



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

Évaluation des mesures liées à la prévention des chutes multiples chez la personne âgée hospitalisée

Note informative ETMIS

01-14

préparée par

Mélissa Blouin¹, Ph.D.
Geneviève Asselin¹, M.Sc., MBA
Martin Coulombe¹, M.Sc., MAP
Marc Rhains¹, M.D., M.Sc., FRCPC
Yves Lacasse², M.D., M.Sc., FRCPC

¹ UETMIS, CHU de Québec

² Département de pneumologie et responsable des activités d'ETMIS,
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ)

Novembre 2014

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par le Comité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS) de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ) en collaboration avec l'UETMIS du CHU de Québec.

COORDINATION

Dr Yves Lacasse, responsable des activités d'ETMIS, IUCPQ
Dr Marc Rhains, cogestionnaire médical et scientifique, UETMIS, CHU de Québec

SECRÉTARIAT ET MISE EN PAGE

Madame Francine Daudelin, technicienne en administration, module Évaluation, Direction de l'évaluation, de la qualité et de la planification stratégique du CHU de Québec

Pour se renseigner sur cette publication ou toute autre activité d'ETMIS de l'IUCPQ, s'adresser à :
Docteur Yves Lacasse, pneumologue
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
2725, Chemin Ste-Foy, Québec (Québec) G1V 4G5
Yves.Lacasse@med.ulaval.ca

Comment citer ce document :

Le Comité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (ETMIS-IUCPQ). Évaluation des mesures liées à la prévention des chutes multiples chez la personne âgée hospitalisée – Note informative préparée par Mélissa Blouin, Geneviève Asselin, Martin Coulombe, Marc Rhains et Yves Lacasse (ETMIS-IUCPQ) Québec, 2014, 51 p.

Dans ce document, l'emploi du masculin pour désigner des personnes n'a d'autres fins que celle d'alléger le texte. Les photos et images utilisées dans ce document sont libres de droits d'auteur.

Copyright © 2014 ETMIS - IUCPQ. La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à des fins non commerciales, à condition que la source soit mentionnée.

FINANCEMENT

Ce projet a été financé par le Comité d'ETMIS de l'IUCPQ.

RESPONSABILITÉ

Ce document présente les informations répertoriées au 3 juin 2014 pour les volets efficacité et innocuité selon la méthodologie de recherche documentaire développée. Ces informations ne remplacent pas le jugement du clinicien. Elles ne constituent pas une approbation ou un désaveu du mode d'intervention ou de l'utilisation de la technologie en cause.

Ce document n'engage d'aucune façon la responsabilité de l'IUCPQ, de son personnel et des professionnels à l'égard des informations transmises. En conséquence, les auteurs, l'IUCPQ, le CHU de Québec, les membres du groupe de travail de même que les membres du Comité d'ETMIS ne pourront être tenus responsables en aucun cas de tout dommage de quelque nature que ce soit au regard de l'utilisation ou de l'interprétation de ces informations.

DIVULGATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Aucun conflit d'intérêts n'a été rapporté.

1. CONTEXTE ET OBJECTIFS

Parmi l'ensemble des incidents liés à la sécurité des patients en milieu hospitalier, les chutes sont les plus fréquents [1]. Les patients hospitalisés sont exposés à un risque accru de chute comparativement aux personnes non hospitalisées. Ce phénomène peut s'expliquer, en partie, par l'acquisition récente de nouveaux facteurs de risque (p. ex. : mobilité réduite, nouveau traitement pharmacologique) combinée à la présence d'un environnement peu familier, le milieu hospitalier [1].

La cause d'une chute est généralement d'origine multifactorielle. Ses conséquences, tant physiques que psychologiques, peuvent altérer considérablement la qualité de vie d'un patient, et ce, particulièrement chez les personnes plus âgées. Par ailleurs, les personnes âgées qui vivent un premier épisode de chute sont plus susceptibles de tomber à nouveau [2]. Ainsi, le personnel hospitalier doit être au fait de ce que constitue une chute, des mesures à prendre lorsqu'un patient tombe mais aussi, des éléments de suivi de cet incident, notamment une évaluation postchute complète [2].

Une évaluation postchute permet non seulement de déterminer le risque de récurrence, mais également, d'obtenir des informations cliniques pertinentes pouvant être utilisées par le personnel hospitalier. L'évaluation prédictive du risque de chute primaire et l'évaluation postchute sont deux approches distinctes mais interdépendantes. La conjugaison de ces approches permet de mieux comprendre l'étiologie d'une chute pour ainsi tenter d'en diminuer la récurrence et ses conséquences. En effet, les conséquences d'une chute pour le patient sont non négligeables et peuvent conduire, notamment, à une durée d'hospitalisation prolongée ou même à un décès.

Dans le but de bonifier les pratiques permettant de réduire l'incidence des chutes multiples à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ), un projet d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS) a été entrepris afin de réviser les données probantes et les pratiques locales portant sur les mesures liées à la prévention des chutes multiples chez la personne âgée en milieu hospitalier.

2. QUESTIONS DÉCISIONNELLE ET D'ÉVALUATION

2.1 QUESTION DÉCISIONNELLE

Les pratiques préventives en cours à l'IUCPQ doivent-elles être révisées pour réduire l'incidence des chutes multiples ?

2.2 QUESTIONS D'ÉVALUATION

1. Quels sont les déterminants des chutes multiples en milieu hospitalier ?
2. Quelle est l'efficacité des pratiques préventives des chutes multiples en milieu hospitalier ?
3. Quelle est la concordance entre ces pratiques préventives et celles de l'IUCPQ ?

3. MÉTHODOLOGIE

3.1 Recherche documentaire

Pour la recherche documentaire, les bases de données indexées suivantes ont été interrogées : *PubMed*, *Embase*, *Center Reviews for Dissemination* (CRD), bibliothèque *Cochrane*, *PsycINFO*, *CINAHL*. Les stratégies d'interrogation spécifiques à chacune des bases de données sont présentées à l'Annexe 1. D'autres moteurs de recherche, des sites Internet en ETMIS ainsi que ceux d'associations professionnelles ont été consultés afin d'identifier des documents pertinents. La liste des organismes, des associations professionnelles et des bases de données considérées est présentée à l'Annexe 2. De plus, les bibliographies des documents évalués à l'étape de l'éligibilité ont aussi été examinées pour relever d'autres références d'intérêt.

Les paramètres utilisés afin de procéder à la sélection et à l'analyse des documents pertinents de même que les dimensions et les indicateurs retenus afin de répondre aux questions d'évaluation sont décrits au Tableau 1.

Tableau 1. Critères d'éligibilité et limites

CRITÈRES D'INCLUSION	
Population	Personne âgée ou avec profil gériatrique ^a ayant vécu au moins un épisode de chute en milieu hospitalier
Intervention	Pratiques préventives des chutes multiples en milieu hospitalier
Comparateur	Comparaison des pratiques préventives documentées entre elles Comparaison à aucune pratique préventive
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incidence de chuteurs multiples^b ▪ Incidence de chutes multiples^b ▪ Incidence de chutes multiples^b avec ou sans conséquences graves ▪ Mesures liées à la prévention des chutes multiples <ul style="list-style-type: none"> ○ Sensibilité et spécificité ○ Valeur prédictive
Types de documents	<ol style="list-style-type: none"> I. Rapports d'ETMIS, revues systématiques avec ou sans méta-analyse, guides de pratique fondés sur des données probantes II. Essais cliniques randomisés (ECR) III. Études observationnelles IV. Séries de cas et études de cas, lignes directrices et consensus d'experts
LIMITES	
<ul style="list-style-type: none"> • Langue : français et anglais • Période : janvier 1980 au 3 juin 2014 	CRITÈRES D'EXCLUSION
	<ul style="list-style-type: none"> • Pratiques liées à la prévention primaire des chutes en milieu hospitalier • Pratiques liées à la prévention des chutes multiples déployées dans la communauté

^a La personne qui présente un profil gériatrique est généralement très âgée. Elle a des besoins dans plusieurs dimensions de sa vie, ce qui implique que son équilibre biopsychosocial est rompu ou risque d'être rompu. Elle présente un ou plusieurs syndromes gériatriques (instabilité posturale, incontinence, immobilité, iatrogénie, troubles de l'intellect, etc.) et une ou plusieurs comorbidités (maladies chroniques : maladie pulmonaire obstructive chronique, insuffisance cardiaque, hypertension artérielle, insuffisance rénale, etc.) qui entraînent des atteintes fonctionnelles et qui nécessitent l'intervention d'une équipe interdisciplinaire. (Définition proposée par le Centre d'excellence sur le vieillissement (CEVQ) et publiée dans *Le point en administration de la santé*, volume 10, numéro 1, printemps 2014, p. 23).

^b Selon la définition des auteurs.

3.2 Sélection des études

La sélection des documents identifiés lors de la recherche documentaire a été effectuée de manière indépendante par deux évaluateurs (M.B. et G.A.) à partir des titres et des résumés.

3.3 Évaluation de l'éligibilité et de la qualité des études

L'évaluation de l'éligibilité a été effectuée par deux évaluateurs (M.B. et G.A.) de façon indépendante à partir des textes des documents retenus à l'étape de la sélection. Dans un premier temps, la pertinence des études a été évaluée en fonction des critères d'éligibilité (Tableau 1). Par la suite, la qualité des documents a été évaluée dans sa globalité et une attention particulière a été portée à la présence de certains critères issus des grilles d'analyse standardisées et adaptées du « Guide méthodologique de recherche et analyse documentaire de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé » du Centre hospitalier universitaire de Québec [3]. L'évaluation de la qualité des documents a également été réalisée par deux évaluateurs indépendants (M.B. et G.A.). La liste des documents exclus et les motifs d'exclusion sont présentés à l'Annexe 3. Malgré le fait que ces documents aient été exclus de ce rapport, certains contiennent néanmoins des pratiques ou des outils en lien avec la prévention des chutes multiples qui peuvent être d'intérêt. Ces derniers sont notés d'un astérisque (*) dans la liste des documents exclus.

3.4 Extraction des données

L'extraction des données a été effectuée par un premier évaluateur (M.B.) et validée par un second (G.A.).

3.5 Processus de résolution des désaccords

Pour chacune des étapes de la recherche documentaire, les désaccords ont été réglés par une discussion entre les évaluateurs (M.B. et G.A.). Au besoin, un troisième évaluateur a été consulté pour fin de consensus (M.R.).

3.6 Contextualisation

Un groupe de travail interdisciplinaire a été constitué pour contribuer à l'identification des enjeux et des dimensions à considérer dans la démarche d'évaluation et la prise de décision. Celui-ci regroupe plusieurs cliniciens et professionnels de l'IUCPQ et sa composition est présentée à l'Annexe 4. L'équipe de l'UETMIS a présenté au groupe de travail une synthèse pour échanger sur l'état des connaissances et discuter des constats issus de la démarche d'évaluation.

De plus, les membres du groupe de travail ont été invités à contribuer à la dimension organisationnelle de ce projet d'évaluation. À cet effet, un portrait organisationnel a été réalisé (données relatives aux chutes multiples, pratiques de l'IUCPQ en lien avec la prévention primaire et secondaire des chutes, etc.) et la concordance avec les pratiques inventoriées a été discutée.

3.7 Révision et approbation

Cette note informative a été révisée par les membres du groupe de travail et le Comité d'ETMIS de l'IUCPQ (Annexe 4). Ce dernier a adopté la note informative lors de sa réunion du 20 octobre 2014.

4. GÉNÉRALITÉS

4.1 La chute : définition

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), une chute se définit comme « un évènement à l'issue duquel une personne se retrouve, par inadvertance, sur le sol, le plancher ou toute autre surface située à un niveau inférieur à celui où elle se trouvait précédemment. Ceci exclut les changements intentionnels de position sur un mobilier, un mur ou d'autres objets » [4]. Toujours selon l'OMS, l'adoption d'une définition opérationnelle d'une chute est importante lorsqu'on souhaite en faire l'étude. Cependant, de nombreuses études sur le sujet ne précisent pas la définition utilisée, laissant ainsi place à l'interprétation d'une chute par le personnel de recherche et les participants. Par exemple, les personnes âgées ont tendance à décrire une chute comme une perte d'équilibre, alors que les professionnels de la santé font généralement référence aux évènements qui ont conduit à des blessures ou à des problèmes de santé. Par conséquent, l'OMS mentionne que la définition d'une chute doit être opérationnelle en y précisant de façon explicite les critères d'inclusion et d'exclusion [4]. Une chute peut donc se différencier d'une quasi-chute, d'un incident ou d'un accident.

Une quasi-chute ou presque chute se définit comme un évènement au cours duquel un usager aurait fait une chute s'il n'avait pas été retenu par quelque chose ou quelqu'un. La quasi-chute peut se produire en présence ou non d'un intervenant. La hauteur du point de départ de la quasi-chute et le fait qu'il y ait ou non présence de blessure n'ont pas d'importance [5]. Un incident est une action ou situation qui n'entraîne pas de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager, du personnel ou d'un tiers, mais dont le résultat est inhabituel et qui, en d'autres occasions, aurait pu entraîner des conséquences [5]. Finalement, un accident est une action ou une situation où le risque se réalise. Un accident est ou pourrait être à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager, du personnel ou d'un tiers [5].

4.2 Conséquences d'une chute

Les conséquences d'une chute, tant physiques que psychologiques, peuvent altérer considérablement la qualité de vie d'un patient, et ce, particulièrement chez les personnes plus âgées. Au plan physique, une chute peut être accompagnée de blessures mineures ou graves telles que des ecchymoses et hématomes, des lacérations, des fractures ou même la mort associée au traumatisme [6]. En ce qui a trait aux conséquences psychosociales, celles-ci se manifestent généralement par une anxiété exagérée associée à la peur de tomber à nouveau, par le retrait social et la dépression découlant de la perte d'autonomie ou de l'humiliation ressentie lors de la chute. Aussi, la dépendance résultant directement de la perte d'autonomie peut conduire à l'institutionnalisation du bénéficiaire qui a subi une chute ou à une augmentation de la durée d'hospitalisation [6].

D'autre part, un individu qui subit un premier épisode de chute a plus de risques de chuter à nouveau. Ces individus sont alors considérés comme des personnes à risque élevé de blessures liées à une chute, et ce, au même titre que les personnes atteintes de maladies chroniques qui affectent la mobilité ou l'équilibre (p. ex. : ostéoporose, arthrose des membres inférieurs), les personnes sous certaines médications (p. ex. : anticoagulants, diurétiques, psychotropes), les personnes souffrant de démence, d'isolement social et familial ou vivant seule [4].

Finalement, il importe de souligner que la peur de tomber se manifeste souvent après une chute, d'où l'appellation du « syndrome postchute ». Ce phénomène s'observe aussi chez des personnes n'ayant fait aucune chute. La peur de tomber peut être causée par plusieurs facteurs : des problèmes de santé physique, une chute récente ou non, avoir été témoin d'une chute, avoir entendu parler d'une chute, le sentiment de la perte de contrôle liée au vieillissement, etc. [5].

4.3 Incidence des chutes en institution

Selon les données issues d'un document publié en 2013 par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), les chutes et les blessures reliées aux chutes sont des problèmes fréquents et sérieux touchant les personnes âgées hospitalisées ou hébergées dans les établissements de soins de courte et de longue durée [7]. À ce titre, l'INESSS rapporte les données de deux revues systématiques suggérant que le taux de chutes rapporté dans les hôpitaux varie approximativement de 1,3 à 9 pour 1 000 lits par jour [8, 9]. De plus, il est estimé que 30 % à 50 % des chutes qui surviennent dans ces établissements causent des blessures [8]. Chez les

personnes âgées, la fréquence et la gravité des blessures qui découlent des chutes ont tendance à augmenter avec l'âge.

En 2005, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a utilisé les données du fichier MED-ECHO afin, notamment, d'explorer une méthode permettant d'évaluer l'incidence des chutes chez deux catégories d'adultes âgés : les personnes vivant en institution (centres d'hébergement et de soins de longue durée [CHSLD] publics et privés où les résidents nécessitent au moins 3,5 heures de soins quotidiennement) et les autres dont la majorité habite à domicile [10]. En prenant soin de mentionner que l'interprétation de ces données comportait certaines limites, les résultats issus de cette analyse suggèrent qu'environ 12 % des chutes qui surviennent chez des personnes vivant en institution entraînent une hospitalisation. L'analyse des circonstances entourant la chute des personnes vivant en institution suggère qu'environ 10 % des chutes surviennent lorsque la personne passe d'un niveau à un autre (p. ex. : d'une chaise ou d'un lit) et que 23,6 % sont conséquentes à une glissade, un faux-pas ou un trébuchement (chute de plain-pied) [10].

4.4 Types de chute en institution et les circonstances entourant la chute

En institution, on distingue quatre circonstances principales entourant les chutes [6] :

- Les chutes en marchant – Elles se produisent généralement chez les résidents dont la marche, avec ou sans aide technique, est le moyen de locomotion principal sur l'unité.
- Les chutes au lit – Sont incluses dans cette catégorie toutes les chutes qui se font directement du lit, avec ou sans ridelles, lors du sommeil, lors d'agitation physique ou au moment où le résident tente de saisir un objet ou de se chausser dans l'environnement immédiat du lit.
- Les chutes en position assise – Elles sont la conséquence de mouvements volontaires de la personne pour se lever, se pencher, dus à son agitation, ou, plus passivement, produites par glissement.
- Les chutes lors des transferts – Elles peuvent survenir lorsqu'une personne effectue une manœuvre de transfert seule, lors d'un transfert demandant la supervision ou l'assistance du personnel ou même l'emploi d'une aide mécanique.

Il est important de distinguer les circonstances d'une chute les unes des autres car elles sont reliées dans plusieurs cas à des clientèles variées et comportent des facteurs de risque différents.

4.5 Étiologie des chutes chez la personne âgée en institution

Le risque de chute est considéré comme une probabilité de subir un tel accident [6]. Il s'appuie sur une évaluation objective des causes potentielles d'une chute. Classiquement, ces causes sont divisées en deux catégories, soit les facteurs de risque intrinsèques ou extrinsèques. Le Tableau 2 distingue ces facteurs et les présente sommairement.

Tableau 2. Principaux facteurs de risque impliqués dans les chutes

Facteurs intrinsèques	Facteurs extrinsèques
<ul style="list-style-type: none"> • Changements physiologiques liés au vieillissement Vision, équilibre et démarche, systèmes cardiovasculaire et musculo-squelettique, temps de réaction • Changements pathologiques Causes neurologiques, cardiovasculaires, musculo-squelettiques, métaboliques ou autres causes • Substances ingérées Médicaments, alcool • Comportements Habitudes antérieures, troubles du jugement 	<ul style="list-style-type: none"> • Environnement Meubles et immeubles, habillement, équipement • Personnel de soins Manque de formation, absence ou défaillance d'un programme de qualité de soins

Adapté de Francoeur L. [6]

4.6 Mesures de prévention des chutes en milieu hospitalier

Dans le programme d'Agrément Canada, la mise en place d'une stratégie de prévention des chutes constitue une pratique organisationnelle requise (POR) pour les établissements de santé [11]. Une POR est une pratique qui a été déterminée essentielle et qui doit être en place au sein de l'organisation pour améliorer la sécurité des patients/clients et pour minimiser les risques. La POR vise à réduire les risques de blessures dues aux chutes et prévoit un certain nombre de tests de conformité, dont les suivants :

- L'équipe met en œuvre une stratégie de prévention des chutes.
- La stratégie cerne les populations qui sont à risque d'avoir des blessures attribuables à des chutes.
- La stratégie répond aux besoins spécifiques des populations cernées.
- L'équipe établit des mesures en vue d'évaluer la stratégie de prévention des chutes de façon continue.
- L'équipe utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.

Agrément Canada précise que les chutes peuvent entraîner des blessures chez les usagers, une augmentation des frais de santé et, éventuellement, des réclamations pour cause de négligence clinique. Cette organisation mentionne également que les programmes de prévention des chutes peuvent englober, entre autres, la formation du personnel, l'évaluation des risques, de l'enseignement sur l'amélioration de l'équilibre et le renforcement, la vérification des installations, l'évaluation comportementale ainsi que le recours à des alarmes de sortie de lit. Les mesures qui permettent d'évaluer une stratégie de prévention des chutes peuvent inclure le suivi du pourcentage d'usagers pour qui on effectue une évaluation des risques, des taux de chutes, des causes de blessures, de même que l'évaluation du bon usage de mesures telles que le recours aux contentions. La tenue de réunions de bilan après une chute peut aussi contribuer à cerner les lacunes en matière de sécurité et à éviter que les chutes se produisent à nouveau [11].

Au Canada, l'initiative intitulée « Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! » a désigné la prévention des chutes comme une priorité en matière de sécurité. Ce document présente des approches de prévention des chutes et de blessures causées par les chutes fondées sur l'expérience clinique. Il fournit des outils et des ressources appuyant le changement des pratiques dans différents milieux, soit les soins de longue durée, les soins de courte durée et les soins à domicile [12].

Au Québec, le *Programme national de santé publique 2003-2012* [13] a retenu deux cibles de prévention des chutes chez les aînés. Il s'agit de :

- La promotion et le soutien, auprès des cliniciens, de l'évaluation multidisciplinaire des facteurs de risque de chute chez les personnes âgées.
- La promotion et le soutien de mesures multifactorielles de prévention des chutes destinées aux personnes âgées à risque, notamment celles qui ont déjà fait une chute.

En 2010, le document intitulé « Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier – Cadre de référence » a été publié afin de promouvoir des interventions et des stratégies simples qui tiennent compte des dimensions biopsychosociales des personnes âgées [14]. Ce guide vise la mise en place de pratiques professionnelles pour l'amélioration de la qualité des soins et des services auprès de la personne âgée, dans le contexte du centre hospitalier. En matière de chutes, il propose des mesures universelles de prévention et de soins adaptées aux caractéristiques de la personne âgée.

Par ailleurs, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a récemment sollicité la collaboration de l'INESSS en lui confiant le mandat de produire une synthèse des différentes références répertoriées dans la littérature scientifique en fonction des trois volets suivants [7] :

- Recenser les études menées dans les établissements de santé (soins de courte et de longue durée) qui ont évalué les impacts des mesures visant spécifiquement le delirium sur les taux de chute chez les patients hébergés.
- Fournir une liste de références des études qui définissent des modes d'identification des patients en fonction du risque de chute en soins de courte et de longue durée.

- Recenser les études menées dans les établissements de santé (soins de courte et de longue durée) qui ont évalué des interventions destinées à réduire les taux de chute chez les patients hébergés.

Bien que cette recension ne porte pas spécifiquement sur les études en lien avec la prévention des chutes multiples en milieu hospitalier, elle contient néanmoins des références bibliographiques d'intérêt afin de soutenir l'élaboration et la mise en œuvre d'interventions fondées sur des données probantes par les établissements de santé. Cette recension fait référence, notamment, au guide publié par le *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) [1] en juin 2013 et à la revue systématique publiée en 2012 par la collaboration *Cochrane* [15].

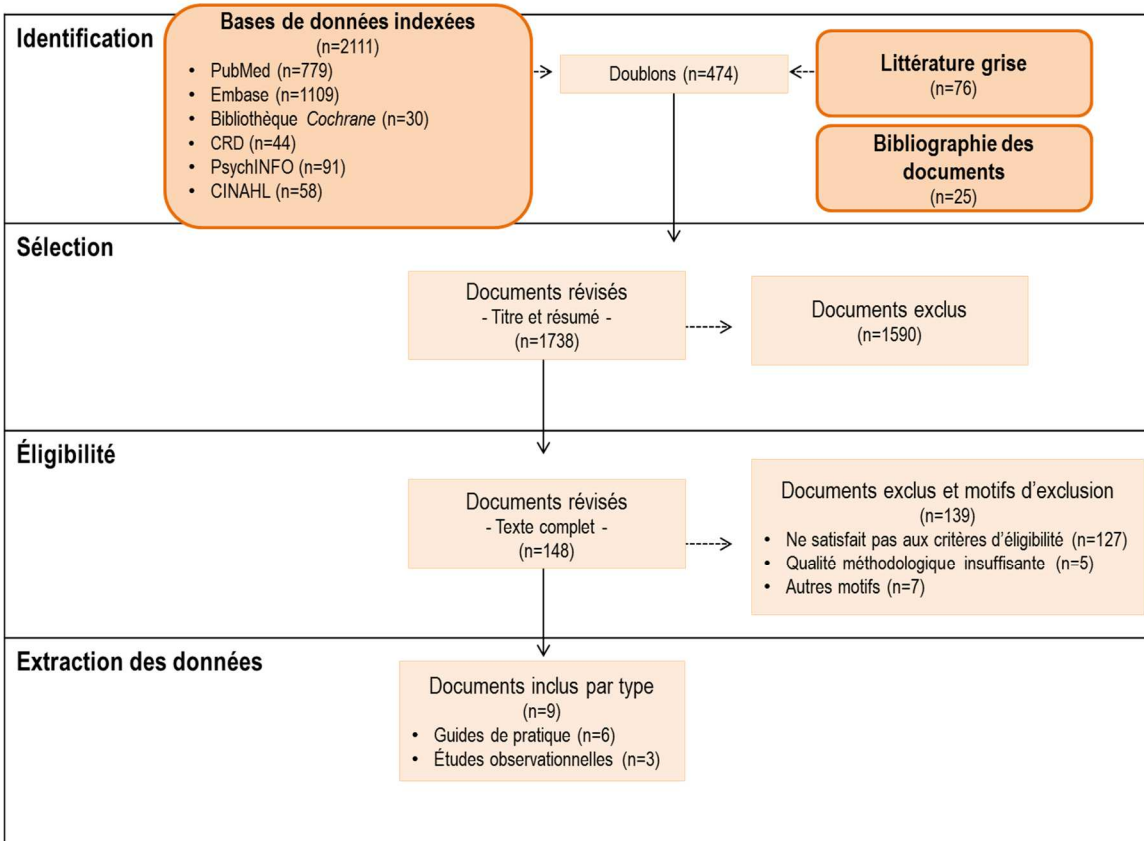
5. RÉSULTATS DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

5.1. Résultats de la recherche documentaire

Le nombre de documents répertoriés à l'aide de la stratégie de recherche documentaire s'élève à 1738. Neuf publications ont été retenues après le retrait des doublons et les étapes de sélection et d'évaluation de l'éligibilité. Les documents inclus sont des guides de pratique (n = 6) rédigés par cinq organisations différentes [2, 16-20]. Pour trois organisations, les recommandations en lien avec la prévention des chutes multiples en milieu hospitalier sont fondées sur des données probantes [16, 18-20] alors pour les deux autres, les recommandations s'appuient sur des consensus d'experts [2, 17]. D'autre part, trois études observationnelles éligibles et dont le contenu n'est pas rapporté dans au moins un des guides de pratique retenus ont également été incluses [21-23]. La Figure 1 présente le diagramme de sélection des documents.

Aucune étude de synthèse ou rapport d'ETMIS répondant à nos critères d'inclusion n'a été recensé. Par ailleurs, des études de synthèse ayant pour objectif d'évaluer l'impact des programmes de prévention des chutes en milieu hospitalier ont été identifiées. Bien que le programme de prévention des chutes de certaines études primaires incluses dans ces revues de synthèse comporte une dimension postchute, les études de synthèse ainsi que les études primaires qui les composent n'ont pas été retenues dans le cadre de ce projet d'évaluation car la contribution de cette dimension à la prévention du risque de chutes multiples ne pouvait être isolée du résultat global.

Figure 1. Diagramme de sélection des documents



5.2. Guides de pratique

5.2.1. Appréciation de la qualité des guides de pratique

La qualité des guides de pratique a été évaluée dans sa globalité et une attention particulière a été portée à la présence de certains critères. L'Annexe 5 présente les critères d'évaluation issus de la grille AGREE [24] considérés importants par l'UETMIS afin d'évaluer la qualité méthodologique de ce type de document [3]. De plus, les principales caractéristiques de ces guides sont présentées à l'Annexe 6.

Tel que mentionné, les guides de pratique ont été rédigés par cinq organisations différentes dont deux organisations canadiennes [16, 19]. Les autres organisations sont australienne [2], française [20] ou asiatique (république de Singapour) [17]. Ces organisations sont :

- *Canadian Task Force on Preventive Health Care* (CTFPHC), 2003 [16] – Canada
- *Ministry of Health, Singapore* (MOH), 2005 [17] – Singapour
- *Registered Nurses' Association of Ontario* (RNAO), 2005 [18] et 2011 (*addendum*) [19] – Canada
- *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care* (ACSQHC), 2009 [2] – Australie
- Société française de gériatrie et de gérontologie - Haute Autorité de Santé (SFGG-HAS), 2009 [20] – France

Pour l'ensemble des guides de pratique, les objectifs, les questions de santé couvertes ainsi que les populations ciblées sont décrits explicitement. À ce propos, l'ensemble des guides révisés portent sur la prévention primaire des chutes chez les personnes âgées et des recommandations en lien avec la prévention des chutes récurrentes sont énoncées. La cible d'intervention propre à chacun de ces guides se répartit de la façon suivante : les personnes âgées en milieu hospitalier [2], les établissements de type CHSLD [16], l'ensemble des établissements de santé [17-19] ou une diversité de milieux (domicile, institution, milieu hospitalier) [20].

Les groupes professionnels ayant élaboré les recommandations issues des guides de pratique canadiens sont plus homogènes [16, 18, 19] alors que les recommandations des autres organisations ont été élaborées par un groupe d'individus dont les professions sont plus diversifiées (p. ex. : cliniciens, infirmières, physiothérapeutes, ergothérapeutes, professionnels de recherche) [2, 17, 20]. De plus, dans la majorité des cas, des réviseurs externes ont été impliqués dans le processus de validation des recommandations [2, 16, 17, 20]. Toutefois, il importe de mentionner que, pour l'ensemble des documents, les intérêts divergents des membres du groupe ayant élaboré le guide n'ont pas été documentés. Dans le même esprit, pour deux organisations, on ne peut savoir si le point de vue des organismes de financement a influencé le contenu du guide car cette information n'est pas disponible [17, 20].

D'un point de vue méthodologique, l'ensemble des organisations impliquées dans le développement des guides ont recherché des preuves scientifiques. Toutefois, pour deux d'entre elles, les méthodes de recherche utilisées ne sont pas systématiques, incluant des sources documentaires peu diversifiées, des stratégies de recherche non rapportées, l'absence d'information en ce qui a trait à l'évaluation de l'éligibilité et de la qualité des documents [2, 17]. De plus, les critères de sélection des preuves retenus par deux organisations ne sont pas clairement définis [17, 20]. Également, les forces et les limites des preuves recensées ne sont pas énoncées clairement pour certaines organisations [18-20]. Par ailleurs, pour l'ensemble des guides de pratique, les recommandations sont précises, sans ambiguïté et les méthodes utilisées pour les formuler sont également bien rapportées. Finalement, dans l'ensemble, il y a un lien explicite entre les recommandations et les preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent [2, 16-19]. À ce propos, il est important de préciser que le type de preuves sur lesquelles s'appuient les recommandations en lien avec la prévention des chutes récurrentes en milieu hospitalier n'est pas constant d'un guide à l'autre. Les recommandations du guide du CTFPHC [16] s'appuient sur trois ECR, alors que celles de la RNAO [18, 19] s'appuient sur un ECR et un guide de pratique. Les groupes australien [2] et singapourien [17] ont jugé que la quantité ou la qualité des études disponibles était insuffisante pour formuler des recommandations s'y appuyant. Les recommandations de ces organisations sont donc basées sur des consensus d'experts ou des expériences cliniques. Finalement, en ce qui a trait aux recommandations formulées par la SFGG-HAS [20], on ne peut les associer clairement aux preuves sur lesquelles elles reposent.

5.2.2. Synthèse des principales recommandations issues des guides de pratique

À quelques variations près, la définition d'une chute utilisée par les organisations est semblable à celle proposée par l'OMS. La chute réfère donc à un événement soudain et inattendu à l'issue duquel une personne se retrouve

au sol ou à un niveau inférieur. Par ailleurs, seule la SFGG-HAS propose une définition des chutes répétées où « le caractère répétitif des chutes est considéré à partir du moment où la personne a fait au moins deux chutes sur une période de 12 mois » [20]. Toutefois, il faut garder à l'esprit que ce guide ne cible pas que les personnes âgées en milieu hospitalier, mais également, les personnes vivant à domicile ou en institution. De plus, cette organisation est la seule à présenter des facteurs prédisposant aux chutes multiples (Tableau 3). On constate que les facteurs proposés par la SFGG-HAS sont tous des facteurs intrinsèques. Toutefois, on peut penser que des facteurs extrinsèques, tels que ceux présentés au Tableau 2, peuvent aussi avoir une influence sur le risque de chutes multiples d'un patient.

Tableau 3. Principaux facteurs prédisposant aux chutes multiples

Catégorie	Déterminants
Générale	Antécédents de chute
	Âge supérieur ou égal à 80 ans
	Être une femme
Physiologique	Troubles de la marche et/ou de l'équilibre
	Réduction de la force musculaire des membres inférieurs
	Troubles visuels
	Troubles de la sensibilité proprioceptive des membres inférieurs
Conditions médicales	Dépression
	Démence
	Syndrome parkinsonien
	Arthrose
Pharmacologique	Polymédication (> 4 médicaments par jour)
	Prise de psychotropes

Adapté de SFGG-HAS [20]

D'entrée de jeu, le guide australien précise que le personnel d'un centre hospitalier doit apporter une attention particulière à toutes les chutes car celles-ci peuvent constituer la principale indication d'un problème de santé sous-jacent. Par conséquent, le personnel devrait être au fait de ce que constitue une chute, des actions à prendre lorsque la chute d'un patient survient et du suivi à y apporter. En considérant l'ensemble des recommandations issues des guides de pratique, on constate que la prise en charge d'un patient qui chute en milieu hospitalier s'articule autour de trois grands axes d'intervention. Ces axes d'intervention seront abordés dans les paragraphes qui suivent.

5.2.2.1. Prendre en charge rapidement le patient qui a chuté et rechercher systématiquement les signes de gravité

Le premier axe d'intervention est issu du guide australien [2]. Il consiste à offrir un premier secours au patient puis de le rassurer et de le réconforter. Pour ce faire, les éléments suivants devraient être évalués : le niveau de danger du patient, la réactivité à un stimulus verbal ou physique, les voies respiratoires, la respiration et les systèmes circulatoires. Par la suite, il est suggéré de procéder à une évaluation préliminaire de certaines mesures telles que le pouls, la pression artérielle, la fréquence respiratoire, la saturation en oxygène et le taux de glycémie. Si le patient a été frappé à la tête en chutant ou si aucune personne n'a été témoin de la chute, il est recommandé de consigner des informations neurologiques en utilisant, par exemple, l'échelle de coma de Glasgow. Les signes de blessures tels que les abrasions, les contusions, les lacérations, les fractures et les blessures à la tête devraient également être vérifiés. Dans le même esprit, une attention particulière devrait être portée au niveau de l'état de conscience du patient, à la présence de maux de tête, d'amnésie ou de vomissements.

Lorsque les premiers secours ont été apportés au patient qui a chuté, on peut ensuite évaluer s'il est sécuritaire de le déplacer, et ce, en identifiant les précautions à prendre pour le déplacement. Ces précautions concernent autant la sécurité du patient que celle du personnel. Finalement, une surveillance attentive est recommandée,

notamment chez les patients à risque accru de saignements et d'hémorragie intracrânienne (patients sous médication anticoagulante ou antiplaquettaire, patients avec antécédents d'abus d'alcool). Aussi, puisque certaines blessures peuvent ne pas être apparentes au moment de la chute, il est suggéré de prendre des dispositions permettant d'assurer une surveillance continue du patient. À ce propos, le personnel du centre hospitalier devrait connaître les mesures relatives à la nature, la fréquence et la durée des observations nécessaires dans cette situation.

5.2.2.2. Signaler et documenter l'incident

Même si les blessures ne sont pas apparentes il est recommandé de signaler tout incident à un médecin. De plus, selon la politique du centre hospitalier, un formulaire de déclaration d'incident devrait être complété, et ce, indépendamment du lieu de la chute ou des conséquences associées (mineures ou graves). Par ailleurs, il est suggéré de documenter les détails de la chute au dossier médical du patient y compris, si possible, une description de la chute par ce dernier, la présence de blessures, le lieu et le moment de la chute, la notification faite au clinicien et les actions prises [2, 17-20].

Certains guides de pratique mentionnent que les centres hospitaliers qui ne recueillent pas de façon systématique les informations relatives à l'incidence et aux conséquences des chutes auraient avantage à bonifier les documents qu'ils utilisent actuellement (p. ex. : rapports d'incident, notes au dossier du patient) [2, 17-20]. Afin d'obtenir les informations les plus précises concernant la chute, on mentionne également que les documents devraient contenir un espace dédié à la rédaction de commentaires supplémentaires. Finalement, le personnel devrait être encouragé à compléter toutes les sections du document afin de minimiser les informations manquantes lorsque les circonstances de la chute sont révisées [2].

5.2.2.3 Analyser l'incident de façon approfondie et mettre en place des interventions individualisées permettant de limiter le risque de chutes récurrentes et ses complications

La majorité des guides de pratique appuient sur le fait qu'il est important d'analyser une chute *a posteriori* afin d'en déterminer les causes sous-jacentes [2, 17-20]. Pour ce faire, une analyse des causes fondamentales de la chute (*root cause analysis*) est suggérée, ceci ayant pour objectifs de diminuer les risques que le patient chute à nouveau mais également, d'améliorer la sécurité et la qualité des soins qui lui sont offerts. Ainsi, un maximum d'informations devraient être recueillies lors d'une chute ou d'une quasi-chute, et ce, de façon routinière. Tel que rapportées dans les guides de pratique, les principales informations à documenter seraient :

- Le type de chute (p. ex. : glisser, trébucher, se cogner ou tomber sur un objet) et l'activité réalisée au moment de la chute.
- Le degré d'autonomie du patient (dépend-il d'un aide-soignant ou du personnel de l'hôpital pour réaliser ses activités ?).
- Le niveau de risque initial du patient et les mesures prises pour prévenir les chutes et leurs conséquences.
- Les informations pertinentes en ce qui a trait aux vêtements, chaussures, lunettes et aides à la mobilité utilisées au moment de la chute.
- L'utilisation de mesures de contention.
- Un changement récent dans la médication qui pourrait être associé à un risque de chute.
- La supervision du personnel au moment de la chute.
- Les facteurs ayant contribué à la chute, tels que les facteurs environnementaux (p. ex. : éclairage, encombrement) ou le ratio personnel-patients.
- L'état du patient après la chute (observations préliminaires, blessures).
- Les interventions (médicales, pharmacologiques ou autres) à mettre en place à la suite de la chute.
- Si possible, une description de la chute telle que perçue par le patient incluant les sensations et les symptômes ressentis avant la chute.
- La présence de témoins de l'incident.
- Toute autre information pertinente.

Les informations recueillies par les membres d'une équipe multidisciplinaire devraient donc permettre de répondre aux questions suivantes [2] :

- Quels étaient les facteurs de risque de chute et de blessures présents ?
- Quelle activité était réalisée au moment de la chute ?
- Le risque de chute initial du patient avait-il été évalué ?
- Par quel mécanisme la chute est-elle survenue ?
- Quelles interventions ont été mises en place au moment de la chute ?
- S'agit-il d'une chute confirmée ou suspectée ?

Aussi, puisqu'un premier épisode de chute constitue un bon indicateur du risque de chutes subséquentes, une évaluation postchute réalisée par les membres d'une équipe multidisciplinaire permettrait d'élaborer un plan de soins global et individualisé. L'élaboration d'un plan de soins individualisé ayant pour objectif de diminuer les risques qu'un patient chute à nouveau devrait reposer non seulement sur les causes du premier incident, mais également, sur une réévaluation du patient. En effet, tous les guides de pratique recommandent de réévaluer les facteurs de risque du patient à la suite d'une chute car de nouveaux facteurs de risque peuvent être présents [2, 16-20]. De plus, rappelons qu'un patient qui a subi un premier épisode de chute devrait, par la suite, être automatiquement considéré comme un patient à risque élevé de blessures associées aux chutes. Ainsi, il est suggéré d'utiliser, pour ce faire, des outils d'évaluation validés.

La recherche documentaire a permis de ne répertorier qu'un seul outil conçu et validé spécifiquement pour l'évaluation postchute d'un patient ; il s'agit du *Post Fall Index* (PFI) [25]. Selon Gray-Miceli *et al.* [23], le PFI est un outil permettant d'évaluer, à partir de 30 items, les circonstances entourant la chute d'un patient. Il aide le personnel à recueillir une information complète et approfondie pour les aspects suivants : antécédents de chutes, examen physique incluant l'analyse des fonctions vitales, histoire médicale, médication utilisée, facteurs de risque de chute, degré de mobilité, environnement, description de la chute telle que perçue par le patient et le personnel. Le personnel est ensuite invité à identifier les facteurs ayant contribué à la chute, ces derniers étant regroupés en huit catégories : (a) non sensibilisé au risque de chute, (b) présence de conditions médicales chroniques, (c) erreur de jugement, (d) facteurs environnementaux, (e) facteurs comportementaux, (f) maladie aiguë, (g) facteurs associés à la médication, (h) facteurs indéterminés ou inconnus. L'étiologie d'une chute étant habituellement multifactorielle, ce type d'outil, en regroupant l'information en plusieurs catégories, permet d'identifier un ou plusieurs facteurs ayant contribué à la chute ou d'établir que les facteurs sont indéterminés (inconnus). Ainsi, cet outil permet au personnel de porter un regard critique sur les circonstances entourant la chute et facilite la prise de décision. Il n'est pas suggestif, mais guide plutôt le personnel dans les actions à prendre, ces dernières étant individualisées pour chaque patient [23].

Ainsi, le plan d'intervention individualisé devrait prendre en considération les éléments issus de l'analyse approfondie des circonstances entourant la chute ainsi que du niveau de risque du patient qui a été réévalué. Ce plan peut inclure, sans se limiter à, une évaluation de la marche, des exercices favorisant l'équilibre, une révision de la médication, une observation accrue du patient, un changement de chaussures ou une modification de l'environnement. Ces interventions pourraient nécessiter l'implication de certains autres membres du personnel. D'ailleurs, la plupart des guides de pratique mentionnent également que la prise en charge et le suivi du patient qui a chuté devraient reposer sur une communication soutenue entre toutes les personnes concernées [2, 17-20]. Ces dernières incluent à la fois les membres du personnel, la famille et les proches. Toutes les personnes concernées devraient être informées de la chute d'un patient et être au fait que ce dernier est maintenant exposé à un risque accru de récurrence, mais également, de conséquences graves.

Toutefois, bien qu'un patient qui a chuté se retrouve fragilisé et empreint d'une certaine vulnérabilité, il est recommandé de l'encourager à retourner à ses activités normales le plus rapidement possible [2, 20]. Généralement, les personnes âgées qui chutent deviennent craintives et peu confiantes vis-à-vis le retour à la marche et à la mobilité, et ce, malgré l'absence de blessure associée à la chute. De plus, la peur de chuter à nouveau constitue un important facteur prédictif du risque de chutes subséquentes. Ainsi, le personnel doit être attentif aux changements de comportements des patients face à la réalisation de leurs activités quotidiennes ainsi qu'aux signes cliniques suggérant la présence d'un syndrome postchute. Différentes approches peuvent être envisagées pour contrer ce syndrome et favoriser une augmentation du niveau de confiance des patients à la suite

d'une chute. Par exemple, pendant le séjour hospitalier, un soutien ainsi que des exercices de mobilisation et d'équilibre pourraient être offerts aux patients. D'autres mesures de prévention pourraient être utilisées telles qu'un protecteur des hanches. Au congé de l'hôpital, un patient pourrait être référé à un programme de prévention des chutes offert dans sa communauté [2, 20].

5.2.2.4 Autres éléments d'intérêt

Les auteurs de la plupart des guides de pratique retenus dans le cadre de ce projet d'évaluation précisent que leurs recommandations ne constituent pas un cadre légal et que le jugement clinique des professionnels doit prévaloir en toutes circonstances. Elles ne constituent en rien une responsabilité ni une décharge de la responsabilité. Toutefois, il est suggéré que chaque établissement dispose d'une politique locale ou d'un guide de pratique duquel le personnel est au fait et auquel il aura accès, et ce, dans l'objectif de prévenir non seulement les chutes primaires mais également, d'y répondre adéquatement afin de limiter le risque de récurrence. Par ailleurs, l'application des pratiques doit s'adapter aux désirs du patient et de sa famille [2, 17-20].

D'autre part, le guide de l'ACSQHC met en relief la notion liée à la « culture de l'établissement » en ce qui a trait au signalement d'un incident lié à la chute d'un patient et aux informations recueillies. Les auteurs mentionnent que le signalement complet et précis d'une chute ne peut se produire qu'en présence d'une culture juste et équitable envers le personnel (*no blame culture*) [2]. En effet, puisque les membres du personnel sont souvent anxieux, anticipent des reproches ou se sentent coupables à la suite d'un tel incident, les décideurs des établissements de santé doivent promouvoir l'importance de signaler avec exactitude ce genre d'événement, et ce, dans un objectif d'amélioration continue des pratiques et non dans l'optique de blâmer ou d'identifier des coupables potentiels.

Pour assurer des services de qualité et une prise en charge optimale, les informations relatives aux chutes doivent être recensées et compilées systématiquement, de façon rigoureuse. L'établissement pourra ainsi documenter l'incidence des chutes, en identifier les causes (*pattern*) de même que les moyens d'en prévenir la récurrence. Ces données permettront également à l'établissement d'effectuer une démarche d'audit afin d'évaluer l'efficacité d'un programme de prévention des chutes en vigueur. Une rétroaction devrait être fournie régulièrement au personnel de l'établissement afin que celui-ci soit en mesure d'identifier des tendances sur un service ou une unité et de prendre les mesures appropriées.

5.3. Études observationnelles

La qualité des études observationnelles a été évaluée et une attention particulière a été portée à la présence de certains critères issus du Guide méthodologique de l'UETMIS du Centre hospitalier universitaire de Québec [3].

Stalhandske et al. [21] et Ruddick et al. [22], 2008

Ces documents proviennent d'un compendium publié en 2008 par l'AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*). Ce compendium intitulé *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches* contient 115 articles regroupés sous quatre volumes abordant différents thèmes : évaluation (volume 1), culture et refonte (volume 2), performance et outils (volume 3), technologie de l'information et sécurité des médicaments (volume 4). Ce livre représente plusieurs années de recherches ayant pour toile de fond l'amélioration de la sécurité des patients et réalisées, notamment, par des chercheurs ayant reçu du financement de cette agence.

Les deux études observationnelles issues de ce compendium et répondant aux critères d'éligibilité du présent rapport d'évaluation sont fondées sur des données de nature expérientielle. Ainsi, les résultats qui en découlent ne sont pas appuyés par une méthodologie de recherche robuste. Entre autres, les principales caractéristiques des sujets ne sont pas rapportées, les critères d'éligibilité ainsi que les taux de participation adéquats ne sont pas définis. Bien que les principales variables confondantes n'aient pas été prises en compte dans les analyses, les résultats sont toutefois mesurés de manière standardisée et les indicateurs de recherche sont clairement définis.

À ce propos, le document de Stalhandske *et al.* présente les résultats de trois projets d'intervention interreliés et réalisés auprès d'une clientèle institutionnalisée, dont le *National Falls Collaborative Project*, le seul des trois projets présentant des données sur l'incidence des chutes [21]. Dans ce projet, l'objectif était de faciliter les efforts consentis à l'amélioration de la qualité des interventions destinées à réduire les chutes et les blessures reliées aux

chutes au niveau local (institutionnel). Pour ce faire, deux sessions d'apprentissage espacées de huit mois étaient offertes à des équipes d'intervenants terrain (première session : juillet 2001, deuxième session : mars 2002). Entre les deux séances, les équipes avaient accès à du soutien par un expert, à des conférences téléphoniques ainsi qu'à des plateformes d'échanges avec les équipes participantes au projet. Le but de la première séance était de présenter des changements clés permettant de réduire les chutes et les blessures associées. Un modèle d'amélioration était présenté à partir duquel les équipes devaient définir des objectifs de changements, les indicateurs de suivi ainsi que les modalités d'implantation basées sur des cycles courts (planifier-développer-contrôler-ajuster). De plus, les équipes ont travaillé à l'élaboration de plans d'actions spécifiques à l'amélioration de leurs systèmes d'évaluation et de prise en charge d'une chute. Au cours de la deuxième session, les équipes ont poursuivi leurs apprentissages quant aux stratégies permettant de diminuer l'incidence des chutes et des blessures associées. De plus, les équipes ont présenté leurs résultats, échangé entre elles, puis mis en commun leurs constats afin d'identifier les meilleures pratiques. Ces échanges ont également permis aux équipes participantes de développer d'autres plans d'actions afin de consolider leurs gains et de propager le changement à d'autres unités de leur milieu.

Chaque équipe participante devait recueillir et fournir les données suivantes au départ du projet (*baseline*) et à chaque mois tout au long de la période d'intervention (huit mois) : taux mensuel de chutes (nombre de chutes/lit-jour x 1000), taux mensuel de blessures liées aux chutes (nombre de blessures/nombre de chutes x 100), gravité des blessures liées aux chutes (mineures ou graves). Au total, quarante équipes ont débuté ce projet. Trois d'entre elles ont abandonné, trois autres n'ont pas soumis de données et trois équipes n'ont fourni que des données incomplètes. Par conséquent, l'analyse des taux de chutes a été réalisée auprès de 31 équipes. Globalement, le taux de chutes a légèrement diminué au cours du projet passant de 6,84 à 6,42 chutes par 1000 lits-jours. Le taux de blessures graves reliées aux chutes (p. ex. : fracture de la hanche ou du bras, traumatisme crânien) a diminué de 62 % (2,14 versus 0,82 blessures graves par 100 chutes), sans égard aux types d'interventions mises en place par les équipes dans leur milieu. Parmi les équipes d'intervention ayant choisi d'utiliser une évaluation postchute, une diminution de 0,7 % du taux de blessures graves par 100 chutes a été observée. Toutefois, on ne peut savoir en quoi consistait l'évaluation postchute réalisée par ces équipes [21].

Le document de Ruddick *et al.* présente les résultats du *State's Falls Prevention Collaborative Project* dont l'objectif global était de diminuer l'incidence de chutes multiples des patients en institution par l'utilisation d'un outil d'évaluation postchute permettant d'identifier les causes fondamentales de l'évènement (*root cause analysis*). Ainsi, cet outil a été utilisé afin de déterminer les facteurs ayant contribué à la chute, soit les facteurs intrinsèques (p. ex. : hypotension orthostatique, troubles de la vision, démence) et les facteurs extrinsèques présents dans l'environnement immédiat du patient (p. ex. : changements physiques, l'absence de dispositifs appropriés, le niveau de bruit) [22]. Une session d'apprentissage a été offerte à des professionnels de la santé des institutions participantes afin de leur enseigner les processus permettant d'identifier les circonstances entourant une chute, et ce, peu importe le type d'institution. Cette session mettait également l'emphase sur les principes permettant d'identifier les causes d'une chute en évitant les blâmes individuels. L'outil d'évaluation postchute était utilisé comme toile de fond à ces apprentissages.

En participant à ce projet, les équipes multidisciplinaires des établissements de santé s'engageaient à développer et mettre en œuvre des interventions permettant de prévenir les chutes multiples, à colliger de manière rétrospective les données sur les chutes survenues au cours des six derniers mois (1^{er} avril au 30 septembre 2006) et à recueillir de manière prospective les données sur les chutes au cours des six mois suivant la mise en œuvre des interventions (automne 2006, hiver et printemps 2007). Ainsi, lorsqu'un patient chutait, l'outil d'évaluation postchute (en version papier ou électronique) était utilisé afin de recueillir l'information. Une fois la chute signalée, le représentant de l'équipe multidisciplinaire interviewait le patient, les employés ainsi que les membres de la famille pouvant avoir été témoin de l'incident. Ce représentant déterminait les facteurs intrinsèques et extrinsèques associés à la chute du patient et implantait une intervention personnalisée en fonction des résultats de son investigation [22].

Au total, 13 établissements de santé, soit 11 hôpitaux et deux CHSLD, ont participé à ce projet. Cependant, les données des CHSLD ont été exclues des analyses puisque l'estimation des taux de chutes incluait les quasi-chutes. Parmi l'ensemble des établissements, neuf ont observé une diminution du taux de chutes par 1000 patients-jours entre le début et la fin du projet. Globalement, le taux de chutes a diminué de 45 % passant

de 133,9 à 73,1 chutes/1000 patients-jours avant et après l'intervention, respectivement. Dans le même esprit, les taux moyens par établissement, exprimés par 1000 patients-jours, sont passés de 12,17 à 6,64 et les taux médians de 4,94 à 3,02 [22].

Dans leurs discussions respectives, les auteurs de ces deux documents soulèvent des points d'intérêt en lien avec la prévention des chutes multiples. Ainsi, selon ces auteurs :

- Le fait de partager ses expériences avec d'autres institutions permet d'identifier les « meilleures pratiques » ainsi que les leçons tirées de ces expériences [22].
- Les patients et les membres de leur famille sont parfois les personnes les mieux placées pour fournir des informations sur le « comment » et le « pourquoi » d'une chute pour ainsi diminuer le risque de chute subséquente [22].
- Une barrière rencontrée par certaines institutions est liée au maintien d'un nombre suffisant de personnes formées pour compléter une évaluation postchute, ce phénomène étant exacerbé par le fort taux de roulement du personnel [22].
- Une rencontre de tous les membres de l'équipe multidisciplinaire devrait avoir lieu le plus rapidement possible à la suite d'une chute d'un patient [22].
- Il est important de former ou de reformer le personnel sur une base régulière afin de maintenir son intérêt et de s'assurer que toutes les composantes du programme d'intervention sont en place [22].
- Les équipes multidisciplinaires les plus performantes pour réduire l'incidence des blessures graves associées aux chutes sont celles qui ont réussi à en identifier les causes systémiques grâce à l'utilisation d'une évaluation postchute, à l'évaluation de l'environnement et à l'élaboration d'interventions ciblées et spécifiques au patient [21].
- Les équipes bien organisées, dirigées avec un bon leadership et ayant accès à du soutien ont plus de succès en ce qui a trait à la diminution des blessures associées aux chutes [21].
- Alors que la majorité des études disponibles portent sur la diminution du nombre de chutes, ce sont davantage les blessures associées aux chutes qui causent problèmes pour les patients. Ainsi, pour la mise en place de nouvelles interventions en institution, l'emphase devrait être mise sur la diminution des blessures liées aux chutes et ces interventions devraient cibler les chuteurs multiples dont le risque de blessures augmente après chaque épisode de chute [21].
- Des recherches réalisées auprès des chuteurs multiples sont nécessaires afin de documenter l'efficacité des modes de communication et de transfert de l'information entre les membres de l'équipe interdisciplinaire ainsi que l'efficacité des refontes liées à la planification des soins [21].

Gray-Miceli et al., 2010 [23]

L'un des objectifs de cette étude avec un devis pré-post intervention était de déterminer si l'utilisation du *Post Fall Index* (PFI) en établissement de santé permettrait de diminuer l'incidence de chutes et de chutes récurrentes chez des résidents âgés de 65 ans et plus sans déficit cognitif [23]. Au cours des quatre mois précédant la période d'intervention (période pré-intervention), le rapport d'incident usuel permettant de signaler une chute a été remplacé graduellement par le PFI et les infirmières concernées ont reçu une formation sur l'utilisation de cet outil. Par la suite, seul le PFI a été utilisé sur une période d'un an afin de documenter les chutes de manière prospective et d'intégrer ces éléments aux plans de soins personnalisés. Pendant la période post-intervention qui a duré un an, les infirmières avaient le choix d'utiliser ou non le PFI mais aucune formation supplémentaire n'a été dispensée. Les données des périodes pré et post-intervention ont été recueillies de manière rétrospective. Un chuteur multiple devait répondre à la définition suivante : patient ayant chuté plus d'une fois à l'intérieur d'une même période d'intervention. Les principaux résultats de cette étude en lien avec les indicateurs d'intérêt du présent rapport sont présentés au Tableau 4.

Tableau 4. Chutes et blessures associées aux chutes dans l'étude de Gray-Miceli *et al.*, 2010 [23]

	Pré-intervention	Intervention (PFI)	Post-intervention	Valeur p
Chutes				
Nombre de chutes	286	207	307	< 0,001
Nombre de chutes récurrentes, n (%)	197 (68,9)	130 (62,9)	208 (67,7)	0,337
Nombre de chuteurs, n (%)	89/117 (76,1)	77/120 (64,2)	99/110 (90,0)	0,001 ^b
Nombre de chuteurs multiples, n (%)	50 (56,2)	44 (57,1)	59 (59,6)	0,887
Nombre de chutes/chuteurs multiples ^a	4 (2-21)	3 (2-11)	4 (2-17)	0,025 ^b 0,166 ^c
Taux de chutes/1000 lits-jours [IC à 95 %]	6,70 [5,95 à 7,51]	4,73 [4,11 à 5,40]	7,65 [6,83 à 8,54]	< 0,001
Blessures associées aux chutes, n (%)				
Blessures physiques	66 (23,0)	79 (38,1)	122 (39,7)	0,339
Coups à la tête	32 (11,1)	30 (14,4)	35 (11,4)	0,260
Visites à l'urgence	5 (1,7)	9 (4,3)	9 (2,9)	0,553
Décès (délai d'une semaine postchute)	9 (3,1)	6 (2,8)	9 (2,9)	0,988

Adapté de Gray-Miceli *et al.*, 2010 [23].

^a Les valeurs représentent la médiane (étendue). ^b Période intervention versus pré-intervention. ^c Période intervention versus post-intervention. PFI : Post Fall Index, IC : intervalle de confiance

Les groupes étaient comparables quant à l'âge moyen (88,9 à 89,3 ans) et au sexe au début de chacune des trois périodes. En période pré-intervention, 286 épisodes de chutes ont été signalés dont 197 étaient des chutes récurrentes (68,9 %). Par ailleurs, 89 chuteurs ont été identifiés parmi 117 résidents dont 56,2 % étaient des chuteurs multiples. Pendant la période d'intervention, 120 résidents étaient présents. Le nombre de chutes a diminué à 207 épisodes dont 130 étaient des chutes récurrentes (62,8 %). Parmi les chuteurs de cette période, 57,1 % ont vécu plus d'un épisode de chute (44 sur 77 résidents ayant vécu plus d'un épisode de chute). En période post-intervention, le nombre de chutes a augmenté à 307 épisodes dont 208 étaient des chutes récurrentes (67,7 %). Au cours de cette année, 99 des 110 résidents ont chuté à 307 reprises. Parmi ces 307 épisodes de chutes, 208 étaient des chutes récurrentes. Les auteurs mentionnent que le taux de chuteurs multiples n'a pas varié de manière significative entre les trois périodes ($p = 0,887$). Cependant, au cours de la période d'intervention, le nombre de chutes parmi les chuteurs multiples a diminué de 25 % en comparaison avec la période pré-intervention ($p = 0,025$). En ce qui a trait aux blessures liées aux chutes, les taux n'ont pas varié de manière significative entre les trois périodes, et ce, sans égard aux types de blessures. Les auteurs ont conclu que le PFI semblait être une intervention efficace pour réduire les chutes chez les personnes âgées résidant en établissements de santé.

Cette étude comporte plusieurs limites au plan méthodologique. Tout d'abord, les caractéristiques des patients ne sont pas rapportées, et ce, pour les trois périodes d'intervention. Au plan statistique, aucune variable confondante susceptible d'avoir influencé les résultats n'a été identifiée ni prise en compte. De plus, les auteurs discutent peu de la détérioration observée en période post-intervention pour l'ensemble des indicateurs, qui va au-delà des valeurs notées avant l'intervention et des mécanismes potentiellement impliqués. À ces limites s'ajoutent celles rapportées par les auteurs, soit:

- la présence concomitante d'une évaluation des pieds et d'une prise en charge par des ergothérapeutes pendant la période d'intervention où le PFI a été utilisé;
- le fait que les populations étaient homogènes (caucasiens résidant en établissements de santé) limitant ainsi l'applicabilité des résultats à d'autres populations ou milieux de soins;
- le fait que l'évaluation du risque de chute n'était pas une pratique systématique en période pré-intervention ;
- le fait que les auteurs ont assumé que les épisodes de chutes vécus au cours de l'étude étaient les premiers épisodes vécus par les patients, et ce, non seulement dans l'établissement de santé, mais également au cours de leur vie adulte [23].

6. PORTRAIT DES PRATIQUES DE L'IUCPQ EN LIEN AVEC LA PRÉVENTION DES CHUTES

À l'IUCPQ, différentes mesures en lien avec la prévention des chutes sont en place. Une vue d'ensemble des mesures utilisées est présentée à l'Annexe 7. Les pratiques en cours à l'IUCPQ ont été discutées et précisées avec les membres du groupe de travail interdisciplinaire au moment de la synthèse des connaissances.

6.1. Données sur l'incidence de chutes à l'IUCPQ

Les données qui portent sur l'incidence des chutes et des chutes multiples ont été fournies par le Service de la gestion des risques et de la qualité de l'IUCPQ. Pour l'année financière 2013-2014, 387 chuteurs ont fait 523 chutes (Tableau 5) dont 151 avec conséquences mineures ou graves (28,9 %). Parmi l'ensemble des chutes, 226 étaient des récidives, ce qui représente 43,2 % du nombre total recensé pour cette même période. Au total, 90 patients (23,3 %) ont été identifiés comme chuteurs multiples. Aucun décès lié aux chutes n'a été recensé pour cette période.

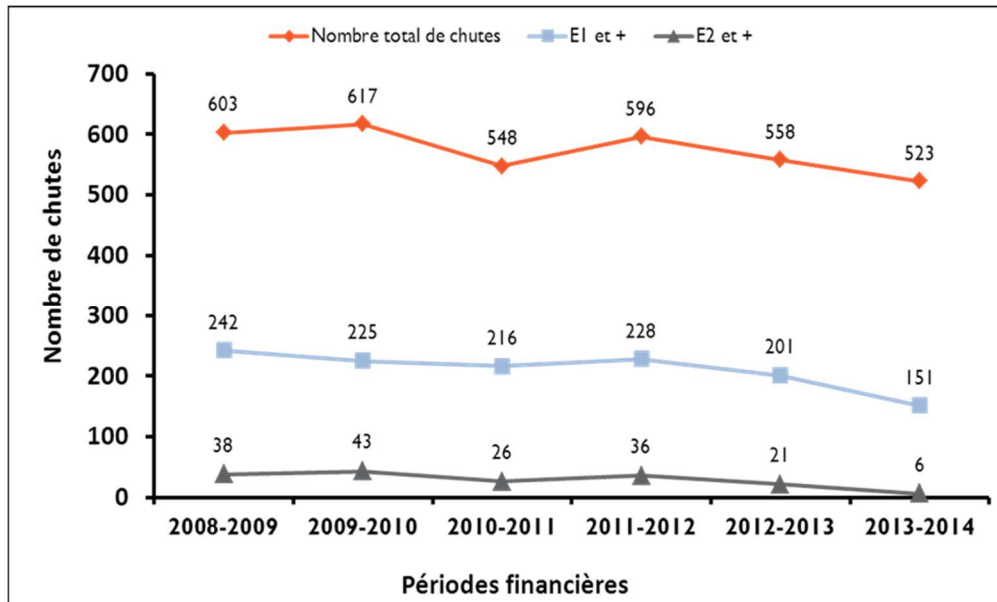
Tableau 5. Incidence des chutes à l'IUCPQ pour l'année financière 2013-2014

Indicateurs de chutes	Nombre de patients	Nombre de chutes
Épisode unique de chute	297	297
Chutes multiples	90	226
Total	387	523

D'autres données ont été fournies par l'IUCPQ en ce qui a trait à la fréquence des chutes et à la gravité des conséquences observées au cours des six dernières années financières (entre 2008-2009 et 2013-2014). Ces données sont illustrées à la Figure 2. Globalement, on observe une tendance quant à la diminution du nombre total de chutes, mais également, du nombre de chutes avec conséquences mineures ou graves. Huit chutes ont été à l'origine de conséquences permanentes et quatre ont conduit à des décès au cours de cette période. Selon l'IUCPQ, l'implantation de plusieurs mesures aurait favorisé la diminution du nombre de chutes et de leur gravité, notamment :

- la mise sur pied du comité interdisciplinaire sur la réduction des mesures de contrôle et stratégies de prévention des chutes (avril 2007) ;
- l'utilisation d'alarmes de positionnement sur les unités de soins et formation (2007) ;
- la systématisation des références en réadaptation à la suite d'une chute (2008-2009) ;
- la formation du personnel soignant sur la prévention des chutes et l'utilisation de l'échelle de Morse (2008- 2011) ;
- la révision de l'évaluation initiale du patient afin d'y inclure le risque de chute (2009) ;
- l'amélioration du transfert de l'information avec l'imagerie médicale (2010) ;
- l'évaluation de la sécurité de l'environnement dans les services ambulatoires (2012) ;
- une consultation du personnel de soir et de nuit afin d'évaluer la pertinence d'une cédule urinaire. En fait, une analyse de la répartition des chutes selon les heures de la journée (réalisée sur trois années financières : 2009-2010, 2010-2011 et 2011-2012) a permis de constater que le nombre de chutes entre minuit et 6h00 était plus élevé. Une pointe était également observée à 18h00.

Figure 2. Incidence des chutes à l'IUCPQ selon la gravité des conséquences entre 2008-2009 et 2013-2014



E1 et + : Nombre de chutes avec conséquences mineures ou graves.

E2 et + : Nombre de chutes qui sont à l'origine a) de conséquences temporaires nécessitant des soins spécialisés (p. ex. : radiographie, consultation, examen de laboratoire) ou qui ont un impact sur la nécessité ou la durée de l'hospitalisation ou de l'hébergement ou b) de conséquences permanentes, qui nécessitent des interventions de maintien de la vie ou qui ont contribué à un décès.

6.2. Pratiques en lien avec la prévention des chutes à l'IUCPQ

Prévention primaire des chutes et mesures universelles

À l'IUCPQ, l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier est implantée. Ainsi, via un programme de mobilisation, des mesures universelles de prévention et de soins adaptées aux caractéristiques de la personne âgée sont mises en place. À ces mesures universelles s'ajoutent celles mentionnées à la section précédente. De plus, trois capsules vidéo de formation sont disponibles sur l'intranet de l'établissement. Ces capsules ciblent le personnel de soins et portent sur l'utilisation de certains outils utilisés à l'IUCPQ comme mesures de prévention primaire du risque de chute (échelle de Morse, roulette d'identification de la mobilité et auxiliaires de marche).

Près du quart des chutes recensées à l'IUCPQ surviennent dans un délai de moins de 24 heures à la suite d'un transfert. Ainsi, lors de l'admission de tous les nouveaux patients hospitalisés, de même qu'à chaque transfert intra ou interunité, une infirmière évalue le risque de chute de l'usager à l'aide de l'échelle de Morse [26]. Un profil de risque est alors déterminé et lorsque le risque de chute du patient est considéré élevé (score ≥ 46 sur l'échelle de Morse), l'infirmière précise les facteurs de risque de chute de l'usager et les interventions individualisées à mettre en place pour diminuer le risque. En principe, cette information doit être ajoutée à la formulation de directives inscrites au plan thérapeutique infirmier (PTI) ainsi qu'au plan de travail individualisé du préposé aux bénéficiaires (PAB). Le PTI demeure dans le dossier du patient alors que le plan de travail individualisé du PAB est placé à la porte de la chambre du patient afin d'informer les PAB du risque de chute du patient et des interventions préventives à mettre en place (p. ex. : les auxiliaires de marche). Différents outils d'identification sont utilisés pour signaler le niveau de risque de chute.

Prévention secondaire des chutes multiples

Lorsqu'un patient chute, une évaluation initiale permet de vérifier s'il y a eu un impact crânien et si le patient a des blessures. À cet effet, un aide-mémoire est disponible afin d'aider le personnel à évaluer différents paramètres cliniques : état de conscience, signes vitaux et neurologiques, localisation et intensité de la douleur, alignement et mobilité des membres, absence ou présence de déformation, d'hématome, de lacérations, nausées, vomissements de sang ou liquide dans les oreilles, le nez ou la bouche. L'aide-mémoire permet également d'identifier les circonstances entourant la chute en identifiant la présence ou l'absence de symptômes avant la chute et en documentant la description que fait le patient de sa chute. Cet aide-mémoire contient aussi les éléments de surveillance du patient et les évaluations subséquentes à réaliser systématiquement. Finalement, un médecin est avisé lorsque la chute a des conséquences pour le patient mais ce dernier n'est pas avisé systématiquement lors d'un épisode de chute vécu par un patient.

Un rapport de déclaration d'incident ou d'accident (formulaire AH-223) est complété par la personne qui a constaté la chute. Un autre aide-mémoire d'analyse postchute a été conçu par l'IUCPQ pour aider le personnel à compléter le rapport, et ce, afin de consigner toutes les informations pertinentes relatives au contexte de la chute. Cet aide-mémoire contient une série de questions et de réponses potentielles permettant d'identifier les causes et les circonstances de la chute. Lorsque le rapport AH-223 est complété, il est révisé par le ou la chef d'unité qui doit s'assurer que ce dernier est complet. Ensuite, le rapport original est transmis au Service de la gestion des risques et de la qualité mais une copie carbone est consignée au dossier du patient et disponible pour le personnel soignant.

Le ou la chef d'unité doit aussi analyser les causes et les circonstances de la chute puis en informer ses équipes. Des correctifs sont apportés au PTI pour remédier à la situation au besoin. Le risque de chute du patient est réévalué à l'aide de l'échelle de Morse [26]. S'il y a lieu, le risque de chute actualisé du patient est modifié sur la roulette d'identification de la mobilité placée à son chevet. Parfois, la famille est impliquée dans la prévention du risque de chutes subséquentes. La famille et les proches peuvent encourager l'utilisateur à se mobiliser, l'aider à effectuer des transferts ou se positionner sur les méthodes de contention envisagées.

Une réunion d'équipe interdisciplinaire a lieu une à deux fois par semaine, selon les départements, pendant lesquelles il serait possible de discuter des chutes survenues en plus des autres dossiers cliniques. Finalement, pour chaque patient ayant vécu au moins deux épisodes de chutes intrahospitalières, une évaluation en réadaptation est prévue. À ce propos, pour l'année financière 2006-2007, 68 % des chuteurs multiples ont été référés en réadaptation alors qu'en 2011-2012, ce pourcentage était de 93 %.

6.3. Concordance sommaire entre les pratiques préventives postchute recensées et les pratiques de l'IUCPQ

Dans l'objectif d'alimenter les réflexions et les discussions entourant la prévention des chutes multiples à l'IUCPQ, une concordance sommaire entre les pratiques postchute recensées dans la littérature et les pratiques de l'IUCPQ a été établie et les résultats sont présentés au Tableau 6. Les pratiques issues de la littérature scientifique sont celles qui apparaissent les plus importantes, les plus prometteuses ou celles les plus fréquemment citées dans les publications retenues. Ainsi, cet exercice se veut un outil utile à la prise de décision.

Tableau 6. Concordance entre les pratiques préventives postchute recensées et les pratiques de l'IUCPQ.

Pratiques postchute recensées dans la littérature	Pratiques de l'IUCPQ
Offrir un premier secours au patient puis le rassurer et le réconforter.	En place
Prendre des dispositions permettant d'assurer une surveillance continue du patient (le personnel devrait connaître les mesures relatives à la nature, la fréquence et la durée des observations nécessaires).	En place
Compléter un formulaire de déclaration d'incident indépendamment du lieu de la chute ou des conséquences associées (mineures ou graves).	En place
Bonifier l'information recensée par les formulaires de déclaration d'incident afin de documenter les circonstances et les causes de la chute y compris, si possible, une description de la chute par le patient. Ces informations doivent figurer au dossier médical du patient.	À bonifier
Réévaluer les facteurs de risque du patient.	En place
Tenir une rencontre de tous les membres de l'équipe multidisciplinaire le plus rapidement possible à la suite d'une chute d'un patient afin d'élaborer un plan de soins global et individualisé basé sur les causes du premier incident et les facteurs de risque.	À bonifier
Assurer une communication soutenue entre toutes les personnes concernées (membres du personnel, famille) car un patient qui a chuté est exposé à un risque accru de récurrences et de conséquences graves.	À bonifier
Élaborer une politique ou un guide duquel le personnel est au fait et a accès afin de prévenir les chutes primaires, mais également, d'y répondre adéquatement afin de limiter le risque de récurrences.	Rédaction en cours
Recenser et compiler systématiquement de façon rigoureuse les informations relatives aux chutes afin d'identifier les tendances.	En place
Fournir une rétroaction au personnel sur une base régulière en ce qui a trait à l'incidence de chutes et aux blessures associées.	À bonifier
Former ou reformer le personnel sur une base régulière afin de maintenir leur intérêt et de s'assurer que toutes les composantes du programme d'intervention sont en place.	À bonifier
Privilégier une culture juste et équitable envers le personnel en ce qui a trait à la déclaration des chutes.	En place

Plusieurs éléments ressortent de cette analyse de concordance sommaire et de la discussion avec les membres du groupe de travail interdisciplinaire au moment de la synthèse des connaissances. Premièrement, plusieurs des pratiques postchute recensées sont déjà instaurées à l'IUCPQ telles que celles liées à la prise en charge immédiate et à la surveillance du patient à la suite d'une chute, au remplissage d'un rapport d'incident, à la recension et à la compilation des informations relatives aux chutes afin d'identifier les tendances, à la réévaluation des facteurs de risque du patient et à la promotion d'une culture juste et équitable envers le personnel en ce qui a trait à la déclaration des chutes. À ce propos, afin d'encourager le personnel à déclarer les incidents et accidents de chutes, l'IUCPQ a retiré l'atteinte de cibles prédéfinies en matière d'incidence de chutes. Ainsi, le sentiment de culpabilité et le spectre de la peur des poursuites judiciaires sont diminués pour le personnel soignant.

D'autres éléments ont été constatés et discutés avec le groupe de travail. Par exemples, les aides-mémoires disponibles ne semblent pas être utilisés de façon systématique par l'ensemble des unités de soins. De plus, il a été mentionné que ces aides-mémoires pourraient être bonifiés afin de mieux documenter les circonstances et les causes d'une chute au dossier du patient. D'autre part, il a été suggéré que les réunions d'équipe interdisciplinaire qui ont lieu une à deux fois par semaine constitueraient une bonne structure d'échanges et de communication plus soutenue entre les professionnels de la santé concernés. Ces rencontres permettraient à la fois que tous soient informés de la chute d'un patient, mais également, d'élaborer d'un plan de soins global et individualisé à la suite de cette chute. De plus, l'idée de solliciter davantage les membres de la famille du patient afin de limiter le nombre de chutes et de récurrences a été perçue comme une pratique prometteuse.

Finalement, en ce qui a trait à la mesure qui traite de l'importance de fournir régulièrement une rétroaction au personnel concernant l'incidence de chutes et de blessures associées, les membres du groupe de travail ont soulevé le fait que cette information était disponible mais qu'elle n'était pas transmise systématiquement au personnel des différentes unités de soins. D'autre part, concernant la mesure liée à la formation du personnel, les membres du groupe de travail ont évoqué qu'il serait utile et pertinent d'obtenir des données relatives à l'utilisation et à l'appréciation des capsules vidéo disponibles. Finalement, il a été soulevé que les outils de formation disponibles ne ciblent pas l'ensemble des professionnels de la santé concernés mais davantage le personnel infirmier.

7. DISCUSSION

La présente note informative a été réalisée en vue de déterminer si les pratiques préventives en cours à l'IUCPQ devaient être révisées afin de réduire l'incidence des chutes multiples. Diverses sources de données ont été consultées afin de documenter les déterminants des chutes multiples ainsi que les pratiques d'intervention postchute permettant de limiter le risque de récurrences. Bien que la littérature sur ce sujet soit peu abondante, les résultats disponibles ainsi que les discussions avec le groupe de travail interdisciplinaire permettent tout de même de dégager certains constats.

7.1 La prévention des chutes en milieu hospitalier : une approche globale intégrant la prévention primaire et secondaire

Dans un premier temps, il ressort de cette recherche documentaire que les pratiques préventives postchute peuvent difficilement être dissociées complètement des mesures de prévention primaire du risque de chute. En effet, la grande majorité des études recensées (études primaires, études de synthèse, guides de pratique) portent sur la prévention des chutes dans sa globalité. Généralement, les programmes de prévention comportent plusieurs composantes et couvrent parfois la prévention des chutes multiples. Toutefois, il est possible de porter un regard sur les interventions postchute et leurs impacts sur la diminution du risque de chutes multiples et de blessures associées.

La plupart des guides de pratique retenus dans le cadre de ce projet d'évaluation soulignent l'importance pour le personnel d'un centre hospitalier d'apporter une attention particulière à toutes les chutes car celles-ci peuvent constituer la principale indication d'un problème de santé sous-jacent [2, 17-20]. Le personnel devrait également être au fait de ce que constitue une chute, des actions à prendre lorsque la chute d'un patient survient et du suivi à y apporter. Ainsi, il est suggéré que chaque établissement dispose d'une politique locale ou d'un guide de pratique duquel le personnel est au fait et aura accès, et ce, dans l'objectif de prévenir non seulement les chutes primaires mais également, d'y répondre adéquatement afin de limiter le risque de récurrence. Par conséquent, ces éléments laissent sous-entendre que les mesures de prévention primaire et secondaire des chutes sont des approches complémentaires favorisant une diminution de l'incidence des chutes et des blessures associées.

Les directives d'Agrément Canada vont dans le même sens en stipulant que les établissements de santé doivent mettre en œuvre une stratégie de prévention des chutes qui cerne les populations à risque de blessures attribuables aux chutes et qui répond aux besoins spécifiques des populations cernées. De plus, afin de réduire les risques de blessures dues aux chutes, cette organisation mentionne que les établissements doivent établir des mesures permettant d'évaluer la stratégie de prévention mise en place et d'utiliser l'information découlant de ces évaluations pour améliorer la stratégie de prévention des chutes [11].

7.2 Les mesures liées à la prévention des chutes multiples chez la personne âgée hospitalisée : un niveau de preuve appuyé sur les recommandations d'experts

Les résultats de la recherche documentaire ont révélé qu'il y avait peu de documents répondant aux critères d'éligibilité établis dans le cadre de ce projet d'évaluation. De plus, la qualité méthodologique des documents éligibles est plutôt faible dans son ensemble. Les études primaires retenues comportent plusieurs lacunes au plan méthodologique et sont davantage de nature expérientielle. En ce qui a trait aux guides de pratique retenus, bien que toutes les organisations aient recherché des preuves scientifiques, les méthodes de recherche utilisées sont, en général, non systématiques et comportent plusieurs lacunes sur différents aspects (p. ex. : sources documentaires peu diversifiées, stratégies de recherche non rapportées, absence d'information en ce qui a trait à l'évaluation de l'éligibilité et de la qualité des documents, critères de sélection des preuves non définis, forces et limites des preuves recensées non discutées).

Par ailleurs, bien que les recommandations soient précises et sans ambiguïté, il est important de rappeler que le type de preuves sur lesquelles s'appuient les recommandations en lien avec la prévention des chutes récurrentes en milieu hospitalier est différent d'un guide à l'autre. En fait, les recommandations spécifiques au milieu hospitalier sont davantage basées sur des consensus d'experts et des expériences cliniques. Le niveau de preuve relié à l'utilisation de ce type de données probantes est habituellement considéré faible pour appuyer la prise de décision comparativement à l'information issue des études de synthèse ou des ECR. Toutefois, un faible niveau de preuve n'empêche pas la prise de décision mais ajoute simplement un degré plus élevé d'incertitude quant à l'effet attendu

d'une intervention. Ainsi, force est de constater que les recommandations issues des documents retenus ne peuvent constituer des standards de pratique. Par contre, étant davantage basé sur des consensus d'experts, ce type de recommandations présente généralement l'avantage d'être représentatif de la réalité clinique et plus facilement applicable à la pratique courante.

7.3 La prévention des chutes à l'IUCPQ : un milieu où plusieurs mesures sont déjà en place

La question décisionnelle de ce projet d'évaluation consistait à déterminer si les pratiques préventives en cours à l'IUCPQ devaient être révisées afin de réduire l'incidence des chutes multiples. Ainsi, dans l'objectif d'alimenter les réflexions et les discussions entourant la prévention des chutes multiples à l'IUCPQ, une concordance sommaire entre les pratiques postchute recensées dans la littérature et celles de l'établissement a été établie. Cet exercice de concordance, qui se voulait un outil d'aide à la prise de décision, a été présenté aux membres du groupe de travail interdisciplinaire afin d'identifier les pratiques en cours, celles susceptibles d'être bonifiées, mais également, les pratiques complémentaires à instaurer potentiellement.

Des échanges fructueux ont permis de mettre en lumière, dans un premier temps, que plusieurs des pratiques recensées dans la littérature en matière de prévention des chutes multiples sont déjà instaurées à l'IUCPQ. Par ailleurs, les membres du groupes de travail ont constaté que certains outils ou structures de communication en place mériteraient d'être bonifiés ou mieux utilisés. L'enjeu le plus important semble lié à la communication et au transfert de l'information entre les différents professionnels concernés lorsqu'un patient chute. En somme, cet exercice a permis aux membres du groupe de travail d'avoir une vision et une compréhension communes des enjeux liés à la prévention des chutes multiples à l'IUCPQ, mais également, d'identifier des pistes d'action potentielles.

8. CONCLUSION

En conclusion, la prévention des chutes et des blessures associées aux chutes sont des préoccupations de nature nationale et provinciale. Même en l'absence de standard clairement défini, il semble y avoir apparence de consensus sur les approches à préconiser pour prévenir les chutes et les récurrences en milieu hospitalier. Bien qu'il n'y ait pas de recette unique, le présent rapport peut permettre aux établissements de comparer leurs pratiques à celles préconisées par des groupes d'experts afin d'éclairer la prise de décision sur les enseignements à prendre. Une prise en charge globale et individualisée semble être une pratique à adopter afin d'éviter les chutes subséquentes et les blessures associées. À ce propos, la communication et la mobilisation des membres du personnel concernés, mais également, des membres de la famille du patient semblent constituer l'une des approches à privilégier. La création d'une communauté de pratique avec d'autres établissements pourrait être envisagée dans le but de partager les expériences et ainsi identifier les meilleures mesures liées à la prévention des chutes.

ANNEXE 1. STRATÉGIES D'INTERROGATION ET RÉSULTATS DE LA RECHERCHE DANS LES BASES DE DONNÉES INDEXÉES

PubMed

- #1) "adult"[MeSH] OR adult* OR "aged"[MeSH] OR aged OR frail* OR elder* OR older OR senior* OR "elder patient*"
- #2) postfall* OR "post-fall*" OR faller* OR "recurrent fall*" OR "subsequent fall*" OR "multiple falls" OR "fall* management" OR "falls management" OR "fall* assessment" OR "falls assessment" OR "fall* evaluation" OR ("secondary prevention" AND fall*) OR "future fall*" OR "future falls"
- #3) "inpatients"[MeSH] OR inpatient* OR "hospitals"[MeSH] OR hospital* OR institution* OR "nursing homes"[MeSH] OR "nursing home*" OR "long-term care" OR "care facility" OR "care facilities" OR "Homes for the Aged"[Mesh] OR "Academic Medical Centers"[Mesh] OR "Health Facility Environment"[Mesh] OR "health facility" OR "health facilities"

#1 AND #2 AND #3

Limites : à partir de 1980

Nombre de publications : 779

Date de la recherche : 3 juin 2014

Embase

- #1) 'adult'/exp OR adult OR 'aged'/exp OR aged OR frail* OR elder* OR senior* OR 'elderly patient'
- #2) postfall* OR 'post-fall' OR faller* OR 'recurrent fall' OR 'recurrent falls' OR 'subsequent fall' OR 'subsequent falls' OR 'multiple falls' OR 'fall management' OR 'falls management' OR 'fall assessment' OR 'falls assessment' OR 'fall evaluation' OR 'falls evaluation' OR ('secondary prevention'/exp OR 'secondary prevention' AND fall*) OR 'future fall' OR 'future falls'
- #3) 'hospital patient'/exp OR 'hospital patient' OR 'health care facility'/exp OR 'health care facility' OR institution* OR 'nursing home patient'/exp OR 'nursing home patient' OR 'health care delivery'/exp OR 'health care delivery'

#1 AND #2 AND #3

Limites : à partir de 1980

Nombre de publications : 1109

Date de la recherche : 3 juin 2014

Bibliothèque Cochrane

- #1) "Adult*" OR "Aged" OR "Frail Elder*" OR "Frail Older Adult*" OR "Elder*"
- #2) "postfall*" OR "post fall*" OR "faller*" OR "recurrent fall*" OR "subsequent fall*" OR "multiple fall*" OR "fall* management" OR "fall* assessment" OR "fall* evaluation" OR "future fall*"
- #3) "Inpatient*" OR "Hospital*" OR "Institutionalized Person*" OR "Nursing Home*" OR "Long-Term Care" OR "Care Facilities, Extended" OR "Homes for the Aged" OR "Academic Medical Center*" OR "Health Facilit*" OR "Health Facility Environment*"

#1 AND #2 AND #3

Limites : à partir de 1980, *Cochrane Reviews*

Nombre de publications : 30

Date de la recherche : 3 juin 2014

Center for Reviews and Dissemination

- #1) adult* OR aged OR frail* OR elder* OR older OR senior* OR "elder patient*"
- #2) postfall* OR "post-fall*" OR faller* OR "recurrent fall*" OR "subsequent fall*" OR "multiple falls" OR "fall* management" OR "falls management" OR "fall* assessment" OR "falls assessment" OR "fall* evaluation" OR "future fall*" OR "future falls"
- #3) inpatient* OR hospital* OR institution* OR "nursing home*" OR "long-term care" OR "care facility" OR "care facilities" OR "Homes for the Aged" OR "Academic Medical Centers" OR "Health Facility Environment" OR "health facility" OR "health facilities"

#1 AND #2 AND #3

Limites : à partir de 1980, DARE, HTA

Nombre de publications : 44

Date de la recherche : 3 juin 2014

PsycINFO

- #1) adult* OR aged OR frail* OR elder* OR older OR senior* OR "elder patient**"
- #2) postfall* OR "post-fall*" OR faller* OR "recurrent fall*" OR "subsequent fall*" OR "multiple falls" OR "fall* management" OR "falls management" OR "fall* assessment" OR "falls assessment" OR "fall* evaluation" OR "future fall*" OR "future falls"
- #3) inpatient* OR hospital* OR institution* OR "nursing home*" OR "long-term care" OR "care facility" OR "care facilities" OR "Homes for the Aged" OR "Academic Medical Centers" OR "Health Facility Environment" OR "health facility" OR "health facilities"

#1 AND #2 AND #3

Limites : à partir de 1980, recherche dans les *Keywords*

Nombre de publications : 91

Date de la recherche : 3 juin 2014

CINAHL

- #1) adult* OR aged OR frail* OR elder* OR older OR senior* OR "elder patient**"
- #2) postfall* OR "post-fall*" OR faller* OR "recurrent fall*" OR "subsequent fall*" OR "multiple falls" OR "fall* management" OR "falls management" OR "fall* assessment" OR "falls assessment" OR "fall* evaluation" OR "future fall*" OR "future falls"
- #3) inpatient* OR hospital* OR institution* OR "nursing home*" OR "long-term care" OR "care facility" OR "care facilities" OR "Homes for the Aged" OR "Academic Medical Centers" OR "Health Facility Environment" OR "health facility" OR "health facilities"

#1 AND #2 AND #3

Limites : à partir de 1980, exclure les données Medline

Nombre de publications : 58

Date de la recherche : 3 juin 2014

ANNEXE 2. SITES CONSULTÉS ET RÉSULTATS DE LA RECHERCHE DANS LA LITTÉRATURE GRISE

Acronyme	Nom	Pays (province)	Site Internet	Résultat de la recherche (n)
Mots-clés (seuls ou en combinaison)				
Sites en anglais : "fall", "post-fall", "assessment of fall", "fall incident", "hospital", "health care facilities"				
Sites en français : "chutes", "post-chute", "évaluation de la chute", "hôpital", "institution"				
Sites Internet généraux visités				
ACMTS	Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé	Canada	http://www.cadth.ca/fr	1
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality	États-Unis	http://www.ahrq.gov/	15
AHTA	Adelaide Health Technology Assessment	Australie	http://www.adelaide.edu.au/ahta/	0
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé	France	http://ansm.sante.fr/	0
ASERNIP-S	Australian Safety and Efficacy Register of New Interventional Procedures – Surgical	Australie	http://www.surgeons.org/racs/research-and-audit/asemip-s	0
CEBM	Center for Evidence-based Medicine	Royaume-Uni	http://www.cebm.net/	0
CEDIT	Comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques	France	http://cedit.aphp.fr/	0
DACEHTA	Danish Centre for Health Technology Assessment	Danemark	http://www.sst.dk/English.aspx	0
DETMIS-CHUM	Direction de l'ETMIS du Centre hospitalier universitaire de Montréal	Canada (Québec)	http://www.chumontreal.qc.ca/patients-et-soins/a-propos-du-chum/les-directions/detmis	0
HAS	Haute Autorité de Santé	France	http://www.has-sante.fr/	1
HIQA	Health Information and Quality Authority	Irlande	http://www.hiqa.ie/	0
HSAC	Health Services Assessment Collaboration	Nouvelle-Zélande	http://www.healthsac.net/aboutus/aboutus.htm	0
ICER	Institute for Clinical and Economic Review (ICER)	États-Unis	www.icer-review.org	0
ICES	Institute for Clinical Evaluative Sciences	Canada (Ontario)	http://www.ices.on.ca/	0
IHE	Institute for Health Economics	Canada (Alberta)	http://www.ihe.ca/	0
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	Canada (Québec)	http://www.inesss.qc.ca/	0
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen	Allemagne	www.iqwig.de	0
KCE	Centre fédéral d'expertise des soins de santé	Belgique	http://www.kce.fgov.be/	0
MHRA	Medicines and Healthcare products Regulatory Agency	Royaume-Uni	www.mhra.gov.uk/index.htm	0
MSAC	Medical Services Advisory Committee	Australie	http://www.msac.gov.au/	0
NGC	National Guidelines Clearinghouse	États-Unis	http://www.guidelines.gov/	6
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence	Royaume-Uni	http://www.nice.org.uk/	1
NIHR HTA	National Institute for Health Research Health Technology Assessment programme	Royaume-Uni	http://www.hta.ac.uk/	0
NIHW (ancien FINOHTA)	National Institute for Health and Welfare	Finlande	http://www.thl.fi/en_US/web/en	1
NPSA	National Patient Safety Agency	Royaume-Uni	www.npsa.nhs.uk/	1
NZHTA	New Zealand Health Technology Assessment	Nouvelle-Zélande	http://www.otago.ac.nz/christchurch/research/nzhta/	0

Acronyme	Nom	Pays (province)	Site Internet	Résultat de la recherche (n)
OHTAC	<i>Ontario Health Technology Advisory Committee</i>	Canada (Ontario)	http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/ohac/ohac_mn.html	0
OMS	Organisation mondiale de la Santé	International	http://www.who.int/fr/	0
SIGN	<i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i>	Écosse	http://www.sign.ac.uk/	0
TAU-MUHC	<i>Technology Assessment Unit-McGill University Health Center</i>	Canada (Québec)	http://www.mcgill.ca/tau/	0
THETA	<i>Toronto Health Economics and Technology Assessment</i>	Canada (Ontario)	http://theta.utoronto.ca/	0
UETMIS-CHUS	UETMIS du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	Canada (Québec)	http://www.chus.qc.ca/academique-ruis/evaluation-des-technologies/	1
UETMIS-CHUSJ	UETMIS du CHU Sainte-Justine	Canada (Québec)	http://www.chu-sainte-justine.org/Pro/micro-portails.aspx?AxelD=16	0
VATAP	<i>Veterans Affairs Technology Assessment Program (VATAP)</i>	États-Unis	http://www.va.gov/vatap/	1
WSHCA-HTAP	<i>Washington State Healthcare Authority – Health Technology Assessment Program</i>	États-Unis	http://www.hta.hca.wa.gov/	0
Sites Internet d'organismes et d'associations professionnelles spécifiques au sujet				
SOINS INFIRMIERS				
AiIC	Association des infirmières et infirmiers du Canada	Canada	http://www.cna-aiic.ca/fr	0
ANA	<i>American Nurses Association</i>	États-Unis	http://nursingworld.org/	1
ASRN	<i>American Society of Registered Nurses</i>	États-Unis	https://www.asrn.org/	0
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec	Canada (Québec)	http://www.oiiq.org/	27
RNAO	<i>Registered Nurses Association of Ontario</i>	Canada (Ontario)	http://rnao.ca/	4
ERGOTHÉRAPIE ET PHYSIOTHÉRAPIE				
ACE	Association canadienne des ergothérapeutes	Canada	http://www.caot.ca/index.asp?&français=1	0
ACP	Association canadienne de physiothérapie	Canada	http://www.physiotherapy.ca/	0
ANFE	Association nationale française des ergothérapeutes	France	http://anfe.fr/	1
AOTA	<i>American Occupational Therapists Association</i>	États-Unis	http://www.aota.org/	0
APTA	<i>American Physical Therapy Association</i>	États-Unis	http://www.apta.org/	2
OEQ	Ordre des ergothérapeutes du Québec	Canada (Québec)	http://www.oeq.org/ordre/systeme-pro.fr.html	0
OPPQ	Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec	Canada (Québec)	http://oppq.qc.ca/	0
SFPhysio	Société Française de physiothérapie	France	http://www.sfphysio.fr/	0
WCPT	<i>World Confederation for Physical Therapy</i>	International	http://www.wcpt.org/	0
WFOC	<i>World Federation of Occupational Therapists</i>	International	http://www.wfot.org/default.aspx	0
GÉRIATRIE ET GÉRONTOLOGIE				
ACG	Association canadienne de gérontologie	Canada	http://cagacq.ca/	0
ACSQHC	<i>Australian Commission on Safety and Quality in Health Services</i>	Australie	http://www.safetyandquality.gov.au/	3

Acronyme	Nom	Pays (province)	Site Internet	Résultat de la recherche (n)
AGS	<i>American Geriatrics Society</i>	États-Unis	http://www.americangeriatrics.org/	3
AMGQ	Association des médecins gériatres du Québec	Canada (Québec)	http://www.amgq.ca/	0
AQG	Association québécoise de gérontologie	Canada (Québec)	http://www.aqg-quebec.org/	0
BGS	<i>British Geriatrics Society</i>	Angleterre	http://www.bgs.org.uk/	1
GSA	<i>Gerontologic Society of America</i>	États-Unis	http://www.geron.org/	0
IUGM	Institut universitaire de gériatrie de Montréal	Canada (Québec)	http://www.iugm.qc.ca/	1
IUGS	Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke	Canada (Québec)	http://www.csss-iugs.ca/	0
SCG	Société canadienne de gériatrie	Canada	http://www.canadiangeriatrics.ca/default/	0
SFGG	Société française de gériatrie et de gérontologie	France	http://www.sfgg.fr/	1
SQG	Société québécoise de gériatrie	Canada (Québec)	http://www.sqgeriatrie.org/SQG/index.shtml	0
Sites internet d'organismes gouvernementaux				
AC	Agrément Canada	Canada	http://www.accreditation.ca/fr/	0
ASP	Agence de la santé publique du Canada – Division vieillissement et aînés	Canada	http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/publications/index-fra.php	0
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>	États-Unis	www.cdc.gov	0
CEC	<i>Clinical Excellence Commission</i>	Australie	http://www.cec.health.nsw.gov.au/home	4
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec	Canada (Québec)	http://www.inspq.qc.ca/default.asp	0
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux du Québec et le Secrétariat aux aînés	Canada (Québec)	http://www.msss.gouv.qc.ca/ http://aines.gouv.qc.ca/	0
SC	Santé Canada	Canada	http://www.hc-sc.gc.ca/index-fra.php	0
NOMBRE DE DOCUMENTS RÉPERTORIÉS				75

Dernière recherche effectuée le : 3 juin 2014

ANNEXE 3. LISTE DES DOCUMENTS EXCLUS APRÈS L'ÉVALUATION DE L'ÉLIGIBILITÉ

Les documents marqués d'un astérisque (*) ont été exclus pour un motif lié au respect des critères d'éligibilité, à la qualité méthodologique ou pour un autre motif. Toutefois, ils contiennent des pratiques ou des outils qui peuvent être d'intérêt.

NE SATISFAIT PAS AUX CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ

*Agence Canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS). Fall Risk Assessment in Adult Patients: Comparative Evidence and Guidelines. 2014; 6 p.

*Agence Canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS). Post-Fall Monitoring in Long-Term Care: Guidelines. 2012; 4 p.

A fall management program in nursing homes improves care and reduces use of physical restraints. AHRQ Research Activities. 2007(322): 8

American Geriatrics Society (AGS) and British Geriatric Society (BGS). Clinical Practice Guideline : Prevention of Falls in Older Persons. 2010. <http://www.medcats.com/FALLS/frameset.htm>.

Aminzadeh F, Ross MM. Preventing falls in a long-term care facility: A comprehensive multi-disciplinary approach. Geriatrics Today: Journal of the Canadian Geriatrics Society. 2001; 4(2): 68-70.

Ang E, Mordiffi SZ, Wong HB. Evaluating the use of a targeted multiple intervention strategy in reducing patient falls in an acute care hospital: a randomized controlled trial. Journal of advanced nursing. 2011; 67(9): 1984-92.

*Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQH). Best Practice Guidelines for Australian Hospitals and Residential Aged Care Facilities - Implementation Guide for Preventing Falls and Harm from Falls in Older People. 2009; 44 p.

*Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQH). Falls and Harm From Falls in Older People: Best Practice Guidelines for Australian Residential Aged Care Facilities. 2009; 220 p.

Bail M. Are current approaches to postfall assessment in nursing homes adequate? Journal of the American Medical Directors Association. 2004; 5(6): 422.

Barnett K, House R. Reducing Patient Falls Project (january 2011 – march 2002). Mid Yorkshire Hospitals NHS Trust. 31 p.

Beauchet O, Dubost V, Revel Delhom C, Berrut G, Belmin J. How to manage recurrent falls in clinical practice: guidelines of the French Society of Geriatrics and Gerontology. The journal of nutrition, health & aging. 2011; 15(1): 79-84.

Becker C, Kron M, Lindemann U, Sturm E, Eichner B, Walter-Jung B, et al. Effectiveness of a multifaceted intervention on falls in nursing home residents. Journal of the American Geriatrics Society. 2003; 51(3): 306-13.

*Boltz M, Capezuti E, Fulmer T, Zwicker D. Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice. 4th ed. New York (NY): Springer Publishing Company. 2012.

*Boushon B, Nielsen G, Quigley P, Rutherford P, Taylor J, Shannon D. Transforming Care at the Bedside How-to Guide: Reducing Patient Injuries from Falls. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement (IHI). 2008; 75 p.

Browne JA, Covington BG, Davila Y. Using information technology to assist in redesign of a fall prevention program. Journal of nursing care quality. 2004; 19(3): 218-25.

Bucher GM, Szczerba P, Curtin PM. A comprehensive fall prevention program for assessment, interventions, and referral. Home healthcare nurse. 2007; 25(3): 174-83.

Burland EM. An evaluation of a fall management program in a personal care home population. Healthcare quarterly (Toronto, Ont). 2008; 11(3 Spec No.): 137-40.

Cameron Ian D, Gillespie Lesley D, Robertson MC, Murray Geoff R, Hill Keith D, Cumming Robert G, et al. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. In: Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley & Sons, Ltd 2012.

Capan K, Lynch B. A Hospital Fall Assessment and Intervention Project. JCOM. 2007; 14(3): 155-60.

*Capezuti E, Taylor J, Brown H, Strothers Iii HS, Ouslander JG. Challenges to implementing an APN-facilitated falls management program in long-term care. Applied Nursing Research. 2007; 20(1): 2-9.

Centre de recherche – Institut universitaire de gériatrie de Montréal. Étude de la qualité des soins et des services gériatriques hospitaliers par le cas traceur des chutes. 2008; 21 p.

*Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la Vieille-Capitale. Programme de prévention des chutes. 2012; 265 p.

*Centre de santé et de services sociaux (CSSS) du Sud de Lanaudière. Programme de prévention des chutes et d'intervention à la suite d'une chute. Faites des pieds et des mains pour prévenir les chutes. 40 p.

*Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Direction des soins infirmiers. Interventions infirmières postchute. 2012; 1 p.

*Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Projet interdisciplinaire d'OPTIMisation des soins aux personnes Âgées à l'Hôpital (projet OPTIMAH). 2010.

Correa AD, Marques IA, Martinez MC, Laurino PS, Leao ER, Chimentao DM. [The implementation of a hospital's fall management protocol: results of a four-year follow-up]. Revista da Escola de Enfermagem da U S P. 2012; 46(1): 67-74.

*Coste S, Brequeville S, Jonas E, Tirano V, Bingo R, Herviou M, et al. [Treatment following falls in a geriatrics department]. Soins Gerontologie. 2010(83): 27-8.

Coussement J, De Paepe L, Schwendimann R, Denhaerynck K, Dejaeger E, Milisen K. Interventions for preventing falls in acute- and chronic-care hospitals: A systematic review and meta-analysis. Journal of the American Geriatrics Society. 2008; 56(1): 29-36.

*Cumbler E, Likosky D. In-hospital falls: Evaluation and response. CONTINUUM Lifelong Learning in Neurology. 2011; 17(5): 1063-76.

Cusimano MD, Kwok J, Spadafora K. Effectiveness of multifaceted fall-prevention programs for the elderly in residential care. Injury prevention: journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention. 2008; 14(2): 113-22.

Davison J, Bond J, Dawson P, Steen IN, Kenny RA. Patients with recurrent falls attending Accident & Emergency benefit from multifactorial intervention--a randomised controlled trial. Age and ageing. 2005; 34(2): 162-8.

*Degelau J, Belz M, Bungum L, Flavin PL, Harper C, Leys K, Lundquist L, Webb B. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Prevention of Falls (Acute Care). 2012; 44 p.

*Department of Veterans Affairs (VHA). National Center for Patient Safety (NCPS). Fall Prevention and Management - Falls Toolkit. 2004; 139 p.

Donaldson MG, Sobolev B, Kuramoto L, Cook WL, Khan KM, Janssen PA. Utility of the mean cumulative function in the analysis of fall events. Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences. 2007; 62(4): 415-9.

Duffy A. The assessment and management of falls in residential care settings. British journal of nursing (Mark Allen Publishing). 2013; 22(5): 259-63.

Dykes PC, Carroll DL, Hurley AC, Benoit A, Middleton B. Why do patients in acute care hospitals fall? Can falls be prevented? The Journal of nursing administration. 2009; 39(6): 299-304.

Eriksson S, Strandberg S, Gustafson Y, Lundin-Olsson L. Circumstances surrounding falls in patients with dementia in a psychogeriatric ward. Archives of gerontology and geriatrics. 2009; 49(1): 80-7.

Evans D, Hodgkinson B, Lambert L, Wood J, Kowanko I. Falls in Acute Hospitals - A Systematic Review. The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery. 1998; 59 p.

Fenton W. Introducing a post-fall assessment algorithm into a community rehabilitation hospital for older adults. *Nursing older people*. 2008; 20(10): 36-9.

Fonda D, Cook J, Sandler V, Bailey M. Sustained reduction in serious fall-related injuries in older people in hospital. *The Medical journal of Australia*. 2006; 184(8): 379-82.

*Francoeur, L. Programme de prévention des chutes en institution. Institut universitaire de gériatrie de Montréal. 2001; 139 p.

Frohnhofen H, Schlitzer J, Kandzia A. Frequency of in-hospital falls among older patients without risk factors for falling. *Osteoporosis International*. 2013; 24(1): S326-S7.

Gallagher, EM. Scott, VJ. Stepping in: Long-Term Care Collaborative Falls Prevention Project. 2005; 46 p.

Giles LC, Whitehead CH, Jeffers L, McErlean B, Thompson D, Crotty M. Falls in hospitalized patients: can nursing information systems data predict falls? *Computers, informatics, nursing : CIN*. 2006; 24(3): 167-72.

*Gordon BM, Wnek TF, Glorius N, Hasdorff C, Shiverski J, Ginn J. Post-fall decision tree development and implementation. *Journal of nursing care quality*. 2010; 25(4): 358-65.

*Gray-Miceli D, Johnson J, Strumpf N. A Stepwise Approach to a Comprehensive Post-Fall Assessment. *Annals of Long-Term Care: Clinical Care and Aging*. 2005; 13(12): 16-24.

Hayes N. Prevention of falls among older patients in the hospital environment. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*. 2004; 13(15): 896-901.

*Health Care Association of New Jersey (HCANJ). Fall management guideline. Hamilton (NJ): Health Care Association of New Jersey (HCANJ). 2012; 34 p.

*Hempel S, Newberry S, Wang Z, Shekell PG, Shanman R, Johnsen B, Perry T, Saliba D, Ganz, DA. Review of the Evidence on Falls Prevention in Hospitals. Task 4 - Final Report (WR-907-AHRQ). RAND Health working paper series. 2012; 96 p.

*Hendrich AL. An effective unit-based fall prevention plan. *Journal of nursing quality assurance*. 1988; 3(1): 28-36.

Heslop K, Wynaden D, Bramanis K, Connolly C, Gee T, Griffiths R, et al. Assessing falls risk in older adult mental health patients: a Western Australian review. *International journal of mental health nursing*. 2012; 21(6): 567-75.

Hill AM, Hoffmann T, Hill K, Oliver D, Beer C, McPhail S, et al. Measuring falls events in acute hospitals-a comparison of three reporting methods to identify missing data in the hospital reporting system. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2010; 58(7): 1347-52.

Hughes RG. Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) - Publication No. 08-0043. 2008; 1403 p.

*Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (IUGS). Programme de prévention des chutes des blessures associées. 2011; 60 p.

*Institute for Healthcare Improvement (IHI). Patient Safety First. The "How to" Guide for reducing harm from falls. 2009; 44 p.

Johnson M, George A, Tran DT. Analysis of falls incidents: Nurse and patient preventive behaviours. *International journal of nursing practice*. 2011; 17(1): 60-6.

Johnson M, Kelly L, Siric K, Tran DT, Overs B. Improving falls risk screening and prevention using an e-learning approach. *Journal of nursing management*. 2014.

Kanten DN, Mulrow CD, Gerety MB, Lichtenstein MJ, Aguilar C, Cornell JE. Falls: an examination of three reporting methods in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1993; 41(6): 662-6.

Kelly A, Dowling M. Reducing the likelihood of falls in older people. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain))* : 1987). 2004; 18(49): 33-40.

Kelsey JL, Procter-Gray E, Berry SD, Hannan MT, Kiel DP, Lipsitz LA, et al. Reevaluating the implications of recurrent falls in older adults: Location changes the inference. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2012; 60(3): 517-24.

Kinn S, Hood K. A falls risk-assessment tool in an elderly care environment. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*. 2001; 10(7): 440, 2, 4-9.

Lee TT, Liu CY, Kuo YH, Mills ME, Fong JG, Hung C. Application of data mining to the identification of critical factors in patient falls using a web-based reporting system. *International journal of medical informatics*. 2011; 80(2): 141-50.

Levtzion-Korach O, Frankel A, Alcalai H, Keohane C, Orav J, Graydon-Baker E, Barnes J, Gordon K, Puopulo AL, Ivanova-Tomov E, Sato L, Bates DW. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. Integrating Incident Data from Five Reporting Systems to Assess Patient Safety: Making Sense of the Elephant. 2010; (36)9: 27 p.

Lieu PK, Ismail NH, Choo PW, Kwek PE, Heng LC, Govindaraju K. Prevention of falls in a geriatric ward. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*. 1997; 26(3): 266-70.

*Lord S, C. S, H. M, J. C. Chapter 15: Prevention of falls in hospitals and residential aged care facilities. In *Falls in Older People - Risk Factors and Strategies for Prevention*. Cambridge University Press, ed. Cambridge, 2007: 311-32.

Lundebjerg N. Guideline for the prevention of falls in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2001; 49(5): 664-72.

*Malouin-Benoit, MC. Le transfert des connaissances pour prévenir les chutes chez des personnes âgées en centre hospitalier cardiovasculaire aigu - Rapport de stage. Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières, 2011; 57 p.

*McCarter-Bayer A, Bayer F, Hall K. Preventing falls in acute care: an innovative approach. *Journal of gerontological nursing*. 2005; 31(3): 25-33.

*McKinley C, Fletcher A, Biggins A, McMurray A, Birtwhistle S, Gardiner L, et al. Evidence-based management practice: reducing falls in hospital. *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)*. 2007; 14(2): 20-5.

*Miceli DG, Strumpf NE, Reinhard SC, Zanna MT, Fritz E. Current approaches to postfall assessment in nursing homes. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2004; 5(6): 387-94.

Mills P, Waldron J, Quigley P, Stalhandske E. Reducing Falls and Injuries Due to Falls in the VA System. 8 p.

*Mitty E, Flores S. Fall Prevention in Assisted Living: Assessment and Strategies. *Geriatric Nursing*. 2007; 28(6): 349-57.

*Montero-Odasso M, Levinson P, Gore B, Epid D, Tremblay L, Bergman H. A flowchart system to improve fall data documentation in a long-term care institution: a pilot study. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2007; 8(5): 300-6.

*Moreland J, Richardson J, Chan D, O'Neill J, Bellissimo A, Grum R, et al. Evidence-based guidelines for the secondary prevention of falls in older adults. *Gerontology*. 2003; 49(2): 93-116.

Naqvi F, Lee S, Fields SD. Appraising a guideline for preventing acute care falls. *Geriatrics*. 2009; 64(3): 10-3, 26.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Assessment and prevention of falls in older people. Falls: NICE clinical guideline 161. 2013; 315 p.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Patient experience in adult NHS services: improving the experience of care for people using adult NHS services. NICE clinical guideline 138 - Summary. 2012; 29 p.

- *National Patient Safety Agency (NPSA). The third report from the Patient Safety Observatory. Slips, trips and falls in hospital. 2007; 70 p.
- Naughton J, McGreevy C, Brewer L, Kearney F, Donegan C, Moore A, et al. Does a falls nurse specialist improve compliance with a Falls Prevention Programme? *European Geriatric Medicine*. 2010; 1: S36.
- *New South Wales Government (NSW), Ministry of Health, Clinical Excellence Commission (CEC). NSW Falls Prevention Program - Hospital Package. 2013. <http://www.cec.health.nsw.gov.au/programs/falls-prevention/falls-resources>.
- Neyens JC, van Haastregt JC, Dijcks BP, Martens M, van den Heuvel WJ, de Witte LP, et al. 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*. 2011; 12(6): 410-25.
- Oliver D. Preventing falls and fall injuries in hospital: a major risk management challenge. *Clinical Risk*. 2007; 13(5): 173-8.
- *Phaneuf M, Gadbois C. La gestion des risques 2e partie. Les accidents en milieu hospitalier - du risque à la prévention. *Infirssources*. 2010; 24 p.
- Phillips VL, Yarmo Roberts D, Hunsaker AE. Certified Nursing Aides' and Care Assistants' Views on Falls: Insight for Creation and Implementation of Fall Prevention Programs. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2008; 9(3): 168-72.
- Pierce J, Kearney D, Cumbler E. Development of a post-fall multidisciplinary checklist to evaluate the inpatient fall. *Journal of Hospital Medicine*. 2011; 6(4): S125.
- Piturro M. Falls management program spurs continuous QI. *Caring for the Ages*. 2007; 8(1): 12.
- *Queensland Government. Queensland Health. The Falls Prevention - Best Practice Guidelines for Public Hospitals and State Government Residential Aged Care Facilities. Quality Improvement and Enhancement Program Version 3. 2003; 117 p.
- Quigley P, White S. Hospital-Based Fall Program Measurement and Improvement in High Reliability Organizations: The Online Journal of Issues in Nursing. 2013; (18)2, Manuscript 5.
- *Quigley PA, Hahm B, Collazo S, Gibson W, Janzen S, Powell-Cope G, et al. Reducing serious injury from falls in two veterans' hospital medical-surgical units. *Journal of nursing care quality*. 2009; 24(1): 33-41.
- *Rask K, Parmelee PA, Taylor JA, Green D, Brown H, Hawley J, et al. Implementation and evaluation of a nursing home fall management program. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2007; 55(3): 342-9.
- *Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Falls Prevention: Building the Foundations for Patient Safety, A Self-Learning Package. 2007; 15 p.
- *Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Toolbox for Implementation of a Falls Prevention Program in Long-Term Care. 2007; 22 p.
- Royal College of Nursing (UK). Clinical practice guideline for the assessment and prevention of falls in older people. 2004; 284 p.
- *Royal College of Physicians London. Final Report for Closing the Gap through Clinical Communities - The FallSafe Project. 2011; 92 p.
- *Royal College of Physicians London. Implementing FallSafe - Care bundles to reduce inpatient falls. 2011; 53 p.
- Royal College of Physicians London. Report of the 2011 inpatient falls pilot audit - RCP. 2012; 119 p.
- Schmidt R, Kladny B, Schupp W. Interdisciplinary measurements for the prevention of falls: Evaluation and results from an internal statistic of falls. *Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin*. 2005; 15(6): 370-4.
- *Schwendimann R, Milisen K, Buhler H, De Geest S. Fall prevention in a Swiss acute care hospital setting Reducing multiple falls. *Journal of gerontological nursing*. 2006; 32(3): 13-22.

Shanman R, Sullivan N, Sun F, Tipton K, Treadwell JR, Tsou A, Vaiana ME, Weaver SJ, Wilson R, Winters BD. Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) - Publication No. 13-E001-EF. 2013; 945 p.

*Shekelle PG, Wachter RM, Pronovost PJ, Schoelles K, McDonald KM, Dy SM, Shojania K, Reston J, Berger Z, Johnsen B, Larkin JW, Lucas S, Martinez K, Motala A, Newberry SJ, Noble M, Pfoh E, Ranji SR, Rennke S, Schmidt Shirley M, Johnson E, Kang H, Pierce J. Fall-related injury in the hospital. *Journal of Hospital Medicine*. 2012; 7: S48-S9.

*Shojania KG, Duncan BW, McDonald KM, et al., eds. Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) - Publication No. 01-E058. 2001; 672 p.

Shorr RI, Mion LC, Chandler AM, Rosenblatt LC, Lynch D, Kessler LA. Improving the capture of fall events in hospitals: combining a service for evaluating inpatient falls with an incident report system. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2008; 56(4): 701-4.

*Silva-Smith AL, Kluge MA, LeCompte M, Snook A. Improving Staff Reports of Falls in Assisted Living. 2013;448-60.

Steen G, Fallon N, Fitzgerald K, Maher N, Casey M, Coakley D, et al. Prevention of falls among older patients in the hospital environment-a nurse led prevention program. *Irish Journal of Medical Science*. 2011; 180: S345.

Steen G, Fitzgerald K, Maher N, Fallon N, Cunningham C. Developing a comprehensive inpatient falls prevention programme in an acute hospital setting: Six years on. *European Geriatric Medicine*. 2010; 1: S36-S7.

Steen G, Maher N, Fitzgerald K, Fallon N, Robinson D, Casey M, et al. Prevention of falls among older patients in the hospital environment: A nurse led prevention programme. *Osteoporosis International*. 2012; 23: S217-S8.

Szczerbinska K, Zak M, Ziolkiewicz A. Role of method of implementing multi-factorial falls prevention in nursing homes for elderly persons. The EUNESE project. *Aging clinical and experimental research*. 2010; 22(3): 261-9.

Tariq H, Kloseck M, Crilly RG, Gutmanis I, Gibson M. An exploration of risk for recurrent falls in two geriatric care settings. *BMC geriatrics*. 2013; 13: 106.

*Taylor JA, Parmelee P, Brown H, Ouslander J. The Falls Management Program: A Quality Improvement Initiative for Nursing Facilities. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) - Publication No.290-00-0011. 2005; 152 p.

*Tideiksaar R. Chapter 4: The Fall Prevention Care Process. In *Avoiding Falls: A Guidebook for Certified Nursing Assistants*. Thompson Delmare Learning, ed. New-York, 2006: 39-60.

Tricco AC, Cogo E, Holroyd-Leduc J, Sibley KM, Feldman F, Kerr G, et al. Efficacy of falls prevention interventions: protocol for a systematic review and network meta-analysis. *Systematic reviews*. 2013; 2: 38.

Udell Julie E, Drahota A, Dean Taraneh P, Sander R, Mackenzie H. Interventions for preventing falls in older people: an overview of Cochrane Reviews. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd 2011.

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (UETMIS-CHUS). Le programme de prévention des chutes implanté à l'unité 4B de l'Hôpital Fleurimont est-il plus performant que le programme implanté à l'unité 4C de l'Hôtel-Dieu ? - Rapport d'évaluation préparé par Suzanne K. Bédard et Christian Bellemare (UETMIS juin-2012) Sherbrooke. 2012; 64 p.

Vassallo M, Vignaraja R, Sharma JC, Hallam H, Binns K, Briggs R, et al. The effect of changing practice on fall prevention in a rehabilitative hospital: the Hospital Injury Prevention Study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2004; 52(3): 335-9.

*Veterans Affairs Technology Assessment Program (VATAP). Post fall Huddle guideline. 2011.

Vlaeyen E, Coussement J, Leysens G, Van Der Elst E, Delbaere K, Cambier D, et al. Characteristics and effectiveness of fall prevention programs in nursing homes: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *European Geriatric Medicine*. 2013; 4: S54.

von Renteln-Kruse W, Krause T. Incidence of in-hospital falls in geriatric patients before and after the introduction of an interdisciplinary team-based fall-prevention intervention. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2007; 55(12): 2068-74.

Wagner LM. The effect of a menu-driven incident reporting system (MDIRS) on the post-fall evaluation process in nursing homes (NHs). Emory University 2004:178 p.

*Wagner LM, Capezuti E, Clark PC, Parmelee PA, Ouslander JG. Use of a falls incident reporting system to improve care process documentation in nursing homes. *Quality & safety in health care*. 2008; 17(2): 104-8.

Wagner LM, Capezuti E, Taylor JA, Sattin RW, Ouslander JG. Impact of a Falls Menu-Driven Incident-Reporting System on Documentation and Quality Improvement in Nursing Homes. *The Gerontologist*. 2005; 45(6): 835-42.

*Wagner LM, Clark PC, Parmelee P, Capezuti E, Ouslander J. Use of a content analysis procedure for the development of a Falls Management Audit Tool. *Journal of nursing measurement*. 2005; 13(2): 101-13.

*Wagner LM, Damianakis T, Mafrici N, Robinson-Holt K. Falls communication patterns among nursing staff working in long-term care settings. *Clinical nursing research*. 2010; 19(3): 311-26.

Wagner LM, Dionne JC, Zive JR, Rochon PA. Fall risk care processes in nursing home facilities. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2011; 12(6): 426-30.

Ward JA, Harden M, Gibson RE, Byles JE. A cluster randomised controlled trial to prevent injury due to falls in a residential aged care population. *The Medical journal of Australia*. 2010; 192(6): 319-22.

Wexler SS, D'Amico CO, Foster N, Cataldo KA, Brody P, Huang ZB. The Ruby Red Slipper Program: an interdisciplinary fall management program in a community academic medical center. *Medsurg nursing : official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*. 2011; 20(3): 129-33.

Williams TA, King G, Hill AM, Rajagopal M, Barnes T, Basu A, et al. Evaluation of a falls prevention programme in an acute tertiary care hospital. *Journal of clinical nursing*. 2007; 16(2): 316-24.

*Wright S, Goldman B, Beresin N. Three essentials for successful fall management: communication, policies and procedures, and teamwork. *Journal of gerontological nursing*. 2007; 33(8): 42-8.

QUALITÉ MÉTHODOLOGIQUE INSUFFISANTE

*Department of Health, Western Australia (WA). Post-Fall Management Guidelines in WA Healthcare Settings. Perth: Health Networks Branch, Department of Health, Western Australia. 2013; 30 p.

*Ganz DA, Huang C, Saliba D, et al. Preventing falls in hospitals: a toolkit for improving quality of care. Préparé par la coporation RAND (Research ANd Development) et l'ÉCRI (Emergency Care Research Institute). Healthcare Research and Quality (AHRQ) - Publication No. 13-0015-EF. 2013; 202 p.

*The Canadian Patient Safety Institute (CPSI). Safer Healthcare Now. Reducing Falls and Injuries from Falls Getting Started Kit. 2013; 227 p.

*Oregon Patient Safety Commission. The Nursing Home Expert Panel's Falls Investigation Guide Toolkit: How-To Guide. 36 p.

*Victorian Government Department of Human Services, Victorian Quality Council - Safety and Quality in Health. Minimising the Risk of Falls and Fall-related Injuries. Guidelines for Acute, Sub-acute and Residential Care Settings. 2004; 48 p.

AUTRES MOTIFS

Documents non disponibles

Advances in balance & falls management in the older person: 1st IPTOP Conference: the International Association of Physical Therapists working with Older People (IPTOP) in association with the Irish Society of Chartered Physiotherapists in Neurology and Gerontology (CPNG) Ireland and AGILE Northern Ireland. Trinity Centre for Health Sciences, St James's Hospital Dublin, Ireland. Invited speaker abstracts. *Physiotherapy Ireland*. 2004; 25(1): 30-42.

American Medical Directors Association (AMDA). Falls and fall risk in the long-term care setting. Columbia (MD). 2011; 23 p.

Documents publiés en allemand

Ebel J, Lua S, Dassen T. [Fall incident reports in theory and practice: recommendations for developing of practice-oriented fall incident reports in nursing homes]. *Pflege Zeitschrift*. 2006; 59(4): 2-10.

Goetz SM. [Falls in elderly patients--assessment of falls with reference to etiology and prevention]. *Therapeutische Umschau Revue therapeutique*. 2000; 57(12): 733-8.

Résumé du contenu d'un guide de pratique retenu dans le cadre de ce projet d'évaluation

*Winnipeg Regional Health Authority (WRHA). WRHA Regional Clinical Practice Guidelines for Falls Prevention and Management. 2011; 61 p.

Études cliniques incluses dans au moins un des guides de pratique retenus dans le cadre de ce projet d'évaluation

*Gray-Miceli DL, Strumpf NE, Johnson J, Draganescu M, Ratcliffe SJ. Psychometric properties of the Post-Fall Index. *Clinical nursing research*. 2006; 15(3): 157-76.

*Rubenstein LZ, Robbins AS, Josephson KR, Schulman BL, Osterweil D. The value of assessing falls in an elderly population. A randomized clinical trial. *Annals of internal medicine*. 1990; 113(4): 308-16.

ANNEXE 4. LISTE DES PERSONNES IMPLIQUÉES DANS LE PROJET

Composition du groupe de travail interdisciplinaire de l'IUCPQ

- M^{me} Martine Côté, infirmière clinicienne de l'équipe de consultation gériatrique
- M^{me} Annie Desruisseaux, ergothérapeute
- M^{me} Andrée-Anne Gagné, conseillère cadre aux activités cliniques au programme gériatrie et au programme soins palliatifs et fin de vie
- Dr Yves Lacasse, pneumologue et responsable du comité scientifique ETMIS
- M^{me} Carole Lavoie, coordonnatrice de la qualité et de la gestion des risques
- Dr Charles Morasse, omni-géronte
- M^{me} Sylvianne Picard, physiothérapeute et coordonnatrice clinique en physiothérapie

Membres de l'UETMIS du CHU de Québec

- M^{me} Mélissa Blouin, agente de recherche
- M^{me} Geneviève Asselin, agente de recherche
- M. Martin Coulombe, adjoint au directeur – module Évaluation, DEQPS
- Dr Marc Rhainds, cogestionnaire médical et scientifique des activités d'ETMIS

Comité d'ETMIS de l'IUCPQ

- M^{me} Micheline Chamard, Adjointe à la Direction des services professionnels
- Dr Denis Coulombe, cardiologue, Directeur de l'enseignement universitaire
- M^{me} Andrée-Anne Gagné, conseillère-cadre aux activités cliniques (en remplacement de M^{me} Véronique Paradis)
- Dr Yves Lacasse, pneumologue, responsable des activités ETMIS-IUCPQ
- M^{me} Carole Lavoie, conseillère à la qualité et gestion des risques
- Dr François Lellouche, interniste-intensiviste
- Dr Michel Piraux, représentant de la Direction des services professionnels
- M^{me} Isabelle Rivard, chef des archives médicales et des secrétariats médicaux
- M. Serge Simard, biostatisticien
- M^{me} Nathalie Thibault, Directrice des soins infirmiers

ANNEXE 5. APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ DES GUIDES DE PRATIQUE

Auteurs, année [ref.] Critères	CTFPHC, 2003 [16]	MOH, 2005 [17]	RNAO, 2005 [18] et 2011 [19]	ACSQHC, 2009 [2]	SFGG-HAS, 2009 [20]
Le ou les objectifs du guide sont décrits explicitement.	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
La ou les questions de santé couvertes par le guide sont décrites explicitement.	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
La ou les populations auxquelles le guide doit s'appliquer sont décrites explicitement.	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Les groupes ayant élaboré le guide incluent des représentants de tous les groupes de professionnels concernés et les groupes professionnels sont mentionnés.	Non	Oui	Non	Oui	Oui
Des méthodes systématiques ont été utilisées pour rechercher les preuves scientifiques.	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Les critères de sélection des preuves sont clairement décrits.	Oui	Non	Oui	Oui	Non
Les forces et les limites des preuves sont clairement définies.	Oui	Oui	Non	Oui	Non
Les méthodes utilisées pour formuler les recommandations sont clairement décrites.	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Il y a un lien explicite entre les recommandations et les preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent.	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Les recommandations sont précises et sans ambiguïté.	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Le point de vue des organismes de financement n'a pas influencé le contenu du guide.	Oui	NR	Oui	Oui	NR
Les intérêts divergents des membres du groupe ayant élaboré le guide ont été pris en charge et documentés.	NR	NR	NR	NR	NR
Des réviseurs externes ont été impliqués et leur groupe professionnel est mentionné.	Oui	Oui	NR	Oui	Oui

- Oui : l'information est mentionnée et le critère est respecté (p. ex. : les méthodes utilisées pour rechercher les preuves scientifiques sont décrites et elles sont systématiques).
- Non : l'information est mentionnée mais le critère n'est pas respecté (p. ex. : les méthodes utilisées pour rechercher les preuves scientifiques sont décrites mais elles ne sont pas systématiques).
- Non rapporté (NR) : l'information est non disponible.

ANNEXES 6. PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES GUIDES DE PRATIQUE

Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC), 2003 [16]	
Objectifs	Résumer les connaissances en lien avec le risque de chute et réviser, selon une méthodologie systématique, les données probantes relatives à l'efficacité des programmes de prévention des chutes en CHSLD.
Population et milieu de soins	Personnes âgées qui vivent en CHSLD.
Critères d'exclusion	Les études portant sur la prévention des chutes des personnes âgées admises en centre hospitalier de façon chronique (p. ex. : soins aigus chroniques, soins psychiatriques) ou vivant en résidences où une assistance et une supervision minimales sont assurées.
Définition d'une chute utilisée	Un événement à l'issue duquel une personne se retrouve, par inadvertance, sur le sol, le plancher ou toute autre surface située à un niveau inférieur à celui où elle se trouvait précédemment, et ce, avec ou sans perte de conscience ou blessure.
Processus utilisé pour formuler les recommandations postchute	<ul style="list-style-type: none"> • Recherche systématique des données probantes jusqu'à mai 2003. • Évaluation de la qualité des études primaires par les membres du comité. • Évaluation du niveau de preuve et gradation de la preuve par les membres du comité. • Présentation des résultats aux membres du comité par l'auteur principal puis révision critique des recommandations, de leur applicabilité, des ambiguïtés, des éléments manquants par ces derniers, et ce, à deux reprises.
Preuves sur lesquelles s'appuient les recommandations postchute*	3 ECR
Processus de révisions des recommandations par des réviseurs externes	La version approuvée par les membres du comité a été envoyée à deux réviseurs externes.

CHSLD : centre d'hébergement pour soins de longue durée, ECR : essai clinique randomisé

*Documents sur lesquels s'appuient les recommandations :

Kerse N, Butler M, Robinson E, Todd M. Fall prevention in residential care: a cluster, randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2004; 52(4): 524-31.

Rubenstein LZ, Robbins AS, Josephson KR, Schulman BL, Osterweil D. The value of assessing falls in an elderly population. A randomized clinical trial. *Annals of internal medicine*. 1990; 113(4): 308-16.

Shaw FE, Bond J, Richardson DA, Dawson P, Steen IN, McKeith IG, et al. Multifactorial intervention after a fall in older people with cognitive impairment and dementia presenting to the accident and emergency department: randomised controlled trial. *BMJ (Clinical research ed)*. 2003; 326(7380): 73.

Ministry of Health, Singapore (MOH), 2005 [17]	
Objectifs	Fournir au personnel concerné un ensemble de pratiques cliniques utiles afin de soutenir leurs interventions. Ce guide couvre plusieurs aspects liés à la prévention des chutes dont l'évaluation des patients, l'intervention, l'éducation et la démarche d'audit. Un algorithme de prévention regroupant ces aspects y est présenté.
Population et milieu de soins	Adultes à risque de chuter dans un centre hospitalier ou un CHSLD.
Critères d'exclusion	NR
Définition d'une chute utilisée	Changement de position soudain et non-intentionnel où un individu se retrouve à un niveau inférieur (tant sur un objet que sur le sol). Cet événement n'est pas la conséquence d'un épisode soudain de paralysie ou de crise épileptique ni la conséquence d'une force externe.
Processus utilisé pour formuler les recommandations postchute	<ul style="list-style-type: none"> • Ateliers (<i>workshop</i>) de deux jours afin de discuter des enjeux théoriques et pratiques liés à la prévention des chutes. • Recherche de preuves scientifiques depuis la mise à jour de deux guides de pratiques existants (1994 à mars 2005). • Évaluation de la validité des études primaires (outil SIGN). • Lorsque les preuves scientifiques étaient insuffisantes ou inexistantes, les recommandations ont été basées sur l'expérience clinique et le jugement des membres du groupe de travail ou du comité d'experts. • Évaluation du niveau de preuve et gradation de la preuve.
Preuves sur lesquelles s'appuient les recommandations postchute*	CHSLD : 1 guide de pratique et 1 ECR Centre hospitalier – soins aigus : consensus d'experts
Processus de révisions des recommandations par des réviseurs externes	Un projet de recommandations a été distribué à des institutions de santé, des résidences pour personnes âgées et des experts cliniques sélectionnés afin d'évaluer la validité, la fiabilité et l'applicabilité des recommandations.

CHSLD : centre d'hébergement pour soins de longue durée, ECR : essai clinique randomisé

*Documents sur lesquels s'appuient les recommandations :

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Best practice guideline - Prevention of falls and fall injuries in the older adult. 2005; 67 p.

Rubenstein LZ, Robbins AS, Josephson KR, Schulman BL, Osterweil D. The value of assessing falls in an elderly population. A randomized clinical trial. *Annals of internal medicine*. 1990; 113(4): 308-16.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), 2005 [18] et 2011 (addendum) [19]	
Objectifs	Accroître la confiance, les connaissances, les compétences et les habilités des infirmières dans l'identification des adultes à risque de chute dans les établissements de santé et de déterminer les interventions pour la prévention des chutes. Il aidera les infirmières à : <ul style="list-style-type: none"> ○ identifier les facteurs de risque de chute; ○ diminuer l'incidence des chutes; ○ diminuer l'incidence des blessures associées à la chute.
Population et milieu de soins	Personnes âgées en établissement de santé incluant les soins de courte et de longue durée.
Critères d'exclusion	Interventions concernant la prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée vivant en environnement communautaire.
Définition d'une chute utilisée	Incident qui a pour résultat qu'une personne tombe par mégarde sur le sol, le plancher ou une surface se trouvant à un niveau inférieur.
Processus utilisé pour formuler les recommandations postchute	Le processus se compose de trois phases : <ul style="list-style-type: none"> • Détermination du projet <ul style="list-style-type: none"> ○ Révision du contenu de la ligne directrice initiale (publiée en 2002) et des méthodes utilisées pour l'élaboration des recommandations. • Revue scientifique des écrits <ul style="list-style-type: none"> ○ Recherche systématique des données probantes (1999-2004). ○ Évaluation, en duplicata, de la qualité des études primaires (outil Jadad). ○ Révision critique des documents retenus par l'équipe de révision de la ligne directrice. ○ Élaboration de recommandations préliminaires selon les résultats des documents retenus. • Consensus sur les recommandations <ul style="list-style-type: none"> ○ Révision ou élimination de recommandations antérieures et élaboration de nouvelles recommandations rédigées selon les nouvelles données probantes. ○ Évaluation du niveau de preuve et gradation de la preuve.
Preuves sur lesquelles s'appuient les recommandations postchute*	Guide publié en 2005 : 1 ECR et 1 guide de pratique Addendum publié en 2011 : ajout de documents d'orientation
Processus de révisions des recommandations par des réviseurs externes	NR

NR : non rapporté

*Documents sur lesquels s'appuient les recommandations formulées en 2005 :

Rubenstein LZ, Robbins AS, Josephson KR, Schulman BL, Osterweil D. The value of assessing falls in an elderly population. A randomized clinical trial. *Annals of internal medicine*. 1990; 113(4): 308-16.

Guideline for the prevention of falls in older persons. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2001; 49(5): 664-72.

Documents d'orientation ajoutés à l'*addendum* publié en 2011

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQH). Falls and Harm From Falls in Older People: Best Practice Guidelines for Australian Hospitals. 2009; 236 p.

The Canadian Patient Safety Institute (CPSI). Safer Healthcare Now. Reducing Falls and Injuries from Falls Getting Started Kit. 2013; 227 p.

Degelau J, Belz M, Bungum L, Flavin PL, Harper C, Leys K, Lundquist L, Webb B. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Prevention of Falls (Acute Care). 2012; 44 p.

Gray-Miceli DL, Strumpf NE, Johnson J, Draganescu M, Ratcliffe SJ. Psychometric properties of the Post-Fall Index. *Clinical nursing research*. 2006; 15(3): 157-76.

Kallin K, Gustafson Y, Sandman PO, Karlsson S. Factors associated with falls among older, cognitively impaired people in geriatric care settings: a population-based study. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. 2005; 13(6): 501-9

Kobayashi N, Kusuma Wati DN, Yamamoto M, Sugiyama T, Sugai Y. Severity of dementia as a risk factor for repeat falls among the institutionalized elderly in Japan. *Nursing & health sciences*. 2009; 11(4): 388-96.

Vassallo M, Mallela SK, Williams A, Kwan J, Allen S, Sharma JC. Fall risk factors in elderly patients with cognitive impairment on rehabilitation wards. *Geriatrics & gerontology international*. 2009; 9(1): 41-6.

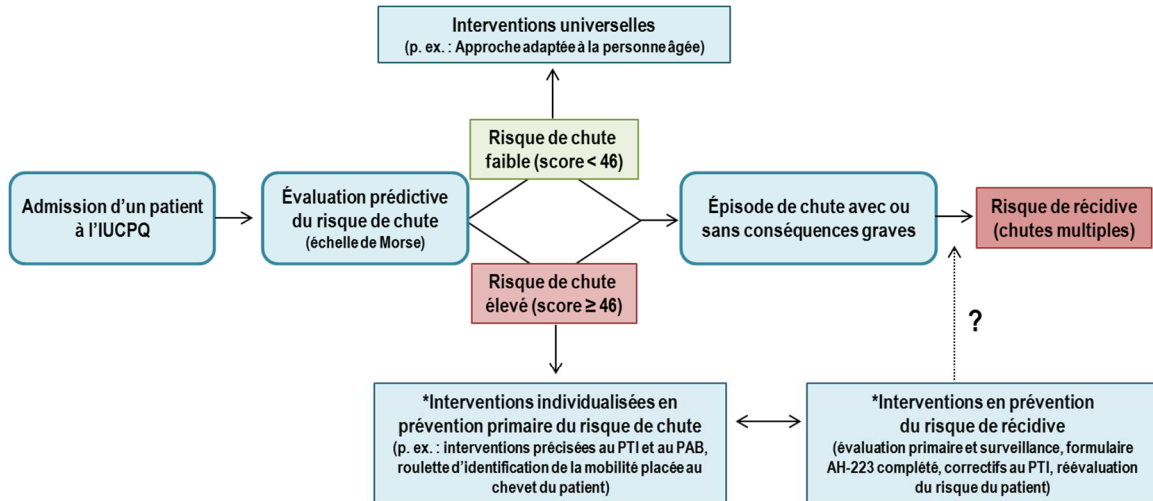
Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC), 2009 [2]	
Objectifs	Améliorer la sécurité et la qualité des soins offerts aux personnes âgées. Ces lignes directrices, destinées aux professionnels de la santé travaillant en milieu hospitalier, offrent une approche systématisée liée à la prévention des chutes basée sur des recommandations et des pratiques cliniques.
Population et milieu de soins	Personnes âgées (65 ans et plus) en milieu hospitalier incluant l'urgence, les milieux aigus et subaigus, les unités de soins spécialisés.
Critères d'exclusion	NR
Définition d'une chute utilisée	Incident qui a pour résultat qu'une personne tombe par mégarde sur le sol ou à un niveau inférieur.
Processus utilisée pour formuler les recommandations postchute	<ul style="list-style-type: none"> • Création d'un groupe d'experts multidisciplinaires afin de guider les travaux (comité consultatif). • Recherche approfondie de données probantes (sans méthodologie systématique). • Consultations réalisées (appel de propositions, sondage en ligne, plusieurs ateliers (<i>workshop</i>) nationaux, téléconférences, entrevues ciblées) afin de recenser des points de vue, des conseils cliniques et des orientations auprès : <ul style="list-style-type: none"> ○ des professionnels de la santé et des décideurs ayant implanté les lignes directrices précédentes (publiées en 2005); ○ des membres experts du comité consultatif; ○ d'associations professionnelles. • Gradation du niveau de preuve des recommandations ou des pratiques cliniques.
Preuves sur lesquelles s'appuient les recommandations postchute	Expérience clinique ou consensus d'experts.
Processus de révisions des recommandations par des réviseurs externes	Une personne a été nommée pour réviser la qualité du document selon une perspective australienne. Des membres d'associations professionnelles ont fourni une rétroaction relative aux lignes directrices précédentes et aux versions de travail des nouvelles lignes directrices.

NR : non rapporté

Société française de gériatrie et de gérontologie - Haute Autorité de Santé (SFGG-HAS), 2009 [20]	
Objectifs	Fournir aux professionnels de santé une démarche clinique d'évaluation et de prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées qui soit applicable à la pratique quotidienne. Les recommandations reposent sur une démarche clinique dont l'objectif est d'identifier successivement les patients faisant des chutes à répétition et leurs conséquences, de repérer les facteurs de risque et de corriger ceux qui peuvent l'être afin de limiter les récurrences et les conséquences des chutes.
Population et milieu de soins	Personnes âgées (65 ans et plus) faisant des chutes répétées à domicile, en institution ou en milieu hospitalier.
Critères d'exclusion	NR
Définition d'une chute utilisée	Chute : le fait de se retrouver involontairement sur le sol ou dans une position de niveau inférieur par rapport à sa position de départ. Chute répétée : le caractère répétitif des chutes est considéré à partir du moment où la personne a fait au moins deux chutes sur une période de 12 mois.
Processus utilisé pour formuler les recommandations postchute	<ul style="list-style-type: none"> • Formation d'un comité d'organisation présidé par le président de la SFGG afin de définir le thème, les questions à traiter, la population à cibler, les professionnels concernés par les recommandations. • Constitution d'un groupe de travail multidisciplinaire et multiprofessionnel. • Recherche systématique des données probantes (jusqu'au 31 juillet 2008) et gradation du niveau de preuve des recommandations. • Rédaction des recommandations par le groupe de travail.
Preuves sur lesquelles s'appuient les recommandations postchute	L'ensemble du document porte sur la prévention des chutes répétées mais on ne peut associer clairement les recommandations aux preuves sur lesquelles elles reposent.
Processus de révisions des recommandations par des réviseurs externes	Un groupe de lecture multidisciplinaire a révisé la première version du document afin de donner un avis sur le fond et la forme de l'argumentaire et des recommandations, la lisibilité et l'applicabilité de ces dernières. La version finale de l'argumentaire et des recommandations a été validée par le Collège de la HAS et a fait l'objet d'un examen et d'une validation du conseil scientifique de la SFGG.

NR : non rapporté

ANNEXE 7. MESURES DE L'IUCPQ EN LIEN AVEC LA PRÉVENTION DES CHUTES



*Les interventions peuvent être liées à :

- la condition personnelle du patient;
- l'aménagement physique des lieux;
- l'organisation du travail incluant les moyens de communication;
- la mise en place d'interventions personnalisées;
- l'aspect légal concernant la gestion des risques;
- d'autres considérations.

RÉFÉRENCES

- [1] National Institute for Health and Care Excellence (2013). Assessment and prevention of falls in older people. Falls: NICE clinical guideline 161. 2013; 315 p.
- [2] Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQH). Falls and Harm From Falls in Older People: Best Practice Guidelines for Australian Hospitals. 2009; 236 p.
- [3] Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ). Guide méthodologique de recherche et analyse documentaire de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. 2007; 84 p.
- [4] World Health Organisation (WHO). WHO global report on falls prevention in older age (ISBN 978 92 4 156353 6). 2007; 53 p.
- [5] Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la Vieille-Capitale. Programme de prévention des chutes. 2012; 265 p.
- [6] Francoeur, L. Programme de prévention des chutes en institution. Institut universitaire de gériatrie de Montréal. 2001; 139 p. .
- [7] Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Chutes chez les patients hébergés dans les établissements de santé (soins de courte et de longue durée). Synthèse des connaissances et des références. 2013; 23 p.
- [8] Miake-Lye IM, Hempel S, Ganz DA, Shekelle PG. Inpatient fall prevention programs as a patient safety strategy: a systematic review. *Annals of internal medicine*. 2013; 158(5 Pt 2): 390-6.
- [9] Oliver D, Healey F, Haines TP. Preventing falls and fall-related injuries in hospitals. *Clinics in geriatric medicine*. 2010; 26(4): 645-92.
- [10] Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Les chutes chez les adultes âgés : vers une surveillance plus fine des données d'hospitalisation. 2005; 20 p.
- [11] Agrément Canada. Livret sur les pratiques organisationnelles requises (POR), 2014. Stratégie de prévention des chutes, p. 71.
- [12] The Canadian Patient Safety Institute (CPSI). Safer Healthcare Now. Reducing Falls and Injuries from Falls Getting Started Kit. 2013; 227 p.
- [13] Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Programme national de santé publique 2003-2012 (mise à jour 2008). 101 p.
- [14] Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM) et Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (IUGS). Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. 2010; 211 p.
- [15] Cameron Ian D, Gillespie Lesley D, Robertson MC, Murray Geoff R, Hill Keith D, Cumming Robert G, et al. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd 2012.
- [16] Norris MA, Walton RE, Patterson CJS, Feightner JW, the Canadian Task Force on Preventive Health C. Prevention of falls in long-term care facilities: systematic review and recommendations. London, Ontario: Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC) 2003:55.
- [17] Ministry of Health (MOH), Singapore. MOH Nursing Clinical Practice Guidelines - Prevention of Falls in Hospitals and Long Term Care Institutions. 2005; 41 p.
- [18] Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Best practice guideline - Prevention of falls and fall injuries in the older adult. 2005; 67 p.
- [19] Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Best practice guideline - Prevention of falls and fall injuries in the older adult. Guideline supplement. 2011; 32 p.
- [20] Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) - Haute autorité de santé (HAS). Recommandations de bonnes pratiques professionnelles - Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. 2009 (Argumentaire, 76 p. et Recommandations, 20 p.)

- [21] Stalhandske E, Mills P, Quigley P, Neily J, Bagian JP. VHA's National Falls Collaborative and Prevention Programs. In *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches - Volume 2 : Culture and redesigning - Section : Collaboratives and Patient Involvement*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2008.
- [22] Ruddick P, Hannah K, Schade CP, Bellamy G, Brehm J, Lomely D. Using Root Cause Analysis to Reduce Falls in Rural Health Care Facilities. In *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches - Volume 1 : Assessment - Section : Cause Analysis*. Rockville (MD): Agency fo Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2008.
- [23] Gray-Miceli D, Ratcliffe SJ, Johnson J. Use of a postfall assessment tool to prevent falls. *Western journal of nursing research*. 2010; 32(7): 932-48.
- [24] Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. 2010; 182(18): E839-42.
- [25] Gray-Miceli DL, Strumpf NE, Johnson J, Draganescu M, Ratcliffe SJ. Psychometric properties of the Post-Fall Index. *Clinical nursing research*. 2006; 15(3): 157-76.
- [26] Morse JM. Computerized evaluation of a scale to identify the fall-prone patient. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*. 1986; 77 Suppl 1: 21-5.



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC