activité et d'exercice

Dans les établissements de soins de longue durée, des programmes d'exercices à plusieurs composants étaient offerts deux à trois fois par semaine pendant plus de six mois pour maintenir ou améliorer la force et l'équilibre (Silva et coll., 2013). De même, dans les établissements communautaires, les exercices doivent être suivis et d'une fréquence suffisante pour être efficaces (Sherrington, Tiedemann, Fairhall, Close et Lord, 2011).

## Ressources additionnelles

Voir l'**Annexe H** pour de l'information supplémentaire sur les exercices qui sont applicables aux personnes à risque de chutes ou de blessures associées.

**RECOMMANDATION 2.6 :**

Collaborer avec les prescripteurs et la personne à risque de chutes pour réduire, arrêter graduellement ou abandonner le traitement pharmacologique lorsque les problèmes de santé ou un changement dans l'état de la personne le permettent (niveau de preuve = Ia).

Cette démarche inclut les mesures suivantes :

- Déterminer la polypharmacie et les médicaments qui augmentent le risque de chutes (niveau de preuve = Ia);
- faire une revue des médicaments ou diriger vers un fournisseur de soins de santé approprié ou le prescripteur (niveau de preuve = V); et
- surveiller la personne afin de déterminer les effets secondaires de médicaments reconnus comme substances qui contribuent au risque de chutes (niveau de preuve = Ia).

**Niveau de la preuve : Ia et V**

**Qualité des données probantes : Examens = qualité élevée, moyenne et faible; lignes directrices = qualité élevée**

**Discussion sur les données probantes :**

Les fournisseurs de soins de santé doivent collaborer avec les prescripteurs (p. ex., les infirmières praticiennes, les médecins) pour déterminer la polypharmacie ou l'utilisation de médicaments à risque élevé, dans le but d'examiner les médicaments et de repérer les effets secondaires associés à un risque de chutes. Bien que certaines publications suggèrent que l'arrêt de la prise de médicaments n'est pas associé aux chutes (Darowski et Whiting, 2011; U.S. Preventive Services Task Force, 2012; Zia, Kamaruzzaman et Tan, 2015), d'autres données probantes soutiennent la réduction, le retrait graduel ou l'arrêt de prise de médicaments associés avec les risques d'une chute (Changqing et coll., 2015; Gillespie et coll., 2012; NICE, 2013) lorsque les problèmes de santé ou un changement dans l'état de la personne le permettent. Il est important que les fournisseurs de soins de santé considèrent les risques par rapport aux bénéfices et évitent le sous-traitement (la valeur thérapeutique des médicaments pour la gestion de la maladie par rapport à une prescription sécuritaire) lors de la prise de décisions entourant l'utilisation de médicaments (Zia et coll., 2015).

Le critère STOPP/START, un outil pour répondre aux prescriptions potentiellement inappropriées chez les personnes âgées, semble améliorer les pratiques de prescription et peut réduire les chutes dans les établissements hospitaliers et de soins de longue durée (Hill-Taylor et coll., 2016). Le critère Beers peut aussi être utilisé pour prendre en charge la révision des médicaments pour les résidents d'établissements de soins de longue durée (Papaioannou et coll., 2015).

**Déterminer la polypharmacie et les médicaments qui augmentent le risque de chutes**

La polypharmacie a été soulignée dans plusieurs révisions comme un facteur de risque de chutes (Ambrose et coll., 2015; Ambrose et coll., 2013; Callis, 2016; Zia et coll., 2015). Certaines classes de médicaments, comme les psychotropes (médicaments pour améliorer le sommeil, réduire l'anxiété et traiter la dépression) augmentent le risque de chutes (Bunn et coll., 2014; Changqing et coll., 2015; Vieira et coll., 2011). Les fournisseurs de soins de santé doivent être particulièrement vigilants en vue de réduire le risque de chutes lorsqu'une personne prend plusieurs médicaments ou des substances appartenant à certaines classes de médicaments.

**Faire une revue des médicaments ou diriger vers un fournisseur de soins de santé approprié et/ou le prescripteur**

La revue des médicaments doivent être menées pour aider à réduire les risques de chute (NICE 2013; Papaioannou et coll., 2015). Même si une revue des médicaments ne démontre pas les bienfaits en matière de prévention des chutes chez les personnes âgées dans un milieu communautaire (Gillespie et coll., 2012), le comité d'experts recommande cette revue en tant que pratique prudente dans l'ensemble des milieux de soins de santé. Une revue des médicaments doit être menée par un fournisseur de soins de santé avec les connaissances et les compétences appropriées, et peut nécessiter l'orientation vers un pharmacien ou prescripteur, ou les

données de spécialistes (Changqing et coll., 2015; NICE, 2013). Les publications ne donnent pas de renseignements précis sur la fréquence à laquelle la revue des médicaments doit être réalisée, et cette fréquence pourrait varier selon le milieu de soins de santé. Le comité d'experts recommande les moments suivants pour une revue des médicaments :

- aux points de transitions des soins (admission, transfert, congé);
- après une chute;
- après un changement significatif dans l'état de la personne;
- lorsque de nouveaux médicaments sont prescrits.

### Surveiller la personne afin de déterminer les effets secondaires de médicaments reconnus comme substances qui contribuent au risque de chutes

Les fournisseurs de soins de santé doivent être vigilants pour les effets secondaires des médicaments qui peuvent contribuer à une augmentation du risque de chutes, comme l'hypotension orthostatique (Changqing et coll., 2015; de Groot et coll., 2013). Selon le comité d'experts, cette surveillance doit s'exercer de façon continue.

#### Autres ressources

Pour plus d'informations et de ressources sur l'optimisation de l'efficacité des médicaments et la réduction, le retrait ou l'arrêt de ceux-ci, consulter l'[Annexe I](#).

#### RECOMMANDATION 2.7 :

Référer les adultes à risque de chuter ou de blessures associées au fournisseur de soins de santé approprié pour des conseils sur l'apport complémentaire de vitamine D.

Niveau de la preuve : V

Qualité des données probantes : Examens = qualité élevée et moyenne; lignes directrices = qualité élevée et moyenne

### Discussion sur les données probantes :

Les données probantes sur l'utilisation de la vitamine D étaient associées à un examen de la prévention des chutes et des fractures. De manière générale, la preuve pour l'utilisation de la vitamine D est mixte, et il y a des preuves que l'utilisation de la vitamine D dans la prévention des chutes ou des fractures est inconsistante et peu concluante (Gillespie et coll., 2012; NICE, 2013; Stubbs, Brefka, et coll., 2015; Zheng, Cui, Hong et Yao, 2015). Par contre, une preuve considérable a été trouvée soutenant l'utilisation de la vitamine D pour la prévention des chutes au sein de la communauté (Gillespie et coll., 2012; U.S. Preventive Services Task Force, 2012; Verheyden et coll., 2013) et pour réduire les fractures dans les soins à long terme (Gillespie et coll., 2012; Murad et coll., 2011; NICE, 2013; Papaioannou et coll., 2015; Stubbs, Brefka, et coll., 2015; Verheyden et coll., 2013; Groupe de travail de la Conférence du consensus sur la vitamine D pour la prévention des chutes et de ses conséquences, 2014).

La vitamine D peut être le plus bénéfique chez les personnes avec une déficience en vitamine D et chez celles vivant dans des établissements de soins de longue durée (Gillespie et coll., 2012; Murad et coll., 2011; Papaioannou et coll., 2015; Stubbs, Brefka, et coll., 2015; Verheyden et coll., 2013; Groupe de travail de la Conférence du consensus sur la vitamine D pour la prévention des chutes et de ses conséquences, 2014). Certaines publications recommandent la prise de vitamine D avec du calcium (Papaioannou et coll., 2015; Stubbs, Brefka, et coll., 2015; Murad, 2011; Groupe de travail de la Conférence du consensus sur la vitamine D pour la prévention des chutes et de ses conséquences, 2014); par contre, les effets secondaires possibles du calcium doivent être considérés (Stubbs, 2015).

Compte tenu de la preuve mixte concernant l'apport en vitamine D pour la prévention des chutes et des fractures, le comité d'experts recommande que les personnes à risque pour des chutes et les blessures associées soient référées au fournisseur de soins de santé approprié (p. ex., infirmière praticienne, médecin, diététiste) pour discuter de l'apport complémentaire en vitamine D. Même si la vitamine D est disponible sans ordonnance, le fournisseur de soins de santé peut appuyer une décision éclairée et donner des conseils sur les doses thérapeutiques.

Les fournisseurs de soins de santé, qui possèdent les compétences appropriées, peuvent consulter les lignes directrices suivantes pour obtenir des renseignements détaillés sur la vitamine D, y compris les bienfaits et les doses :

- Recommandations pour prévenir les fractures dans les établissements de soins de longue durée (Papaioannou et coll., 2015)
- Déclaration de consensus de l'American Geriatrics Society (Société américaine de gériatrie) : Vitamine D - Prévention des chutes et de leurs conséquences chez les personnes âgées (Groupe de travail de la Conférence de consensus sur la vitamine D pour la prévention des chutes et leurs conséquences, 2014).

#### RECOMMANDATION 2.8 :

Encourager les interventions concernant le régime alimentaire et d'autres stratégies afin d'optimiser la santé des adultes à risque de chutes ou de blessures associées, particulièrement ceux à risque de fracture. Diriger vers un fournisseur de soins de santé approprié pour des conseils et des interventions individualisées.

Niveau de la preuve : V

Qualité des données probantes : Ligne directrice = qualité élevée et moyenne; comité d'experts

#### Discussion sur les données probantes :

Le comité d'experts recommande que les fournisseurs de soins de santé encouragent tous les adultes à risque de chutes et de blessures associées, ainsi que ceux à risque de fractures en particulier, à optimiser la santé de leurs os.

#### Interventions alimentaires

Les interventions au niveau de la diète peuvent comprendre l'optimisation de l'apport de calcium (Papaioannou et coll., 2015; Groupe de travail de la Conférence du consensus sur la vitamine D pour la prévention des chutes et de ses conséquences, 2014) et de stratégies pour atteindre une absorption suffisante de vitamine D (Groupe de travail de la Conférence du consensus sur la vitamine D pour la prévention des chutes et de ses conséquences, 2014).

Les renseignements en matière de nutrition sont déjà disponibles pour les infirmières, d'autres fournisseurs de soins de santé et le grand public. Cependant, certaines personnes pourraient avoir besoin d'être dirigées vers des séances de counseling en nutrition. Les diététistes, par exemple, peuvent fournir plus d'informations précises sur l'optimisation de l'apport en vitamine D et en calcium, et sur d'autres questions associées aux risques de chutes ou aux blessures associées, comme la malnutrition et la sarcopénie<sup>G</sup>.

#### Autres stratégies

L'exercice axé sur le renforcement et le maintien de la solidité et de la densité des os est recommandé par le comité d'experts. Les fournisseurs de soins de santé qui possèdent des connaissances sur l'exercice et la santé des os peuvent offrir des conseils et du soutien pour divers types d'exercice. C'est important pour ceux à risque élevé de fractures (Papaioannou et coll., 2015). Voir la **Recommandation 2.5** pour de l'information supplémentaire sur les exercices pour prévenir les chutes et réduire les fractures.

Les personnes atteintes d'ostéoporose et d'autres maladies qui ont un effet sur la santé des os, ou celles qui ont subi une fracture, doivent être dirigées vers un spécialiste pour obtenir d'autres interventions ou médicaments (p. ex., bisphosphonates) qui conviennent à leurs problèmes de santé particuliers.

## Autres ressources

Pour une liste des ressources comprenant celles qui fournissent de l'information supplémentaire sur la nutrition et la santé des os, consulter l'[Annexe L](#).

### RECOMMANDATION 2.9 :

Envisager l'utilisation de protecteurs de hanche comme intervention pour réduire le risque de fracture de la hanche chez les adultes à risque de chutes et de fracture dans cette région du corps. Examiner avec la personne concernée les données probantes, les avantages potentiels, les dommages et les obstacles relativement à l'utilisation de protecteurs afin de soutenir les décisions individuelles.

Niveau de preuve : la

Qualité des données probantes : Analyses = modérée et faible; ligne directrice = élevée

## Discussion sur les données probantes :

Les protecteurs de hanche sont des boucliers en plastique rigide ou des tampons en mousse utilisés pour absorber l'énergie d'une chute ou détourner la force d'impact d'une chute afin d'éviter des conséquences graves, y compris une fracture et la douleur associée, la perte de mobilité et la mort (Papaioannou et coll., 2015; Santesso, Carrasco-Labra et Brignardello-Petersen, 2014).

Les examens axés sur les établissements de soins de longue durée rapportent des résultats mixtes (Combes et Price, 2014) ou de petits bénéfices de l'utilisation de protecteurs de hanche pour réduire la fracture de la hanche (protège environ 11 personnes de 1 000) (Santesso et coll., 2014). Ces résultats sont considérés être associés aux défis d'acceptation et d'adhérence (Combes et Price, 2014; Santesso et coll., 2014; Wallis et Campbell, 2011). Basé sur les résultats de l'étude, les protecteurs de hanche réduisent sans doute les risques d'une fracture de la hanche parmi les personnes âgées dans les établissements de santé de longue durée, sans augmenter les risques de chutes (Santesso et coll., 2014). De tels dispositifs sont appropriés pour les personnes mobiles présentant un risque élevé de fracture, telles que celles ayant des antécédents de fracture et d'ostéoporose (Neyens et coll., 2011; NICE, 2013; Papaioannou et coll., 2015; Wallis et Campbell, 2011).

Voir l'[Annexe E](#) pour obtenir des informations à propos des risques de fracture.

### Utilisation des protecteurs de hanche dans d'autres milieux

Il n'existe que peu de données probantes sur l'utilisation des protecteurs de hanche pour des populations autres que celles réunissant des personnes âgées dans des milieux de soins de longue durée. Une revue indique que les protecteurs de hanche ont eu peu ou pas d'effet sur les personnes âgées (Santesso et coll., 2014), et l'utilisation des protecteurs de hanche dans les hôpitaux n'a pas été prouvée. En dépit de ce manque de données probantes, le comité d'experts suggère que certaines personnes pourraient envisager le port de protecteurs de hanche, par exemple les personnes en milieu hospitalier, qui sont à risque de fracture, ou les personnes dans la communauté, atteintes d'ostéoporose, qui pratiquent des activités à risque plus élevé (p. ex., un sport, la marche sur des trottoirs glacés, etc.).

### Considérations

Les bienfaits et les dommages potentiels pourraient être pris en considération lorsque l'on tente de déterminer si les protecteurs de hanche sont appropriés pour une personne en particulier. On encourage les fournisseurs de soins de santé à examiner ces facteurs avec les adultes à risque de fracture de la hanche (ou leur décideur substitut). Les fournisseurs de soins de santé doivent aussi être au courant des obstacles au respect de l'intervention, y compris au niveau de l'organisme. Le récapitulatif de tout ceci peut être retrouvé dans le [tableau 4](#).

Une recherche plus approfondie est nécessaire pour déterminer si la conception du produit de protection de la hanche influe sur l'acceptation et l'adhésion (Santesso et coll., 2014). Le comité d'experts note que de nouvelles technologies visant à améliorer le protecteur de hanche sont en cours d'élaboration, ce qui pourrait réduire les obstacles à une utilisation accrue.

**Tableau 4 : Protecteurs de hanche : bienfaits, dommages et obstacles au respect de l'intervention potentiels**

<b>Bienfaits potentiels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Réduction potentielle d'une possibilité de fracture de la hanche si le protecteur est porté de façon appropriée au moment d'une chute*</li> <li>■ Possibilité d'éviter de graves conséquences de fractures à la hanche, parmi lesquelles la douleur, la perte de la mobilité et la mort (Papaioannou et coll., 2015)</li> <li>■ Réduction potentielle de la peur d'être victime d'une fracture*</li> </ul>
<b>Dommages potentiels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Légère augmentation des risques de fracture du bassin (Santesso et coll., 2014)</li> <li>■ Irritation de la peau (Combes et Price, 2014; Santesso et coll., 2014)</li> </ul>
<b>Obstacles au respect de l'intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Attitudes du personnel ( perceptions négatives des protecteurs de hanche ou manque d'éducation) (Combes et Price, 2014; Korall et coll., 2015)</li> <li>■ Les problèmes liés à la conception du produit, tels que : l'inconfort, le temps et l'assistance consacrés pour la mise en œuvre (Combes et Price, 2014; Korall et coll., 2015; Santesso et coll., 2014), le volume (empiétant la mobilité)*et le redimensionnement peuvent être requis avec perte ou gain de poids*</li> <li>■ Obstacles systémiques (à l'instar du manque de détermination ou de personnel) (Korall et coll., 2015)</li> <li>■ Incontinence urinaire et difficultés ou maladies physiques (Santesso et coll., 2014)</li> <li>■ Coût/abordabilité*</li> <li>■ Préoccupations au sujet de la dignité et de l'apparence (peuvent par exemple être notés à travers le style vestimentaire ou faire qu'une personne paraisse en surpoids)*</li> <li>■ Agitation chez les personnes atteintes de déficience cognitive*</li> </ul>

\* Problème indiqué par le comité d'experts.

### 3.0 QUESTION DE RECHERCHE N° 3 :

#### Quelles interventions ou quels processus doivent avoir lieu immédiatement après une chute?

##### RECOMMANDATION 3.1 :

Après la chute d'une personne, effectuer les interventions suivantes :

- effectuer un examen physique pour évaluer toute blessure et pour déterminer la gravité de toute blessure occasionnée par une chute (Niveau de preuve = III);
- assurer un traitement et des soins appropriés (Niveau de preuve = V);
- surveiller les blessures qui peuvent ne pas apparaître immédiatement (Niveau de preuve = V);
- effectuer une évaluation après-chute afin de déterminer les facteurs qui ont contribué à la chute (Niveau de preuve = III);
- collaborer avec la personne et l'équipe interprofessionnelle afin de mener une évaluation plus approfondie et déterminer les interventions appropriées (Niveau de preuve = V); et
- diriger la personne vers le (s) fournisseur (s) de soins de santé approprié (s) pour la rééducation physique et / ou pour soutenir le bien-être psychologique (au besoin) (Niveau de preuve = III).

Niveau de la preuve : III et V

Qualité des données probantes : Examen = qualité faible; ligne directrice élevée = qualité élevée; comité d'experts

#### Discussion sur les données probantes :

Une intervention complète est nécessaire après une chute. Selon le comité d'experts, les processus après une chute peuvent réduire les conséquences négatives des chutes, éclairer les interventions visant à prévenir ou à réduire les chutes à l'avenir, et mener à une amélioration de la qualité au sein des organismes de soins de santé.

#### Faire un examen physique pour évaluer les blessures et déterminer la gravité de toute blessure associée à la chute

Beauchet, Dubost, Revel Delhom, Berrut et Belmin (2011) recommandent systématiquement d'évaluer la gravité des blessures occasionnés par une chute<sup>6</sup>. Cette évaluation inclut les blessures modérées ou graves comme les fractures, les luxations, les hémorragies intracrâniennes et les lacérations profondes. Les fournisseurs de soins de santé devraient évaluer les conséquences telles que l'hypothermie, les lésions de pressions et la déshydratation chez les personnes qui ont été incapables de se lever et qui sont restés à même le sol pendant une période prolongée (par exemple pendant plus d'une heure) (Beauchet, Dubost et coll., 2011). Les diverses échelles servant à déterminer la gravité d'une chute doivent être utilisées systématiquement au sein d'un organisme. Lorsqu'un fournisseur de soins de santé est présent au moment d'une chute ou très peu de temps après, le comité d'experts recommande qu'un examen physique soit effectué avant de déplacer la personne afin d'éviter d'aggraver ses blessures.

Des tests diagnostiques pourraient être nécessaires pour compléter une évaluation après une chute. Les tests peuvent inclure une radiographie pour déceler les fractures possibles, un électrocardiogramme pour les personnes qui ont déjà souffert d'étourdissements avant la chute, un test de glycémie pour les personnes atteintes de diabète, ou une imagerie cérébrale, si le test est indiqué. Il est recommandé de faire une réévaluation clinique pendant une semaine à la suite d'une chute (Beauchet, Dubost et coll., 2011).

#### Offrir le traitement et les soins appropriés

Le comité d'experts recommande qu'après avoir évalué la victime d'une chute, on peut l'aider à se relever avec précaution (en utilisant de l'équipement de transfert au besoin) si cette procédure est sécuritaire pour elle. On devrait évaluer et traiter les gens en cas de complications issues d'une chute telles que la réduction de la fonction physique, les effets secondaires psychologiques (à l'instar de la phobie de la chute) ou les changements des facultés cognitives (Beauchet, Dubost et coll., 2011). Le moment opportun d'un tel traitement dépend des circonstances de la chute (p. ex., si le fournisseur de soins de santé était présent au moment de la chute ou l'apprend quelques jours plus tard). Le comité d'experts suggère qu'après avoir administré un traitement pour la blessure les fournisseurs de soins de santé suivent les procédures organisationnelles comme documenter la chute, informer la famille et préparer les rapports d'incident.

### **Surveiller la personne afin de repérer toute blessure qui n'est peut-être pas visible immédiatement**

Selon le comité d'experts, certaines blessures pourraient ne pas être visibles immédiatement après une chute. Dans certains cas, il pourrait être prudent de procéder à un examen minutieux des blessures émergentes (p. ex., si l'on soupçonne une blessure à la tête). Des exemples de blessures non immédiatement visibles comprennent des lésions des tissus mous et un hématome sous-dural. D'autres travaux de recherche dans ce domaine sont nécessaires pour déterminer la surveillance appropriée à exercer après une chute. Les protocoles de surveillance pour les blessures émergentes doivent être déterminés par l'organisme de soins de santé.

### **Effectuer une évaluation après la chute pour déterminer les facteurs qui ont contribué à l'accident**

L'évaluation après la chute sert à déterminer les facteurs qui ont contribué à la chute et à éclairer les stratégies pour prévenir d'autres chutes. L'évaluation peut aider la victime de la chute et même d'autres personnes à ne plus tomber (p. ex., si l'évaluation révèle l'existence de causes fondamentales qui peuvent exiger des changements systémiques au sein de l'organisme).

Des problèmes médicaux graves (p. ex., syncope, hypoglycémie, AVC, insuffisance cardiaque) qui pourraient avoir provoqué la chute doivent être examinés et faire l'objet d'un traitement. Peuvent être inclus dans les autres facteurs déclencheurs les réactions de la personne au moment de la chute ( la précipitation par exemple) ou les conditions environnementales (exemple: un sol glissant) (Beauchet, Dubost et coll., 2011). Une évaluation après la chute peut aider à déterminer les causes sous-jacentes et les facteurs qui ont contribué à l'incident. Les membres de la famille et d'autres personnes qui étaient présents au moment de la chute pourraient avoir d'importants commentaires à faire.

Le comité d'experts appuie un regroupement après-chute auquel participent des membres de l'équipe interprofessionnelle, en tant qu'approche efficace pour comprendre les facteurs qui contribuent à une chute dans de nombreux établissements de soins de santé.

### **Collaborer avec la personne et l'équipe interprofessionnelle pour réaliser d'autres évaluations et déterminer les interventions appropriées**

Après une chute, une personne devrait bénéficier d'une évaluation auprès des membres de l'équipe interprofessionnelle pour faire face aux futurs risques de chute et mettre en œuvre ou ajuster les interventions pour contrer les risques de chute (NICE, 2013). Voir la **Recommandation 1.2a** pour d'amples informations à propos des évaluations complètes.

### **Diriger la personne vers le ou les fournisseurs de soins de santé appropriés à des fins de réadaptation physique et/ou de soutien du bien-être psychologique (au besoin)**

La personne pourrait avoir besoin d'être dirigée vers un ou plusieurs experts pour un traitement à long terme des effets secondaires physiques et / ou psychologiques tels que la phobie de la chute ou la rééducation physique (Beauchet, Dubost et coll., 2011). De telles interventions devraient se focaliser sur la promotion de l'autonomie et la restauration ou l'optimisation de la fonction physique et psychologique de la personne (NICE, 2013). Voir la **Recommandation 1.2b** pour d'amples informations sur les orientations.

### **Ressources additionnelles**

Pour plus d'informations et exemples sur les évaluations après-chute, référez-vous à l'**Annexe J**.

# Recommandations relatives à la formation

## 4.0 QUESTION DE RECHERCHE N° 4 :

**Quel contenu et quelles stratégies éducatives sont nécessaires pour former efficacement les infirmières et d'autres fournisseurs de soins de santé afin de prévenir les chutes et les blessures associées?**

### RECOMMANDATION 4.1

Les institutions éducationnelles ont intégré les contenus sur la prévention des chutes et la réduction des blessures dans les programmes d'éducation et de formation aux soins de santé.

**Niveau de preuve : V**

**Qualité des données probantes : Pas de preuve; le comité d'experts**

### Discussion sur les données probantes :

Le comité d'experts recommande que les programmes d'éducation et de formation (p. ex., programmes de premier cycle avec préautorisation d'exercer) incluent un contenu portant spécialement sur la prévention des chutes et la réduction des blessures. L'enseignement au niveau d'entrée établit les connaissances et les compétences fondamentales qui peuvent être renforcées et accrues dans les milieux de soins de santé.

Le contenu du curriculum doit être personnalisé de façon à couvrir la pratique d'un fournisseur de soins de santé. Cependant, il doit inclure au minimum le contenu suivant :

- l'importance de la prévention des chutes et de la réduction des blessures;
- les facteurs de risque et les problèmes de santé liés à un risque accru de chutes et de blessures associées (présence fréquente de plusieurs causes);
- l'importance d'une approche de prévention des chutes et de réduction des blessures en ayant recours à une équipe intra ou interprofessionnelle;
- les précautions universelles contre les chutes<sup>G</sup>, telles que la promotion de la mobilité sécurisée, le déplacement, et l'utilisation des barrières de sécurité et les soins d'hygiène;
- les méthodes de rechange à l'utilisation des moyens de contention;
- les soins interprofessionnels après la chute d'une personne (y compris les procédures après une chute, les séances de compte rendu sur l'incident, etc.);
- l'importance de communiquer le risque de chutes et le plan de soins ou les interventions à tous les points de transitions des soins.

On recommande que les concepts de prévention des chutes et de réduction des blessures soient enseignés dans le contexte des soins axés sur les besoins de la personne et de la famille, des transitions de soins efficaces et de la collaboration intra et interprofessionnelle.

### Ressources additionnelles

Pour obtenir des informations sur le soutien de l'application des connaissances en soins infirmiers dans une variété d'environnements d'apprentissage cliniques, référez-vous à la LDPE de l'AIIO (2016) *Practice Education in Nursing* ([RNAO.ca/bpg/guidelines/practice-education-nursing](http://rnao.ca/bpg/guidelines/practice-education-nursing)).

Pour obtenir des informations sur les soins interprofessionnels, voir la LDPE de l'AIIO (2013) *Développement et maintien des soins de santé interprofessionnels : optimisation des résultats pour le patient, l'organisme et le système* (<http://rnao.ca/bpg/language/d%C3%A9veloppement-et-maintien-des-soins-de-sant%C3%A9-interprofessionnels-optimisation-des-r%C3%A9sultats>).

Pour obtenir des informations sur la collaboration intra-professionnelle, voir la LDPE de l'AIIO (2016), *Les soins en collaboration au sein des équipes d'infirmières* (<http://rnao.ca/bpg/language/les-soins-en-collaboration-au-sein-des-%C3%A9quipes-dinfirmi%C3%A8res>).

#### RECOMMANDATION 4.2 :

Les organismes de soins de santé offrent à tous les membres du personnel de la formation à l'échelle de l'organisme ainsi que d'autres activités éducatives pour aider à prévenir les chutes et à réduire les blessures chez les personnes soignées.

**Niveau de preuve : Ia**

**Qualité des données probantes : = Examens = qualité moyenne et faible; lignes directrices = qualité élevée; comité d'experts**

#### Discussion sur les données probantes :

Les résultats des analyses menées dans les communautés, hôpitaux et établissements de soins de longue durée ont indiqué que l'éducation du personnel devrait être une *composante* des initiatives de prévention contre les chutes (V. Goodwin, Jones-Hughes, Thompson-Coon, Boddy et Stein, 2011; Hempel et coll., 2013; Low et coll., 2015; Miake-Lye et coll., 2013; Stalpers, de Brouwer, Kaljouw et Schuurmans, 2015; Vlaeyen et coll., 2015).

Dans les établissements de soins de longue durée, les initiatives multifactorielles de prévention contre les chutes pour personnes adultes incluant l'éducation du personnel ont réduit le nombre de chutes et répètent les chutes (Vlaeyen et coll., 2015). Des résultats similaires étaient évidents pour les adultes en communauté (V. Goodwin et coll., 2011). Cependant, lorsque l'éducation à la prévention des chutes était dispensée isolément, elle était inefficace (Vlaeyen et coll., 2015). D'autres recherches soutiennent l'utilisation de la formation du personnel comme stratégie de mise en oeuvre des initiatives existantes de prévention des chutes (Hempel et coll., 2013; Low et coll., 2015) afin de modifier les pratiques actuelles du personnel (Low et coll., 2015).

#### La prévention des chutes est une responsabilité commune.

Le comité d'experts affirme que la prévention des chutes est la responsabilité de *tout un chacun* dans un organisme de soins de santé. La formation doit être offerte à l'échelle de l'organisme à tous les membres du personnel concernant leur rôle lié à la prévention des chutes. La formation de divers membres du personnel facilite la mise en oeuvre réussie des initiatives de prévention des chutes et peut contribuer à une culture de sécurité (Spoelstra et coll., 2012). La formation sur la prévention des chutes est une stratégie d'amélioration de la qualité importante dans les organismes de soins de santé. Voir **Recommandation 5.2** pour obtenir d'amples informations sur les stratégies au niveau de l'organisation pour soutenir une mise en oeuvre réussie.

La formation du personnel à l'échelle organisationnelle peut inclure (sans s'y limiter) les aides-diététistes, les aides en soins de santé, les bénévoles, le personnel d'entretien, les porteurs et les administrateurs. La formation doit convenir à la pratique du fournisseur de soins de santé et à son rôle défini. Education should be appropriate to the health-care provider's scope of practice and their defined role. Les publications ne précisent pas les thèmes de la formation ou sa fréquence. L'éducation permanente est importante pour s'assurer que le personnel possède les renseignements les plus récents. La fréquence de la formation dépend de l'organisme. Elle peut être offerte durant l'orientation ou périodiquement dans le cadre de cours de recyclage.

Les infirmières et d'autres fournisseurs de soins de santé, qui sont chargés de la mise en oeuvre des recommandations en matière de pratique, pourraient avoir besoin d'une formation supplémentaire (après avoir reçu l'autorisation d'exercer) afin de soutenir l'acquisition de connaissances et de compétences, et la mise en oeuvre des pratiques exemplaires. Les éléments de preuve ne précisent pas autre contenu précis nécessaire pour prévenir les chutes ou les blessures causées par des chutes que la connaissance

des facteurs les plus couramment associés aux chutes (COT, 2015; NICE, 2013; Rice, Ousley et Sosnoff, 2015; Zhao et Kim, 2015). L'éducation suivante est recommandée au minimum :

- facteurs associés à un risque accru de chutes ou de blessures causées par les chutes (voir **Recommandation 1.1**, **Recommandation 1.2a** et **Annexe E**);
- approches et / ou outils permettant de déterminer les risques de chute et de blessures causées par les chutes (voir **Recommandation 1.1**, **Recommandation 1.2a** et **Annexe F**);
- approches pour impliquer l'adulte exposé aux risques de chute (voir **Recommandation 2.1**);
- approches et interventions courantes dans les établissements sanitaires pour la prévention des chutes et des blessures causées par les chutes (pour les interventions, voir **Recommandation 2.4** et **Annexe G**; pour les précautions universelles contre les chutes, voir **Recommandation 5.1**; et pour les rondes, voir **Recommandation 5.3**); et
- politiques, procédures, législation, et documentation relative à la prévention contre les chutes et à la réduction des blessures (exemple, stratégies de communication, procédures d'après-chute) utilisées au sein des établissements sanitaires (voir **Recommandation 2.3** et **Recommandation 3.1**).

### Ressources additionnelles

Pour obtenir des liens pour d'autres ressources à l'appui de cette recommandation, voir la section Formation professionnelle et Réseautage dans l'**Annexe L**.



# Recommandations relatives à l'établissement et aux règlements

## 5.0 QUESTION DE RECHERCHE N° 5 :

**Quelles sont les politiques organisationnelles et les mesures de soutien au niveau du système requises pour aider à prévenir les chutes et les blessures causées par les chutes chez les adultes à risque?**

### RECOMMANDATION 5.1 :

Afin de s'assurer d'avoir un environnement sécuritaire :

- appliquez des précautions universelles contre les chutes, et
- identifiez et modifiez l'équipement et les autres facteurs dans l'environnement physique ou structurel qui contribuent au risque de chute et de blessures liées aux chutes.

Niveau de la preuve : la

Qualité des données probantes : Examens = qualité faible; lignes directrices = qualité élevée

### Discussion sur les données probantes :

Les précautions universelles contre les chutes constituent des interventions utilisées dans les milieux de soins de santé, qui sont avantageuses pour toutes les personnes concernées. Elles sont fondées sur l'hypothèse que toutes les personnes recevant des soins de santé profiteront du fait que les facteurs de risque de chutes environnementaux et situationnels seront abordés. Les précautions universelles contre les chutes sont appliquées automatiquement pour toutes les personnes, peu importe qu'elles soient jugées à risque de chutes ou pas.

Il est important d'aborder les facteurs environnementaux qui augmentent le risque de chutes (Choi et coll., 2011; Giles, Stephenson, McArthur et Aromataris, 2015; NICE, 2013; Papaioannou et coll., 2015) et les fractures (Papaioannou et coll., 2015). A l'exemple des risques de trébucher, des mauvaises chaussures et du besoin d'aide à la mobilité (Ambrose et coll., 2015; Ambrose et coll., 2013; Boelens et coll., 2013; Deandrea et coll., 2013; Giles et coll., 2015; Rice et coll., 2015; Zhao et Kim, 2015) et les déficits dans l'environnement physique / structurel (Ambrose et coll., 2015; Ambrose et coll., 2013; Rice et coll., 2015; Zhao et Kim, 2015). Les responsables au sein des organismes de soins de santé doivent prendre l'initiative pour repérer et modifier les facteurs dans l'environnement physique et organisationnel, y compris l'équipement qui pourrait contribuer aux chutes et aux blessures associées.

On présente ci-dessous des exemples de facteurs (la liste n'est pas exhaustive) à considérer dans l'environnement physique et organisationnel :

- revêtement de sol approprié (p. ex., le revêtement de sol en vinyle est préférable au tapis dans les hôpitaux de réadaptation gériatrique);
- éclairage adéquat;
- meubles appropriés (p. ex., les hauteurs de chaise appropriées, la hauteur du lit, les rails latéraux; voir [Annexe K](#));
- équipements faibles et fonctionnels (p. ex., l'équipement de levage mécanique, les fauteuils roulants, le type de lit) \*;
- plan de la pièce (p. ex., assez d'espace pour se déplacer et utiliser une aide à la marche);
- appuis, comme des poignées et des mains courantes;
- disposition des unités;
- espaces «favorables à la démence» (Choi et coll., 2011; Giles et coll., 2015; NICE, 2013; Wallis et Campbell, 2011).

\* Fourni par le comité d'experts.

### Applicabilité des milieux

La majorité des données probantes visait les facteurs de risque environnementaux et situationnels dans les hôpitaux ou les milieux de soins de longue durée. Une précaution utilisée fréquemment consiste à baisser la ridelle inférieure (section séparée d'une ridelle). Selon le comité d'experts, les précautions universelles contre les chutes sont importantes dans n'importe quel milieu de soins de santé où l'organisme est chargé d'offrir un environnement sécuritaire. Certaines précautions universelles contre les chutes peuvent être applicables ou bénéfiques dans le contexte des soins offerts à domicile. Il se peut qu'un organisme de soins de santé doive s'assurer que l'équipement fourni à quelqu'un dans son domicile soit sécuritaire et en bon état. Cependant, les données probantes ne précisent pas clairement dans quelle mesure cette recommandation s'applique aux soins offerts à domicile.

### Ressources additionnelles

Pour des informations et un exemple de précautions universelles contre les chutes, voir [Annexe K](#).

Pour les ressources liées à la promotion d'un environnement physique / structurel fiable, voir [Annexe L](#).

#### RECOMMANDATION 5.2 :

En collaboration avec les équipes, les responsables organisationnels appliquent les stratégies scientifiques de mise en œuvre afin de permettre l'application et la durabilité des initiatives pour la prévention des chutes et la réduction des blessures associées. Cette démarche inclut la détermination des obstacles et l'établissement des soutiens et des structures au sein de l'organisme.

**Niveau de preuve : la**

**Qualité des données probantes : Analyses = modérée et faible; ligne directrice = élevée**

### Discussion sur les données probantes :

La mise en œuvre et la durabilité des initiatives pour la prévention des chutes représentent des défis dans tous les secteurs. Les méthodes scientifiques de mise en œuvre sont efficacement utilisées dans les établissements sanitaires pour promouvoir l'adoption systématique des meilleures pratiques (voir [Annexe B](#) pour les cadres scientifiques de mise en œuvre). Les publications décrivent les obstacles et les facilitateurs d'une mise en œuvre réussie. Les responsables organisationnels, en collaboration avec les équipes interprofessionnelles, peuvent tenir compte de ces facteurs, ainsi que des obstacles uniques dans leur milieu, lorsqu'ils planifient et soutiennent des initiatives pour la prévention des chutes.

#### Obstacles dans les milieux communautaires

Les éléments suivants sont des obstacles ou des défis dans le contexte de la mise en œuvre des initiatives pour la prévention des chutes au sein des milieux communautaires :

- manque de communication entre les professionnels;
- aucun sentiment d'urgence ou de motivation de la part de la personne, qui la pousse à modifier son comportement;
- personnel sous-qualifié et roulement de personnel;
- manque de ressources financières ou de temps requis pour soutenir des évaluations complètes et des interventions individualisées (COT, 2015; V. Goodwin et coll., 2011).

Certains obstacles et défis peuvent être abordés directement par le fournisseur de soins de santé (p. ex., en utilisant l'entrevue motivationnelle pour les personnes qui ne sont pas prêtes à changer leur comportement). D'autres facteurs nécessitent du soutien au niveau de l'organisme ou du système, par exemple, s'assurer que les membres du personnel sont formés et qualifiés, ou obtenir des fonds suffisants qui permettent des interventions efficaces pour prévenir les chutes (p. ex., par l'acquisition d'équipement ou d'appareils et d'accessoires fonctionnels, ou par l'élaboration de matériel éducatif).

### Obstacles dans les milieux de soins de longue durée

Il y a moins de données probantes sur les facteurs qui nuisent au succès des initiatives pour la prévention des chutes ou le favorise dans les milieux de soins de longue durée. Une étude souligne certains des obstacles qui nuisent à la modification des pratiques pour diverses stratégies axées sur le résident, y compris la prévention des chutes. Notamment :

- problèmes de dotation, comme un roulement de personnel élevé, l'absentéisme et de lourdes charges de travail;
- manque de ressources et de financement pour mettre en œuvre de nouvelles pratiques;
- problèmes d'infrastructure et de logiciel;
- autres défis logistiques (Low et coll., 2015).

Low et coll. (2015) indiquent que les initiatives visant à modifier les pratiques dans les milieux de soins de longue durée sont complexes, et que l'on ne connaît pas clairement la combinaison de composants qui mène à un changement positif. Les facteurs favorables ainsi que les obstacles doivent être déterminés et abordés afin de promouvoir des initiatives réussies. D'autres études sur les facteurs dans les milieux de soins de longue durée sont nécessaires afin de déterminer comment promouvoir le succès et la durabilité des initiatives pour la prévention des chutes dans ces milieux.

### Résultats propres aux milieux hospitaliers

Les données probantes hospitalières examinées n'étaient pas axées sur les obstacles à la mise en œuvre des initiatives pour la prévention des chutes, mais plutôt sur les facteurs associés au succès. Peu de données probantes ont permis de déterminer les facteurs spécifiques les plus importants pour la réussite du programme en milieu hospitalier (Miake-Lye et coll., 2013). Cependant, le groupe d'experts affirme que le contenu du **tableau 5** est conforme à l'expérience clinique et au concept de science de la mise en œuvre. Le **tableau 5** résume les données probantes sur les soutiens et les structures associés à la mise en œuvre réussie et à la durabilité des initiatives de prévention des chutes.



**Tableau 5 : Soutiens et structures associés au succès de la mise en œuvre et à la durabilité des initiatives pour la prévention des chutes dans les hôpitaux**

SOUTIEN / STRUCTURE	DONNÉES PROBANTES
Leadership	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Soutien au leadership</b> (Giles et coll., 2015; Hempel et coll., 2013; Miake-Lye et coll., 2013)</li> </ul>
Capacité et collaboration du personnel relativement à la culture de sécurité	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Éducation / formation du personnel, à l'instar de la création d'une culture de sécurité</b> (Spoelstra et coll., 2012)</li> <li>■ <b>S'attaquer aux attitudes négatives ou cyniques à propos de la prévention des chutes</b> (Miake-Lye et coll., 2013)</li> <li>■ <b>Formation à l'échelle organisationnelle pour éduquer le personnel sur la prévention des chutes afin de mobiliser les professionnels de la santé (entretien ménager, alimentation, transport, thérapeutes, etc.)</b> (Spoelstra et coll., 2012)</li> <li>■ <b>Niveaux supérieurs d'expérience et d'éducation</b> (Stalpers et coll., 2015)</li> <li>■ <b>Relations collaboratives entre professionnels</b> (Stalpers et coll., 2015)</li> </ul>
Dotation en personnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Dotation en personnel adéquate</b> (Stalpers et coll., 2015)</li> <li>■ <b>S'assurer que le personnel est dédié et disponible pour soutenir les interventions</b> (DiBardino et coll., 2012)</li> </ul>
Engager le personnel / approche de l'équipe	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Engagement du personnel de première ligne dans la conception des programmes</b> (Giles et coll., 2015; Miake-Lye et coll., 2013)</li> <li>■ <b>Engager le personnel clinique en tant que « champions du changement »</b> (Giles et coll., 2015)</li> <li>■ <b>Orientation ou gouvernance du programme de prévention par un comité multidisciplinaire</b> (Giles et coll., 2015; Miake-Lye et coll., 2013)</li> </ul>
Boucles de rétroaction	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Interventions pilotes et amélioration continue de la qualité</b> (Giles et coll., 2015; Hempel et coll., 2013; Miake-Lye et coll., 2013)</li> </ul>
Vérification	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Établir des critères de vérification pour la prévention des chutes qui traitent de l'environnement physique, de la culture et des processus de soins hospitaliers et de l'utilisation de la technologie</b> (Giles et coll., 2015)</li> </ul>
Systèmes de consignation au dossier	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Intégrer les interventions dans le dossier médical électronique</b> (DiBardino et coll., 2012)</li> </ul>
Surveillance des données	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Utiliser les technologies de l'information et les systèmes de gestion des données pour fournir des données sur les chutes</b> (Miake-Lye et coll., 2013)</li> </ul>

### Approches organisationnelles

Les données probantes recueillies dans les milieux hospitaliers proposent des approches organisationnelles visant à soutenir les initiatives pour la prévention des chutes et la réduction des blessures. Une approche comprend l'examen de l'environnement physique, des processus de soins et des interventions liées à la culture et à la technologie (Choi et coll., 2011). Une autre adopte une

démarche systémique qui s'adresse à l'organisation (les opérations, les politiques et les procédures), aux personnes (le personnel, les soignants et les patients) et à l'environnement. (Taylor et Hignett, 2016). La vérification et la validation empiriques sont nécessaires dans ce domaine.

### Ressources additionnelles

Pour plus d'informations à l'appui de cette recommandation, se référer aux cadres scientifiques de mise en œuvre dans l'**Annexe B**, et Évaluation de la **ligne directrice**.

#### RECOMMANDATION 5.3 :

Effectuer des rondes comme stratégie pour répondre proactivement aux besoins de la personne et prévenir les chutes.

Niveau de preuve : la

Qualité des données probantes : Examens = qualité faible

#### Discussion sur les données probantes :

Ronde, la consultation régulière des patients en personne (toutes les heures) pour répondre de manière proactive à leurs besoins contribue à réduire le nombre de chutes en milieu hospitalier. (Hicks, 2015; Mitchell, Lavenberg, Trotta et Umscheid, 2014). Les rondes permettent aux fournisseurs de soins de santé de répondre à des besoins individuels qui pourraient contribuer aux chutes, par exemple en déterminant si une personne devrait être repositionnée et si ses biens sont à sa portée, en évaluant la douleur qu'elle ressent, et en l'aidant à aller à la toilette, le cas échéant. Elles permettent aussi de s'assurer que l'environnement est vérifié régulièrement sur le plan de la sécurité.

La ronde régulière peut être considérée comme une approche pour des soins complets et offre d'autres avantages potentiels, tels que la réduction des blessures liées à la pression (Hicks, 2015), la réduction de l'utilisation de la lumière d'appel, l'amélioration de la satisfaction des patients et la meilleure perception par le patient de la réactivité du personnel aux besoins (Mitchell et coll., 2014). Toutefois, comme elle peut potentiellement perturber le sommeil ou les repas (Manojlovich, Lee et Lauseng, 2016), des efforts devraient être faits pour remédier à d'éventuels effets négatifs involontaires.

Il est important de maintenir un horaire régulier des rondes afin d'établir une relation de confiance entre la personne et l'équipe interprofessionnelle (Manojlovich et coll., 2016). Il faut envisager d'effectuer des rondes au niveau organisationnel afin d'assurer l'harmonisation avec les politiques et les procédures, la formation du personnel ainsi que les questions de conformité.

Même s'il n'existe pas de données probantes pour soutenir la mise en œuvre de rondes sauf dans le milieu hospitalier, le comité d'experts suggère que cette pratique pourrait être profitable dans les milieux de soins de longue durée où il est possible que répondre aux besoins des patients proactivement sur une base régulière contribue à réduire leur risque de chutes.

Selon le comité d'experts, la variation dans les ressources disponibles et les différences dans les structures des organismes peuvent influencer la fréquence des rondes. Les données probantes en milieu hospitalier militent en faveur des rondes toutes les heures (Hicks, 2015). Le comité d'experts suggère que les organismes pourraient effectuer des rondes plus souvent (selon les besoins des patients) ou moins souvent (selon les ressources).

# Lacunes de la recherche et conséquences futures

L'équipe du Programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO et le groupe d'experts ont identifié les domaines prioritaires pour les recherches futures décrites dans le **tableau 6**. Les études réalisées dans ces secteurs fourniraient d'autres données probantes pour soutenir la prévention et la réduction de blessures associées aux chutes chez les adultes. La liste n'est pas exhaustive et des études dans d'autres domaines pourraient être nécessaires.

**Tableau 6 : Secteurs de recherche prioritaires pour chaque question de recherche**

QUESTION DE RECHERCHE	SECTEUR DE RECHERCHE PRIORITAIRE
Question de recherche n° 1 : Quels sont les moyens les plus efficaces pour repérer les adultes à risque de chutes ou de blessures associées?	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La détermination des facteurs ou des problèmes de santé qui augmentent le risque de blessures causées par des chutes</li> <li>■ La vérification empirique de l'efficacité et de la faisabilité des outils de dépistage du risque de chutes dans tous les milieux de soins de santé (c.-à-d., l'efficacité dans un hôpital, dans un milieu de soins de longue durée et dans la communauté)</li> <li>■ Les approches de détermination du risque de chutes et de blessures associées chez les adultes de moins de 65 ans.</li> <li>■ L'efficacité d'un identifiant visuel pour communiquer le risque de chutes ou de blessures associées</li> </ul>
Question de recherche n° 2 : Quelles interventions sont efficaces pour prévenir les chutes et réduire le risque de chutes et de blessures associées chez les adultes à risque?	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ L'efficacité des interventions pour prévenir les chutes (ou d'une combinaison d'interventions), qui peuvent être appliquées universellement à des personnes présentant certains problèmes de santé</li> <li>■ L'efficacité des interventions pour prévenir ou réduire les blessures causées par des chutes</li> <li>■ La comparaison de l'efficacité de deux interventions ou plus pour prévenir les blessures, qui permet de clarifier celles qui démontrent les meilleurs résultats pour la personne, la famille et le fournisseur de soins de santé</li> <li>■ L'efficacité des interventions pour prévenir les chutes ou réduire les blessures associées chez des populations particulières, y compris, mais sans s'y limiter : <ul style="list-style-type: none"> <li>□ les personnes atteintes de démence ou d'une déficience cognitive</li> <li>□ les personnes incontinentes</li> <li>□ les personnes présentant un problème de santé mentale</li> <li>□ les personnes victimes d'un AVC</li> <li>□ les personnes âgées de moins de 65 ans</li> </ul> </li> <li>■ L'efficacité des interventions pour prévenir les chutes ou réduire les blessures associées dans des milieux de soins de santé particuliers, y compris : <ul style="list-style-type: none"> <li>□ les services des urgences</li> <li>□ les soins à domicile</li> <li>□ les environnements ambulatoires ou les milieux où des personnes à risque de chutes sont examinées durant de courtes périodes</li> </ul> </li> </ul>

## QUESTION DE RECHERCHE

## SECTEUR DE RECHERCHE PRIORITAIRE

Question de recherche n° 3 :  
Quelles interventions ou  
quels processus doivent  
avoir lieu immédiatement  
après une chute?

- L'efficacité d'interventions particulières pour prévenir les chutes ou réduire les blessures associées, y compris :
  - l'efficacité des technologies (p. ex., les alertes) pour prévenir les chutes
  - l'efficacité des revues de médicaments pour prévenir les chutes
  - l'efficacité de l'utilisation de la protection de la hanche dans des milieux autres que les centres de soins de longue durée
  - l'efficacité des ridelles conçues pour prévenir les chutes
  - l'efficacité d'autres appareils ou accessoires pour réduire les blessures (p. ex., casque de protection, tapis de sol, lit à faible hauteur)

Question de recherche n° 4 :  
Quel contenu et quelles  
stratégies éducatives sont  
nécessaires pour former  
efficacement les infirmières  
et d'autres fournisseurs  
de soins de santé afin de  
prévenir les chutes et les  
blessures associées?

- La détermination des évaluations et des processus qui doivent avoir lieu immédiatement après une chute et dont la mise en œuvre a permis d'obtenir de meilleurs résultats pour les patients
- L'efficacité et la faisabilité des protocoles et des systèmes de documentation après une chute, ainsi que la satisfaction des fournisseurs de soins de santé à cet égard

- Des modèles efficaces pour former les fournisseurs de soins de santé dans le domaine de la prévention des chutes et de la réduction des blessures associées
- Des approches et des contenus en matière d'éducation et de perfectionnement professionnel, qui démontrent de meilleurs résultats pour les fournisseurs de soins de santé et les patients (p. ex., prévention des chutes, réduction des blessures associées)
- L'efficacité de stratégies et d'approches de formation interprofessionnelle en tant que mentorat pour le personnel
- Les effets longitudinaux de la formation des fournisseurs de soins de santé sur d'autres mesures des résultats du patient ou du résident (p. ex., séjours plus courts à l'hôpital, réduction des réadmissions)

Question de recherche  
n° 5 : Quelles politiques  
organisationnelles et quels  
soutiens au niveau du système  
sont nécessaires pour aider  
à prévenir les chutes et les  
blessures associées chez les  
adultes à risque?

- Les facteurs qui influencent le succès des initiatives pour la prévention des chutes (dans tous les milieux de soins de santé)
- Les modèles efficaces qui offrent un cadre permettant de structurer les initiatives pour la prévention des chutes (dans tous les milieux de soins de santé)
- La détermination des facteurs systémiques (organisationnels et sociétaux) qui contribuent aux chutes
- Les approches efficaces pour effectuer des enquêtes complètes sur les chutes afin d'en déterminer les causes (et non les risques), qui mènent ensuite à des interventions ciblées
- La faisabilité des programmes de prévention des chutes mis en œuvre au niveau du système de santé, et leurs impacts à long terme
- Faisabilité des programmes de prévention des chutes mis en œuvre dans des milieux où les ressources sont limitées (en zones rurales et éloignées)

## Stratégies de mise en œuvre

La mise en œuvre des lignes directrices au point d'intervention comporte plusieurs facettes et constitue un défi; il faut bien plus qu'une connaissance et une distribution des lignes directrices pour amener les gens à modifier leur pratique. Les directrices doivent s'adapter à chaque milieu de pratique de façon systématique et participative afin que les recommandations correspondent au contexte local (Harrison, Graham, Fervers et van den Hoek, 2013). La *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (2012) de l'AIIAO* offre un processus éclairé par des données probantes. Elles peuvent être téléchargées sur le site [http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Toolkit\\_2ed\\_French\\_with\\_App.E.pdf](http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Toolkit_2ed_French_with_App.E.pdf)

La *Trousse* repose sur de nouvelles données selon lesquelles les chances d'une adoption réussie des pratiques exemplaires en santé augmentent dans les circonstances suivantes :

- les chefs de file à tous les niveaux se sont engagés à soutenir la mise en œuvre de la ligne directrice;
- la sélection des lignes directrices à mettre en œuvre se fait par l'entremise d'un processus participatif et systématique;
- les intervenants pour qui les lignes directrices sont pertinentes sont repérés et participent à la mise en œuvre;
- l'état de préparation de l'environnement pour mettre en œuvre les lignes directrices est évalué;
- la ligne directrice est adaptée au contexte local;
- les obstacles et les facteurs favorables à l'utilisation de la ligne directrice sont évalués et traités;
- les interventions visant à encourager l'utilisation de la ligne directrice sont sélectionnées;
- l'utilisation de la ligne directrice est surveillée systématiquement et maintenue;
- l'évaluation de l'impact de la ligne directrice est intégrée dans le processus;
- il existe des ressources adéquates pour réaliser la mise en œuvre sous tous ses aspects.

La *Trousse* utilise le cadre conceptuel pour le passage des connaissances à la pratique (Straus, Tetroe, Graham, Zwarenstein et Bhattacharyya, 2009) afin de démontrer les étapes du processus nécessaires pour effectuer l'enquête et la synthèse des connaissances (voir **Figure 3**). Elle permet aussi d'orienter l'adaptation des nouvelles connaissances au contexte local, ainsi que leur mise en œuvre. Le cadre suggère de cerner et d'utiliser les outils de connaissances comme les lignes directrices, pour déterminer les lacunes et pour entamer le processus d'adaptation des nouvelles connaissances au contexte régional.

L'AIIAO s'engage à assurer le déploiement et la mise en œuvre à grande échelle de ses lignes directrices sur les pratiques exemplaires (LDPE). Nous appliquons une démarche coordonnée de diffusion faisant appel à différentes stratégies, notamment :

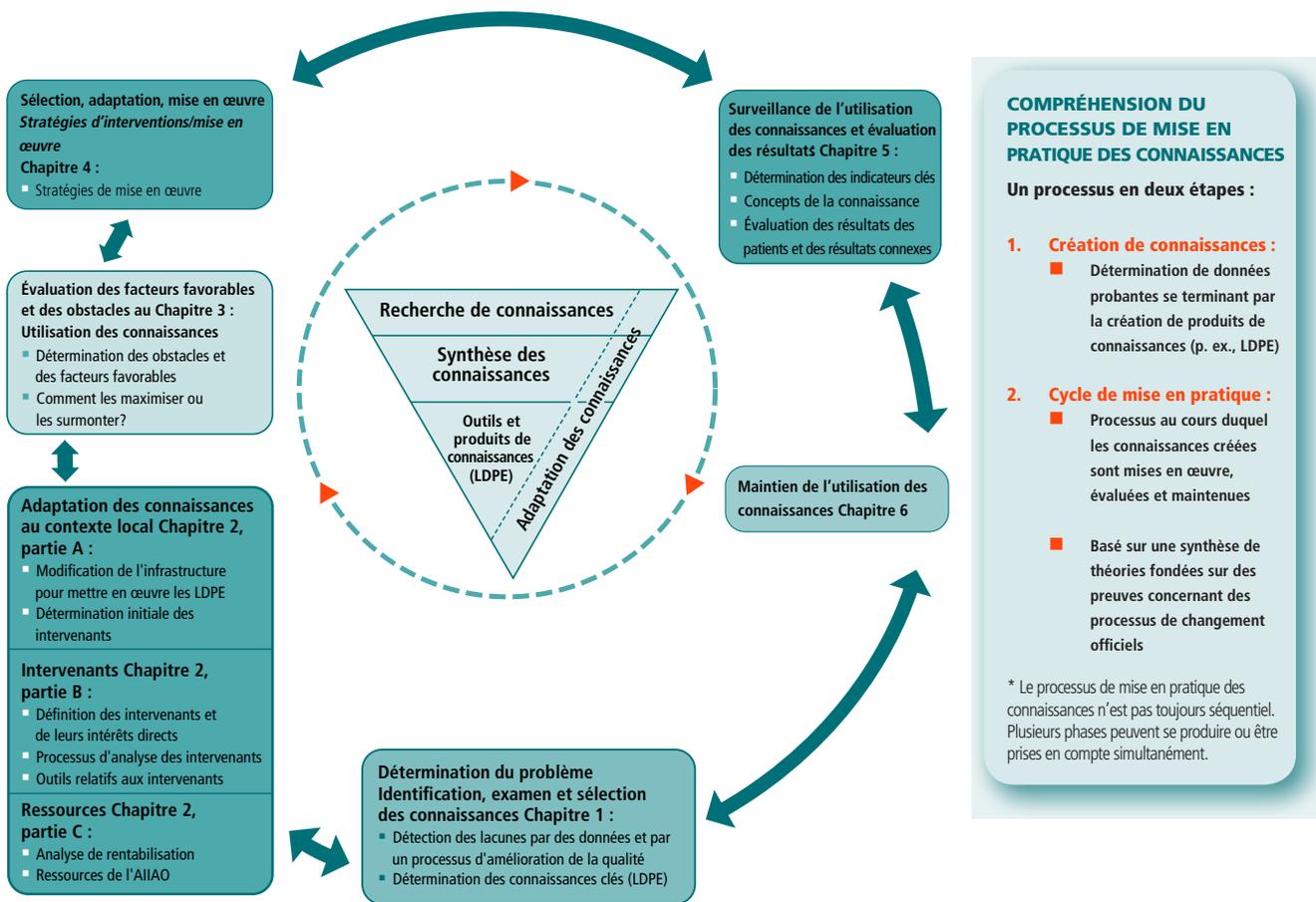
1. Le Réseau des champions des pratiques exemplaires en matières de soins infirmiers<sup>®</sup> qui développe la capacité de chaque infirmière à encourager la conscientisation, l'engagement et l'adoption des lignes directrices de pratiques exemplaires;
2. Les modèles d'ordonnance en soins infirmiers<sup>®</sup>, qui fournissent des énoncés d'intervention clairs, concis et tirés des recommandations de pratique des LDPE, qui peuvent être facilement intégrés dans des dossiers médicaux électroniques, mais aussi utilisés dans des milieux basés sur le papier ou hybrides; et
3. La désignation Organisation vedette en pratiques exemplaires<sup>®</sup> (OVPE<sup>®</sup>), qui soutient la mise en œuvre des meilleures pratiques aux niveaux des systèmes et des organisations. Les OVPE se concentrent sur la mise en place de cultures professionnelles fondées sur les données probantes avec le mandat particulier de mettre en œuvre, d'évaluer et d'« enraciner » plusieurs LDPE de l'AIIAO.

En outre, nous offrons chaque année des ateliers de renforcement des capacités sur des LDPE précises et leur mise en application. Pour en savoir plus sur nos stratégies de mise en œuvre, veuillez consulter :

- Réseau des champions des pratiques exemplaires en matière de soins infirmiers® : [RNAO.ca/bpg/get-involved/champions](http://RNAO.ca/bpg/get-involved/champions)
- Modèles d'ordonnance en soins infirmiers de l'AIIAO : [RNAO.ca/bpg/initiatives/nursing-order-sets](http://RNAO.ca/bpg/initiatives/nursing-order-sets)
- Organisations vedettes des pratiques exemplaires de l'AIIAO® : [RNAO.ca/bpg/bpso](http://RNAO.ca/bpg/bpso)
- Les ateliers de renforcement des capacités et les autres occasions de perfectionnement professionnel de l'AIIAO : [RNAO.ca/events](http://RNAO.ca/events)

Figure 3 : Cadre de mise en pratique des connaissances

## CADRE DE MISE EN PRATIQUE DES CONNAISSANCES RÉVISÉ



Adapté de *Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice*.  
S. Straus, J. Tetroe, and I. Graham. Copyright 2009 Blackwell Publishing Ltd. Adaptation autorisée.

# Évaluation de la ligne directrice

Le **tableau 7** fournit des mesures d'évaluations potentielles afin d'évaluer le succès global de la ligne directrice. Lorsque l'on met en œuvre la ligne directrice, il est important d'évaluer les changements apportés aux pratiques, qui sont fondés sur des données probantes. Sélectionnez les mesures les plus pertinentes pour le milieu de pratique. Les répertoires de données sur la liste sont visés par une déclaration obligatoire conformément à la loi en Ontario et au Canada. Les instruments cités sont utilisés pour recueillir des données pour les mesures indiquées.

**Tableau 7 : Mesures d'évaluation du succès de la ligne directrice globalement**

MESURES D'ÉVALUATION	MESURES DANS LES INSTRUMENTS/ARCHIVES DE DONNÉES
<b>Incidence :</b>	
Taux de chutes par 1 000 jours-patient (soins hospitaliers)	NQuIRE <sup>®1</sup>
Taux de chutes par 1 000 visites-patient (soins à domicile, soins primaires)	NQuIRE
Chutes au cours des derniers 30 jours	NQuIRE, ICIS SISLD <sup>2</sup> , RAI-MDS 2.0 <sup>3</sup> , interRAI-AC <sup>4</sup>
Chutes au cours des derniers 90 jours (clients en hébergement de longue durée avec services de soins)	CIHI HCRS <sup>5</sup> , OACCAC HCD <sup>6</sup> , RAI-HC <sup>7</sup> , interRAI-CA <sup>8</sup>
Chutes lors de l'admission ou du congé (soins hospitaliers)	ICIS BDCP <sup>9</sup> (C-RSAIS <sup>10</sup> ), interRAI-AC
Pourcentage d'hospitalisations liées à une chute	ICIS BDCP, ICIS SNISA <sup>11</sup> et Statistiques Canada, ICIS ROT <sup>12</sup>
Pourcentage d'hospitalisations pour une fracture de la hanche causée par une chute	ICIS BDCP, ICIS BDMH <sup>13</sup>
Pourcentage de blessures causées par des chutes entraînant la mort	NQuIRE, ROT ICIS
Pourcentage d'adultes qui ont fait l'objet d'interventions après une chute	Nouveau
Nombre ou pourcentage de rondes complétées par jour pour prévenir les chutes	Nouveau
Durée moyenne des séjours à l'hôpital liés à une chute ou à des blessures associées	BDCP ICIS, BDMH ICIS
Coût par adulte par jour/visite	Nouveau
Pourcentage d'adultes transférés vers l'hôpital à partir d'un milieu de soins de longue durée ou de la maison à cause d'une chute	Nouveau
Pourcentage d'adultes transférés en soins de longue durée à cause de chutes à la maison ou à l'hôpital.	Nouveau

- 1 Les lettres NQuIRE sont l'acronyme de Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation\*, soit « indicateurs de qualité en soins infirmiers pour la production de rapports et l'évaluation ».
- 2 Les lettres CIHI CCRS sont l'acronyme de Canadian Institutes for Health Information Continuing Care Reporting System, soit « système d'information sur les soins de longue durée de l'institut canadien d'information sur la santé ».
- 3 Version 2.0 de Resident Assessment Instrument Minimum Data Set (minimum de données standardisées (MDS) de la méthode d'évaluation RAI)

- 4 interRAI–Acute Care (interRAI-AC). Acute care signifie « soins actifs ».
- 5 Les lettres CIHI HCRS sont l'acronyme de Canadian Institutes for Health Information Home Care Reporting System, soit ICIS SISD «système d'information sur les services à domicile de l'institut canadien d'information sur la santé ».
- 6 Les lettres OACCAD HCD sont un acronyme pour Ontario Association of Community Care Access Centres Home Care Database soit la « base de données des soins à domicile des services communs pour la santé Ontario »
- 7 Les lettres RAI-HC sont un acronyme pour Resident Assessment Instrument–Home Care soit « démarche RAI pour les soins à domicile »
- 8 InterRAI–Contact Assessment (interRAI-CA) soit la démarche inter RAI évaluation au contact
- 9 Base de données sur les congés des patients de l'institut canadien d'information sur la santé
- 10 Les lettres C-HOBIC sont un acronyme pour Canadian-Health Outcomes for Better Information and Care soit C-RAIS « Projet canadien - Résultats dans le domaine de la santé pour l'amélioration de la santé et des soins. »
- 11 Les lettres CIHI NACRS sont un acronyme pour Canadian Institute for Health Information National Ambulatory Care Reporting System soit SNISA « système de production de rapports sur les soins ambulatoires de l'institut canadien d'information sur la santé »
- 12 Registre ontarien des traumatismes de l'institut canadien d'information sur la santé
- 13 Les lettres CIHI HMDB sont un acronyme pour Canadian Institute for Health Information Hospital Mortality Database soit ICIS BDMH « Données sur la morbidité hospitalière de l'institut canadien d'information sur la santé ».

Le **tableau 8** soutient l'évaluation des changements dans les pratiques durant leur mise en place. Les mesures sont directement associées aux énoncés des recommandations et soutiennent l'amélioration du processus.

**Tableau 8 : Mesures de mise en œuvre pour obtenir le succès de la ligne directrice globalement**

RECOMMANDATION	MESURES DE MISE EN ŒUVRE	MESURES DANS LES INSTRUMENTS/ARCHIVES DE DONNÉES
1.1	Pourcentage d'adultes soumis à un dépistage de risque de chutes : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Lors de l'admission</li> <li>■ Suivant un changement important dans l'état de santé</li> <li>■ Chaque année</li> </ul>	Nouveau
1.2a	Pourcentage d'adultes à risque de chutes qui ont été évalués pour des facteurs de risque de chutes individuels dans le cadre d'une évaluation complète	NQURE
1.2b	Pourcentage d'adultes tombés plusieurs fois et présentant des facteurs de risques multiples et/ou des besoins complexes, qui sont dirigés vers d'autres évaluations	Nouveau
2.2	Nombre ou pourcentage d'adultes qui risquent des chutes ou des blessures causées par des chutes (incluant famille et personnel soignant) qui reçoivent une formation sur la prévention des chutes et l'intervention en cas de chute	Nouveau
2.3	Pourcentage d'adultes dont le risque de chutes est communiqué au prochain fournisseur de soins de santé responsable et/ou aidant naturel durant les transitions de soins	Nouveau
2.6	Pourcentage d'adultes à risque de chutes dont les médicaments ont été revus et modifiés pour réduire leur risque de chutes	Nouveau

RECOMMANDATION	MESURES DE MISE EN ŒUVRE	MESURES DANS LES INSTRUMENTS/ARCHIVES DE DONNÉES
2.9	Pourcentage d'adultes à risque élevé de chutes et de fracture de la hanche, qui ont reçu des protecteurs de hanche à titre d'intervention	Nouveau
3.1	Pourcentage d'adultes qui ont fait l'objet d'une évaluation après une chute	NQuIRE, SISLD ICIS, SRSD ICIS, RAI-MDS 2.0, RAI-HC et interRAI-CA
5.1	Pourcentage de conformité aux précautions universelles contre les chutes à l'échelle de l'organisme	Nouveau
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Pourcentage de conformité au fait d'abaisser la ridelle inférieure (section séparée d'une ridelle) à l'échelle de l'organisme, le cas échéant</li> </ul>	Nouveau
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Pourcentage de conformité au fait d'abaisser le lit à l'échelle de l'organisme, le cas échéant</li> </ul>	Nouveau

D'autres ressources de l'AIIAO pour l'évaluation et la surveillance des LDPE :

- Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation<sup>®</sup> (NQuIRE<sup>®</sup>), un système unique de données en soins infirmiers qui loge à l'enseigne du centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers, et qui permet aux Best Practice Spotlight Organizations<sup>®</sup> (BPSOs<sup>®</sup>) de mesurer l'impact des mise en place des pratiques exemplaires par la BPSO à travers le monde. Le système de données NQuIRE recueille, compare et présente des données sur les indicateurs de résultats et les processus fondés sur la ligne directrice et sensibles aux soins infirmiers. Le système de données NQuIRE a été lancé en août 2012 dans le but de : (i) créer et soutenir des cultures professionnelles basées sur les données probantes, (ii) optimiser la sécurité des patients, (iii) améliorer le sort des patients et (iv) amener le personnel à déterminer la relation entre les pratiques et les résultats pour améliorer la qualité et demander des ressources et des politiques alignées avec les changements des pratiques exemplaires. (VanDeVelde-Coke et coll., 2012). Pour en savoir plus, veuillez consulter [www.RNAO.ca/bpg/initiatives/nquire](http://www.RNAO.ca/bpg/initiatives/nquire).
- Les modèles d'ordonnance en soins infirmiers intégrés dans les dossiers médicaux électroniques offrent un mécanisme pour la saisie d'indicateurs de processus sous forme de données électroniques. En traçant un lien entre les indicateurs de mode d'organisation, de processus et de résultats, on parvient à déterminer l'influence qu'a eue la mise en œuvre des LDPE sur certains résultats de santé des clients. Pour en savoir plus, veuillez consulter [www.RNAO.ca/ehealth/nursingordersets](http://www.RNAO.ca/ehealth/nursingordersets).

# Processus pour la mise à jour et l'examen de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario s'est engagée à mettre à jour ses LDPE de la façon suivante :

1. Chaque ligne directrice sur les pratiques exemplaires sera examinée par une équipe de spécialistes sur le sujet cinq ans après la publication de l'édition précédente.
2. Le personnel du centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires (AILDPE) exerce une surveillance régulière à la recherche de nouveaux examens méthodiques, d'essais cliniques randomisés et d'autres documents pertinents dans le domaine.
3. En s'appuyant sur cette recherche, le personnel peut recommander une période de révision anticipée pour une LDPE particulière. Une consultation adéquate auprès d'une équipe formée de membres du groupe original et d'autres spécialistes du domaine permettra de valider la décision d'examiner et de réviser la LDPE avant l'échéance prévue.
4. Trois mois avant l'échéance de révision, le personnel commence à planifier l'examen de la façon suivante :
  - a) En invitant des spécialistes du domaine à se joindre au comité d'experts. Le comité réunira des membres du comité d'experts initial ainsi que d'autres spécialistes et experts recommandés.
  - b) En compilant les commentaires reçus, les questions soulevées pendant l'étape de diffusion, y compris d'autres commentaires et expériences des OVPE<sup>®</sup> et d'autres sites de diffusion concernant leurs expériences.
  - c) En établissant une liste de nouvelles lignes directrices cliniques sur le terrain et en raffiner l'objet et la portée.
  - d) En établissant un plan de travail détaillé comportant des échéances et des livrables pour l'élaboration d'une nouvelle édition de LDPE.
5. Les nouvelles éditions des LDPE seront diffusées selon les structures et les processus établis.



# Références

- Aboutorabi, A., Bahramizadeh, M., Arazpour, M., Fadayevatan, R., Farahmand, F., Curran, S. et Hutchins, S. W. (2016). A systematic review of the effect of foot orthoses and shoe characteristics on balance in healthy older subjects. *Prosthetics & Orthotics International*, 40(2), 170–181.
- Abu Samah, Z., Mohd Nordin, N. A., Shahar, S. et Singh, D. K. A. (2016). Can gait speed test be used as a falls risk screening tool in community dwelling older adults? A review. *Polish Annals of Medicine*, 23(1), 61–67.
- Agence de la santé publique du Canada. (2014). Seniors' falls in Canada: Second report. Tiré de [http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/publications/public/injury-blessure/seniors\\_falls-chutes\\_aines/assets/pdf/seniors\\_falls-chutes\\_aines-eng.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/publications/public/injury-blessure/seniors_falls-chutes_aines/assets/pdf/seniors_falls-chutes_aines-eng.pdf)
- Agrément Canada. (2016) Fall prevention and injury reduction (inpatient). Required organizational practice. Draft for national consultation. Tiré de <https://medicalstaff.covenanthealth.ca/media/262604/nc-fall-inpatient-en.pdf>
- Al-Aama, T. (2011). Falls in the elderly: Spectrum and prevention. *Canadian Family Physician*, 57(7), 771-776.
- Allen, N. E., Sherrington, C., Paul, S. S. et Canning, C. G. (2011). Balance and falls in Parkinson's disease: A meta-analysis of the effect of exercise and motor training. *Movement Disorders*, 26(9), 1605–1615.
- Ambrose, A. F., Cruz, L. et Paul, G. (2015). Falls and fractures: A systematic approach to screening and prevention. *Maturitas*, 82(1), 85–93.
- Ambrose, A. F., Paul, G. et Hausdorff, J. M. (2013). Risk factors for falls among older adults: A review of the literature. *Maturitas*, 75(1), 51–61.
- American Medical Directors Association. (2011a). Falls and fall risk clinical practice guideline. Columbia, MD: Auteur.
- American Medical Directors Association. (2011b). Falls and fall risk in the long-term care setting. Columbia, MD: Auteur.
- Anderson, O., Boshier, P. R. et Hanna, G. B. (2012). Interventions designed to prevent healthcare bed-related injuries in patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(1). doi:10.1002/14651858.CD008931.pub2
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2015) *Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille*. Toronto (Ontario) : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2007). Embracing cultural diversity in health care: Developing cultural competence. Toronto (Ontario) : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2011). Prevention of falls and fall injuries in the older adult. Toronto (Ontario) : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2012). Toolkit: Implementation of best practice guidelines (2e éd.). Toronto (Ontario) : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2013). Developing and sustaining interprofessional health care: Optimizing patients/clients, organizational, and system outcomes. Toronto (Ontario) : Auteur.

- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2015). Person- and family-centred care. Toronto (Ontario) : Auteur.
- Austin, Z. et Sutton, J. (2014). Qualitative research: Getting started. *The Canadian Journal of Hospital Pharmacy*, 67(6), 436–440.
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2009). Preventing falls and harm from falls in older people: Best practice guidelines for Australian community care. Tiré de <https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/01/Guidelines-COMM.pdf>
- Avella, J. R. (2016). Delphi panels: Research design, procedures, advantages, and challenges. *International Journal of Doctoral Studies*, 11, 305(321), 1122-1135. Tiré de <http://www.informingscience.org/Publications/3561>
- Baker, C.M., Ogden, S.J., Prapaipanich, W., Keith, C.K., Beattie, L.C. et Nickleson, L.E. (1999). Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger life cycle. *Journal of Nursing Administration*, 29(3), 11-20.
- Balzer, K., Bremer, M., Schramm, S., Luhmann, D. et Raspe, H. (2012). Falls prevention for the elderly. *GMS Health Technology Assessment*, 8. doi:10.3205/hta000099
- Barker, A. L., Bird, M. L. et Talevski, J. (2015). Effect of Pilates exercise for improving balance in older adults: A systematic review with meta-analysis. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 96(4), 715–723.
- Barry, E., Galvin, R., Keogh, C., Horgan, F. et Fahey, T. (2014). Is the Timed Up and Go test a useful predictor of risk of falls in community dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 14(1). doi:10.1186/1471-2318-14-14
- Batchelor, F. A., Dow, B. et Low, M. A. (2013). Do continence management strategies reduce falls? A systematic review. *Australasian Journal on Ageing*, 32(4), 211–216.
- Beauchet, O., Dubost, V., Revel Delhom, C., Berrut, G. et Belmin, J. for the French Society of Geriatrics and Gerontology. (2011). How to manage recurrent falls in clinical practice: Guidelines of the French Society of Geriatrics and Gerontology. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 15(1), 79–84.
- Beauchet, O., Fantino, B., Allali, G., Muir, S.W., Montero-Odasso, M. et Annweiler, C. (2011). Timed Up and Go test and risk of falls in older adults: A systematic review. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 15(10), 933-938
- BioMed Central. (2017) Implementation science. Tiré de <https://implementationscience.biomedcentral.com/about>
- Bloem, B. R., Marinus, J., Almeida, Q., Dibble, L., Nieuwboer, A., Post, B., ... Schrag, A. (2016). Measurement instruments to assess posture, gait, and balance in Parkinson's disease: Critique and recommendations. *Movement Disorders*, 31(9), 1342–1355.
- Boelens, C., Hekman, E. E. et Verkerke, G. J. (2013). Risk factors for falls of older citizens. *Technology & Health Care*, 21(5), 521–533.
- Booth, V., Logan, P., Harwood, R. et Hood, V. (2015). Falls prevention interventions in older adults with cognitive impairment: A systematic review of reviews. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 22(6), 289–296.
- Brouwers, M., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., ... Zitzelsberger, L. (2010). AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Canadian Medical Association Journal*, 182(18), E839–842.
- Bula, C. J., Monod, S., Hoskovec, C. et Rochat, S. (2011). Interventions aiming at balance confidence improvement in older adults: An updated review. *Gerontology*, 57(3), 276–286.

- Bullo, V., Bergamin, M., Gobbo, S., Sieverdes, J. C., Zaccaria, M., Neunhaeuserer, D. et Ermolao, A. (2015). The effects of Pilates exercise training on physical fitness and wellbeing in the elderly: A systematic review for future exercise prescription. *Preventive Medicine*, 75, 1–11.
- Bunn, F., Dickinson, A., Simpson, C., Narayanan, V., Humphrey, D., Griffiths, C., ... Victor, C. (2014). Preventing falls among older people with mental health problems: A systematic review. *BMC Nursing*, 13(1), 4.
- Burton, E., Cavalheri, V., Adams, R., Browne, C. O., Boverly-Spencer, P., Fenton, A. M., ... Hill, K. D. (2015). Effectiveness of exercise programs to reduce falls in older people with dementia living in the community: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Interventions In Aging*, 10, 421-434.
- Cadore, E. L., Rodriguez-Manas, L., Sinclair, A. et Izquierdo, M. (2013). Effects of different exercise interventions on risk of falls, gait ability, and balance in physically frail older adults: A systematic review. *Rejuvenation Research*, 16(2), 105–114.
- Callis, N. (2016). Falls prevention: Identification of predictive fall risk factors. *Applied Nursing Research*, 29, 53–58.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2013). Descriptive and analytic studies. Tiré de [http://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/fetp/training\\_modules/19/desc-and-analytic-studies\\_ppt\\_final\\_09252013.pdf](http://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/fetp/training_modules/19/desc-and-analytic-studies_ppt_final_09252013.pdf)
- Chan, W. C., Yeung, J. W., Wong, C. S., Lam, L. C., Chung, K. F., Luk, J. K., ... Law, A. C. (2015). Efficacy of physical exercise in preventing falls in older adults with cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(2), 149-154.
- Changqing, X., Ning Audrey, T. X., Hui Shi, S. L., Ting Shanel, Y. W., Marie Tan, J., Premarani, K., ... Kumar, S. V. (2015). Effectiveness of interventions for the assessment and prevention of falls in adult psychiatric patients: A systematic review. *JB I Library of Systematic Reviews*, 10(9), 513–573.
- Chase, C. A., Mann, K., Wasek, S. et Arbesman, M. (2012). Systematic review of the effect of home modification and fall prevention programs on falls and the performance of community-dwelling older adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 284–291.
- Choi, Y. S., Lawler, E., Boenecke, C. A., Ponatoski, E. R. et Zimring, C. M. (2011). Developing a multi-systemic fall prevention model, incorporating the physical environment, the care process and technology: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 67(12), 2501–2524.
- Chu, Y. H., Tang, P. F., Peng, Y. C. et Chen, H. Y. (2013). Meta-analysis of type and complexity of a secondary task during walking on the prediction of elderly falls. *Geriatrics & Gerontology International*, 13(2), 289–297.
- Clinical judgment. (2009). In *Mosby's Medical Dictionary* (8e éd.). Tiré de <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/clinical+judgment>
- Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. (2006). National guidelines for seniors' mental health: The assessment and treatment of mental health issues in long term care homes (focus on mood and behaviour symptoms). Tiré de [http://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2016/03/NatlGuideline\\_LTC.pdf](http://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2016/03/NatlGuideline_LTC.pdf)
- Combes, M. et Price, K. (2014). Hip protectors: Are they beneficial in protecting older people from fall-related injuries? *Journal of Clinical Nursing*, 23(1-2), 13-23.

- Crandall, M., Duncan, T., Mallat, A., Greene, W., Violano, P., Christmas, A. B. et Barraco, R. (2016). Prevention of fall-related injuries in the elderly: An Eastern Association for the Surgery of Trauma practice management guideline. *The Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 81(1), 196–206.
- Cumbler, E. U., Simpson, J. R., Rosenthal, L. D. et Likosky, D. J. (2013). Inpatient falls: Defining the problem and identifying possible solutions. Part II: Application of quality improvement principles to hospital falls. *The Neurohospitalist*, 3(4), 203–208.
- da Costa, B. R., Rutjes, A. W. S., Mendy, A., Freund-Heritage, R. et Vieira, E. R. (2012). Can falls risk prediction tools correctly identify fall-prone elderly rehabilitation inpatients? A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 7(7). doi:10.1371/journal.pone.0041061
- Darowski, A. et Whiting, R. (2011). Cardiovascular medication and falls. *Reviews in Clinical Gerontology*, 21(2), 170–179.
- de Groot, M. H., van Campen, J. P., Moek, M. A., Tulner, L. R., Beijnen, J. H. et Lamoth, C. J. (2013). The effects of fall-risk-increasing drugs on postural control: A literature review. *Drugs & Aging*, 30(11), 901–920.
- Deandrea, S., Bravi, F., Turati, F., Lucenteforte, E., La Vecchia, C. et Negri, E. (2013). Risk factors for falls in older people in nursing homes and hospitals. A systematic review and meta-analysis. *Archives of Gerontology & Geriatrics*, 56(3), 407–415.
- Degelau, J., Belz, M., Bungum, L., Flavin, P. L., Harper, C., Leys, K., ... Webb, B. Institute for Clinical Systems Improvement. (2012). Prevention of Falls (Acute Care). Tiré de <https://iu.instructure.com/courses/1491754/files/56997226/download?wrap=1>
- Dennett, A. M. et Taylor, N. F. (2015). Machines that go “ping” may improve balance but may not improve mobility or reduce risk of falls: A systematic review. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 47(1), 18–30.
- DiBardino, D., Cohen, E. R. et Didwania, A. (2012). Meta-analysis: Multidisciplinary fall prevention strategies in the acute care inpatient population. *Journal of Hospital Medicine*, 7(6), 497–503.
- Ejupi, A., Lord, S. R. et Delbaere, K. (2014). New methods for fall risk prediction. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 17(5), 407–411.
- El-Khoury, F., Cassou, B., Charles, M. A. et Dargent-Molina, P. (2013). The effect of fall prevention exercise programmes on fall induced injuries in community dwelling older adults: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*, 347. doi:10.1136/bmj.f6234
- Ferreira, M. L., Sherrington, C., Smith, K., Carswell, P., Bell, R., Bell, M., ... Vardon, P. (2012). Physical activity improves strength, balance and endurance in adults aged 40-65 years: A systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 58(3), 145–156.
- Ferris, F. D., Balfour, H. M., Bowen, K., Farley, J., Hardwick, M., Lamontagne, C., ... West, P. (2002). West, P., J. (2002). A model to guide patient and family care: Based on nationally accepted principles and norms of practice. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(2), 106-123.
- Flaherty, L. M. et Josephson, N. C. (2013). Screening for fall risk in patients with haemophilia. *Haemophilia*, 19(3), e103–109.
- Fleiss, J., Levin, B., et Paik, M. C. (2003). *Statistical methods for rates and proportions* (3e éd.). New York, NY: John Wiley and Sons.

- Gagnon, C. et Lafrance, M. (2014). Falls prevention among seniors living at home: Preliminary recommendations for clinical practice guidelines. Tiré du site Web de l'Institut national de santé publique du Québec : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1804\\_Falls\\_Preve\\_Among\\_Seniors.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1804_Falls_Preve_Among_Seniors.pdf)
- Giles, K., Stephenson, M., McArthur, A. et Aromataris, E. (2015). Prevention of in-hospital falls: Development of criteria for the conduct of a multi-site audit. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(2), 104-111.
- Gillespie, L. D., Robertson, M. C., Gillespie, W. J., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L. M. et Lamb, S. E. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(9), DOI:10.1002/14651858.CD007146.pub3
- Gleeson, M., Sherrington, C. et Keay, L. (2014). Exercise and physical training improve physical function in older adults with visual impairments but their effect on falls is unclear: A systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 60(3), 130-135.
- Goodwin, V. A., Abbott, R. A., Whear, R., Bethel, A., Ukoumunne, O. C., Thompson-Coon, J. et Stein, K. (2014). Multiple component interventions for preventing falls and fall-related injuries among older people: Systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 14(1), 15.
- Goodwin, V., Jones-Hughes, T., Thompson-Coon, J., Boddy, K. et Stein, K. (2011). Implementing the evidence for preventing falls among community-dwelling older people: A systematic review. *Journal of Safety Research*, 42(6), 443-451.
- Granacher, U., Gollhofer, A., Hortobagyi, T., Kressig, R. W. et Muehlbauer, T. (2013). The importance of trunk muscle strength for balance, functional performance, and fall prevention in seniors: A systematic review. *Sports Medicine*, 43(7), 627-641.
- Greenberg, L. (2012). Analysis of measurement tools of fear of falling for high-risk, community-dwelling older adults. *Clinical Nursing Research*, 21(1), 113-130.
- Gunn, H., Markevics, S., Haas, B., Marsden, J. et Freeman, J. (2015). Systematic review: The effectiveness of interventions to reduce falls and improve balance in adults with multiple sclerosis. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 96(10), 1898-1912.
- Guo, J. L., Tsai, Y. Y., Liao, J. Y., Tu, H. M. et Huang, C. M. (2014). Interventions to reduce the number of falls among older adults with/without cognitive impairment: An exploratory meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(7), 661-669.
- Halm, M. A. et Quigley, P. A. (2011). Reducing falls and fall-related injuries in acutely and critically ill patients. *American Journal of Critical Care*, 20(6), 480-484.
- Harrison, M. B., Graham, I. D., Fervers, B., et van den Hoek, J. (2013). Adapting knowledge to local context. In S. E. Straus, J. Tetroe et I. D. Graham (Eds.), *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice* (2nd ed.) (pp. 110-120). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Hawley-Hague, H., Boulton, E., Hall, A., Pfeiffer, K. et Todd, C. (2014). Older adults' perceptions of technologies aimed at falls prevention, detection or monitoring: A systematic review. *International Journal of Medical Informatics*, 83(6), 416-426.
- Hempel, S., Newberry, S., Wang, Z., Booth, M., Shanman, R., Johnsen, B., ... Ganz, D. A. (2013). Hospital fall prevention: A systematic review of implementation, components, adherence, and effectiveness. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(4), 483-494.

- Hicks, D. (2015). Can rounding reduce patient falls in acute care? An integrative literature review. *MEDSURG Nursing*, 24(1), 51–55.
- Hill-Taylor, B., Walsh, K. A., Stewart, S., Hayden, J., Byrne, S. et Sketris, I. S. (2016). Effectiveness of the STOPP/START (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions/Screening Tool to Alert doctors to the Right Treatment) criteria: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies. *Journal of Clinical Pharmacy & Therapeutics*, 41(2), 158–169.
- Hill, K. D., Hunter, S. W., Batchelor, F. A., Cavalheri, V. et Burton, E. (2015). Individualized home-based exercise programs for older people to reduce falls and improve physical performance: A systematic review and meta-analysis. *Maturitas*, 82(1), 72–84.
- Holt, K. R., Haavik, H. et Elley, C. R. (2012). The effects of manual therapy on balance and falls: A systematic review. *Journal of Manipulative & Physiological Therapeutics*, 35(3), 227–234.
- Home care. (2009). In *Mosby's Medical Dictionary* (8e éd.). Tiré de <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/home+care>
- Howcroft, J., Kofman, J. et Lemaire, E. D. (2013). Review of fall risk assessment in geriatric populations using inertial sensors. *Journal of Neuroengineering & Rehabilitation*, 10(1), 91.
- Huang, Y. et Liu, X. (2015). Improvement of balance control ability and flexibility in the elderly Tai Chi Chuan (TCC) practitioners: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Gerontology & Geriatrics*, 60(2), 233–238.
- Hunter, K. F., Wagg, A., Kerridge, T., Chick, H. et Chambers, T. (2011). Falls risk reduction and treatment of overactive bladder symptoms with antimuscarinic agents: A scoping review. *Neurourology & Urodynamics*, 30(4), 490–494.
- Institut canadien pour la sécurité des patients. (2013). Safety at home: A pan-Canadian home care safety study. Tiré de <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Research/commissionedResearch/SafetyatHome/Documents/Safety%20At%20Home%20Care.pdf>
- Ishigaki, E. Y., Ramos, L. G., Carvalho, E. S. et Lunardi, A. C. (2014). Effectiveness of muscle strengthening and description of protocols for preventing falls in the elderly: A systematic review. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 18(2), 111–118.
- Jang, H., Clemson, L., Lovarini, M., Willis, K., Lord, S. R. et Sherrington, C. (2016). Cultural influences on exercise participation and fall prevention: A systematic review and narrative synthesis. *Disability and Rehabilitation*, 38(8), 724–732.
- Jensen, L. E. et Padilla, R. (2011). Effectiveness of interventions to prevent falls in people with Alzheimer's disease and related dementias. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(5), 532–540.
- Korall, A. M., Feldman, F., Scott, V. J., Wasdell, M., Gillan, R., Ross, D., ... Lin, L. (2015). Facilitators of and barriers to hip protector acceptance and adherence in long-term care facilities: A systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(3), 185-193.
- Kosse, N. M., Brands, K., Bauer, J. M., Hortobagyi, T. et Lamoth, C. J. (2013). Sensor technologies aiming at fall prevention in institutionalized old adults: A synthesis of current knowledge. *International Journal of Medical Informatics*, 82(9), 743–752.
- Lach, H. W. et Parsons, J. L. (2013). Impact of fear of falling in long term care: An integrative review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(8), 573-577.
- Lang, C. E. (2014). Do sitters prevent falls? A review of the literature. *Journal of Gerontological Nursing*, 40(5), 24-33.

- Laufer, Y., Dar, G. et Kodesh, E. (2014). Does a Wii-based exercise program enhance balance control of independently functioning older adults? A systematic review. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 1803–1813.
- Lee, D.-C. A., Pritchard, E., McDermott, F. et Haines, T. P. (2014). Falls prevention education for older adults during and after hospitalization: A systematic review and meta-analysis. *Health Education Journal*, 73(5), 530–544.
- Lee, J., Geller, A. I. et Strasser, D. C. (2013). Analytical review: Focus on fall screening assessments. *PM&R*, 5(7), 609–621.
- Leung, D. P., Chan, C. K., Tsang, H. W., Tsang, W. W. et Jones, A. Y. (2011). Tai chi as an intervention to improve balance and reduce falls in older adults: A systematic and meta-analytical review. *Alternative Therapies in Health & Medicine*, 17(1), 40–48.
- LHIN Collaborative. (2011). Integrated provincial falls prevention framework and toolkit. Toronto, ON: Queen’s Printer for Ontario. Tiré de [http://rgps.on.ca/files/IntegratedProvincialFallsPreventionFrameworkToolkit\\_July2011.pdf](http://rgps.on.ca/files/IntegratedProvincialFallsPreventionFrameworkToolkit_July2011.pdf)
- Lockwood, K. J., Taylor, N. F. et Harding, K. E. (2015). Pre-discharge home assessment visits in assisting patients’ return to community living: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 47(4), 289–299.
- Low, L. F., Fletcher, J., Goodenough, B., Jeon, Y. H., Etherton-Ber, C., MacAndrew, M. et Beattie, E. (2015). A systematic review of interventions to change staff care practices in order to improve resident outcomes in nursing homes. *PloS ONE*, 10(11), e0140711.
- Ma, C., Liu, A., Sun, M., Zhu, H. et Wu, H. (2016). Effect of whole-body vibration on reduction of bone loss and fall prevention in postmenopausal women: A meta-analysis and systematic review. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 11(1), 24.
- Manojlovich, M., Lee, S. et Lauseng, D. (2016). A systematic review of the unintended Consequences of clinical interventions to reduce adverse outcomes. *Journal of Patient Safety*, 12(4), 173–179.
- Mansfield, A., Wong, J. S., Bryce, J., Knorr, S. et Patterson, K. K. (2015). Does perturbation-based balance training prevent falls? Systematic review and meta-analysis of preliminary randomized controlled trials. *Physical Therapy*, 95(5), 700–709.
- Martin, J. T., Wolf, A., Moore, J. L., Rolenz, E., DiNinno, A. et Reneker, J. C. (2013). The effectiveness of physical therapist-administered group-based exercise on fall prevention: A systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 36(4), 182–193.
- Mat, S., Tan, M. P., Kamaruzzaman, S. B. et Ng, C. T. (2015). Physical therapies for improving balance and reducing falls risk in osteoarthritis of the knee: A systematic review. *Age and Ageing*, 44(1), 16-24
- Matarese, M., Ivziku, D., Bartolozzi, F., Piredda, M. et De Marinis, M. G. (2015). Systematic review of fall risk screening tools for older patients in acute hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 71(6), 1198–1209.
- McInnes, E., Seers, K. et Tutton, L. (2011). Older people’s views in relation to risk of falling and need for intervention: A meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 67(12), 2525–2536.
- Menant, J. C., Schoene, D., Sarofim, M. et Lord, S. R. (2014). Single and dual task tests of gait speed are equivalent in the prediction of falls in older people: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 16, 83–104.
- Meyer, C., Hill, S., Dow, B., Synnot, A. et Hill, K. (2015). Translating falls prevention knowledge to community-dwelling older PLWD: A mixed-method systematic review. *Gerontologist*, 55(4), 560–574.

- Miake-Lye, I. M., Hempel, S., Ganz, D. A. et Shekelle, P. G. (2013). Inpatient fall prevention programs as a patient safety strategy: A systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 158(5), 2-390-396
- Mitchell, M. D., Lavenberg, J. G., Trotta, R. L. et Umscheid, C. A. (2014). Hourly rounding to improve nursing responsiveness: A systematic review. *Journal of Nursing Administration*, 44(9), 462-472.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., et The PRISMA Group. (2009) Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *British Medical Journal*, 339, b2535.
- Monti, S., Bellini, C., Medri, E. et Pillastrini, P. (2011). Physiotherapy and the prevention of falls in Parkinson's disease: Scientific evidences in literature. *Scienza Riabilitativa*, 13(3), 28–35.
- Muir-Hunter, S. W. et Wittwer, J. E. (2016). Dual-task testing to predict falls in community-dwelling older adults: A systematic review. *Physiotherapy*, 102(1), 29–40.
- Mulligan, N. F., Tschoepe, B. A. et Smith, M. B. (2014). Balance retraining in community-dwelling older adults: Highlights of interventions strategies that hold promise in physical therapy practice. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 30(2), 117–126.
- Murad, M. H., Elamin, K. B., Abu Elnour, N. O., Elamin, M. B., Alkatib, A. A., Fatourechi, M. M., ... Montori, V. M. (2011). Clinical review: The effect of vitamin D on falls—A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 96(10), 2997–3006.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2013). Assessment and prevention of falls in older people. Tiré de : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg161/evidence/falls-full-guidance-190033741>
- Neyens, J. C., van Haastregt, J. C., Dijcks, B. P., Martens, M., van den Heuvel, W. J., de Witte, L. P. et Schols, J. M. (2011). Effectiveness and implementation aspects of interventions for preventing falls in elderly people in long-term care facilities: A systematic review of RCTs. *Journal of the American Medical Directors Association*, 12(6), 410-425
- O'Hare, M. P., Pryde, S. J. et Gracey, J. H. (2013). A systematic review of the evidence for the provision of walking frames for older people. *Physical Therapy Reviews*, 18(1), 11–23.
- Okubo, Y., Schoene, D. et Lord, S. R. (2017). Step training improves reaction time, gait and balance and reduces falls in older people: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 51(7), 586-593.
- Ordre des ergothérapeutes. (2015). Occupational therapy in the prevention and management of falls in adults. Tiré de <https://www.rcot.co.uk/file/549/download?token=MLwQJBBm>
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2009). Culturally sensitive care. Tiré de [http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51040\\_culturallysens.pdf](http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51040_culturallysens.pdf)
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2014). RN and RPN practice: The Client, the Nurse and the Environment. Tiré de <http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41062.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2017). Restraints. Tiré de [http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41043\\_restraints.pdf](http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41043_restraints.pdf)

- Organisation mondiale de la Santé. (2009). Conceptual framework for the international classification for patient safety. Tiré de [http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf)
- Organisation mondiale de la Santé. (2016). Falls. Tiré de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>
- Organisation mondiale de la Santé. (2017). What are social determinants of health? Tiré de [http://www.who.int/social\\_determinants/sdh\\_definition/en/](http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/)
- Paddon-Jones, D. et Rasmussen, B. B. (2009). Dietary protein recommendations and the prevention of sarcopenia: Protein, amino acid metabolism and therapy. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, 12(1), 86–90.
- Papaoiannou, A., Santesso, N., Morin, S. N., Feldman, S., Adachi, J. D., Crilly, R., ... Cheung, A. M. (2015). Recommendations for preventing fracture in long-term care. *Canadian Medical Association Journal*, 187(15), 1135–1144.
- Parachute. (2015). The Cost of Injury in Canada. Tiré de [http://www.parachutecanada.org/downloads/research/Cost\\_of\\_Injury-2015.pdf](http://www.parachutecanada.org/downloads/research/Cost_of_Injury-2015.pdf)
- Pati, D. (2011). A framework for evaluating evidence in evidence-based design. *Health Environments Research and Design Journal*, 4(3), 50-71.
- Pietrzak, E., Cotea, C. et Pullman, S. (2014a). Does smart home technology prevent falls in community-dwelling older adults: A literature review. *Informatics in Primary Care*, 21(3), 105–112.
- Pietrzak, E., Cotea, C. et Pullman, S. (2014b). Using commercial video games for falls prevention in older adults: The way for the future? *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 37(4), 166–177.
- Rambhade, S., Chakarborty, A., Shrivastava, A., Patil, U. K. et Rambhade, A. (2012). A survey on polypharmacy and use of inappropriate medications. *Toxicology International*, 19(1), 68–73.
- Rand, D., Miller, W. C., Yiu, J. et Eng, J. J. (2011). Interventions for addressing low balance confidence in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, 40(3), 297–306.
- Resar, R., Griffin, F. A., Haraden, C. et Nolan, T. W. (2012). Using care bundles to improve health care quality. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement. Tiré de <http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/UsingCareBundles.aspx>
- Rice, L. A., Ousley, C. et Sosnoff, J. J. (2015). A systematic review of risk factors associated with accidental falls, outcome measures and interventions to manage fall risk in non-ambulatory adults. *Disability and Rehabilitation*, 37(19), 1697–1705.
- Rockers, P. C., Rottingen, J.-A., Shemilt, I., Tugwell, P. et Barnighausen, T. (2015). Inclusion of quasi-experimental studies in systematic reviews of health systems research. *Health Policy*, 119(4), 511–521.
- Safer Healthcare Now! (2015). Reducing falls and injuries from falls: Getting started kit. Tiré de <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Documents/Interventions/Reducing%20Falls%20and%20Injury%20from%20Falls%20Getting%20Started%20Kit.pdf>
- Santesso, N., Carrasco-Labra, A. et Brignardello-Petersen, R. (2014). Hip protectors for preventing hip fractures in older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(3). doi:10.1002/14651858.CD001255.pub5

- Schleicher, M. M., Wedam, L. et Wu, G. (2012). Review of tai chi as an effective exercise on falls prevention in elderly. *Research in Sports Medicine*, 20(1), 37–58.
- Schoene, D., Valenzuela, T., Lord, S. R. et de Bruin, E. D. (2014). The effect of interactive cognitive-motor training in reducing fall risk in older people: A systematic review. *BMC Geriatrics*, 14(1), 107. doi: 10.1186/1471-2318-14-107
- Schwenk, M., Jordan, E. D., Honarvararaghi, B., Mohler, J., Armstrong, D. G. et Najafi, B. (2013). Effectiveness of foot and ankle exercise programs on reducing the risk of falling in older adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of the American Podiatric Medical Association*, 103(6), 534–547.
- Scott, V. (2012). *Fall prevention programming: Designing, implementing and evaluating fall prevention programs for older adults*. Raleigh, NC: Lulu Publishing.
- Scott, V. (2013). Scott fall risk screening tool for residential long-term care. Tiré de [https://ltctoolkit.rnao.ca/sites/default/files/resources/SCOTT%20FALL%20RISK%20SCREEN%20TOOL\\_RESIDENTIAL%20CARE\\_June%2010\\_2013.pdf](https://ltctoolkit.rnao.ca/sites/default/files/resources/SCOTT%20FALL%20RISK%20SCREEN%20TOOL_RESIDENTIAL%20CARE_June%2010_2013.pdf)
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2011). SIGN 50: A guideline developer's handbook. Tiré de <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html>
- Shen, X., Wong-Yu, I. S. et Mak, M. K. (2016). Effects of exercise on falls, balance, and gait ability in Parkinson's disease: A meta-analysis. *Neurorehabilitation & Neural Repair*, 30(6), 512-527.
- Sherrington, C., Tiedemann, A., Fairhall, N., Close, J. C. et Lord, S. R. (2011). Exercise to prevent falls in older adults: An updated meta-analysis and best practice recommendations. *New South Wales Public Health Bulletin*, 22(3-4), 78–83.
- Silva, R. B., Eslick, G. D. et Duque, G. (2013). Exercise for falls and fracture prevention in long term care facilities: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(9), 685-689.
- Smedslund, G., Berg, R. C., Hammerstrøm, K. T., Steiro, A., Leiknes, K. A., Dahl, H. M. et Karlsen, K. (2011). Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011(5), 1–130.
- Song, R., Ahn, S., So, H., Lee, E. H., Chung, Y. et Park, M. (2015). Effects of t'ai chi on balance: A population-based meta-analysis. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 21(3), 141–151.
- Sosnoff, J. J. et Sung, J. (2015). Reducing falls and improving mobility in multiple sclerosis. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 15(6), 655–666.
- Spoelstra, S. L., Given, B. A. et Given, C. W. (2012). Fall prevention in hospitals: An integrative review. *Clinical Nursing Research*, 21(1), 92–112.
- Stalpers, D., de Brouwer, B. J., Kaljouw, M. J. et Schuurmans, M. J. (2015). Associations between characteristics of the nurse work environment and five nurse-sensitive patient outcomes in hospitals: A systematic review of literature. *International Journal of Nursing Studies*, 52(4), 817-835.
- Stanford School of Medicine. (2016). Categories of psychiatric medications. Tiré de <http://whatmeds.stanford.edu/medications/categories.html>

- Stevens, K. (2013). The impact of evidence-based practice in nursing and the next big ideas. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 18(2), manuscript 4.
- Stewart, L. S. P. et McKinstry, B. (2012). Fear of falling and the use of telecare by older people. *British Journal of Occupational Therapy*, 75(7), 304–312.
- Straus, S., Tetroe, J., Graham, I.D., Zwarenstein, M., et Bhattacharyya, O. (2009). Monitoring and evaluating knowledge. Dans: S. Straus, J. Tetroe et I. D. Graham (Eds.), *Knowledge translation in health care* (pp. 151–159). Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- Stubbs, B., Brefka, S. et Denking, M. D. (2015). What works to prevent falls in community-dwelling older adults? Umbrella review of meta-analyses of randomized controlled trials. *Physical Therapy*, 95(8), 1095–1110.
- Stubbs, B., Denking, M. D., Brefka, S. et Dallmeier, D. (2015). What works to prevent falls in older adults dwelling in long term care facilities and hospitals? An umbrella review of meta-analyses of randomised controlled trials. *Maturitas*, 81(3), 335–342.
- Taylor, E. et Hignett, S. (2016). The SCOPE of hospital falls: A systematic mixed studies review. *Herd*, 9(4), 86–109.
- The Cochrane Collaboration. (2017). Glossary. Tiré de <http://community.cochrane.org/glossary>
- Turner, S., Arthur, G., Lyons, R. A., Weightman, A. L., Mann, M. K., Jones, S. J., ... et Lannon, S. (2011). Modification of the home environment for the reduction of injuries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011(2). doi:10.1002/14651858.CD003600.pub3.
- U.S. Preventive Services Task Force. (2012). Prevention of falls in community-dwelling older adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Annals of Internal Medicine*, 153(3), 197–204.
- VanDeVelde-Coke, S., Doran, D., Grinspun, D., Hayes, L., Sutherland Boal, A., Velji, K., ... Hannah, K. (2012). Measuring outcomes of nursing care, improving the health of Canadians: NNQR (C), C-HOBIC and NQUIRE. *Nursing Leadership*, 25(2): 26-37.
- Verheyden, G. S., Weerdesteyn, V., Pickering, R. M., Kunkel, D., Lennon, S., Geurts, A. C. et Ashburn, A. (2013). Interventions for preventing falls in people after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(5). doi:10.1002/14651858.CD008728.pub2
- Vieira, E. R., Freund-Heritage, R. et da Costa, B. R. (2011). Risk factors for geriatric patient falls in rehabilitation hospital settings: A systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 25(9), 788–799.
- Vieira, E. R., Palmer, R. C. et Chaves, P. H. (2016). Prevention of falls in older people living in the community. *BMJ*, 353, i1419.
- Vlaeyen, E., Coussement, J., Leysens, G., Van der Elst, E., Delbaere, K., Cambier, D., ... Milisen, K. (2015). Characteristics and effectiveness of fall prevention programs in nursing homes: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(2), 211–221.
- Wahl, J. (2009). Consent, capacity and substitute decision-making: The basics. Tiré de <http://www.advocacycentreelderly.org/appimages/file/Consent%20and%20Capacity%20Basics%20-%202009.pdf>
- Wallis, S. J. et Campbell, G. A. (2011). Preventing falls and fractures in long-term care. *Reviews in Clinical Gerontology*, 21(4), 346–360.
- Walsh, M. E., Horgan, N. F., Walsh, C. D. et Galvin, R. (2016). Systematic review of risk prediction models for falls after stroke. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 70(5), 513–519.

Wang, X., Pi, Y., Chen, P., Liu, Y., Wang, R. et Chan, C. (2015). Cognitive motor interference for preventing falls in older adults: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Age and Ageing*, 44(2), 205–212.

Winter, H., Watt, K. et Peel, N. M. (2013). Falls prevention interventions for community-dwelling older persons with cognitive impairment: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 25(2), 215–227.

Workgroup of the Consensus Conference on Vitamin D for the Prevention of Falls and their Consequences. (2014). American Geriatrics Society consensus statement: Vitamin D for prevention of falls and their consequences in older adults. New York, NY: American Geriatrics Society.

Youkhana, S., Dean, C. M., Wolff, M., Sherrington, C. et Tiedemann, A. (2016). Yoga-based exercise improves balance and mobility in people aged 60 and over: A systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, 45(1), 21–29.

Zhang, X. Y., Shuai, J. et Li, L. P. (2015). Vision and relevant risk factor interventions for preventing falls among older people: A network meta-analysis. *Scientific Reports*, 5. doi:10.1038/srep10559

Zhao, Y. L. et Kim, H. (2015). Older adult inpatient falls in acute care hospitals: Intrinsic, extrinsic, and environmental factors. *Journal of Gerontological Nursing*, 41(7), 29-43.

Zheng, Y. T., Cui, Q. Q., Hong, Y. M. et Yao, W. G. (2015). A meta-analysis of high dose, intermittent vitamin D supplementation among older adults. *PLoS ONE*, 10(1). doi:10.1371/journal.pone.0115850

Zia, A., Kamaruzzaman, S. B. et Tan, M. P. (2015). Polypharmacy and falls in older people: Balancing evidence-based medicine against falls risk. *Postgraduate Medicine*, 127(3), 330–337.



## Annexe A : Glossaire

**Blessure (blessure associée à une chute) :** À l'intérieur de cette ligne directrice, une chute avec blessure qui peut se produire après une chute, et qui conduit à une blessure physique temporaire ou permanente, qui peut ou non nécessiter un traitement, (Safer Healthcare Now!, 2015), ainsi que tout dommage psychologique, comme la peur de tomber.

**Chute :** une chute est « un événement qui entraîne qu'une personne termine par inadvertance au repos sur le sol ou le plancher ou à tout autre niveau inférieur, avec ou sans blessures » (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2016).

**Chutes répétées :** La définition des chutes répétées n'est pas explicite dans la plupart des publications examinées. Trois revues spécifient que des chutes répétées comprennent deux chutes ou plus (Beauchet, Dubost et coll., 2011; Muir-Hunter et Wittwer, 2016; Vlaeyen et coll., 2015) et une revue décrit un laps de temps de 12 mois durant lequel deux chutes ou plus doivent se produire (Beauchet, Dubost et coll., 2011).

**Consensus :** Un procédé qui permet d'atteindre une entente parmi un groupe ou un comité pendant une technique Delphi ou une technique Delphi modifiée (Avella, 2016). Un consensus de 70 % des membres d'un comité a été requis pour les recommandations dans cette ligne directrice.

Voir *technique Delphi modifiée*

**Décideur substitut :** Un décideur substitut est une personne qui prend des décisions pour une autre personne qui n'est pas mentalement capable. Cela peut inclure la prise de certaines décisions au sujet de la propriété de la personne ou des soins personnels (Wahl, 2009).

**Dépistage :** De plus, l'utilisation du terme *dépistage* n'est pas consistant dans la littérature. Il est souvent utilisé indifféremment avec les termes *évaluation* et *prévision du risque*.

Dans cette ligne directrice, le dépistage désigne un processus de courte durée, utilisé pour repérer les personnes dont le cas exige d'autres examens des facteurs de risque de chutes, ainsi que des interventions personnalisées. Le dépistage comporte de courtes questions ainsi que des observations et un jugement clinique. Lorsque c'est possible, ce dépistage doit être intégré à d'autres processus de soins, comme les évaluations au moment de l'admission.

**Déterminants sociaux de la santé :** Les déterminants sociaux de la santé sont des « conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Ces circonstances sont déterminées par la répartition de l'argent, du pouvoir et des ressources à l'échelle mondiale, nationale et locale. Les déterminants sociaux de la santé sont en grande partie responsables des inégalités sur le plan de la santé, c'est-à-dire des différences injustes et évitables dans l'état de santé, observées à l'intérieur des pays et entre ceux-ci » (OMS, 2017).

**Entrevue motivationnelle :** Une méthode de suivi fondée sur des données probantes, centrée sur le client et non directrice, pour améliorer la motivation intrinsèque du client à changer (Smedslund et coll., 2011).

**Équipe interprofessionnelle :** équipe composée de personnes de différentes professions travaillant ensemble pour atteindre un objectif commun et prendre des décisions collectivement afin de réaliser cet objectif. Le but dans le domaine des soins de santé est de travailler en commun avec les personnes et leur famille afin d'améliorer leurs objectifs et leurs valeurs (Ferris et coll., 2002).

**Équipe intraprofessionnelle :** « Membres d'une même profession qui collaborent pour offrir des soins de santé de qualité à travers tous les paramètres » (OIIO, 2014, p. 3).

**Essai clinique randomisé (ECR) :** Expérience au cours de laquelle le chercheur attribue une ou plusieurs interventions à des participants qui sont assignés de façon aléatoire au groupe expérimental (recevant l'intervention) et au groupe de référence (traitement traditionnel) ou au groupe témoin (aucune intervention ou administration d'un placebo) (The Cochrane Collaboration, 2017).

**Étude analytique :** les études analytiques vérifient les hypothèses sur les relations entre l'exposition et le résultat. Les chercheurs n'attribuent pas une intervention, une exposition ou un traitement, mais mesurent l'association entre l'exposition et le résultat avec le temps, en utilisant un groupe de référence (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2013). Les types d'études analytiques comprennent les études cas/témoins et les études de cohortes.

**Étude cas/témoins :** une étude qui compare des personnes atteintes d'une maladie particulière ou avec un résultat intéressant (cas), à d'autres personnes dans la même population qui n'ont pas cette maladie ou ce résultat (témoins) (The Cochrane Collaboration, 2017).

**Étude de cohorte :** une étude d'observation dans laquelle un groupe défini de personnes (la cohorte) est suivi pendant un certain temps de façon prospective ou rétrospective (The Cochrane Collaboration, 2017).

**Étude contrôlée :** essai clinique dans lequel un chercheur attribue une intervention, une exposition ou un traitement à des participants qui ne sont pas affectés de façon aléatoire au groupe expérimental et au groupe de référence ou au groupe témoin (The Cochrane Collaboration, 2017).

**Étude descriptive :** étude qui génère une hypothèse et décrit les caractéristiques d'un échantillon de personnes à un moment donné. Les chercheurs n'attribuent pas d'intervention, d'exposition ou de traitement pour vérifier une hypothèse, mais décrivent simplement le quoi, le où et le quand relativement à un résultat (CDC, 2013; The Cochrane Collaboration, 2017). L'étude descriptive inclut les études de prévalence.

**Étude de prévalence :** étude qui mesure la distribution d'une ou de plusieurs caractéristiques dans une population à un moment donné précis (aussi appelée un sondage) (The Cochrane Collaboration, 2017).

**Étude quasi expérimentale :** Une étude qui examine les causes d'une question à l'étude en observant l'exposition d'intérêt, mais dans lequel les expériences ne sont pas maîtrisées directement par le chercheur et ne sont pas randomisées (par ex. concepts avant et après) (Rockers, Rottingen, Shemilt, Tugwell et Barnighausen, 2015).

**Évaluation complète :** Dans cette ligne directrice, une évaluation complète désigne la détermination des facteurs qui contribuent au risque de chutes pour une personne. Elle peut découvrir une gamme de facteurs de risques qui comprennent les risques biologiques, environnementaux et socio-économiques, ainsi que des problèmes de santé associées avec un risque accru de chutes et de facteurs associés avec blessures causées par des chutes. Une évaluation complète est utilisée pour aider à déterminer les facteurs qui peuvent être modifiés ou gérés par des interventions, et les interventions qui pourraient être appropriées pour prévenir ou réduire les chutes et les blessures associées pour cette personne.

Dans la littérature qui traite de la prévention des chutes, d'autres termes sont couramment utilisés pour décrire les évaluations de risque de chute, notamment les suivants : *évaluations multifactorielles* et *de risque de chutes*. Néanmoins, dans le cadre de cette ligne directrice, nous mettons en évidence l'évaluation multifactorielle en tant qu'élément à l'intérieur d'une évaluation approfondie. De plus, l'utilisation du terme évaluation n'est pas consistant dans la littérature. Il est souvent utilisé indifféremment avec les termes *dépistage* et *prévision du risque*.

**Évaluation multifactorielle :** L'utilisation du terme évaluation multifactorielle varie dans les publications sur la prévention des chutes. Dans cette ligne directrice, les évaluations multifactorielles font référence à une exploration en profondeur des multiples facteurs ou problèmes qui contribuent à un risque de chutes, et nécessitent la participation des membres d'une équipe interprofessionnelle.

**Examen systématique :** examen exhaustif des publications, qui utilise des questions formulées clairement ainsi que des méthodes systématiques et explicites pour déterminer, sélectionner et apprécier de façon critique les travaux de recherche pertinents. Une revue systématique recueille et analyse les données des études incluses et les présente, parfois en utilisant des méthodes statistiques (The Cochrane Collaboration, 2017).

Voir *méta-analyse*

**Famille :** « terme utilisé pour désigner des personnes qui sont liées (sur le plan biologique, affectif ou légal) avec la personne qui reçoit des soins de santé, et/ou entretiennent avec elle des liens étroits (amitié, engagement, partage d'un ménage et de responsabilités pour l'éducation d'enfants, ou relations romantiques). La famille d'une personne comprend tous ceux que la personne considère comme des proches dans sa vie. La personne qui reçoit des soins détermine l'importance et le niveau de participation de toutes ces personnes à la prestation de ses soins, selon sa capacité (Ministère de la Santé de Saskatchewan, tel que cité dans AIIAO, 2015, p. 72).

**Fiabilité (fiable) :** Le degré de certitude avec lequel un résultat obtenu avec un processus de mesures peut-être reproduit avec une erreur minimale de mesure (The Cochrane Collaboration, 2017).

**Fournisseur de soins de santé :** Dans cette ligne directrice, le terme désigne des fournisseurs de soins ou des professionnels de la santé réglementés et, dans certains cas, non réglementés, qui offrent des soins et des services à des personnes et leur famille, peu importe le milieu.

**Gravité des blessures associées à la chute (degré de dommage) :** La sévérité d'une blessure causée par une chute, ou le degré de préjudice, peut être classée de plusieurs façons. Voici deux exemples :

**Exemple 1 :** International Classification for Patient Safety (Classification internationale pour la sécurité des patients) de l'OMS (2009) :

- **Aucun :** Les résultats du patient ne sont pas symptomatiques, ou aucun symptôme n'est observé et aucun traitement n'est requis.
- **Blessure mineure :** Les résultats du patient sont symptomatiques, les symptômes sont légers, la perte de fonctionnement ou le dommage est minimal ou modéré mais à court terme, et aucune intervention est requise ou, si nécessaire, elle est minimale (p. ex., observation supplémentaire, investigation, examen ou traitement mineur).
- **Blessure modérée :** Les résultats du patient sont symptomatiques exigeant une intervention (p. ex., autre protocole opératoire, traitement thérapeutique supplémentaire) et une durée de séjour accrue, ou la chute a entraîné des dommages permanents ou à long terme ou la perte de fonctionnement.
- **Blessure majeure :** Les résultats du patient sont symptomatiques exigeant une intervention pour sauver sa vie ou une intervention chirurgicale ou médicale majeure, diminuant l'espérance de vie, ou causant des dommages majeurs permanents ou à long terme, ou la perte de fonctionnement.
- **Mort :** Selon la prépondérance des probabilités, la mort a été causée ou provoquée dans le court terme par l'incident.

**Exemple 2** (National Database of Nursing Quality Indicators, tel que cité dans les définitions, CPSI, 2013):

- **Aucune blessure :** L'évaluation après la chute n'indique aucune blessure (aucun signe ou symptôme) résultant de l'incident.
- **Blessure mineure :** Les blessures se présentent sous la forme d'abrasions ou d'ecchymoses et nécessitent le nettoyage de la plaie, l'application d'un pansement, de glace ou d'un médicament topique, et l'élévation du membre.
- **Blessure modérée :** Les blessures nécessitent des sutures, l'application de bandes adhésives (Steri-Strips) ou de colle de peau, la pose d'une attelle; ou la personne souffre d'une foulure articulaire ou musculaire, d'une contracture musculaire antalgique.
- **Blessure majeure :** Les blessures nécessitent une intervention chirurgicale, la pose d'un plâtre et/ou la traction (généralement pour les fractures); une consultation sur le plan neurologique (p. ex., fracture du crane basilaire, hématome sous-dural); ou l'administration de produits sanguins après une chute à des patients atteints de coagulopathie; ou la victime subit une blessure interne (p. ex., fracture des côtes, laceration du foie).
- **Mort :** Le patient est décédé à la suite de blessures causées par la chute.

**Infirmière :** englobe les infirmières autorisées, les infirmières auxiliaires autorisées, les infirmières psychiatriques autorisées, les infirmières de pratique avancée comme les infirmières praticiennes et les infirmières cliniciennes spécialisées (AIIAO, 2013, p. 64).

**Intervenant :** Une personne, un groupe ou une organisme qui porte un intérêt particulier aux décisions et aux activités des organismes et qui pourrait tenter de les influencer (Baker et coll., 1999). Les intervenants incluent des personnes ou des groupes qui seront touchés, directement ou indirectement, par un changement ou une solution à un problème.

**Jugement clinique :** Il est défini comme « l'application de l'information basée sur l'observation actuelle d'une personne combinée avec des données subjectives et objectives qui mènent à une conclusion » (« Clinical judgment », 2009).

**Ligne directrice sur les pratiques exemplaires :** les lignes directrices sur les pratiques exemplaires sont élaborées de façon systématique. Il s'agit de documents fondés sur des données probantes, qui incluent des recommandations pour les infirmières et l'équipe interprofessionnelle, les éducateurs, les dirigeants et les décideurs politiques, ainsi que les personnes et leur famille, sur des thèmes cliniques et des milieux de travail sains. Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires encouragent l'uniformité et l'excellence des soins cliniques ainsi que les politiques et l'éducation en matière de santé, menant ultimement à des résultats en santé optimaux pour les gens, les communautés et le système de santé.

**Médicament psychotrope :** Il y a plusieurs catégories de médicaments psychotropes comme les antidépresseurs, anxiolytiques, anti-maniaques (stabilisateur d'humeur) et stimulants (Stanford School of Medicine, 2016).

**Méta-analyse :** examen méthodique d'essais cliniques randomisés qui utilisent des méthodes statistiques pour analyser et résumer les résultats des études incluses (The Cochrane Collaboration, 2017).

Voir *examen systématique*

**Milieu communautaire :** Dans cette ligne directrice, un milieu communautaire désigne des soins de santé offerts à une personne qui vit dans sa propre résidence (c.-à-d., un logement communautaire). Cette personne aura peut-être accès à un fournisseur de soins de santé à une unité de soins (ex. clinique de soins primaires, cabinet de médecin) ou à travers des services de soins à domicile.

**Milieu de soins de santé :** Dans cette ligne directrice, le terme milieu de soins de santé désigne généralement tout endroit où des services de soins de santé sont fournis, y compris le domicile d'une personne.

**Modèle d'ordonnance en soins infirmiers :** un groupe d'interventions fondées sur des données probantes propres au domaine des soins infirmiers. Les modèles d'ordonnance en soins infirmiers font l'objet d'une ordonnance indépendante par les infirmières (c.-à-d., sans la signature d'un médecin) dans le but de normaliser les soins offerts pour une situation ou un problème clinique précis. Les modèles d'ordonnance en soins infirmiers sont dérivés des recommandations en matière de pratique dans une ligne directrice.

**Moyen de contention :** mesures physiques, chimiques et environnementales employées dans le but de restreindre les activités physiques ou comportementales d'une personne ou d'une partie de son corps. (OIIO, 2017, p. 3).

**Outil de prédiction du risque :** un outil qui vise à calculer le risque de chutes d'une personne, soit en termes de « à risque ou non à risque », ou en termes de « risque faible, moyen ou élevé », etc. (NICE, 2013).

**Polypharmacie :** « Le terme polypharmacie désigne un groupe de médicaments qu'une personne pourrait prendre ... Ce terme est en général utilisé quand une personne prend trop de médicaments, ou quand les médicaments ont été prescrits par plusieurs médecins sans qu'il y ait eu de coordination entre eux. (Rambhade, Chakarborty, Shrivastava, Patil et Rambhade, 2012, p. 69).

**Pratique des soins infirmiers fondée sur des données probantes :** l'intégration des données méthodologiques les plus probantes avec l'expertise clinique et les valeurs du patient; permet d'unifier les preuves de la recherche avec l'expertise clinique et encourage l'inclusion des préférences des patients (Stevens, 2013).

**Précautions universelles contre les chutes :** Dans cette ligne directrice, les précautions universelles contre les chutes sont décrites comme des interventions utilisées dans le milieu des soins de santé de façon à ce que tout et chacun en profite. Les précautions universelles contre les chutes sont automatiquement appliquées à toutes les personnes, qu'elles soient ou non considérées comme présentant un risque de chute.

**Programme d'entraînement :** Dans cette ligne directrice, le programme d'entraînement physique désigne une gamme d'interventions comme l'entraînement sur le plan de la force principale, de l'équilibre avec perturbations et des pas.

**Protecteur de hanche (coussin pour la hanche, coussin protecteur de hanche) :** dispositif en plastique (rigide) ou coussin en mousse (souple) généralement placé dans une poche de sous-vêtement spécialement créé à cette fin. « Il est porté pour amortir une chute de côté, sur la hanche » (Santesso et coll., 2014, p. 2).

**Recherche qualitative :** Un type de recherche qui tente de démontrer comment les comportements et les expériences des humains peuvent être expliqués à l'intérieur des contextes des structures sociales et l'utilisation d'une approche interactive et subjective pour examiner et décrire des phénomènes. (Austin et Sutton, 2014).

**Recommandation en matière de pratique :** énoncé de pratique exemplaire à l'intention des fournisseurs de soins de santé, qui permet une mise en œuvre réussie de la LDPE.

**Recommandation relative à l'établissement et aux règlements :** énoncé des conditions nécessaires pour l'adoption d'une pratique qui permet la mise en œuvre réussie de la LDPE. L'organisation est en grande partie responsable des conditions de succès.

**Recommandation relative à la formation :** énoncé sur les exigences en matière de formation et sur les méthodes ou stratégies de formation visant à amener la mise en œuvre ou la durabilité de la ligne directrice.

**Regroupement (regroupement de soins) :** un ensemble de trois à cinq interventions fondées sur des données probantes choisies à partir de lignes directrices fondées sur des données probantes qui présentent un consensus clinique solide et qui ont été mises en place dans une population spécifique de patients et dans un seul endroit. Les regroupements de soins ont un plus grand impact sur les résultats que les interventions simples (Resar, Griffin, Haraden et Nolan, 2012). Un regroupement de soins peut être créé à partir d'une seule ou de plusieurs lignes directrices différentes liées aux objectifs en matière de résultats pour l'organisme de santé.

**Revue des médicaments :** revue complète des médicaments par un médecin, une infirmière ou un pharmacien, qui comprend une revue des problèmes médicaux, diagnostic, problèmes de santé et médicaments prescrits. (Safer Health Now!, 2015).

**Sarcopénie :** « La sarcopénie est un processus progressif et insidieux, caractérisé par une réduction de 3 à 8 % de la masse maigre musculaire par décennie après l'âge de 30 ans. Il semble qu'elle affecte 30 % des individus de plus de 60 ans et plus de 50% de ceux de plus de 80 ans. (Paddon-Jones et Rasmussen, 2009, p. 1).

**Science de mise en œuvre :** Méthodes de promotion des traitements cliniques prouvés, ses pratiques et ainsi que ses interventions organisationnelles et de gestion dans la pratique routinière de soins infirmiers, et, par conséquent, visant à améliorer la santé. (BioMed Central, 2017).

**Sensibilisation aux réalités culturelles :** « Conscientisation, compréhension et attitude envers une culture, l'accent est mis sur la conscience de soi et sur la vision » (AIIAO, 2007, p. 71).

**Soins à domicile :** « Un service de santé fourni au domicile du patient dans le but de promouvoir sa santé, la restaurer ou de minimiser les effets d'une maladie ou d'une invalidité » (« Home care », 2009).

**Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille; soins axés sur les besoins de la personne :** « Une approche de soins axés sur les besoins de la personne et de la famille fait appel à certaines pratiques qui mettent la personne et les membres de sa famille au centre des soins et des services de santé. Les soins axés sur les besoins de la personne et de la famille respectent les personnes individuelles et les habilite afin qu'elles puissent être de véritables partenaires de leurs fournisseurs de soins de santé. Cette approche inclut les thèmes et les attributs communs suivants :

- Encourager les relations et la confiance
- Habilitier la personne à participer activement au processus décisionnel concernant ses soins de santé (indépendance et autonomie, droit à l'autodétermination)
- Communiquer les options fondées sur des données probantes pour les soins, la formation et les renseignements qui sont impartiaux, clairs et compréhensibles afin de soutenir la prise de décision par la personne
- Respecter la personne et personnaliser les soins en contribuant à promouvoir ses points forts, sa connaissance de soi, ses préférences et ses objectifs en matière de soins fondés sur ses croyances, ses valeurs, sa culture et son expérience de la santé
- Assurer le confort physique dans un milieu qui favorise la guérison
- Offrir du soutien affectif et être sympathique
- S'assurer de la continuité des soins durant les transitions
- S'assurer de la capacité d'une personne à recevoir les soins et les services au moment où elle en a besoin
- Établir un partenariat avec la personne et sa famille dans le domaine de la réforme du système de santé afin d'améliorer la qualité, la prestation et la conception des soins et des services à tous les niveaux (micro, méso et macro)
- Communiquer efficacement dans une relation thérapeutique afin de promouvoir de véritables partenariats en soins de santé
- Prendre soin des personnes, de leur famille et des collectivités en s'intéressant aux déterminants de la santé (promotion de la santé et prévention des maladies) (AIIAO, 2015, p. 75).

**Soins de longue durée (SLD)** Cette ligne directrice utilise le terme de soins de longue durée (SLD) de façon générique. Le terme désigne « tout logement-foyer, créé pour des personnes âgées et d'autres personnes souffrant de maladies chroniques, d'incapacités et/ou de déficiences dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) ou les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), qui nécessitent des soins infirmiers compétents sur une base quotidienne. « Ces logements-foyers incluent, par exemple, des établissements connus sous le nom de maison de soins infirmiers et d'établissement de soins complexes. » (Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, 2006, p. 8).

**Technique Delphi modifiée** : La technique Delphi modifiée est un procédé par lequel les recommandations initiales, qui avaient été formulées pour répondre à une question dans le cadre d'une recherche, sont soigneusement créées avant d'être présentées à un comité dans le but d'obtenir un consensus (Avella, 2016).

Une technique Delphi modifiée a été utilisée durant le processus d'élaboration de la ligne directrice. Même si l'identité des membres de la table ronde était connue de tous, les réponses individuelles aux questionnaires utilisés pour saisir leur opinion étaient dissimulées aux autres membres du groupe.

**Transition des soins** : « Série de mesures conçues pour s'assurer de la coordination et de la continuité des soins de façon efficace et sécuritaire dans un milieu, entre deux milieux et dans l'ensemble des milieux, lorsque l'état de santé d'une personne, ses besoins en santé, ses fournisseurs de soins de santé ou l'endroit où elle se trouve changent. » (Coleman et Boulton, tel que cité AIIAO, 2014, p. 66).

**Validé (validité)** : Le degré auquel une mesure est susceptible d'être vraie et sans équivoque (The Cochrane Collaboration, 2017).



## Annexe B : Concepts qui s'harmonisent avec cette ligne directrice

Tableau 9 : Concepts qui s'harmonisent avec la prévention des chutes et des blessures associées, et ressources suggérées

CONCEPT / THÉMATIQUE	RESSOURCE(S)
Autogestion	Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2010) Stratégies permettant de soutenir l'autogestion des états chroniques : la collaboration avec les clients. Toronto (Ontario) : Auteur. <a href="http://rnao.ca/bpg/language/strategies-permettant-de-soutenir-lautogestion-des-etats-chroniques-la-collaboration-ave">http://rnao.ca/bpg/language/strategies-permettant-de-soutenir-lautogestion-des-etats-chroniques-la-collaboration-ave</a> (Pour connaître la toute dernière version, veuillez consulter la ligne directrice en anglais).
Collaboration interprofessionnelle et intraprofessionnelle	Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2013) Développement et maintien des soins de santé interprofessionnels : Optimisation des résultats pour le patient / client, l'organisme et le système. Toronto (Ontario) : Auteur. <a href="http://rnao.ca/bpg/guidelines/interprofessional-team-work-healthcare">RNAO.ca/bpg/guidelines/interprofessional-team-work-healthcare</a>  Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2016) Pratique en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers. Toronto (Ontario) : Auteur. <a href="http://rnao.ca/bpg/guidelines/intra-professional-collaborative-practice-among-nurses">RNAO.ca/bpg/guidelines/intra-professional-collaborative-practice-among-nurses</a>
Déterminants sociaux de la santé	Organisation mondiale de la Santé. (2017) Déterminants sociaux de la santé. <a href="http://www.who.int/social_determinants/fr/">http://www.who.int/social_determinants/fr/</a>  Nursing towards equity: Applying the social determinants of health in practice. [Cours de formation en ligne de l'AllAO. Voir la section Mental Health and Addictions and Tobacco Free (Santé mentale et dépendances et vivre sans fumée)] <a href="http://elearning.RNAO.ca">http://elearning.RNAO.ca</a>
Entretien motivationnel (pour changement de comportement)	Réseau de formateurs en entretien motivationnel. (2016) Excellence dans l'entretien motivationnel. <a href="http://www.motivationalinterviewing.org">http://www.motivationalinterviewing.org</a>  Miller, W. R. et S. Rollnick (2012). Motivational interviewing: Aider les gens à changer. New York (New York) : Guilford Press.  Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2010) Stratégies permettant de soutenir l'autogestion des états chroniques : la collaboration avec les clients. Toronto (Ontario) : Auteur. [Voir l'annexe C : Les cinq A] <a href="http://rnao.ca/bpg/guidelines/strategies-support-selfmanagement-chronic-conditions-collaboration-clients">RNAO.ca/bpg/guidelines/strategies-support-selfmanagement-chronic-conditions-collaboration-clients</a>

CONCEPT / THÉMATIQUE	RESSOURCE(S)
Méthodes de rechange à l'utilisation des moyens de contention	Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2012) Promoting safety: Alternative approaches to the use of restraints. Toronto (Ontario) : Auteur. <a href="http://rnao.ca/bpg/guidelines/promoting-safety-alternative-approaches-use-restraints">RNAO.ca/bpg/guidelines/promoting-safety-alternative-approaches-use-restraints</a>
Sensibilisation aux réalités culturelles	Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2009) <i>La prestation de soins adaptés à la culture</i> . Toronto (Ontario) : Auteur. <a href="http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51040_culturesens.pdf">http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51040_culturesens.pdf</a>  Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2007) <i>Embracing cultural diversity in health care: Developing cultural competence</i> . Toronto (Ontario) : Auteur. <a href="http://rnao.ca/bpg/guidelines/embracing-cultural-diversity-health-care-developing-cultural-competence">RNAO.ca/bpg/guidelines/embracing-cultural-diversity-health-care-developing-cultural-competence</a>
Science de la mise en œuvre; cadres de mise en œuvre et ressources	Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2012) Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (2e éd.). Toronto (Ontario) : Auteur. <a href="http://rnao.ca/bpg/resources/toolkit-implementation-best-practice-guidelines-second-edition">RNAO.ca/bpg/resources/toolkit-implementation-best-practice-guidelines-second-edition</a>  Institut canadien pour la sécurité des patients. (2015) La trousse d'information dans le cadre du travail de l'amélioration de la qualité <a href="http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/ImprovementFramework/Pages/default.aspx">http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/ImprovementFramework/Pages/default.aspx</a>  La base de données en ligne du Center for Research in Implementation Science and Prevention : Modèles de diffusion et de mise en œuvre dans la recherche et la pratique des soins de santé <a href="http://dissemination-implementation.org/content/resources.aspx">http://dissemination-implementation.org/content/resources.aspx</a>  Le centre de mise en œuvre active du Réseau national de recherche sur la mise en œuvre (documentation d'apprentissage, outils et espaces de travail en ligne) <a href="http://implementation.fpg.unc.edu/">http://implementation.fpg.unc.edu/</a>
Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille	Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2015) Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille. Toronto (Ontario) : Auteur. <a href="http://rnao.ca/bpg/language/soins-ax%C3%A9s-sur-les-besoins-de-la-personne-et-de-la-famille">http://rnao.ca/bpg/language/soins-ax%C3%A9s-sur-les-besoins-de-la-personne-et-de-la-famille</a>
Transitions des soins	Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2014) Transitions des soins. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario <a href="http://rnao.ca/bpg/language/transitions-des-soins">http://rnao.ca/bpg/language/transitions-des-soins</a>

## Annexe C : Processus d'élaboration de la ligne directrice

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) a pris l'engagement de s'assurer que chaque LDPE est fondée sur les meilleures données probantes disponibles. Afin de respecter les normes internationales, un processus de suivi et de révision de chaque ligne directrice a été mis sur pied. Ce processus sera répété tous les cinq ans.

Aux fins de révision de cette ligne directrice, l'AIIAO a réuni un comité d'experts qui représentent une vaste gamme de secteurs et de domaines de pratique (veuillez consulter la section sur le **comité d'experts de l'AIIAO**). Un examen méthodique des données probantes a été fondé sur le but et la portée, et soutenu par les cinq questions de recherche indiquées ci-dessous. L'examen méthodique a été réalisé pour saisir les publications pertinentes examinées par des pairs et diffusées entre janvier 2011 et mai-août 2016. Les questions de recherche suivantes ont été établies pour guider l'examen méthodique :

1. Quels sont les moyens les plus efficaces pour repérer les adultes à risque de chutes ou de blessures associées?
2. Quelles interventions sont efficaces pour prévenir les chutes et réduire le risque de chutes et de blessures associées (chez les personnes à risque de chutes)?
3. Quelles interventions ou quels processus doivent avoir lieu immédiatement après une chute?
4. Quel contenu éducatif doit être inclus dans la formation et les programmes d'enseignement continu à l'intention des infirmières et d'autres fournisseurs de soins de santé pour prévenir efficacement les chutes et les blessures associées?
5. Quelles politiques organisationnelles et quels soutiens à l'échelle du système sont nécessaires pour prévenir efficacement les chutes et les blessures associées (chez les personnes à risque de chutes et de blessures associées)?

L'équipe du Programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO et le travail du comité d'experts pour intégrer les preuves les plus récentes et les plus probantes, et assurer la validité<sup>G</sup>, la pertinence et la sécurité des recommandations de cette directrice avec les preuves à l'appui et / ou le consensus du comité d'experts<sup>G</sup>.

Une technique Delphi<sup>G</sup> modifiée a été utilisée pour obtenir un consensus sur les recommandations.



# Annexe D : Examen systématique et stratégie de recherche

## Examen méthodique

La coordonnatrice de projet de l'équipe du programme des lignes directrices de l'AIIAO a effectué une recherche dans une liste établie de sites Web afin de trouver les lignes directrices et d'autres contenus pertinents publiés entre juillet 2010 et mai 2016. La liste obtenue a été compilée en se basant sur les connaissances existantes provenant des sites Web de pratique fondée sur les données probantes et sur les recommandations formulées dans les publications. On a aussi invité les membres du comité d'experts à suggérer d'autres lignes directrices. Consultez l'**Organigramme du processus d'examen des lignes directrices** ci-dessous. Des renseignements détaillés sur la stratégie de recherche de directrices existantes, y compris la liste des sites Internet examinés et les critères d'inclusion sont disponibles sur le site [www.RNAO.ca](http://www.RNAO.ca)

La responsable de l'élaboration de la ligne directrice et les associés de recherche en soins infirmiers ont évalué 12 lignes directrices internationales à l'aide de l'Évaluation des lignes directrices de l'Instrument de recherche et d'évaluation II (Brouwers et coll., 2010). Les lignes directrices ayant obtenu une note globale de quatre ont été exclues en raison du niveau de qualité qui a été jugée faible. Le niveau de qualité des lignes directrices ayant obtenu une note de cinq a été jugé moyen, et celui des lignes directrices avec une note de six ou sept a été considéré comme élevé. Les cinq lignes directrices suivantes (jugées de niveau moyen ou élevé) ont été sélectionnées pour éclairer les recommandations et les discussions sur les données probantes :

- Ordre des ergothérapeutes. (2015) *L'ergothérapie dans la prévention et la gestion des chutes chez les adultes*. Londres (R.-U.) : Auteur.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2013) *Évaluation et prévention des chutes chez les personnes âgées*. Manchester, R.-U. : Auteur.
- Papaioannou A, Santesso, N., Morin, S. N., Feldman, S., Adachi, J. D., Crilly, R., ... Cheung, A. M. (2015). Recommendations for preventing fracture in long-term care. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 187(15), 1135–1144.
- Groupe de travail sur les services préventifs des États-Unis. (2012) Prevention of falls in community-dwelling older adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Annals of Internal Medicine*, 153(3), 197-204.
- Groupe de travail de la Conférence de consensus sur la vitamine D pour la prévention des chutes et leurs conséquences. (2014) *American Geriatrics Society Consensus Statement: La vitamine D pour la prévention des chutes et leurs conséquences chez les adultes âgés*. New York (New York) : American Geriatrics Society.

## Examen méthodique

Une stratégie de recherche complète, fondée sur des critères d'inclusion et d'exclusion créés par le comité d'experts de l'AIIAO, a été élaborée par l'équipe de recherche de l'AIIAO et un(e) bibliothécaire en sciences de la santé. Une recherche d'études pertinentes publiées en anglais seulement entre janvier 2011 et mai-août 2016 a été effectuée dans les bases de données suivantes : Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), MEDLINE, MEDLINE In Process, Cochrane Library (Cochrane Database of Systematic Reviews) et EMBASE; l'Education Resources Information Center (ERIC) a été utilisé pour la question quatre seulement. Les membres du groupe d'experts ont été invités à revoir leurs archives personnelles pour trouver des examens clés non relevés précédemment par la stratégie de recherche indiquée ci-dessus.

Des renseignements détaillés sur la stratégie de recherche utilisée pour l'examen méthodique, y compris les critères d'inclusion et d'exclusion ainsi que les termes de recherche, sont disponibles sur le site <http://rnao.ca/bpg/guidelines/pressure-injuries>

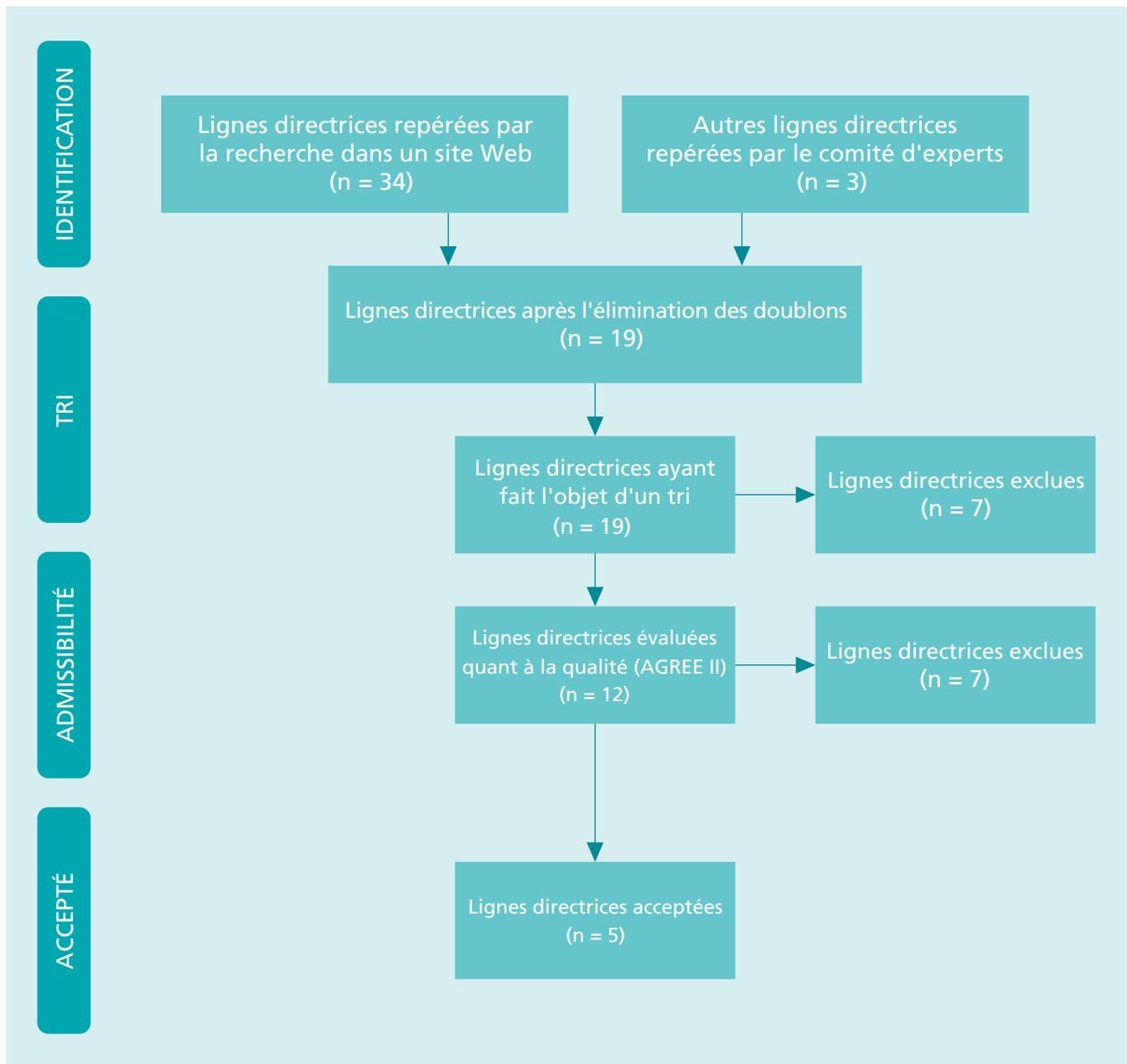
Les examens ont été évalués de façon indépendante sur le plan de la pertinence et de l'admissibilité, avec les critères d'inclusion et d'exclusion, par deux personnes associées à la recherche en soins infirmiers de l'AIIAO. Tous les désaccords ont été résolus par la voix prépondérante de la responsable de l'élaboration de la ligne directrice.

Les scores d'évaluation de la qualité pour 40 examens (un échantillon aléatoire de 20 % du total des examens admissibles à l'extraction de données et à l'évaluation de la qualité) ont été déterminés de façon indépendante par les personnes associées à la recherche en soins infirmiers de l'AIIAO. La qualité a été évaluée à l'aide d'AMSTAR (un outil de mesure pour évaluer les examens systématiques; <http://amstar.ca/index.php>) et le système de notation de l'AIIAO selon lequel les examens sont faibles, modérés ou forts (voir **tableau 2**). Les personnes associées à la recherche ont obtenu une concordance interévaluateurs acceptable (kappa,  $K = 0,73$ ), qui a permis de justifier l'évaluation de la qualité et l'extraction de données pour les examens restants. Les études restantes ont été également divisées entre les deux associées de recherche pour l'évaluation de la qualité et l'extraction de données (Fleiss, Levin et Paik, 2003). Des résumés de recherche des résultats des publications ont été effectués et utilisés pour décrire les résultats de façon narrative. Des tableaux de données et des résumés de recherche complets ont été fournis à tous les membres du comité d'experts aux fins d'examen et de discussion.

Une bibliographie complète de tous les textes complets d'articles examinés aux fins d'inclusion est disponible sur le site [RNAO.ca/bpg/guidelines/prevention-falls-and-fall-injuries](http://rnao.ca/bpg/guidelines/prevention-falls-and-fall-injuries).



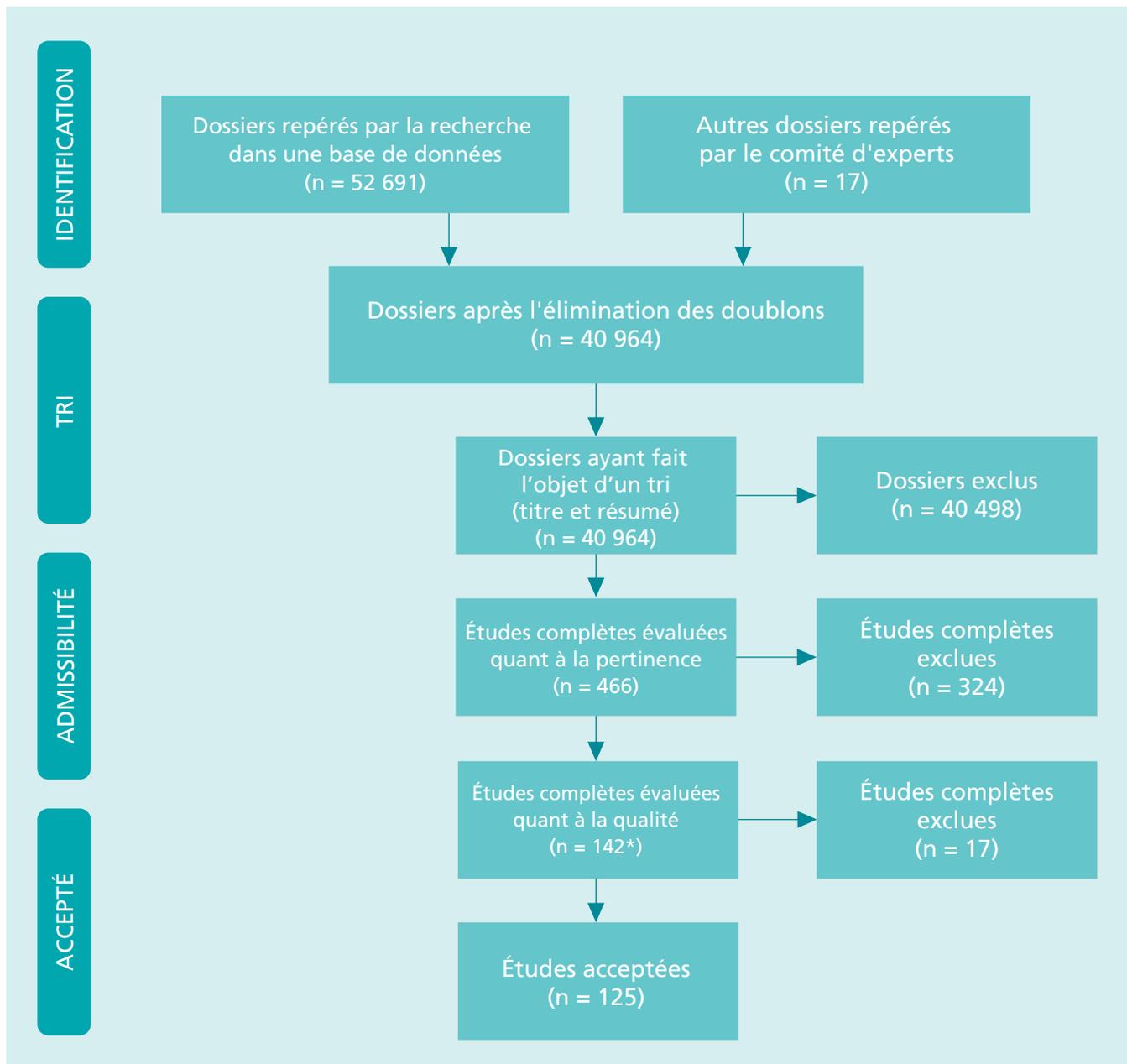
Organigramme du processus d'examen des lignes directrices



Les lignes directrices incluses présentaient une note AGREE II de quatre ou plus (sur sept).

Organigramme adapté de D. Moher, A. Liberati, J. Tetzlaff, D.G. Altman et The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *BMJ* 339, b2535, DOI : 10.1136/bmj.b2535

## Organigramme Prisma



\*154 études totales ont été incluses dans les cinq questions de recherche; cependant, 12 d'entre elles étaient des doublons, leurs résultats étant pertinents pour plus d'une question de recherche.

Organigramme adapté de D. Moher, A. Liberati, J. Tetzlaff, D.G. Altman et The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *BMJ* 339, b2535, DOI : 10.1136/bmj.b2535

## Annexe E : Liste de facteurs de risque

Les **tableaux 10, 11 et 12** décrivent les facteurs de risque de chute, les problèmes de santé associés à un risque accru de chutes et les facteurs associés à un risque accru de blessures liées à la. Cette liste n'est pas exhaustive. Les résultats clés obtenus avec les données probantes sont inclus. Les catégories de facteurs de risque varient selon les publications et certains facteurs peuvent se retrouver dans plus d'une catégorie. D'autres facteurs de risque et problèmes de santé ont été ajoutés en s'appuyant sur l'opinion du comité d'experts; ceux-ci sont indiqués par un astérisque (\*).

**Tableau 10 : Facteurs de risque de chutes**

GROUPE DE FACTEURS DE RISQUE DE CHUTES	FACTEURS DE RISQUE
Biologique (parfois désigné intrinsèque)	<p>Non modifiable :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Âge avancé et/ou fragilité associée</li> <li>■ Chutes antérieures</li> <li>■ Certaines maladies (p. ex., dégénérescence maculaire, glaucome, démence)*</li> </ul> <p>Modifiable (ou qui peut être modifiable par des interventions pour réduire le risque) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Altération de l'équilibre, de la démarche ou de la mobilité, y compris un handicap, une amputation, une faiblesse musculaire (en particulier dans les jambes), un ralentissement des réflexes (puissance réactive)</li> <li>■ Déficiences cognitives : confusion ou altération de l'état mental, délire</li> <li>■ Déficience visuelle</li> <li>■ Incontinence</li> <li>■ Malnutrition et sarcopénie associée (perte de masse et de force musculaire)</li> <li>■ Symptômes : <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Vertige, étourdissements</li> <li>□ Troubles du sommeil</li> <li>□ Hypotension orthostatique</li> </ul> </li> </ul>
Environnemental ou situationnel (parfois appelé extrinsèque)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Polypharmacie</li> <li>■ Utilisation de certains médicaments (p. ex., anticonvulsants, tranquillisants, antihypertenseurs, opiacés/narcotiques, antidépresseurs)</li> <li>■ Dangers présents à la maison (p. ex., tapis non fixés au sol, animaux de compagnie, escaliers)</li> <li>■ Séjour prolongé à l'hôpital</li> <li>■ Besoin d'aide pour les déplacements</li> <li>■ Utilisation d'un moyen de contention*</li> <li>■ Ridelles*</li> </ul>

GROUPE DE FACTEURS DE RISQUE DE CHUTES	FACTEURS DE RISQUE
<p>Risque de nature comportementale ou psychologique (lié à une activité)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Se dépêcher; ne pas porter attention*</li> <li>■ Prendre des risques (grimper sur une chaise)</li> <li>■ Sédentarité</li> <li>■ Peur de tomber</li> <li>■ Effectuer deux tâches simultanément</li> <li>■ Mauvaise utilisation d'appareils et d'accessoires fonctionnels</li> <li>■ Port de chaussures sans support</li> <li>■ Utilisation de substances (c.-à-d. drogues et alcool)*</li> </ul>
<p>Socio-économique*</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Incapable d'assumer les coûts de chaussures avec support*</li> <li>■ Incapable d'assumer les coûts de certains médicaments, d'aliments nutritifs*</li> <li>■ Aucun soutien social; isolement*</li> <li>■ Incapable de lire (p. ex., instructions sur les bouteilles de médicaments)*</li> </ul>

Sources : Ambrose et coll., 2015; Ambrose et coll., 2013; Boelens et coll., 2013; Callis, 2016; Deandrea et coll., 2013; Flaherty et Josephson, 2013; Gleeson et coll., 2014; NICE, 2013; Papaioannou et coll., 2015; Rice et coll., 2015; Vieira et coll., 2011; Wallis et Campbell, 2011; Zhao et Kim, 2015.

\* Fourni par le comité d'experts.

Remarque : Les constatations concernant le sexe en tant que facteur de risque de chutes (si le fait d'être un homme ou une femme augmente le risque de chutes) était incohérent dans la littérature (Ambrose et coll., 2015; Ambrose et coll., 2013; Callis, 2016; Deandrea et coll., 2013).



Divers diagnostics prédisposent une personne à tomber, y compris les problèmes de santé qui nuisent à la force, à l'équilibre, à la mobilité, au jugement et au fonctionnement neurologique (p. ex., la sensation). Le **tableau 11** fournit une liste de problèmes et de références avec des informations sur les risques de chute.

**Tableau 11 : Problèmes de santé associés à un risque de chutes accru**

PROBLÈME	RÉFÉRENCES
Accident vasculaire cérébral	Verheyden et coll., 2013; Vieira et coll., 2011; Walsh, Horgan, Walsh et Galvin, 2016
Arthrose	Mat et coll., 2015
Cancer	Callis, 2016
Démence/déficiência cognitive	Ambrose et coll., 2015; Ambrose et coll., 2013; Booth et coll., 2015; Bunn et coll., 2014; Burton et coll., 2015; Chan et coll., 2015; Guo et coll., 2014; Hunter, Wagg, Kerridge, Chick et Chambers, 2011; Jensen et Padilla, 2011; Meyer et coll., 2015; Vieira et coll., 2011; Winter, Watt et Peel, 2013; Zhao et Kim, 2015
Fragilité générale, personne âgée	Ambrose et coll., 2015; Ambrose et coll., 2013; Bula, Monod, Hoskovec et RoCHAT, 2011; Cadore et coll., 2013; Guo et coll., 2014; Vieira et coll., 2011; Zhao et Kim, 2015; Zia et coll., 2015
Hémophilie	Flaherty et Josephson, 2013
Maladie de Parkinson	Allen et coll., 2011; Bloem et coll., 2016; Mansfield et coll., 2015; Monti, Bellini, Medri et Pillastrini, 2011; Shen et coll., 2016
Ostéoporose	Papaioannou et coll., 2015
Risques pour les adultes non mobiles (ceux qui utilisent un fauteuil roulant en tant que principal moyen de locomotion)  Caractéristiques associées à des dispositifs (p. ex., conception d'un fauteuil roulant), activités de déplacement, problème d'équilibre en position assise, autres facteurs environnementaux (p. ex., tapis qui recouvre le sol)	(Rice et coll., 2015)
Sclérose en plaques	Gunn et coll., 2015; Sosnoff et Sung, 2015
Trouble psychiatrique (y compris le trouble dépressif)	Bunn et coll., 2014; Callis, 2016; Changqing et coll., 2015

**Tableau 12** fournit une liste de facteurs spécifiques associés à un risque accru de blessure liée à la chute. Des références sont fournies lorsqu'elles sont disponibles.

**Tableau 12 : Facteurs liés à un risque accru de blessures associées à une chute**

CATÉGORIES DE RISQUE	FACTEURS DE RISQUE SPÉCIFIQUES
Risque d'atteinte à l'intégrité de la peau*	Déchirures de la peau dues à la fragilité de la peau et à des forces de cisaillement*
Risque de fracture	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ostéodystrophie rénale (dialyse)*</li> <li>■ Résidents dans un milieu de soins de longue durée (aussi potentiellement dans d'autres milieux*) présentant : <ul style="list-style-type: none"> <li>□ des antécédents de fracture de la hanche ou de la colonne vertébrale;</li> <li>□ des antécédents de plus d'une fracture (autre que les mains, les pieds ou les chevilles);</li> <li>□ un usage récent de glucocorticoïdes systémiques et des antécédents de fracture;</li> <li>□ ostéoporose, ostéopénie (Papaioannou et coll., 2015).</li> </ul> </li> </ul>
Risque de saignement	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Hémophilie (Flaherty et Josephson, 2013)</li> <li>■ Thrombocytopénie*</li> <li>■ Anticoagulothérapie*</li> <li>■ Traitement antiplaquettaire*</li> <li>■ Maladie du foie ou des reins (hémodialyse)*</li> </ul>

\* Proposé par le comité d'experts.



## Annexe F : Résumé des résultats — Approches et outils pour évaluer les risques de chutes

Le **tableau 13** résume les conclusions de l'examen systématique concernant les approches et les outils utilisés pour évaluer le risque de chutes. Il est important de remarquer **qu'il ne s'agit pas d'une liste exhaustive de tous les outils disponibles**. Sous le tableau se trouve une liste de sites Web qui présentent d'autres outils.

Les organismes de soins de santé peuvent examiner les résultats ci-dessous dans le but de soutenir leurs décisions concernant la sélection d'approches ou d'outils pour le(s) milieu(x) et la(les) population(s) servis.

Les outils et les approches sont présentés en ordre alphabétique dans trois catégories : démarche et/ou équilibre, risque de chutes général, et peur de tomber. Les outils et les approches ne sont pas classés par rang précis. L'inclusion d'un outil dans la liste ne signifie pas qu'il est approuvé par l'AIIAO.

**Tableau 13 : Résumé des résultats — Approches et outils pour évaluer les risques de chutes**

NOM DE L'OUTIL / APPROCHE	MILIEU	DESCRIPTION DE L'OUTIL / APPROCHE	CONCLUSIONS ET CONSIDÉRATIONS FUTURES
DÉMARCHE ET / OU ÉQUILIBRE			
Atteinte fonctionnelle	Milieu : non précisé Population : personnes âgées	Une évaluation des défis en matière d'équilibre qui pourraient contribuer au risque de chutes. Mesure, en centimètres, la distance entre la longueur du bras et la portée maximale vers l'avant en utilisant une base de support fixe.	Peut contribuer à l'évaluation détaillée et au diagnostic. Il exige du temps, de l'équipement et des compétences cliniques. Approprié pour une évaluation complète avec l'équipe interprofessionnelle (NICE, 2013).  Faisable pour les soins primaires (Groupe de travail américain sur les services de prévention, 2012).
Demi-tour de 180 degrés	Milieu : n'importe quel milieu Population : non précisée	Observation et comptage des pas nécessaires pour faire un demi-tour de 180 degrés.	L'un des outils utilisés le plus fréquemment pour évaluer l'équilibre et la démarche. Il semble être utile dans n'importe quel milieu, même si sa capacité prédictive n'est pas évidente. Un jugement clinique est requis pour déterminer les valeurs de coupe chronométrées appropriées (NICE, 2013).

NOM DE L'OUTIL / APPROCHE	MILIEU	DESCRIPTION DE L'OUTIL / APPROCHE	CONCLUSIONS ET CONSIDÉRATIONS FUTURES
Échelle Tinetti	Milieu : non précisé Population : personnes âgées	Une échelle qui évalue la capacité d'une personne de garder son équilibre tout en exécutant des tâches liées aux activités de la vie quotidienne. Les composants incluent l'équilibre et la force des extrémités supérieures et inférieures.	Elle peut contribuer à une évaluation et un diagnostic détaillés. Elle exige du temps, de l'équipement et des compétences cliniques. Approprié pour une évaluation complète avec l'équipe interprofessionnelle (NICE, 2013).
Évaluation de la démarche fonctionnelle	Milieu : communautaire et consultations externes Population : personnes âgées	Un outil de dépistage du risque de chutes qui mesure 10 éléments sur une échelle de 0 à 3 (0 = déficience maximale; 3 = déficience minimale). Les éléments sont les suivants : <b>Marche</b> 1. à des vitesses normales, 2. rapide, 3. à des vitesses lentes, 4. avec des tours de tête verticaux, 5. avec des tours de tête horizontaux, 6. avec les yeux fermés, 7. au-dessus des obstacles, 8. en tandem, 9. en arrière, 10. monter et descendre les escaliers	Peut être utilisé conjointement avec un examen clinique pour évaluer le risque de chutes (Lee et coll., 2013).
Technologies fondées sur la détection par capteur pour prédire le risque de chutes	Milieu : non précisé, mais comprenait les milieux d'étude en laboratoire Population : personnes âgées	Capteurs fixés sur une personne pour surveiller ses mouvements durant les activités de la vie quotidienne (p. ex., balancement postural, mobilité fonctionnelle).	Les capteurs semblent détecter les différences entre les personnes qui tombent et celles qui ne tombent pas (Ejupi, Lord et Delbaere, 2014) et peuvent aider à repérer ceux qui sont le plus à risque (Howcroft, Kofman et Lemaire, 2013).  D'autres recherches sont nécessaires concernant la faisabilité de ces technologies dans les cadres de la vie quotidienne (Ejupi et coll., 2014; Howcroft et coll., 2013).

NOM DE L'OUTIL / APPROCHE	MILIEU	DESCRIPTION DE L'OUTIL / APPROCHE	CONCLUSIONS ET CONSIDÉRATIONS FUTURES
Test d'équilibre de Berg	Milieu : réadaptation Population: patients en réadaptation après un AVC	Un test de performance clinique d'équilibre qui évalue la capacité d'une personne de garder son équilibre en exécutant des tâches liées aux activités de la vie quotidienne (AVQ). Les composants incluent l'équilibre et la force des extrémités supérieures et inférieures.	Il peut contribuer à une évaluation et un diagnostic détaillés.  Il exige du temps, de l'équipement et des compétences cliniques. Approprié pour une évaluation complète avec l'équipe interprofessionnelle (NICE, 2013).  Peut être utilisé conjointement avec un examen clinique pour évaluer le risque de chutes (Lee et coll., 2013).
Test de la démarche dynamique	Milieu : non indiqué Population : personnes âgées	Un test utilisé pour évaluer la capacité d'une personne de modifier sa démarche en réponse à des demandes de changement de tâche.	Il peut contribuer à une évaluation et un diagnostic détaillés.  Il exige du temps, de l'équipement et des compétences cliniques.  Approprié pour une évaluation complète avec l'équipe interprofessionnelle (NICE, 2013).
Test de la marche	Milieu : réadaptation Population : patients en réadaptation après un AVC	Un test clinique d'équilibre qui exige de poser le pied sur une marche de 7,5 cm et de l'ôter aussi rapidement que possible durant 15 secondes, et de consigner le nombre de pas exécutés (pour les deux jambes et en consignant le score le moins élevé).	Peut être utilisé conjointement avec un examen clinique pour évaluer le risque de chutes (Lee et coll., 2013).
Test de marche de 10 mètres	Milieu : réadaptation Population: patients en réadaptation après un AVC	Un outil de dépistage de la performance clinique qui mesure le temps nécessaire à un patient pour parcourir 10 mètres.	Peut être utilisé conjointement avec un examen clinique pour évaluer le risque de chute (Lee, Geller et Strasser, 2013).

NOM DE L'OUTIL / APPROCHE	MILIEU	DESCRIPTION DE L'OUTIL / APPROCHE	CONCLUSIONS ET CONSIDÉRATIONS FUTURES
<p>Test Timed up and go (TUG) ou Test de la chaise chronométré</p>	<p>Milieu : n'importe quel milieu, mais plus souvent dans la communauté</p> <p>Population : le plus souvent parmi les personnes âgées</p>	<p>Un test qui observe le temps pris par une personne pour se lever d'un fauteuil, marcher sur une distance de trois mètres, se retourner, revenir en parcourant la même distance, et s'asseoir de nouveau.</p>	<p>L'un des outils les plus fréquemment utilisés pour tester l'équilibre et la démarche; il semble utile dans n'importe quel cadre (NICE, 2013).</p> <p>Un jugement clinique est requis pour déterminer les valeurs de coupe chronométrées appropriées (NICE, 2013).</p> <p>Ne devrait pas être utilisé isolément pour déterminer le risque (Barry, Galvin, Keogh, Horgan et Fahey, 2014).</p> <p>La capacité prédictive pour les futures chutes est limitée (Beauchet, Fantino et coll., 2011).</p>
<p>Tests à deux ou à une seule tâche</p>	<p>Milieu : communauté</p> <p>Population : personnes âgées</p>	<p>Approches utilisées pour évaluer l'interaction entre la cognition et la mobilité. Elles incluent l'évaluation de la démarche d'une personne, soit lors de l'exécution de cette seule activité (tâche unique), ou en exécutant une activité motrice ou cognitive secondaire, comme marcher et parler en même temps (deux tâches).</p>	<p>Des tests de vitesse de marche à une ou à deux tâches peuvent aider à repérer les personnes susceptibles de tomber (Menant, Schoene, Sarofim et Lord, 2014).</p> <p>La détérioration de la démarche lors des tests à double tâches est associée à un risque accru de chutes, en particulier par rapport aux tâches uniques seulement (Muir-Hunter et Wittwer, 2016).</p> <p>Les tests de suivi mental (par exemple, qui examinent l'attention soutenue, le traitement de l'information et la mémoire), ainsi que le test TUG (lever-marcher chronométré) peuvent aider à déterminer le risque de chute. (Chu, Tang, Peng et Chen, 2013).</p>

NOM DE L'OUTIL / APPROCHE	MILIEU	DESCRIPTION DE L'OUTIL / APPROCHE	CONCLUSIONS ET CONSIDÉRATIONS FUTURES
Vitesse de la démarche en tant qu'outil de dépistage du risque de chutes	Milieu : communauté  Population : personnes âgées	Les mesures de vitesse de la démarche en tant qu'outil de dépistage du risque de chutes. Cet examen comportait les catégories suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ &lt; 0,6 m/s : marche lente</li> <li>■ 0,6 à 1,0 m/s : marche à une vitesse moyenne</li> <li>■ 1,0 à 1,3 m/s : marche à une vitesse normale</li> <li>■ &gt; 1,3 m/s : marche rapide.</li> </ul>	Bien que les résultats de l'étude suggèrent qu'une diminution de la vitesse de marche puisse être associée à un risque accru de chutes, il n'est pas clair que la vitesse de marche puisse être utilisée comme outil de dépistage chez les personnes âgées vivant dans la communauté. (Abu Samah, Mohd Nordin, Shahar et Singh, 2016).
<b>RISQUE GÉNÉRAL DE CHUTE</b>			
Modèle de risque de chutes de Hendrich II	Milieu : hôpital  Population : patients hospitalisés	Un outil d'évaluation des facteurs de risque et de performance clinique qui mesure : la confusion, la désorientation, l'impulsivité, la dépression symptomatique, l'élimination altérée, les étourdissements ou les vertiges, le sexe masculin, les antiépileptiques prescrits, les benzodiazépines prescrites, et le test <i>GUG</i> .	Peut être utilisé conjointement avec un examen clinique pour évaluer le risque de chutes (Lee et coll., 2013).
St Thomas Risk Assessment Tool (STRATIFY) (Outil d'évaluation du risque de chutes St Thomas chez les patients hospitalisés âgés qui tombent)	Milieu : hôpital  Population : patients hospitalisés de moins de 65 ans et patients qui subissent une intervention chirurgicale	Un questionnaire sur les outils de dépistage des chutes qui comprend l'historique des chutes, l'état mental, la vision, les toilettes, les transferts et la mobilité.	Peut être utilisé conjointement avec un examen clinique pour évaluer le risque de chutes (Lee et coll., 2013).

NOM DE L'OUTIL / APPROCHE	MILIEU	DESCRIPTION DE L'OUTIL / APPROCHE	CONCLUSIONS ET CONSIDÉRATIONS FUTURES
LA PEUR DE TOMBER			
Falls Efficacy Scale (FES-1) (Échelle d'efficacité relative aux chutes)	Milieu : surtout dans la communauté  Population : personnes âgées avec ou sans antécédents de chutes	L'échelle mesure le niveau de préoccupation concernant l'exécution d'activités physiques faciles et plus difficiles et d'activités sociales sans tomber, en utilisant une échelle de type Likert.	Le questionnaire FES-1 complet est approprié pour évaluer la peur de tomber chez les personnes âgées à risque élevé vivant dans la collectivité qui sont admissibles à des soins de longue durée et dépendantes (Greenberg, 2012).

### Sites Web offrant d'autres outils

L'AIIAO reconnaît que bien d'autres outils sont utilisés dans les milieux cliniques pour évaluer le risque de chutes ou pour soutenir des évaluations complètes (p. ex., des outils qui évaluent l'incontinence, la déficience visuelle, la malnutrition, l'environnement à domicile, etc.).

Les sites Internet suivants sont fournis à titre d'information pour divers outils et, dans certains cas, fournissent des informations sur la validité et / ou la fiabilité<sup>G</sup> des outils. L'AIIAO n'est pas responsable de la qualité, de l'exactitude, de la fiabilité ou de l'actualité des renseignements offerts par ces sites Web. Les questions sur ces outils doivent être adressées à la source.

- Le Programme gériatrique régional de l'Est de l'Ontario <http://www.rgpeo.com/en/health-care-practitioners/falls-prevention-program/fall-risk-assessment-and-intervention.aspx>
- The Senior Friendly Hospitals, outils cliniques pour les chutes : <http://seniorfriendlyhospitals.ca/toolkit/processes-care/falls>
- NICE, annexe E : Données probantes, tableau 9, Ligne directrice sur la pratique clinique pour l'évaluation et la prévention des chutes chez les personnes âgées : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg161/evidence/cg21-appendix-e-evidence-table-9-rehabilitation-other-key-documents-2004-pdf-190033746>

# Annexe G : Interventions pour la prévention des chutes et la réduction des blessures associées

Les **tableaux 14, 15, 16, et 17** résument les données probantes sur les interventions spécifiques de prévention des chutes et de réduction des blessures. Ces tableaux comprennent des résultats sur un grand nombre d'interventions différentes pour la prévention des chutes et/ou la réduction des blessures associées. Les interventions suivantes étaient soutenues par un volume supérieur de données probantes et leurs propres recommandations : modifications apportées à l'environnement (s'assurer de la mise en place d'un environnement sécuritaire), exercice, gestion des médicaments, rondes, vitamine D, formation pour la personne à risque de chutes, et protecteurs de hanche. Ces interventions sont accompagnées d'une mention du numéro de la recommandation.

Les tableaux sont divisés en fonction des interventions avec des preuves solides (**tableau 14**), avantages potentiels (**tableau 15**), résultats mitigés (**tableau 16**), et preuves insuffisantes (**tableau 17**). Dans chaque tableau, les interventions sont organisées en ordre alphabétique. Lorsqu'ils sont disponibles, des renseignements sont offerts sur les milieux où la recherche a été effectuée. Les fournisseurs de soins de santé doivent utiliser leur jugement clinique pour déterminer si des interventions particulières s'appliquent à leur milieu. Les tableaux peuvent servir à faciliter le processus décisionnel visant à déterminer la possibilité de commencer ou de continuer à offrir ces interventions pour la prévention des chutes ou la réduction des blessures associées.

**Tableau 14 : Interventions soutenues par des données solides**

INTERVENTION	DESCRIPTION	RÉSULTATS DE RECHERCHE
Chaussures	Type de chaussures portées et son association avec les chutes Type of footwear worn and its association with falls	Les résultats d'un examen approfondi des interventions communautaires ont révélé que les dispositifs antidérapants pour les chaussures réduisent les chutes dans les conditions glaciales (Gillespie et coll., 2012).  Les données probantes d'un examen jugé de qualité moyenne sur des personnes âgées en bonne santé (milieu non précisé) a découvert que : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ les chaussures à semelle mince et dure, présentant un col élevé (entourant la région de la cheville), pourraient permettre de réduire le risque de chutes;</li> <li>■ les semelles intérieures avec des éléments vibrateurs ou magnétiques pourraient améliorer l'équilibre;</li> <li>■ les talons hauts (&gt; 2,5 cm) sont associés à un risque de chutes accru;</li> <li>■ chaussures avec des matériaux épais et mous dans la semelle intermédiaire peuvent causer l'instabilité (Aboutorabi et coll., 2016).</li> </ul>
Interventions liées à l'exercice physique et à un programme d'entraînement	Une gamme d'interventions qui visent à réduire les facteurs de risque de chutes et aident à prévenir les chutes.	Voir Discussion sur les données probantes pour la Recommandation 2.5 et l'Annexe H sur les interventions d'exercice et l'entraînement physique.
Modifications apportées à l'environnement	Fournir des précautions universelles contre les chutes, modifier l'équipement et l'environnement physique / structurel	Voir Discussion sur les données probantes pour la Recommandation 5.1 sur les précautions universelles contre les chutes et la modification de l'équipement et d'autres facteurs dans l'environnement physique / structurel

INTERVENTION	DESCRIPTION	RÉSULTATS DE RECHERCHE
Soins podologiques à plusieurs aspects	Soins podologiques, y compris l'évaluation des chaussures, les semelles intérieures personnalisées et les exercices pour le pied et la cheville.	Un vaste essai mené auprès de personnes âgées vivant dans la communauté dans le cadre d'une évaluation fortement évaluée a révélé que les soins multidisciplinaires en podiatrie chez les personnes souffrant de douleurs invalidantes aux pieds réduisaient les chutes (Gillespie et coll., 2012).
Stimulateurs cardiaques	Appareil utilisé pour maîtriser le rythme cardiaque	Les résultats d'un examen approfondi des interventions communautaires ont révélé que les stimulateurs cardiaques réduisent les chutes chez les personnes présentant des changements soudains du rythme cardiaque et de la pression artérielle (Gillespie et coll., 2012).  Les stimulateurs cardiaques sont également recommandés dans une ligne directrice stricte pour les personnes souffrant d'hypersensibilité cardio-inhibitrice des sinus carotidiens (causant des vertiges et des évanouissements) et pour ceux qui ont des chutes inexplicables (NICE, 2013).
Vibration globale du corps pour les femmes ménopausées	Un traitement anti-ostéoporotique pour les femmes ménopausées, qui comporte une vibration transmise à la personne par une plateforme vibrante sur laquelle elle se tient debout.	Une revue modérée a montré que les vibrations l'ensemble du corps semblent augmenter la force musculaire et l'équilibre, et réduire les chutes et les fractures chez les femmes ménopausées (Ma, Liu, Sun, Zhu et Wu, 2016).

Tableau 15 : Interventions offrant des bienfaits potentiels

INTERVENTION	DESCRIPTION	RÉSULTATS DE RECHERCHE
Changement de médicaments	Mesures pour réduire, arrêter graduellement ou abandonner des médicaments	Voir la discussion sur les données probantes de la Recommandation 2.6.
Gestion de l'incontinence	Mesures pour gérer l'incontinence en ce qui concerne le risque de chutes	Une étude menée dans le cadre d'un examen de faible qualité a révélé que l'établissement d'un horaire de miction accéléré dans les soins de longue durée et l'activité physique semblaient réduire les chutes (Batchelor, Dow et Low, 2013).
Interférence cognitive-motrice	La formation pour l'exécution de deux tâches simultanées (une activité cognitive et une activité motrice) pour prévenir les chutes.	Selon une étude modérée, l'interférence cognitivo-motrice s'est avérée efficace pour prévenir les chutes chez les personnes âgées à court terme (Wang et coll., 2015).

INTERVENTION	DESCRIPTION	RÉSULTATS DE RECHERCHE
Médicaments pour les personnes à risque de fracture	Médicaments (par exemple, bisphosphonates utilisés pour traiter l'ostéoporose)	Une ligne directrice de haute qualité offre des recommandations sur des médicaments précis qui devraient être pris ou non par des personnes à risque de fracture dans les milieux de soins à long terme. Cela inclut une discussion des risques et des avantages, et des considérations telles que le risque de fracture, la fonction rénale et la capacité à avaler (Papaioannou et coll., 2015).
Rondes	Vérification de l'état d'une personne pour répondre à ses besoins.	Voir la discussion sur les données probantes de la Recommandation 5.3.
Vitamine D	Apport complémentaire en vitamine	Voir la discussion sur les données probantes de la Recommandation 2.7.

Tableau 16 : Interventions donnant lieu à des résultats contrastés

INTERVENTION	DESCRIPTION	RÉSULTATS DE RECHERCHE
Formation offerte à la personne à risque	Formation offerte à des personnes à risque de chutes et de blessures associées	Voir la discussion sur les données probantes de la Recommandation 2.2.
Interventions en matière de vision	Y compris des évaluations, la correction de la vue et la chirurgie de la cataracte	<p>L'évaluation de la vision et la référence pour la correction de la déficience visuelle peuvent aider à réduire les chutes si elles sont combinées avec d'autres interventions, selon une ligne directrice solide et un examen de faible qualité. (NICE, 2013; Zhang, Shuai et Li, 2015). Toutefois, deux lignes directrices strictes indiquent qu'il n'y a pas suffisamment de preuves démontrant l'avantage de la correction de la vision chez les personnes âgées vivant dans la communauté. (NICE, 2013; Groupe de travail sur les services préventifs des États-Unis, 2012).</p> <p>Les verres à lentille unique (par opposition aux lentilles multifocales) peuvent réduire les chutes chez les personnes qui passent beaucoup de temps à l'extérieur et qui ne sont pas fragiles, selon un examen approfondi (Gillespie et coll., 2012).</p> <p>Un examen modéré a révélé des preuves limitées sur l'efficacité de la chirurgie de la cataracte pour réduire les chutes (Stubbs, Brefka, et coll., 2015); toutefois, un examen approfondi rapporte une réduction des chutes chez les femmes ayant subi une chirurgie de la cataracte sur le premier œil atteint (Gillespie et coll., 2012).</p>

INTERVENTION	DESCRIPTION	RÉSULTATS DE RECHERCHE
Protecteurs de hanche	Dispositifs en plastique rigide ou coussins en mousse pour protéger la hanche en cas de chute	Voir la discussion sur les données probantes de la Recommandation 2.9.
Sécurité à la maison / évaluation de la maison	Les exemples incluent l'évaluation des dangers à domicile, l'adaptation à la vie à la maison.	<p>Un examen de faible qualité a révélé qu'une visite d'évaluation avant la sortie du domicile (habituellement effectuée par un ergothérapeute) réduit le risque de chute, particulièrement chez les personnes ayant des antécédents de chute. (Lockwood, Taylor et Harding, 2015).</p> <p>Selon une revue forte et modérée et une ligne directrice solide, il y a un manque de preuves démontrant que les modifications à la maison / la réduction des risques domestiques réduisent les chutes (Stubbs, Brefka, et coll., 2015; Turner et coll., 2011; Groupe de travail sur les services préventifs des États-Unis, 2012).</p> <p>Un examen rigoureux et une ligne directrice solide suggèrent que les interventions de sécurité à domicile sont plus appropriées pour les personnes à risque élevé de chutes (celles qui sont tombées) et lorsqu'elles sont livrées par un ergothérapeute. (COT, 2015; Gillespie et coll., 2012) ou autre professionnel qualifié (NICE, 2013). Si une évaluation des dangers à domicile est effectuée, elle doit être jumelée aux interventions et à un suivi pour plus d'efficacité (NICE, 2013).</p>

Tableau 17 : Interventions associées à des données probantes insuffisantes

INTERVENTION	DESCRIPTION	RÉSULTATS DE RECHERCHE
« Garde » / observation ininterrompue	Observation ininterrompue de personnes à risque élevé de chutes	Il y a des preuves contradictoires démontrant que les personnes qui se trouvent dans les établissements de soins de courte durée réduisent leurs chutes, selon un examen moins approfondi (Lang, 2014).
Antimuscarinique	Médicament utilisé pour traiter une vessie hyperactive et une urgence urinaire	L'association entre l'utilisation de médicaments antimuscariniques et le risque de chute n'est pas claire, selon un examen peu approfondi (Hunter et coll., 2011).

INTERVENTION	DESCRIPTION	RÉSULTATS DE RECHERCHE
Capteurs (par exemple, les alarmes de chaise, les alarmes de lit et les capteurs portables)	Dispositifs qui détectent et alertent les patients et le personnel à la présence de mouvement (p. ex., sortir du lit ou se lever d'un fauteuil) de façon à ce que le personnel puisse prévoir ou prévenir une chute	<p>Selon des examens de haute qualité et de faible qualité, les données probantes sont contrastées ou insuffisantes concernant les bienfaits d'avertisseurs de sortie du lit dans les hôpitaux ou les milieux de soins de longue durée. Les défis liés à l'utilisation de capteurs comprennent les fausses alarmes, la désensibilisation du personnel aux alarmes et le fait que le personnel se fie trop aux alarmes (Anderson et coll., 2012; Kosse, Brands, Bauer, Hortobagyi et Lamothe, 2013).</p> <p>L'utilisation d'alarmes nécessite une formation du personnel et un temps de réaction rapide (Kosse et coll., 2013).</p> <p>Remarque : Les fournisseurs de soins de santé doivent connaître les lois, les règlements ou les politiques sectoriels liés à l'utilisation des dispositifs de retenue pouvant s'appliquer à l'utilisation des alarmes.</p>
Interventions de nature psychologique	Interventions en matière de comportement cognitif, y compris les commentaires, le counseling et les discussions éducatives	<p>Il a été démontré que les interventions cognitivo-comportementales ne réduisent pas les chutes chez les personnes âgées vivant dans la communauté, selon un examen approfondi (Gillespie et coll., 2012). Ceci est particulièrement vrai lorsque le statut de risque de chutes est inconnu, selon une ligne directrice solide (NICE, 2013).</p> <p>Une ligne directrice solide recommande d'évaluer la peur de tomber et les risques de tomber en et de soutenir les activités qui permettent une prise de risque réaliste pour les personnes âgées vivant dans la communauté qui risquent de tomber ou qui ont peur de tomber. (COT, 2015).</p>
Interventions en matière de nutrition et d'apport complémentaire	Diverses interventions utilisées pour optimiser la nutrition	<p>Les résultats ne permettent pas de conclure que la supplémentation réduit le risque de chute, selon une étude approfondie des personnes âgées vivant dans la communauté. (Gillespie et coll., 2012).</p> <p>Il n'y a pas suffisamment de preuves pour ou contre l'utilisation d'une supplémentation en protéines pour prévenir les chutes (Groupe de travail sur les services préventifs des États-Unis, 2012).</p> <p>Des interventions nutritionnelles à plusieurs composantes (disponibilité de collations, choix alimentaires, prolongation des repas) peuvent contribuer aux efforts de prévention des chutes dans les soins de longue durée, selon un examen peu approfondi (Wallis et Campbell, 2011).</p>

INTERVENTION	DESCRIPTION	RÉSULTATS DE RECHERCHE
Lits à faible hauteur	Lit positionné à une faible hauteur pour réduire l'énergie cinétique d'une chute et réduire les blessures associées.	<p>Les précautions universelles communes aux chutes comprennent l'utilisation de lits de faible hauteur (voir Annexe K).</p> <p>Il y a peu de preuves pour ou contre l'utilisation de lits de faible hauteur pour prévenir les blessures de chute dans les milieux hospitaliers, selon un examen approfondi (Anderson, Boshier et Hanna, 2012).</p>
Supports de marche (ambulateurs), appareils et accessoires fonctionnels	Dispositifs pour faciliter la mobilité	<p>Une ligne directrice de haute qualité suggère l'utilisation d'appareils et d'accessoires fonctionnels avec d'autres interventions pour prévenir les chutes (Papaioannou et coll., 2015). Des conseils et des instructions sur l'utilisation des appareils et accessoires fonctionnels sont recommandés dans une ligne directrice (COT, 2015).</p> <p>Selon un examen peu approfondi, les données sur les cadres de marche ne prouvent ni ne réfutent leur efficacité dans la prévention des chutes ou leur contribution aux chutes; l'effet sur la posture et l'équilibre n'est pas clair (O'Hare, Pryde et Gracey, 2013).</p>
Technologie de détection des chutes (p. ex., les alertes personnelles autour du cou ou les capteurs qui détectent des changements dans le mouvement à la maison)	Dispositifs qui peuvent distinguer entre une chute et une activité de la vie quotidienne, puis communiquer avec les autorités qui peuvent intervenir rapidement pour aider la personne si elle est tombée.	<p>Les données probantes sont insuffisantes pour déterminer l'efficacité des technologies de détection des chutes sur la prévention des chutes, la détection précoce des chutes ou la peur de tomber, selon un examen modéré des personnes vivant dans la communauté. (Pietrzak, Cotea et Pullman, 2014a).</p> <p>Certains éléments de preuve ont indiqué que ces technologies peuvent accroître la confiance des personnes âgées, leur sentiment de sécurité (Hawley-Hague, Boulton, Hall, Pfeiffer et Todd, 2014; Pietrzak et coll., 2014a; Stewart et McKinstry, 2012), et leur indépendance (Hawley-Hague et coll., 2014).</p> <p>Les considérations d'acceptabilité incluent : la fiabilité, la facilité d'utilisation, le coût, le contrôle (par exemple, la capacité d'annuler une fausse alarme) et la confidentialité (Hawley-Hague et coll., 2014; Pietrzak et coll., 2014a).</p> <p>Les technologies sont généralement acceptables chez les personnes âgées si la sécurité constitue une préoccupation majeure (Hawley-Hague et coll., 2014; Pietrzak et coll., 2014a).</p>
Thérapie manuelle	Techniques pratiques de thérapeutes (p. ex., chiropraticien, physiothérapeute) qui visent les facteurs de risque, comme la stabilité posturale et l'équilibre	<p>Il existe des résultats de recherche limités et non concluants sur l'utilisation de la thérapie manuelle pour réduire les chutes, selon un examen modéré (paramètre non spécifié) (Holt, Haavik et Elley, 2012).</p>

## Annexe H : Interventions associées à l'exercice physique et à un programme d'entraînement

Différentes approches d'interventions associées à l'exercice physique et à un programme d'entraînement comportant divers degrés d'efficacité sont décrites dans les publications. Les interventions sont décrites par ordre alphabétique dans le **tableau 18**.

**Tableau 18 : Interventions associées à l'exercice physique et à un programme d'entraînement**

TYPE DE FORMATION OU D'INTERVENTION	DÉFINITION	AVANTAGES POTENTIELS
Entraînement pour améliorer les pas	L'entraînement pour améliorer les pas vise à imiter une situation de chute. Les interventions de progression comprennent l'entraînement par étapes réactives (utilisation d'un harnais et d'une surveillance, et un équipement coûteux et coûteux) et l'entraînement par étapes volontaires, qui peut être utilisé dans les salles d'exercices ou par des personnes à la maison. (Okubo, Schoene, et Lord, 2016).	Améliore le temps de réaction, la démarche, l'équilibre et la récupération de l'équilibre, et réduit les chutes chez les personnes âgées d'environ 50% (Okubo et coll., 2016).  Le contexte est important étant donné que l'entraînement au pas réactif ne serait pas réalisable dans la plupart des milieux. De plus, les résultats s'appliquent surtout aux personnes âgées en santé et à haut risque présentant des troubles de l'équilibre et de la démarche, vivant dans la collectivité et en établissement, mais pas nécessairement chez certaines personnes atteintes de la maladie de Parkinson, d'AVC, de démence ou autres déficiences cognitives (Okubo et coll., 2016).
Entraînement sur le plan de l'équilibre avec perturbations	« Une nouvelle intervention d'entraînement à l'équilibre qui incorpore l'exposition aux perturbations posturales répétées (quelque chose qui provoque un déséquilibre de la posture) pour susciter des réactions d'équilibre rapides, permettant à l'individu d'améliorer le contrôle de ces réactions avec la pratique » (Mansfield et coll., 2015, p. 701).	Réduit la probabilité et la fréquence de chute (Mansfield et coll., 2015).

TYPE DE FORMATION OU D'INTERVENTION	DÉFINITION	AVANTAGES POTENTIELS
Entraînement sur le plan de la force principale et par des exercices de type Pilates	<p>L'entraînement sur le plan de la force principale inclut des exercices visant à renforcer la force principale.</p> <p>« Le noyau peut être décrit comme une boîte musculaire avec les abdominaux à l'avant, les paraspinaux et les fessiers en arrière, le diaphragme en haut, et le plancher pelvien et la musculature de la hanche en bas » (Granacher, Gollhofer, Hortobagyi, Kressig et Muehlbauer, 2013, p. 628).</p> <p>« Les exercices Pilates sont conçus pour promouvoir la stabilité / force de base, la flexibilité, la coordination et l'équilibre. Il est pratiqué sur des tapis et / ou avec différents types d'appareils Pilates ( réformateur, anneau de Pilates) » (Granacher et coll., 2013, p. 628).</p>	<p>Atténue les déficits des mesures de la force, de l'équilibre, de la performance fonctionnelle et des chutes des muscles du tronc (noyau) (Barker, Bird et Talevski, 2015; Bullo et coll., 2015; Granacher et coll., 2013).</p> <p>Augmente la force musculaire, la marche et la démarche, l'équilibre dynamique, l'équilibre statique et la flexibilité chez les personnes âgées (Bullo et coll., 2015).</p> <p>D'autres avantages potentiels sont l'amélioration de la capacité fonctionnelle pour accomplir les activités de la vie quotidienne et une meilleure qualité de vie (Bullo et coll., 2015).</p>
Exercices individuels ou physiothérapie (à domicile)	Exercice adapté aux besoins et aux capacités de la personne (différents exercices sélectionnés en fonction de l'évaluation et modifiés en fonction des progrès individuels); vise une réduction des chutes (et / ou) des chutes.	Améliore la performance physique et la fonction, y compris l'équilibre, la force des jambes et l'activité physique (Hill, Hunter, Batchelor, Cavalheri et Burton, 2015; Groupe de travail sur les services préventifs des États-Unis, 2012).
Exercices pour le pied et la cheville qui les renforcent et les étirent	Les exercices qui renforcent et étirent le pied et la cheville.	<p>Améliorent la performance de l'équilibre et la flexibilité de la cheville, et peut aider à réduire les chutes (Schwenk et coll., 2013).</p> <p>Se sont révélés bénéfiques dans le cadre de soins de podiatrie multi-facettes pour les personnes souffrant de douleurs au pied invalidantes (Gillespie et coll., 2012).</p>
Exergaming (jeu interactif)	L'utilisation de jeux ou de programmes informatiques basés sur la réalité virtuelle (par exemple, Nintendo Wii Fit) visait à améliorer les performances de l'équilibre en fournissant une rétroaction immédiate et interactive (visuelle, auditive ou proprioceptive) à l'utilisateur.	<p>Améliore les capacités d'équilibre (Dennett et Taylor, 2015; Laufer, Dar et Kodesh, 2014; Pietrzak, Cotea et Pullman, 2014b).</p> <p>Nécessite une supervision et une sélection rigoureuse des jeux appropriés (Laufer et coll., 2014; Pietrzak et coll., 2014b).</p>

TYPE DE FORMATION OU D'INTERVENTION	DÉFINITION	AVANTAGES POTENTIELS
Interventions sur le plan cognitif-moteur interactives (ICMI)	Les exemples d'ICMI comprennent les exercices de pas, l'utilisation d'une planche d'équilibre et les programmes d'aérobie et à plusieurs composants.	<p>Elles améliorent les facteurs de risque de chutes sur le plan physique et cognitif, mais il n'est pas clair dans quelle mesure cette contribution permet de réduire les chutes. Ces interventions améliorent particulièrement l'équilibre et la force, et ont des avantages équivalents aux programmes de formation classiques (Schoene, Valenzuela, Lord et de Bruin, 2014).</p> <p>Un risque potentiel comporte la sensation possible de balancement accru après quelques séances d'entraînement. Deux études ont signalé une augmentation du balancement après un entraînement sur le plan cognitif-moteur. Bien que cela puisse potentiellement augmenter le risque de chute, il pourrait également être associé aux stratégies compensatoires améliorées. (Schoene et coll., 2014).</p>
Programmes d'exercices pour la prévention des chutes	Programmes d'exercices individuels ou en groupe à plusieurs composantes incluant l'entraînement fonctionnel et la démarche, les exercices de renforcement, la flexibilité et l'endurance ou le tai-chi visant des facteurs de risque de chute ciblés (El-Khoury et coll., 2013).	<p>Taux réduit de chutes, prévention des blessures causées par les chutes (El-Khoury et coll., 2013; Groupe de travail sur les services préventifs des États-Unis, 2012).</p> <p>Efficace pour la prévention des chutes, l'amélioration de la qualité de vie et l'amélioration de l'équilibre chez les personnes âgées (Martin et coll., 2013).</p> <p>L'exercice en groupe favorise la satisfaction du patient et l'observance de l'exercice (Martin et coll., 2013).</p>
Renforcement musculaire	Exercices qui renforcent les muscles des membres inférieurs.	Les exercices de renforcement des membres inférieurs réduisent les chutes (Ishigaki, Ramos, Carvalho et Lunardi, 2014).

TYPE DE FORMATION OU D'INTERVENTION	DÉFINITION	AVANTAGES POTENTIELS
Tai chi (autres noms : taiji, tai chi chuan)	« Un art martial chinois classique impliquant des mouvements lents et continus mais hautement chorégraphiés qui incorporent un changement de poids unilatéral et bilatéral ainsi que la rotation du tronc et des extrémités » (Leung, Chan, Tsang, Tsang et Jones, 2011, p. 40).	<p>Augmente la confiance dans l'équilibre (« La capacité perçue d'exécuter des activités sans perdre l'équilibre ») (Rand, Miller, Yiu et Eng, 2011, p. 297).</p> <p>Améliore le contrôle de l'équilibre (Huang et Liu, 2015; Leung et coll., 2011; Song et coll., 2015).</p> <p>Améliore la flexibilité (Huang et Liu, 2015; Leung et coll., 2011).</p> <p>Réduit les chutes et la peur de tomber; mieux adapté si une personne n'est pas fragile (Leung et coll., 2011; Schleicher, Wedam et Wu, 2012).</p> <p>Efficace pour les personnes à risque réduit de chutes (Gillespie et coll., 2012).</p>
Yoga	« L'activité basée sur le yoga prend de nombreuses formes, allant de la pratique des postures debout qui visent à améliorer la force, la flexibilité et l'équilibre à la forme de relaxation et de méditation » (Youkhana, Dean, Wolff, Sherrington et Tiedemann, 2016, p. 22).	Apporte de petites améliorations de l'équilibre et des améliorations moyennes dans la mobilité physique (Youkhana et coll., 2016).

## Annexe I : Ressources en matière de médicaments

Une sélection de ressources en matière de médicaments, indiquées dans l'examen méthodique, les lignes directrices évaluées par AGREE II, et par le comité d'experts, est présentée par ordre alphabétique dans le **tableau 19**. L'inclusion d'un produit dans la liste ne signifie pas qu'il est approuvé par l'AIIO.

**Tableau 19 : Liste des ressources en matière de médicaments**

RESSOURCE	DESCRIPTION	ACCÈS
Centre for Effective Practice (CEC)	Le centre offre un outil conçu pour aider les fournisseurs de soins de santé à comprendre, évaluer et prendre en charge les résidents dans les foyers de soins de longue durée, qui présentent des symptômes comportementaux et psychologiques de démence, en mettant l'accent sur l'utilisation appropriée d'antipsychotiques. Voir « Antipsychotics and Dementia » (antipsychotiques et démence) sous « Tools » (outils).	<a href="http://effectivepractice.org/">http://effectivepractice.org/</a>
Critères de Beers	Ils donnent un aperçu des classes de médicaments, qui doivent être évitées ou utilisées avec prudence par les personnes âgées. Des cartes de poche peuvent être achetées en visitant le site Web de l'American Geriatrics Society.	American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults (2015): <a href="https://www.guideline.gov/content.aspx?id=49933">https://www.guideline.gov/content.aspx?id=49933</a>
Critères de STOPP/ START	Ils abordent les ordonnances potentiellement inappropriées pour les personnes âgées, y compris un outil de dépistage des ordonnances pour les personnes âgées (STOPP) et un outil de dépistage pour attirer l'attention sur les traitements appropriés (START).	Voir O'Mahony, D., Gallagher, P., Ryan, C., Byrne, S., Hamilton, H., Barry, P., ... Maklebust, J. (2010). STOPP & START criteria: A new approach to detecting potentially inappropriate prescribing in old age. <i>Médecine gériatrique européenne</i> , 1(1), 45–51.
Institut canadien pour la sécurité des patients	Fournit un <u>Bilan comparatif des médicaments : Trousse de démarrage</u> relatif au bilan comparatif des médicaments pour les soins à domicile, les soins de courte durée et les soins de longue durée, qui vise à prévenir des événements indésirables liés aux médicaments en mettant en œuvre un processus de bilan comparatif lors de l'admission, du transfert ou du congé.  Fournit une trousse de démarrage, <u>réduisant les chutes et les blessures causées par les chutes</u> avec des informations sur les médicaments associés aux chutes.	<a href="http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/Pages/default.aspx">http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/Pages/default.aspx</a>

## Annexe J : Ressources d'évaluation après une chute et exemple

Une série d'évaluations après une chute ont été élaborées. Diverses ressources sont disponibles pour soutenir de telles évaluations pouvant servir à déterminer des facteurs qui contribuent aux chutes au niveau individuel, organisationnel et du système. Trois de ces ressources sont décrites dans le **tableau 20** ci-dessous, suivi d'un exemple de documentation d'évaluation post-chute de St. Joseph's Healthcare Hamilton (Ontario, Canada).

**Tableau 20 : Ressources pour soutenir les évaluations après une chute**

RESSOURCE	DESCRIPTION	ACCÈS	ACCÈS
Agence de la santé publique du Canada (ASPC)	Que faire en cas de chute	L'ASPC a créé une affiche illustrée qui offre des renseignements sur ce qu'il faut faire si vous tombez (si vous pouvez vous relever ou si vous ne le pouvez pas) et si vous êtes témoin d'une chute. Le public cible de cette ressource comprend tous les adultes (la ressource n'est pas destinée spécialement aux fournisseurs de soins de santé).	<a href="http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/publications/public/injury-blessure/falls/poster-chutes_affiche/poster-affiche-eng.php">http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/publications/public/injury-blessure/falls/poster-chutes_affiche/poster-affiche-eng.php</a>
Alberta Health Services (AHS)	Examen post-chutes de gestion de risque de chutes AHS	Alberta Health Services a développé un outil de gestion des risques de chutes, appelé Examen post-chutes de gestion de risque de chutes AHS. Cette ressource décrit les quatre étapes clés d'un examen après une chute : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Évaluer la victime pour déterminer les blessures le cas échéant, et offrir des soins immédiatement,</li> <li>2. Surveiller la victime pendant une période allant de 24 à 48 heures,</li> <li>3. Organiser une réunion après la chute et évaluer de nouveau les facteurs de risque de chutes, et</li> <li>4. Modifier le plan de soins / interventions.</li> </ol>	Accessible sur la trousse mensuelle de la prévention des chutes, Ressources pour les praticiens : <a href="http://fallpreventionmonth.ca/toolkit/practitioner-resources">http://fallpreventionmonth.ca/toolkit/practitioner-resources</a>

ÉTABLISSEMENT	RESSOURCE	DESCRIPTION	ACCÈS
Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP)	Cadre canadien d'analyse des incidents	<p>CPSI a développé le <i>Cadre d'analyse des incidents canadiens</i> pour soutenir les personnes responsables ou impliquées dans la gestion, l'analyse et / ou l'apprentissage des incidents liés à la sécurité des patients dans n'importe quel milieu de soins, dans le but d'accroître l'efficacité de l'analyse afin d'améliorer la sécurité et la qualité des soins aux patients.</p> <p>Le cadre offre des méthodes et des outils pour aider à répondre aux questions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Que s'est-il passé?</li> <li>■ Comment et pourquoi cela est-il survenu?</li> <li>■ Que peut-on faire pour réduire la probabilité d'une récurrence et rendre les soins plus sécuritaires?</li> <li>■ Qu'a-t-on appris?</li> </ul>	<p><a href="http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/IncidentAnalysis/Documents/Canadian%20Incident%20Analysis%20Framework.PDF">http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/IncidentAnalysis/Documents/Canadian%20Incident%20Analysis%20Framework.PDF</a></p>



Exemple : Débriefing des chutes et plan d'action du Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton (Ontario, Canada)



- Charlton Campus
- King Campus
- West 5<sup>th</sup> Campus

## COMPTE-RENDU ET PLAN D'ACTION SUR LES CHUTES

Initialiser toutes les boîtes et les champs saisis

Date : _____ Heure : _____ Identifiant du patient : _____ Équipe : _____ (aaaa/mm/jj) (hh:mm)			
<b>Facteurs contributifs environnementaux</b> (p. ex. éclairage, chaussures, surfaces glissantes, meuble, geste du patient, etc.)			
Facteurs contributifs	Plan d'action	Commentaires	Initiales
<b>Changements contributifs associés à l'âge</b> (p. ex., démarche, équilibre, vision, balancement postural, force des muscles, temps de réaction, trouble cognitif, jugement déficient)			
Facteurs contributifs	Plan d'action	Commentaires	Initiales
<b>Facteurs contributifs médicaux</b> (p. ex., convulsions, Parkinson, accident vasculaire cérébral, démence, chirurgie récente, hypotension orthostatique)			
Facteurs contributifs	Plan d'action	Commentaires	Initiales
<b>Facteurs contributifs associés à la médication</b> (p. ex., sédatifs, hypnotiques, benzodiazépines, neuroleptiques, antidépresseurs, diurétiques, antihypertenseurs)			
Facteurs contributifs	Plan d'action	Commentaires	Initiales
Le patient a-t-il des antécédents de démarche instable? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Le degré de supervision requis était-il indiqué clairement sur l'aide à la démarche? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Sinon, indiquer les actions futures :			

Nom en lettres moulées : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Initiales : \_\_\_\_\_ Discipline : \_\_\_\_\_

Nom en lettres moulées : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Initiales : \_\_\_\_\_ Discipline : \_\_\_\_\_

Nom en lettres moulées : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Initiales : \_\_\_\_\_ Discipline : \_\_\_\_\_

PD 8162 (2017-04) HIM

Page 1 de 2



- Charlton Campus
- King Campus
- West 5<sup>th</sup> Campus

## COMPTE-RENDU ET PLAN D'ACTION SUR LES CHUTES

**Initialiser toutes les boîtes et les champs saisis**

La technique de transfert appropriée est-elle indiquée sur le tableau blanc du patient? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non SINON, indiquer les actions futures : _____ _____ _____
Le patient souffre-t-il de pertes urinaires ou d'incontinence? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non S'il s'agit d'un facteur contributif, comment sera-t-il résolu/surveillé?
Qu'a fait la pharmacie?
Qu'a fait le psychothérapeute?
Qu'a fait le médecin?
Qu'a fait l'infirmière?
Qu'a fait l'ergothérapeute?
Modifications au plan de soins?

**Rempli par :** \_\_\_\_\_

**Personnel présent pour le compte-rendu :** \_\_\_\_\_

Nom en lettres moulées : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Initiales : \_\_\_\_\_ Discipline : \_\_\_\_\_

Nom en lettres moulées : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Initiales : \_\_\_\_\_ Discipline : \_\_\_\_\_

Nom en lettres moulées : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Initiales : \_\_\_\_\_ Discipline : \_\_\_\_\_

**PD 8162 (2017-04) HIM**

**Page 2 de 2**

# Annexe K : Composants et exemple des précautions universelles pour éviter les chutes

Le **tableau 21** énumère les composants communs inclus dans les précautions universelles contre les chutes. Les organismes de soins de santé peuvent déterminer les précautions qui sont applicables dans leur milieu. La liste du **tableau 21** et l'affiche qui suit ne sont que des exemples.

**Tableau 21 : Composants communs des précautions universelles contre les chutes**

Généralités	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Familiariser la personne avec l'environnement.</li> <li>■ Apprendre à la personne à se servir de la sonnette d'appel.</li> <li>■ Mobiliser au besoin.</li> <li>■ Fournir ce qui suit :               <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Rampes solides dans la salle de bains et la chambre du patient ainsi que dans les couloirs</li> <li>□ Éclairage adéquat (lampe veilleuse, éclairage supplémentaire au besoin)</li> <li>□ Aires de soins libres d'obstacles</li> <li>□ Toutes les zones sans aucun risque de trébucher</li> <li>□ Précautions contre l'incontinence (visite régulière et sécuritaire à la toilette)</li> </ul> </li> </ul>
Glissement	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Chaussures avec support et talon bas, qui sont antidérapantes</li> <li>■ Planchers propres et secs</li> <li>■ Nettoyage rapide de substances renversées</li> </ul>
Lit/fauteuil	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Position à faible hauteur (à la hauteur du genou ou à une hauteur appropriée pour respecter les précautions concernant la hanche*)</li> <li>■ Freins activés (lit ou fauteuil)</li> <li>■ Ridelles inférieures abaissées (section séparée d'une ridelle*) à moins qu'il n'en soit décidé autrement selon les circonstances</li> <li>■ Objets à portée de la main (effets personnels et sonnette/voyant d'appel)</li> <li>■ Documents sur l'aide pour les déplacements ou la mobilité</li> </ul>

Sources: Degelau et coll., 2012; Scott, 2013; Wallis et Campbell, 2011.

\* Proposé par le comité d'experts.

Exemple : Affiche des précautions universelles contre la chute de Fraser Health (Colombie-Britannique, Canada)



zonesécurité

Réduire les chutes  
Réduire les blessures !

### Environnement sécuritaire

- Utilisation des ridelles de lit, sauf avis contraire
- Corridors exempts d'obstructions et de risques de trébuchement
- Les freins des lits et des chaises sont actionnés
- Les lumières fonctionnent et sont allumées au besoin

### Aide à la mobilité

- Mobiliser au moins deux fois par jour
- L'aide au transfert ou à la mobilité est **affichée**
- Les lunettes, prothèses auditives et aides à la mobilité sont à portée de main

### Réduction du risque de chute

- Ronde intentionnelle toutes les heures (voir au verso)
- **Toilettes régulières** et sécuritaires
- Sonnette d'appel **et articles personnels** du patient à portée de main
- Lit abaissé au **niveau des genoux du patient**
- Utilisation de chaussures antidérapantes

### Mobilisation du patient et de la famille

- Discuter des facteurs de risque avec les patients et leur famille
- Se mettre d'accord sur un **plan** de réduction des chutes **et des blessures**

## RONDES INTENTIONNELLES TOUTES LES HEURES



### Est-ce que votre patient...

#### Douleur

- a de la douleur ou de l'inconfort au repos ou en mouvement?

✓ fournir un analgésique ou des mesures de confort

#### Besoins connexes

- besoin d'utiliser la toilette?
- doit changer ses sous-vêtements ou sa serviette hygiénique?

#### Position

- doit être retourné, repositionné ou mobilisé?

✓ évaluer la peau, fournir des soins au besoin

#### Possessions

- a un accès facile à la sonnette d'appel, à l'eau, à ses lunettes, à ses prothèses auditives, au téléphone, à des mouchoirs et à de l'aide à la mobilité?



**Demander** – « Avez-vous besoin de quelque chose avant que je quitte? »



**Communiquer** – « Moi ou quelqu'un de l'équipe reviendrons dans environ une heure pour voir si tout va bien. »

*Si le patient dort, continuer l'évaluation, mais ne pas le réveiller à moins d'un avis clinique ou d'une entente préalable.*



fraserhealth

Source : Créée par Fraser Health. Réimpression autorisée.

## Annexe L : Ressources

L'équipe du Programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO, le groupe d'experts et les évaluateurs externes des intervenants ont formulé des recommandations pour : **tableau 22**. Le tableau présente, en ordre alphabétique, certains des principaux organismes qui offrent des renseignements ou des ressources portant sur la prévention des chutes et/ou la réduction des blessures associées. Des ressources supplémentaires pourraient être disponibles au niveau local. On encourage aussi les cliniciens à examiner les soutiens locaux (p. ex., les cliniques spécialisées dans les chutes, les programmes d'exercices, les initiatives locales de prévention des chutes) afin de diriger les patients vers ces ressources ainsi que vers des soins interprofessionnels.

Des liens vers les sites Web sont fournis à des fins d'information seulement. L'AIIAO n'est pas responsable de la qualité, de l'exactitude, de la fiabilité ou de l'actualité des renseignements offerts par ces sources. En outre, l'AIIAO n'a pas déterminé la mesure dans laquelle ces ressources ont été évaluées. Les questions sur ces ressources doivent être adressées à la source.

**Tableau 22 : Organismes, programmes et ressources qui offrent des renseignements sur la prévention des chutes et/ou la réduction des blessures associées**

ORGANISATION, PROGRAMME OU RESSOURCE	DESCRIPTION	LIEN
PRÉVENTION GÉNÉRALE DES CHUTES / RÉDUCTION DES BLESSURES		
Agence de la santé publique du Canada (ASPC)	La mission de l'ASPC est de promouvoir et de protéger la santé des Canadiens grâce à son leadership, à ses partenariats, à l'innovation et à l'action dans le domaine de la santé publique.  Le site Web de l'ASPC offre une gamme variée de ressources pour la prévention des chutes et la réduction des blessures, ainsi que des renseignements à communiquer aux clients.	<a href="http://www.phac-aspc.gc.ca">http://www.phac-aspc.gc.ca</a> <a href="http://www.phac-aspc.gc.ca/inj-bles/index-eng.php">http://www.phac-aspc.gc.ca/inj-bles/index-eng.php</a>
Agrément Canada	Agrément Canada est un organisme indépendant, sans but lucratif, qui confère un statut d'agrément à des organismes de soins de santé et de services sociaux.  Agrément Canada a une pratique organisationnelle requise (POR) pour la prévention des chutes. L'organisme définit la POR comme une pratique essentielle que les organismes doivent avoir en place pour améliorer la sécurité du patient ou client et réduire son risque au minimum.	<a href="https://www.accreditation.ca/fr">https://www.accreditation.ca/fr</a>
Alberta Health Services (AHS)	L'AHS assure la prestation de services de santé aux résidents de l'Alberta, ainsi qu'à certains résidents de la Saskatchewan, de la Colombie-Britannique et des Territoires du Nord-Ouest.  L'AHS possède de nombreuses ressources pour la prévention des blessures et la sécurité, y compris des renseignements sur la prévention des chutes. Les ressources comprennent des fiches de renseignements et de l'information à communiquer aux clients.	<a href="http://www.albertahealthservices.ca">http://www.albertahealthservices.ca</a> <a href="http://www.albertahealthservices.ca/injprev/Page11930.aspx">http://www.albertahealthservices.ca/injprev/Page11930.aspx</a>

ORGANISATION, PROGRAMME OU RESSOURCE	DESCRIPTION	LIEN
BC Injury Research and Prevention Unit	<p>BC Injury Research and Prevention Unit est un chef de file dans la production et le transfert de connaissances sur la prévention des blessures, soutenant l'intégration d'une pratique de prévention dans la vie quotidienne des résidents de la Colombie-Britannique.</p> <p>Le site Web de l'organisme présente des faits et des statistiques sur les chutes, des renseignements sur la prévention des chutes, des liens vers d'autres ressources et bien plus.</p>	<p><a href="http://www.injuryresearch.bc.ca/">http://www.injuryresearch.bc.ca/</a></p> <p><a href="http://www.injuryresearch.bc.ca/quick-facts/seniors-falls-prevention/">http://www.injuryresearch.bc.ca/quick-facts/seniors-falls-prevention/</a></p>
Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP)	<p>L'ICSP collabore avec des gouvernements, des organismes de santé, des chefs de file et des fournisseurs de soins de santé afin qu'une amélioration extraordinaire dans les soins de qualité et la sécurité du patient soit une source d'inspiration.</p> <p>L'ICSP a élaboré des ressources de mise en œuvre, y compris les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ La trousse d'information dans le cadre du travail de l'amélioration de la qualité</li> <li>■ Bilan comparatif des médicaments (BCM): Trousse de départ</li> <li>■ Trousse de départ Prévention des chutes et des blessures causées par les chutes</li> </ul>	<p><a href="http://www.patientsafetyinstitute.ca">http://www.patientsafetyinstitute.ca</a></p>
Ontario Neurotrauma Foundation (ONF) / Fondation ontarienne de neurotraumatologie	<p>L'ONF est un organisme sans but lucratif, financé par le gouvernement de l'Ontario, qui cherche à prévenir les lésions neurologiques, et à s'assurer que les Ontariens qui en sont atteints mènent une vie riche et productive.</p> <p>L'ONF soutien la prévention des chutes par l'échange de connaissances et en appuyant la mise en œuvre de pratiques fondées sur des données probantes.</p>	<p><a href="http://onf.org/">http://onf.org/</a></p>
Ostéoporose Canada	<p>Ostéoporose Canada est un organisme national au service des personnes touchées par l'ostéoporose ou à risque d'en souffrir. L'organisme informe, donne les moyens et soutient les gens et les communautés en matière de réduction de risque et de traitement de l'ostéoporose.</p> <p>Il offre des renseignements, des recommandations et des ressources pour promouvoir l'exercice, la nutrition et la santé générale des os, y compris des recommandations spécialement à l'intention des personnes souffrant d'ostéoporose.</p>	<p><a href="http://www.osteoporosis.ca/">http://www.osteoporosis.ca/</a></p>

ORGANISATION, PROGRAMME OU RESSOURCE	DESCRIPTION	LIEN
Parachute	<p>Parachute est un organisme de bienfaisance qui met l'accent sur les solutions de prévention des blessures, la mobilisation des connaissances, les politiques publiques et les efforts de sensibilisation sociale, conçus pour aider à garder les Canadiens en sécurité. La vision de Parachute est un Canada libre de blessures où les résidents mènent une longue vie riche et productive.</p> <p>Le site Web de Parachute inclut une section sur la prévention des chutes.</p>	<p><a href="http://www.parachutecanada.org/">http://www.parachutecanada.org/</a></p> <p><a href="http://www.parachutecanada.org/injury-topics/item/fall-prevention1">http://www.parachutecanada.org/injury-topics/item/fall-prevention1</a></p>
<b>RESSOURCES DE LA TROUSSE</b>		
Mois de la prévention des chutes	<p>Le mois de la prévention des chutes encourage les organismes à coordonner leurs efforts pour obtenir un plus grand impact. Les organismes en Ontario et au-delà participent en planifiant leurs activités et en mettant en commun les renseignements fondés sur la prévention des chutes.</p> <p>Le site Web du Mois de la prévention des chutes comprend une trousse avec des ressources sélectionnées à partir de sources locales, provinciales et nationales.</p>	<p><a href="http://fallpreventionmonth.ca/">http://fallpreventionmonth.ca/</a></p>
Trousse des pratiques exemplaires de soins de longue durée de l'AIAO 2e, Édition	<p>La trousse pour les soins de longue durée est conçue de façon à offrir au personnel au point de services, aux infirmières, aux éducateurs et aux chefs de file l'accès aux meilleurs outils et ressources disponibles fondés sur des données probantes. Elle soutient l'utilisation des lignes directrices sur les pratiques exemplaires ainsi que l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes, afin d'améliorer la qualité des soins offerts aux résidents et de créer un milieu de travail sain. Elle a été conçue pour promouvoir l'intégration des LDPE aux lois et règlements provinciaux pertinents, l'amélioration du rendement et d'autres initiatives en matière de soins de santé.</p> <p>La trousse pour les soins de longue durée comprend une section sur la prévention et la prise en charge des chutes.</p>	<p><a href="http://tctoolkit.rnao.ca/">http://tctoolkit.rnao.ca/</a></p> <p><a href="http://tctoolkit.rnao.ca/clinical-topics/falls-prevention">http://tctoolkit.rnao.ca/clinical-topics/falls-prevention</a></p>
<b>FORMATION PROFESSIONNELLE ET RÉSEAUTAGE</b>		
Canadian Falls Prevention Curriculum (Curriculum canadien sur la prévention des chutes) (Université de Victoria, Colombie-Britannique, Canada)	<p>Une session facilitée d'une durée de cinq semaines, offerte en anglais, par l'entremise de l'Université de Victoria (Colombie-Britannique) au Canada.</p> <p>Remarque : Des coûts sont associés à ce cours.</p>	<p><a href="https://continuingstudies.uvic.ca/health-wellness-and-safety/courses/canadian-fall-prevention-curriculum">https://continuingstudies.uvic.ca/health-wellness-and-safety/courses/canadian-fall-prevention-curriculum</a></p>

ORGANISATION, PROGRAMME OU RESSOURCE	DESCRIPTION	LIEN
Loop : Communauté engagée pour la prévention des chutes	Communauté de pratique qui s'efforce de créer des communautés de soutien en Ontario (et ailleurs) où les adultes jouissent d'une bonne qualité de vie et conservent leur autonomie grâce à la prévention des chutes. LOOP aide ses membres à renforcer leurs capacités en matière de prévention des chutes et des blessures associées.	<a href="https://www.fallsloop.com/fr/">https://www.fallsloop.com/fr/</a>
<b>NUTRITION ET SANTÉ OSSEUSE</b>		
Agri-Food for Healthy Aging (A-HA)	A-HA est un groupe de recherche collaborative et d'application des connaissances qui vise à créer des occasions pour les secteurs de l'agroalimentaire et de la santé de l'Ontario en vue d'améliorer la santé et le bien-être des personnes âgées grâce à l'utilisation innovatrice des aliments.	<a href="http://aha.the-ria.ca/">http://aha.the-ria.ca/</a>
Saine alimentation Ontario	ERO est un service gratuit qui met les résidents de l'Ontario en contact avec les diététistes professionnels. Le site Web offre des renseignements, des vidéos, des recettes et des outils interactifs pour soutenir les choix alimentaires sains. Les diététistes répondent aux questions sur la nutrition par téléphone et par courriel.	<a href="https://www.eatrightontario.ca/en/">https://www.eatrightontario.ca/en/</a>
Santé Canada	Santé Canada offre des apports nutritionnels de référence (recommandations sur les apports en nutriments) pour les populations en santé. Ces apports sont établis par des chercheurs canadiens et américains dans le cadre d'un processus d'examen supervisé par un organisme non gouvernemental aux États-Unis. Le site Web présente des renseignements et des recommandations pour la vitamine D, le calcium et d'autres nutriments.	<a href="https://www.canada.ca/en/health-canada/services/food-nutrition/healthy-eating/vitamins-minerals/vitamin-calcium-updated-dietary-reference-intakes-nutrition.html">https://www.canada.ca/en/health-canada/services/food-nutrition/healthy-eating/vitamins-minerals/vitamin-calcium-updated-dietary-reference-intakes-nutrition.html</a>

ORGANISATION, PROGRAMME OU RESSOURCE	DESCRIPTION	LIEN
<b>L'ACTIVITÉ PHYSIQUE</b>		
Canadian Centre of Activity and Aging (CCAA), Université Western	Le CCAA fait la promotion de l'activité physique et du bien-être chez les personnes âgées grâce à une combinaison de ressources éducatives et de programmes communautaires.	<a href="http://www.uwo.ca/ccaa/">http://www.uwo.ca/ccaa/</a>
Société canadienne de physiologie de l'exercice	La Société canadienne de physiologie de l'exercice offre des lignes directrices sur l'activité physique pour les adultes et les personnes souffrant de sclérose en plaques, d'un traumatisme médullaire ou de la maladie de Parkinson.	<a href="http://www.csep.ca/fr/accueil">http://www.csep.ca/fr/accueil</a>
<b>ENVIRONNEMENT PHYSIQUE / STRUCTUREL</b>		
Code Plus : Physical Design Components for an Elder Friendly Hospital, 2nd Edition (Composants de conception physique pour un hôpital adapté aux besoins des aînés, 2 <sup>e</sup> édition (2015, Fraser Health)	Un guide axé sur les éléments génériques d'une conception physique pour préserver les capacités fonctionnelles et la sécurité des personnes âgées admises à l'hôpital.	<a href="http://www.seniorvriendelijkziekenhuis.nl/wp-content/uploads/2015/06/CodePlus-Final2-April-2015.pdf">http://www.seniorvriendelijkziekenhuis.nl/wp-content/uploads/2015/06/CodePlus-Final2-April-2015.pdf</a>
Manuel de conception de soins de longue durée à domicile de l'Ontario	Le Manuel de conception de soins de longue durée à domicile (SLD) (2015) contient les normes de conception du ministère de la Santé et des Soins de longue durée à domicile en cours d'élaboration ou de réaménagement à Ontario.	<a href="http://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/ltc/docs/home_design_manual.pdf">http://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/ltc/docs/home_design_manual.pdf</a>
Société Alzheimer Canada - Environnements sécuritaires	Le site Web de la Société Alzheimer Canada offre des renseignements précis sur la façon de maintenir un environnement sécuritaire et convivial pour une personne souffrant de démence, y compris une liste de vérification de mesures et de conseils en matière de sécurité.	<a href="http://www.alzheimer.ca/en/Living-with-dementia/Day-to-day-living/Safety/Safety-in-the-home">http://www.alzheimer.ca/en/Living-with-dementia/Day-to-day-living/Safety/Safety-in-the-home</a>
Société canadienne d'hypothèques et de logement : Comment prévenir les chutes dans les escaliers	Une ressource créée par la Société canadienne d'hypothèques et de logement sur la prévention des chutes dans les escaliers et d'autres conseils en matière de sécurité.	<a href="https://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/pdf/63637.pdf">https://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/pdf/63637.pdf</a>

# Appuis



**ACCREDITATION  
AGRÉMENT  
CANADA**

Better Quality. Better Health.  
Meilleure qualité. Meilleure santé.

August 29, 2017

Doris Grinspun, RN, MSN, PhD, LLD(hon), O.ONT  
Chief Executive Officer  
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)  
158 Pearl Street  
Toronto, ON M5H 1L3

Dear Dr. Grinspun,

On behalf of Accreditation Canada, I am pleased to congratulate the Registered Nurses' Association of Ontario on the publication of the new edition guideline titled, *Preventing Falls and Reducing Injury from Falls, Fourth Edition*. Under your leadership, RNAO continues to make remarkable progress in the area of evidence-based resources and we congratulate you on your success.

At Accreditation Canada, we work with health-care organizations to help them improve quality, safety, and efficiency so that they can offer the best possible care and service. In this regard, RNAO's Best Practice Guideline program's goals very much align with our own. The recommendations in the guideline align well with the 2017 Falls Prevention Required Organizational Practice. We are also thrilled to see the promotion of person-and family-centred care throughout the guideline.

We commend you on the development of *Preventing Falls and Reducing Injury from Falls, Fourth Edition*; a resource which will help nurses and other health-care providers provide high quality care across a range of health-care settings. We are proud to support your work and believe that together, Accreditation Canada and RNAO are improving the quality of health-care across the country.

Congratulations on this important work.

Sincerely,

Leslee J. Thompson  
Chief Executive Officer  
Accreditation Canada and Health Standards Organization (HSO)

---

1150, chemin Cyrville Road, Ottawa, Ontario K1J 7S9 Canada  
Tel/Tél. : 613-738-3800; 800-814-7769 Fax/Téléc. : 613-738-7755; 800-811-7088  
accreditation.ca

## Appuis



### The Canadian Geriatrics Society

Promoting excellence in healthcare for older Canadians

November 29, 2017

Doris Grinspun, RN, MSN, PhD, LLD(hon), O.ONT  
Chief Executive Officer  
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)  
158 Pearl Street, Toronto, Ontario M5H 1L3

Dear Dr. Grinspun,

On behalf of the Canadian Geriatrics Society (CGS), I am pleased to provide an endorsement of the Registered Nurses' Association of Ontario's evidence-based clinical best practice guideline, *Preventing Falls and Reducing Injury from Falls, Fourth Edition*.

As you know, CGS promotes excellence in the medical care of older Canadians. We promote a high standard of research in the field of geriatrics/gerontology, and aim to improve the education provided to Canadian physicians on aging and its clinical challenges. Furthermore, we disseminate Canadian research and knowledge on clinical care of older patients to physicians with an interest in gerontology, medical students, residents, fellows and other practitioners and researchers in the field of aging. Recognizing that falls is an important topic that affects older adults, CGS appreciates the significance of a clinical practice guideline on this topic that will help standardize practices and improve care for older adults and others who are at increased risk of falls.

This new edition guideline aligns with our mandate to promote excellence and share best practices among the medical community. We particularly appreciate that it emphasizes the importance of interprofessional collaboration and education throughout health-care organizations. Interprofessional care is important in all health-care settings to enhance health outcomes and client experiences, reduce costs and improve the work environment for all care providers.

This comprehensive guideline will be useful, not only for nurses, but for all practitioners and organizations who are committed to the health and well-being of Canadians. Thank you!

Sincerely,

Frank Molnar  
MSc, MDCM, FRCPC  
President, CGS



10025 - 102A Avenue NW  
Suite 1400  
Edmonton, Alberta  
Canada T5J 2Z2

Phone: 780.409.8090  
Toll Free: 1.866.421.6933  
Fax: 780.409.8098

10025 – avenue 102A NW  
bureau 1400  
Edmonton (Alberta)  
Canada T5J 2Z2

Téléphone: 780.409.8090  
Sans frais: 1.866.421.6933  
Télec: 780.409.8098

August 21, 2017

Doris Grinspun  
Chief Executive Officer  
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)  
158 Pearl Street  
Toronto ON M5H 1L3

Dear Dr. Grinspun:

Thank you for your request to endorse your important new publication, *Preventing Falls and Reducing Injury from Falls, Fourth Edition*. All of us here at the Canadian Patient Safety Institute (CPSI) share with the RNAO a dedication to evidence-informed approaches to investigation and leadership and to sharing innovative health practices, resources, and tools. On behalf of CPSI, I would like to endorse your guideline, and commend the hard work that created this important document.

This RNAO guideline outlines a broad range of strategies to promote quality care and patient safety across all sectors. The practice recommendations encourage a collaborative, person-centred approach to preventing falls and injuries from falls. The education recommendations include important topics that will support consistent, safe, quality care. The policy and organization recommendations outline the fundamental role of organizations in ensuring that the necessary structures are in place for successful program implementation.

It is particularly encouraging to me to hear that safety improvement work is reaching practitioners in acute care, primary care, long term care, and individuals concerned about improving healthcare in Canada. When people from across the healthcare spectrum come together, we really can improve patient and health outcomes.

This evidence-based best practice guideline is an excellent resource for organizations across Canada, and we are pleased to support it.

Sincerely,

Chris Power  
CEO, Canadian Patient Safety Institute

*Safe care...accepting no less*  
*Soins sécuritaires...n'acceptons rien de moins*

[www.patientsafetyinstitute.ca](http://www.patientsafetyinstitute.ca)  
[www.securitedespatients.ca](http://www.securitedespatients.ca)



Doris Grinspun, RN, MSN, PhD,  
LLD(hon), O.ONT  
Chief Executive Officer  
Registered Nurses' Association of  
Ontario (RNAO)  
158 Pearl Street,  
Toronto, Ontario M5H 1L3  
Canada

31 August 2017

Dear Doris,

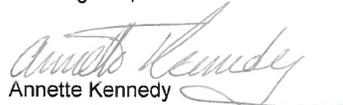
On behalf of the International Council of Nurses (ICN), I am pleased to endorse the Registered Nurses' Association of Ontario's (RNAO) clinical best practice guideline *Preventing Falls and Reducing Injury from Falls, Fourth Edition*. I commend RNAO on this very important work to enhance the leadership capacity of nurses and other health-care providers to effectively prevent falls and fall injuries in all adults across a range of health-care settings.

As you know, ICN is a federation of more than 130 national nurses' associations, representing more than 16 million nurses worldwide. Operated by nurses and leading nurses internationally, ICN works to ensure quality nursing care for all, sound health policies globally, the advancement of nursing knowledge, the presence worldwide of a respected nursing profession, and a competent and satisfied nursing workforce.

RNAO's guidelines are resources that support ICN's objectives. I am confident that RNAO's *Preventing Falls and Reducing Injury from Falls, Fourth Edition* will enable nurses at all levels to deliver evidence-based, person-centred care to people across all sectors, nationally and internationally.

Congratulations on this excellent work!

Best regards,

  
Annette Kennedy  
President  
International Council of Nurses

**International  
Council of Nurses**

3, place Jean-Marteau  
1201 Geneva · Switzerland  
Telephone +41 (22) 908 0100  
Fax +41 (22) 908 0101  
e-mail [icn@icn.ch](mailto:icn@icn.ch)  
Website: [www.icn.ch](http://www.icn.ch)



Osteoporosis Canada  
Ostéoporose Canada

1200 Eglinton Ave E, Suite 500  
Toronto ON Canada  
M3C 1H9

Information / Informations :  
English : 1-800-463-6842 / Français : 1 800 977-1778

August 23, 2017

Doris Grinspun, RN, MSN, PhD, LLD(hon), O.ONT  
Chief Executive Officer  
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)  
158 Pearl Street, Toronto, Ontario M5H 1L3

Dear Dr. Grinspun,

As you know, Osteoporosis Canada is the only national organization serving people who have, or are at risk for, osteoporosis. Our organization works to educate, empower and support individuals and communities in risk-reduction and treatment of osteoporosis. As such, we are pleased to offer our endorsement of your newest edition of the Registered Nurses' Association of Ontario best practice guideline on the topic fall prevention and injury reduction. We believe that *Preventing Falls and Reducing Injury from Falls, Fourth Edition* is a high quality evidence-based guideline. It will be a helpful resource for nurses and others who work in various health-care settings across Canada.

The overall themes and the recommendations in this best practice guideline are very much aligned with our own guiding principles. We appreciate that RNAO refers to Osteoporosis Canada throughout the guideline as a credible source of information specifically about osteoporosis. The guideline is in keeping with our values of accurate, evidence-based information and care; collaboration in a united effort; inclusivity, integrity; and ethical decision-making and actions.

Attached please find comments received from our Osteoporosis Canada's Guidelines committee that you may find helpful. In general, they agreed there was a benefit in encouraging fall prevention and fall reduction. An executive summary at the beginning of this document would be helpful.

Congratulations on the development of this new guideline which we are proud to support.

Warm regards,

Dr. Famida Jiwa, MHSc, CHE, DC, BSc(Hons)  
President & CEO  
Osteoporosis Canada

Heather McDonald-Blumer,  
Chair of the OC Guidelines Committee  
Osteoporosis Canada

---

*National Office / Siège social*  
Telephone / Téléphone : (416) 696-2663  
Facsimile / Télécopieur : (416) 696-2673  
[www.osteoporosis.ca](http://www.osteoporosis.ca) / [www.osteoporosecanada.ca](http://www.osteoporosecanada.ca)

Charitable Registration Number / Numéro d'organisme de bienfaisance enregistré : 89551 0931 RR 0001



## Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing®

550 West North Street  
Indianapolis, Indiana 46202 USA  
stti@stti.iupui.edu  
www.nursingsociety.org

Phone +1.317.634.8171  
Fax +1.317.634.8188  
U.S./Canada 888.634.7575

4 December 2017

Doris Grinspun, RN, MSN, PhD, LLD(hon), O.ONT  
Chief Executive Officer  
Registered Nurses' Association of Ontario  
158 Pearl Street, Toronto, Ontario M5H 1L3

Dear Doris,

The Sigma Theta Tau International (STTI) Honor Society of Nursing is delighted to endorse the Registered Nurses' Association of Ontario's (RNAO) Clinical Best Practice Guideline - *Preventing Falls and Reducing Injury from Falls, Fourth Edition*. I congratulate RNAO on this very important work to enhance the leadership capacity of nurses and other health-care providers to effectively prevent falls and injuries from falls in health-care settings across Canada and internationally.

As you know, STTI is dedicated to advancing world health and celebrating nursing excellence in scholarship, leadership, and service. With more than 135,000 active members from over 90 countries, we promote products and services that focus on education, leadership, career development, evidence-based nursing, research, and scholarship. RNAO's new edition of the guideline on the topic of fall prevention and injury reduction will support nurses in all roles as they lead implementation of evidence-based, high-quality care, across all sectors.

Thank you for your leadership in developing this impressive work.

Sincerely,

A handwritten signature in black ink that reads "Beth Baldwin Tigges".

Beth Baldwin Tigges, PhD, RN, PNP, BC  
2017-2019 President  
Sigma Theta Tau International

**ia** BPG

AFFAIRES INTERNATIONALES  
ET LIGNES DIRECTRICES SUR  
LES PRATIQUES EXEMPLAIRES

TRANSFORMER  
LES SOINS INFIRMIERS  
PAR LA CONNAISSANCE

Lignes directrices sur les  
pratiques cliniques exemplaires

SEPTEMBRE 2017

# Empêcher les chutes et réduire les blessures associées

Quatrième édition

ISBN 978-1-926944-74-6



9 781926 944746



Registered Nurses' Association of Ontario  
L'Association des infirmières et infirmiers  
autorisés de l'Ontario



Ontario